

Sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil

Roberta Hirschmann^I, Ana Paula Gomes^I, Helen Gonçalves^{II}

^I Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Pelotas, RS, Brasil

^{II} Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Social. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência e os fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de saúde associados à sintomatologia depressiva em moradores na zona rural.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional realizado com amostra representativa de 1.453 residentes na zona rural do município de Pelotas, RS, com 18 anos ou mais. Utilizou-se a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo para avaliar a sintomatologia depressiva, considerando ponto de corte ≥ 8 pontos. A associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi avaliada por regressão de Poisson.

RESULTADOS: A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 35,4% (IC95% 31,5–39,3). Após o ajuste, a sintomatologia depressiva foi maior entre as mulheres (RP = 1,77; IC95% 1,46–2,15), indivíduos com baixa escolaridade (0–4 anos completos de estudo) (RP = 1,62; IC95% 1,22–2,16), pior condição socioeconômica (classes D ou E) (RP = 1,49; IC95% 1,22–1,83) e com doenças crônicas (RP = 1,74; IC95% 1,24–2,45).

CONCLUSÕES: A alta prevalência de sintomatologia depressiva em moradores rurais indica a relevância da depressão como importante problema de saúde pública também nessa população. Atenção específica deve ser direcionada aos subgrupos que apresentaram as maiores prevalências de sintomatologia.

DESCRITORES: Adulto. Transtorno Depressivo, epidemiologia. Fatores de Risco. Fatores Socioeconômicos. População Rural.

Correspondência:

Roberta Hirschmann
Rua Marechal Deodoro, 1160 3º piso
96020-220 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: r.nutri@hotmail.com

Recebido: 31 mai 2017

Aprovado: 2 nov 2017

Como citar: Hirschmann R, Gomes AP, Gonçalves H. Sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural de uma cidade no Sul do Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52 Supl 1:11s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis, incluindo os transtornos mentais, constituem um dos principais problemas de saúde no mundo devido às altas taxas de morbimortalidade¹. Entre os transtornos mentais, o transtorno depressivo maior acomete expressiva parcela da população mundial e é uma das principais causas de anos vividos com incapacidade².

A depressão, doença de causa multifatorial, é diagnosticada na presença de sintomas, com pelo menos duas semanas de duração, como: humor deprimido na maior parte do tempo, perda de prazer em realizar atividades de rotina, culpa excessiva, dificuldade de concentração, perda de energia, distúrbios do sono, alterações no peso na ausência de regime alimentar e ideias recorrentes de morte ou suicídio³. Se não tratada, tende a assumir um caráter crônico, ocasionando inúmeros prejuízos ao indivíduo e às pessoas com quem convive².

Em recente meta-análise, incluindo 27 estudos com adultos brasileiros residentes predominantemente em áreas urbanas, a prevalência de sintomas depressivos (avaliados por instrumentos de *screening* ou por autorrelato) e de transtorno depressivo maior no último ano foi de 14% e de 8%, respectivamente⁴. Quanto à prevalência desse agravo na população rural, o conhecimento é bastante limitado, já que a maior parte dos estudos avalia a população urbana. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁵ de 2013 avaliou também uma parcela da população rural brasileira e identificou que 5,6% dos residentes rurais referiram já ter recebido diagnóstico de depressão por médico ou profissional de saúde mental, enquanto 3,4% apresentavam provável diagnóstico da doença. Os maiores percentuais de depressão registrados em áreas rurais nesse estudo concentraram-se nas regiões Sudeste (4,1%) e Sul (4,0%)⁶. Estudos conduzidos em áreas rurais de países de alta renda, utilizando instrumento para avaliar sintomatologia depressiva na última semana, encontraram prevalências bastante distintas, entre 9,3% e 31%, sendo maior entre as mulheres, indivíduos sem companheiro(a) e entre aqueles com menor escolaridade^{7,8}.

O número reduzido de estudos realizados em áreas rurais dificulta o acesso a informações relativas a essa e outras doenças e às intervenções em saúde. Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia depressiva em indivíduos residentes na zona rural.

MÉTODOS

Estudo transversal, de base populacional, realizado entre janeiro e junho de 2016, com uma amostra representativa de indivíduos maiores de 18 anos de idade, residentes na zona rural do município de Pelotas, RS. O estudo faz parte de um consórcio de pesquisa, conduzido por mestrandos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, cuja metodologia foi descrita por Barros et al.⁹ Foram investigados temas relacionados à saúde da população rural, que estão melhor detalhados no artigo metodológico deste suplemento¹⁰.

