
RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL COMUM, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM MULHERES, ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

RELATION OF COMMON MENTAL DISORDER, PHYSICAL ACTIVITY AND BODY MASS INDEX IN WOMEN, POPULATION-BASED STUDY

Isadora Ferreira Henriques¹, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh¹, Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles¹, Gilberto de Araújo Pereira¹ e Shamyry Sulyvan de Castro²

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil.

RESUMO

A literatura tem apontado um aumento da prevalência de Transtorno Mental Comum ao longo dos anos, especialmente entre o público feminino. A realização de levantamentos populacionais que investiguem a prevalência desta morbidade