Os oito distritos existentes na zona rural do município fizeram parte do estudo. Foram sorteados 24 dos 50 setores censitários rurais de acordo com o número proporcional de domicílios permanentes por distrito, dos quais 30 domicílios por setor compuseram a amostra final. O instrumento de coleta de dados contemplou questões sobre características demográficas, socioeconômicas e ocupacionais, comportamentais e de saúde. Todos os residentes nos domicílios amostrados e na faixa etária definida foram convidados a participar. Para este estudo, foram considerados os seguintes critérios de exclusão: indivíduos com incapacidade cognitiva ou mental, hospitalizados ou institucionalizados no período da coleta, que não falavam ou não compreendiam português e os que não conseguiram responder sozinhos o questionário sobre depressão. Definimos como recusas aqueles que não aceitaram participar e como perdas aqueles que não foram encontrados após, pelo menos, três tentativas de contato pessoal, em dias e horários diferentes.

Para o cálculo do tamanho amostral deste estudo foi considerada uma prevalência de 20% para sintomatologia depressiva, nível de confiança de 95% e margem de erro de três pontos percentuais, um efeito do delineamento de 1,5 e acréscimo de 10% para perdas e recusas, sendo 1.127 indivíduos a amostra mínima estimada. Para o estudo de associações, foram realizados cálculos de poder *a posteriori* devido à indisponibilidade dos parâmetros necessários para o cálculo do tamanho amostral *a priori*.

Durante o trabalho de campo, o banco de dados foi checado semanalmente, a fim de identificar possíveis inconsistências e garantir a qualidade geral dos dados. Por questões logísticas, o controle de qualidade foi realizado via telefone por meio da reaplicação de uma versão reduzida do questionário, contendo 10 perguntas, em 10% da amostra selecionada aleatoriamente. Para o cálculo de concordância, a pergunta do instrumento utilizado para avaliar sintomatologia depressiva não pode ser utilizada em razão de serem questões temporais, nesse caso utilizou-se a pergunta “O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?” e obteve-se um coeficiente Kappa de 0,76.

A sintomatologia depressiva foi avaliada utilizando-se a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*)¹¹, a qual foi validada para a população geral de adultos por Matijasevich et al.¹² A EPDS possui 10 perguntas com quatro opções de respostas, com pontuação entre zero e três, sendo a máxima de 30 pontos. Conforme o estudo de validação¹², o ponto de corte de oito ou mais pontos é o mais adequado para o *screening* de sintomatologia depressiva, com sensibilidade de 80% (IC95% 64,4–90,9), especificidade de 87% (IC95% 83,3–90,1), valor preditivo positivo de 37,6% (IC95% 27,4–48,8) e acurácia de 83,5% (IC95% 77,0–90,0). Esse ponto de corte (≥ 8 pontos) indica a presença de fatores importantes da sintomatologia depressiva. Destaca-se que para o ponto de corte ≥ 13 pontos, proposto por Matijasevich et al.¹², o valor positivo preditivo foi de 57,6%, indicando um aumento de 20 pontos percentuais (p.p.) – comparando-o ao ponto de corte ≥ 8 – na capacidade de detectar corretamente indivíduos com episódio depressivo maior (EDM) entre aqueles que apresentaram EPDS positivo. Sendo assim, análises suplementares foram realizadas assumindo também esse ponto de corte, sendo o desfecho denominado como “provável EDM”, visto que a entrevista clínica é o padrão-ouro.

As variáveis independentes utilizadas neste trabalho foram: idade (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, ≥ 60 anos); sexo (masculino, feminino); cor da pele (branca, preta, parda, amarela e indígena [recategorizada em dois grupos: branca; preta, parda ou outra]); situação conjugal (casado(a) ou mora com companheiro(a); divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a); solteiro(a)); escolaridade em anos completos de estudo (0–4, 5–8, ≥ 9); classe econômica, coletada conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹³ e categorizada em A ou B, C, e D ou E; local de trabalho (zona urbana, zona rural, zona rural e urbana); trabalhador rural (sim, não), sendo considerado como sim quem realizava algum trabalho diário ou frequente relacionado à agricultura, pecuária e pesca na zona rural; tempo de moradia na zona rural (< 50% da vida = menor tempo; 50%–99% da vida = maior tempo; 100% da vida = sempre morou); número de moradores no domicílio (1, 2, 3, 4, ≥ 5); atividade física no lazer em minutos/semana, avaliada pelo *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)*¹⁴ e categorizada em ativo (≥ 150 minutos) e insuficientemente ativo (< 150 minutos); tabagismo (sim, não), sendo considerados como tabagistas aqueles que fumavam um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês ou os que relataram haver parado de fumar há menos de um mês; número de morbidades, por meio de relato de diagnóstico médico de hipertensão, diabetes e doença cardíaca (0, 1, 2, 3). O padrão de consumo de álcool, avaliado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*¹⁵, foi categorizado em consumo sem risco (0–7 pontos) e consumo de risco (≥ 8 pontos).

Os dados foram analisados no *software* Stata, versão 14.0. Análises brutas e ajustadas foram realizadas para examinar a associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis de exposição por meio de regressão de Poisson, com ajuste robusto para a variância, obtendo-se as razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%).

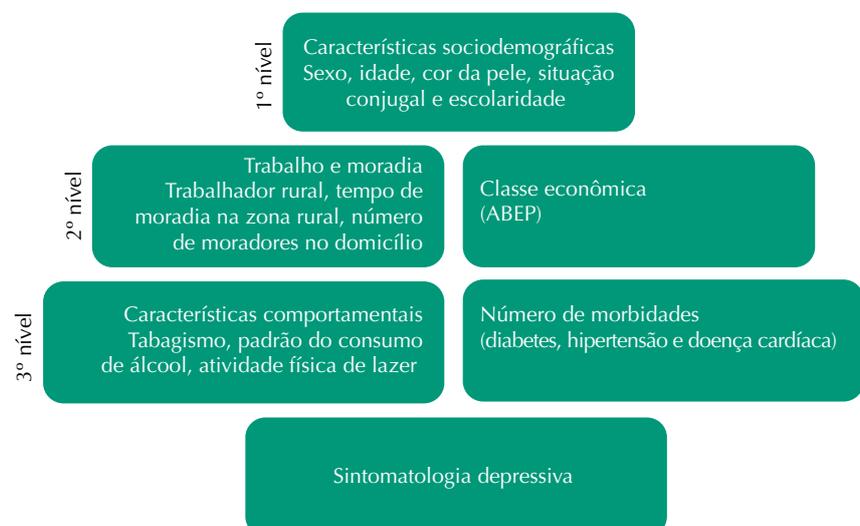
A análise ajustada foi realizada de acordo com o modelo hierarquizado, o qual foi desenvolvido em três níveis conforme apresentado na Figura. Para obtenção das estimativas e do valor p da variável classe econômica, retirou-se a variável escolaridade do modelo, não sendo utilizada para ajuste por apresentarem colinearidade. Na modelagem estatística, utilizou-se a estratégia de seleção *backward*, na qual variáveis com $p < 0,20$ foram mantidas no modelo para controle de confusão, adotando-se um nível de significância de 5%. O teste de interação não mostrou evidência de modificação de efeito conforme o sexo; portanto, são apresentadas as estimativas combinadas. O processo de amostragem complexa foi considerado em todas as análises, utilizando-se o comando *svy*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Parecer 1.363.979). O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todos os participantes ou responsáveis. Indivíduos identificados com provável EDM (≥ 13 pontos na EPDS) receberam orientação para buscar um serviço de saúde e foi entregue uma listagem com locais possíveis para atendimentos psicológicos e psiquiátricos gratuitos do município.

RESULTADOS

Nos 24 setores censitários rurais visitados, foram identificados 1.697 indivíduos elegíveis, dos quais 1.453 responderam ao questionário completo sobre depressão, resultando em 9% de perdas e 5,4% de recusas. A proporção de não respondentes foi maior entre os homens ($p < 0,001$) e entre aqueles com 60 anos ou mais ($p = 0,017$).

A Tabela 1 descreve a amostra estudada. Em relação às características demográficas, aproximadamente metade dos indivíduos era do sexo feminino; a maior proporção da amostra possuía 60 anos ou mais, se autodeclarou com cor da pele branca, era casado(a) ou morava com companheiro(a) e tinha entre 5–8 anos completos de estudo. Com relação ao trabalho, a maior parte trabalhava na zona rural, porém não desenvolvia atividades rurais. No que se refere ao tempo de moradia, mais da metade dos entrevistados sempre morou na zona rural. A média de moradores/domicílio foi de 3,44 (informação não apresentada em tabela) e, quanto à situação econômica, mais da metade da amostra pertencia à classe econômica C. Em relação às variáveis comportamentais e de saúde, destaca-se que: 16,8% dos entrevistados eram tabagistas; 8,7% relataram consumo de álcool de risco; 84,6% eram



ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Figura. Modelo de análise hierarquizado para sintomatologia depressiva entre moradores da zona rural. Pelotas, RS, Brasil, 2016.

Tabela 1. Descrição da amostra e prevalência de sintomatologia depressiva conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde em moradores na zona rural. Pelotas, RS, Brasil, 2016. (n = 1.453)

Variável	n (%)	Prevalência de sintomatologia depressiva (IC95%)
Sexo		
Masculino	701 (48,2)	25,2 (20,5–30,5)
Feminino	752 (51,8)	44,8 (40,6–49,0)
Idade (anos)		
18–29	280(19,3)	33,6 (28,3–39,6)
30–39	225 (15,6)	35,7 (28,6–43,6)
40–49	292 (20,2)	37,6 (31,9–43,7)
50–59	286 (19,7)	38,6 (33,4–44,1)
≥ 60	370 (25,2)	32,0 (25,5–35,4)
Cor da pele		
Branca	1.241(85,2)	34,1 (30,0–38,5)
Preta, parda ou outra	212 (14,8)	42,6 (35,8–49,8)
Situação conjugal		
Casado(a) ou mora com companheiro(a)	889 (60,9)	34,2 (28,1–39,5)
Divorciado(a), Separado(a), Viúvo(a)	187 (12,9)	44,7 (38,0–51,7)
Solteiro(a)	377 (26,2)	33,5 (27,3–40,3)
Escolaridade (anos completos)		
0–4	536 (37,1)	40,0 (35,6–46,7)
5–8	546 (37,7)	35,6 (31,5–40,0)
≥ 9	364 (25,2)	27,6 (23,1–32,7)
Local de trabalho ^a		
Zona urbana	124 (14,1)	28,7 (21,9–38,9)
Zona rural	703 (79,3)	33,9 (28,3–40,0)
Zona rural e urbana	60 (6,6)	34,6 (23,5–47,8)
Trabalhador rural		
Não	953 (65,9)	35,0 (31,2–39,1)
Sim	498 (34,1)	35,9 (29,2–43,2)
Tempo de moradia na zona rural		
Menor tempo (< 50% da vida)	275 (19,2)	37,2 (30,6–44,3)
Maior tempo (50%–99% da vida)	203 (14,0)	33,8 (25,9–42,7)
Sempre morou (100% da vida)	975 (66,8)	35,1 (31,2–39,3)
Número de moradores no domicílio		
1	89 (6,1)	40,0 (29,3–51,6)
2	363 (25,1)	32,7 (26,9–39,1)
3	381 (26,6)	38,3 (32,2–44,7)
4	298 (20,3)	30,6 (24,0–38,0)
≥ 5	315 (21,9)	37,8 (33,1–42,8)
Classe econômica (ABEP)		
A ou B	292 (20,2)	26,9 (23,0–31,3)
C	784 (54,1)	35,7 (31,1–40,5)
D ou E	364 (25,7)	41,1 (34,4–39,3)
Tabagismo		
Não	1.213 (83,2)	35,1 (30,9–39,6)
Sim	240 (16,8)	36,5 (29,0–44,7)
Padrão de consumo de álcool		
Consumo sem risco	1328 (91,3)	35,7 (32,1–39,4)
Consumo de risco	125 (8,7)	32,0 (20,9–45,6)
Atividade física de lazer		
Ativo (≥ 150 min/semana)	221 (15,4)	28,3 (22,8–34,6)
Insuficientemente ativo (< 150 min/semana)	1.218 (84,6)	36,9 (32,9–41,0)
Número de morbidades ^b		
0	905 (62,6)	31,7 (28,4–35,1)
1	405 (27,7)	39,9 (33,3–46,9)
2	120 (8,4)	44,4 (34,1–55,3)
3	19 (1,3)	57,9 (40,0–73,9)

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

^a Variável com maior número de dados faltantes (*missings*) (n = 566).^b Hipertensão, diabetes e doença cardíaca.

Tabela 2. Razões de prevalência bruta e ajustada para associação entre sintomatologia depressiva (EPDS \geq 8 pontos) e variáveis demográficas, comportamentais e de saúde em moradores na zona rural. Pelotas, RS, Brasil, 2016. (n = 1.453)

Variável	RP bruta	p ^c	RP ajustada	p ^c
1º nível				
Sexo		< 0,001		< 0,001
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,77 (1,48–2,13)		1,77 (1,46–2,15)	
Idade (anos)		0,454		0,172
18–29	1,05 (0,80–1,37)		1,36 (0,97–1,91)	
30–39	1,11 (0,88–1,40)		1,34 (0,98–1,85)	
40–49	1,17 (0,94–1,46)		1,35 (1,02–1,78)	
50–59	1,20 (0,93–1,56)		1,31 (1,00–1,72)	
\geq 60	1,00		1,00	
Cor da pele		0,029		0,062
Branca	1,00		1,00	
Preta, parda ou outra	1,25 (1,02–1,52)		1,19 (0,99–1,43)	
Situação conjugal		0,001		0,337
Casado(a)/Mora com companheiro(a)	1,00		1,00	
Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	1,30 (1,13–1,50)		1,21 (0,92–1,57)	
Solteiro(a)	0,98 (0,75–1,26)		1,08 (0,85–1,36)	
Escolaridade (anos completos)		0,007 ^d		0,002 ^d
0–4	1,44 (1,11–1,87)		1,62 (1,22–2,16)	
5–8	1,28 (1,06–1,56)		1,39 (1,16–1,68)	
\geq 9	1,00		1,00	
2º nível				
Classe econômica (ABEP)		< 0,001 ^d		0,001 ^d
A ou B	1,00		1,00	
C	1,32 (1,11–1,58)		1,36 (1,14–1,62)	
D ou E	1,52 (1,24–1,86)		1,49 (1,22–1,83)	
Trabalhador rural		0,809		0,469
Não	1,00		1,00	
Sim	1,02 (0,83–1,26)		1,07 (0,87–1,33)	
Tempo de moradia na zona rural		0,684		0,634
Menor tempo	1,05 (0,87–1,28)		1,10 (0,87–1,39)	
Maior tempo	0,96 (0,74–1,23)		0,96 (0,73–1,25)	
Sempre morou	1,00		1,00	
Número de moradores do domicílio		0,391		0,293
1	1,05 (0,75–1,48)		1,03 (0,68–1,55)	
2	0,86 (0,73–1,02)		0,84 (0,64–1,12)	
3	1,01 (0,80–1,26)		1,01 (0,78–1,30)	
4	0,80 (0,63–1,03)		0,79 (0,60–1,05)	
\geq 5	1,00		1,00	
3º nível				
Tabagismo		0,747		0,744
Não	1,00		1,00	
Sim	1,03 (0,81–1,33)		1,03 (0,82–1,31)	
Padrão de consumo de álcool		0,540		0,410
Consumo sem risco	1,00		1,00	
Consumo de risco	0,89 (0,62–1,28)		1,15 (0,80–1,66)	
Atividade física de lazer ^a		0,007		0,271
Ativo	1,00		1,00	
Insuficientemente ativo	1,30 (1,08–1,56)		1,10 (0,92–1,32)	
Número de morbidades ^b		< 0,001 ^d		0,001 ^d
0	1,00		1,00	
1	1,25 (1,08–1,46)		1,25 (1,05–1,50)	
2	1,40 (1,11–1,76)		1,41 (1,11–1,79)	
3	1,82 (1,30–2,55)		1,74 (1,24–2,45)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

^a Variável com maior número de dados faltantes (*missings*) (n = 14).

^b Hipertensão, diabetes e doença cardíaca.

^c Teste de razão de verossimilhança.

^d Valor de p do teste de tendência linear.

Tabela 3. Razões de prevalência bruta e ajustada para associação entre provável EDM (EPDS \geq 13 pontos) e variáveis demográficas, comportamentais e de saúde em moradores na zona rural. Pelotas, RS, Brasil, 2016. (n = 1.453)

Variável	RP bruta	p ^c	RP ajustada	p ^c
1º nível				
Sexo		< 0,001		< 0,001
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	2,92 (2,07–4,12)		2,79 (1,96–3,97)	
Idade (anos)		0,854		0,021 ^d
18–29	1,02 (0,58–1,79)		2,11 (1,12–3,98)	
30–39	1,27 (0,76–2,11)		2,02 (1,16–3,51)	
40–49	1,16 (0,62–2,16)		1,62 (0,87–3,02)	
50–59	1,15 (0,72–1,85)		1,45 (0,94–2,23)	
\geq 60	1,00		1,00	
Cor da pele		< 0,001		0,001
Branca	1,00		1,00	
Preta, parda ou outra	1,87 (1,44–2,42)		1,73 (1,28–2,34)	
Situação conjugal		< 0,001		0,118
Casado(a)/Mora com companheiro(a)	1,00		1,00	
Divorciado(a)/Separado(a)/Viúvo(a)	1,78 (1,35–2,36)		1,54 (0,99–2,39)	
Solteiro(a)	0,82 (0,54–1,25)		0,88 (0,56–1,37)	
Escolaridade (anos completos)		0,017 ^d		0,005 ^d
0–4	2,29 (1,06–4,97)		2,86 (1,28–6,39)	
5–8	1,72 (0,89–3,32)		1,93 (0,95–3,92)	
\geq 9	1,00		1,00	
2º nível				
Classe econômica (ABEP)		0,001 ^d		0,005 ^d
A ou B	1,00		1,00	
C	1,77 (1,03–3,05)		1,92 (1,13–3,27)	
D ou E	2,56 (1,46–4,51)		2,42 (1,37–4,27)	
Trabalhador rural		0,809		0,612
Não	1,00		1,00	
Sim	0,92 (0,67–1,27)		1,08 (0,77–1,54)	
Tempo de moradia na zona rural		0,521		0,397
Menor tempo (< 50% da vida)	1,10 (0,65–1,85)		1,18 (0,76–1,81)	
Maior tempo (50%–99% da vida)	1,33 (0,80–2,19)		1,33 (0,86–2,06)	
Sempre morou (100% da vida)	1,00		1,00	
Número de moradores do domicílio		0,434		0,554
1	0,98 (0,50–1,89)		0,68 (0,31–1,46)	
2	0,75 (0,50–1,13)		0,70 (0,42–1,14)	
3	0,84 (0,54–1,30)		0,80 (0,42–1,14)	
4	0,73 (0,51–1,03)		0,68 (0,41–1,12)	
\geq 5	1,00		1,00	
3º nível				
Tabagismo		0,805		0,813
Não	1,00		1,00	
Sim	1,05 (0,67–1,64)		1,04 (0,69–1,57)	
Padrão de consumo de álcool		0,399		0,550
Consumo sem risco	1,00		1,00	
Consumo de risco	0,76 (0,39–1,46)		1,22 (0,61–2,43)	
Atividade física de lazer ^a		0,114		0,440
Ativo	1,00		1,00	
Insuficientemente ativo	1,72 (0,86–3,44)		1,26 (0,68–2,34)	
Número de morbidades ^b		< 0,001 ^d		0,007 ^d
0	1,00		1,00	
1	1,49 (1,19–1,86)		1,44 (1,17–1,78)	
2	1,79 (1,25–2,56)		1,73 (1,13–2,64)	
3	2,26 (0,81–6,28)		1,66 (0,58–4,75)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; EDM: episódio depressivo maior

^a Variável com maior número de dados faltantes (*missings*) (n = 14).

^b Hipertensão, diabetes e doença cardíaca.

^c Teste de razão de verossimilhança.

^d Valor p do teste de tendência linear.

insuficientemente ativos no lazer e 37,4% receberam diagnóstico médico de pelo menos uma morbidade (Tabela 1).

A média do escore da EPDS foi 6,45 [desvio padrão (DP) = 4,75; mediana = 6] (informação não apresentada em tabela). A prevalência de sintomatologia depressiva na amostra foi de 35,4% (IC95% 31,5–39,3). As razões de prevalência brutas e ajustadas do desfecho conforme as variáveis independentes encontram-se na Tabela 2. Na análise bruta, a prevalência de sintomatologia depressiva esteve associada com: sexo feminino; cor da pele branca; ser divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a); ter menor escolaridade; pertencer às classes econômicas D ou E; ser insuficientemente ativo no lazer; e possuir maior número de morbidades. Após o ajuste para fatores de confusão, a prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres foi 1,77 vezes a prevalência dos homens (IC95% 1,46–2,15). As variáveis escolaridade e classe econômica permaneceram associadas após o ajuste e apresentaram uma relação inversa com o desfecho, ou seja, indivíduos com até quatro anos de escolaridade e indivíduos com pior condição socioeconômica (classes D ou E) apresentaram as maiores prevalências de sintomatologia depressiva comparados àqueles de maior escolaridade e melhor condição socioeconômica (classes A ou B).

Observou-se também que, quanto maior o número de doenças crônicas, maior a prevalência de sintomatologia depressiva. Indivíduos com hipertensão, diabetes e doença cardíaca apresentaram uma prevalência quase duas vezes maior que aqueles que não relataram nenhuma dessas doenças (RP = 1,74; IC95% 1,24–2,45).

Apesar de a variável idade não ter apresentado significância estatística, os intervalos de confiança das categorias de 40 a 59 anos foram significativos e as medidas de efeito sugeriram maiores prevalências nessas categorias de idade comparadas à de 60 anos ou mais.

Cor da pele, situação conjugal e atividade física no lazer, embora associadas à sintomatologia depressiva na análise bruta, perderam significância estatística e a magnitude do efeito foi reduzida após o ajuste para fatores de confusão. Já as variáveis trabalhador rural, tempo de moradia na zona rural, número de moradores no domicílio e as variáveis comportamentais (tabagismo e padrão do consumo de álcool) não apresentaram significância estatística nas análises bruta e ajustada (Tabela 2).

As análises suplementares realizadas, considerando o ponto de corte de 13 ou mais pontos na EPDS, mostram que, apesar do recorte mais específico para detectar EDM, os resultados encontrados mantiveram-se no mesmo sentido, exceto para idade e cor da pele, as quais permaneceram associadas após o ajuste para os fatores de confusão. Os indivíduos mais jovens, com idades entre 18 e 29 anos (RP = 2,11; IC95% 1,12–3,98) e aqueles com cor da pele preta, parda ou outra (RP = 1,73; IC95% 1,28–2,34) apresentaram as maiores prevalências para provável EDM (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Mais de um terço dos indivíduos residentes na zona rural de Pelotas apresentou sintomatologia depressiva. Estudos internacionais realizados em áreas rurais, em distintos contextos e com populações predominantemente adultas, apresentaram grandes variações das prevalências para sintomatologia depressiva (entre 5,1% e 56,2%)^{16–18}. Portanto, comparações entre estudos, ainda que importantes, devem ponderar que as prevalências se mostram distintas devido às características socioeconômicas, políticas e culturais dos locais e ao uso de diferentes instrumentos para avaliar sintomatologia depressiva.

Neste estudo, a sintomatologia depressiva, presente em 35,4% dos indivíduos avaliados da zona rural, foi superior àquelas encontradas em dois estudos realizados com a população residente na zona urbana do mesmo município^{12,19}. Matijasevich et al.¹² avaliaram adultos com 20 anos ou mais por meio da EPDS, usando o mesmo ponto de corte (≥ 8 pontos), e encontraram uma prevalência de 19% para sintomatologia depressiva. Outro estudo local,

empregando o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), observou uma prevalência de 20,4% dessa morbidade¹⁹. Essa comparação com a área urbana do município reforça a importância de avaliação da sintomatologia depressiva e a necessidade do conhecimento sobre a presença dessa morbidade em populações residentes em áreas rurais.

Assim como em outros estudos realizados com residentes rurais^{18,20}, neste também foi verificada maior prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres. Depressão ao longo da vida é, no mundo, mais frequentemente encontrada entre o sexo feminino^{21,22}. Em geral, homens apresentam menores prevalências de sintomatologia depressiva e podem externalizar esses sintomas de maneira distinta comparados às mulheres (com irritabilidade e agressividade, por exemplo)²³. As razões da maior ocorrência entre mulheres ainda não são completamente claras; no entanto, a existência da combinação de fatores biológicos (como hormonais) e ambientais (desigualdades, papéis sociais de gênero, violência doméstica e civil) pode explicar parte desses achados²⁴. Acredita-se que, em áreas rurais, mulheres desempenham atividades domésticas em maior proporção que os homens, sentindo-se invariavelmente mais sozinhas e exigidas, menos apoiadas e reconhecidas e, conseqüentemente, mais suscetíveis a desenvolverem sintomatologia depressiva.

Em relação à faixa etária, estudos com adultos de regiões rurais da Austrália e Lituânia também mostraram maiores prevalências de sintomatologia depressiva em idades intermediárias^{17,18}. Na zona rural avaliada, a taxa de não respondentes foi maior entre os idosos o que pode ter subestimado a prevalência neste grupo etário. Além disso, acredita-se que a continuidade no trabalho, a adaptação à zona rural e, por conseguinte a estabilidade no local possam ser fatores importantes para explicar a menor prevalência de sintomatologia depressiva encontrada entre indivíduos com 60 anos ou mais quando comparados aos mais jovens.

Quanto à escolaridade e classe econômica, a sintomatologia depressiva na zona rural de Pelotas foi maior entre os menos favorecidos, achado frequente na literatura^{18,21}. Indivíduos com menor escolaridade, em geral, apresentam um leque reduzido de escolhas e possibilidades de ascensão social e econômica. Esses fatores podem provocar o agravamento ou o desenvolvimento de transtornos mentais, como a depressão²⁴.

Também encontramos que a prevalência de sintomatologia depressiva foi superior entre aqueles com alguma doença crônica avaliada. Esse achado pode ser compreendido pelo impacto desse tipo de morbidade na vida emocional do indivíduo, com prejuízos à sua vida social e à capacidade funcional²⁵.

Na população rural investigada, não foi encontrada associação entre tabagismo e sintomatologia depressiva. Estudos mostram que fumantes têm mais chances de desenvolver depressão e que aqueles com história pregressa de depressão e ansiedade tendem a ter dificuldade de interromper o hábito do fumar^{26,27}. Ainda, o uso de tabaco causa dependência física e psicológica, de prazer e alívio de tensões e sentimentos negativos²⁸. A relação entre tabagismo e depressão deve ser melhor avaliada em futuros estudos na população rural; no entanto, a possibilidade de causalidade reversa tem de ser considerada.

A maior prevalência de sintomatologia depressiva foi encontrada entre indivíduos que referem possuir cor da pele preta, parda, amarela ou indígena. Esses indivíduos são, em geral, minoria na zona rural estudada, onde grande parte de seus moradores são descendentes de alemães e pomeranos. No entanto, essa variável esteve associada apenas na análise bruta.

Na análise ajustada, não encontramos associação entre a presença de sintomatologia depressiva e a situação ocupacional, nem entre sintomatologia depressiva e nível de atividade física no lazer. A ausência de associação pode estar relacionada ao poder do estudo, insuficiente para discriminar essas diferenças, uma vez que a alta carga de trabalho realizada por moradores rurais e a prática insuficiente de atividade física de lazer poderiam contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais. Também não foi encontrada

diferença estatisticamente significativa para as variáveis: situação conjugal, consumo de álcool, tempo de moradia na zona rural e número de moradores no domicílio. Mais estudos se fazem necessários para melhor explorar essas associações no contexto rural.

Entre as limitações deste estudo, devemos considerar a possibilidade de causalidade reversa, característica inerente aos estudos transversais, que inviabiliza o estabelecimento de relação de temporalidade entre o desfecho e algumas variáveis, pontuadas anteriormente, como o tabagismo. Além disso, não foi questionado o uso de medicamentos antidepressivos na amostra, o que pode ter subestimado a prevalência encontrada. Salienta-se ainda que a taxa de não respondentes foi maior entre homens e idosos, o que pode ter reduzido a prevalência do desfecho nesses grupos.

O instrumento utilizado para avaliação do desfecho foi validado na população urbana¹² e não foi encontrado, na literatura acessada, instrumento específico para avaliar a depressão em residentes de localidades rurais. Entretanto, a validação da EPDS ocorreu com a população geral, de ambos os sexos, residente no mesmo município onde foi realizado este estudo; portanto, pelo fato de residirem na mesma região, a população de ambas as localidades do município (urbana e rural) possuem boa compreensão do instrumento, além de serem semelhantes em outras características. É importante ressaltar ainda que, embora a EPDS seja útil para o rastreamento da doença, ela não substitui o diagnóstico baseado em entrevista clínica realizada por profissionais de saúde mental.

Entre os aspectos positivos, cabe destacar que este é um estudo de base populacional com baixa proporção de perdas e recusas e grande cuidado metodológico durante todas as etapas do trabalho¹⁰, no qual foi realizada uma seleção rigorosa de indivíduos, compondo uma amostra representativa da população rural. Dessa forma, os resultados desta pesquisa podem servir de referência para outras regiões rurais com contextos socioeconômicos e culturais semelhantes.

Este estudo destaca a importância da doença mental enquanto problema de saúde pública na zona rural. A criação de programas de atendimento direcionados aos moradores rurais, visando ao rastreamento e diagnóstico precoce de depressão e à manutenção do tratamento são ações importantes que devem ser fomentadas pelas políticas locais e nacionais em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília (DF): OPAS; MS; 2011 [citado 13 out 2016]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>
2. World Health Organization. Depression: Fact Sheet reviewed 2016. Geneva: WHO; 2016 [citado 13 out 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
3. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
4. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(3):262-70. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; MS; 2014 [citado 13 out 2016]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
6. Munhoz TN, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevich A. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *J Affect Disord.* 2016;192:226-33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.038>
7. Stallones L, Leff M, Garrett C, Criswell L, Gillan T. Depressive symptoms among Colorado farmers. *J Agric Saf Health.* 1995;1(1):37-43. <https://doi.org/10.13031/2013.19454>

8. Muntaner C, Barnett E. Depressive symptoms in rural West Virginia: labor market and health services correlates. *J Health Care Poor Underserved*. 2000;11(3):284-300. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0788>
9. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPEL baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11 Supl 1:133-44. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500014>
10. Gonçalves H, Tomasi E, Tovo-Rodrigues L, Bielemann RM, Machado AKF, Ruivo ACO, et al. Estudo de base populacional na zona rural: metodologia e desafios. *Rev Saude Publica*. 2018;52 Supl1:3s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000270>
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
12. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, Silva DMD, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14:284. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0284-x>
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica do Brasil. São Paulo: ABEP; 2014 [citado 13 out 2016]. Disponível em: <http://www.abep.org>
14. World Health Organization. Global physical activity questionnaire (GPAQ): analysis guide. Geneva: WHO; 2010 [citado 13 out 2016]. Disponível em: http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf
15. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in Primary Care. 2.ed. Geneva: WHO; 2001 [citado 13 out 2016].
16. Lojko D, Czajkowska A, Suwalska A, Pałys W, Jaracz K, Górna K, et al. Symptoms of depression among adults in rural areas of western Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22(1):152-5. <https://doi.org/10.5604/12321966.1141386>
17. Kilkinen A, Kao-Philpot A, O'Neil A, Philpot B, Reddy P, Bunker S, et al. Prevalence of psychological distress, anxiety and depression in rural communities in Australia. *Aust J Rural Health*. 2007;15(2):114-9. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00863.x>
18. Sidlauskaitė-Stripeikiene I, Zemaitienė N, Klumbienė J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Med (Kaunas)*. 2010;46(10):693-9.
19. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2013;150(2):401-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.031>
20. Brossart DF, Wendel ML, Elliott TR, Cook HE, Castillo LG, Burdine JN. Assessing depression in rural communities. *J Clin Psychol*. 2013;69(3):252-63. <https://doi.org/10.1002/jclp.21949>
21. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
22. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013;43(3):471-81. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
23. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):1100-6. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
24. World Health Organization. The world health report: Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001 [citado 13 out 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
25. Ziarko M, Mojs E, Kaczmarek ID, Warchol-Biedermann K, Malak R, Lisinski P, et al. Do urban and rural residents living in Poland differ in their ways of coping with chronic diseases? *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19(22):4227-34.
26. Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(5):276-82. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000500005>

27. Flensburg-Madsen T, Scholten MB, Flachs EM, Mortesen EL, Prescott, Tolstrup JS. Tobacco smoking as a risk factor for depression: a 26-year population-based follow-up study. *J Psychiatr Res.* 2011;45(2):143-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.006>
28. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression: a causal analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(1):36-43. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820130038007>

Financiamento: Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES/PROEX – Processo 23038.002445/2015-97, número do auxílio 1012/2015).

Contribuição dos Autores: Coleta e interpretação dos dados: RH. Análise, preparação e redação do manuscrito: RH, APG, HG. Revisão crítica do manuscrito: HG, APG. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

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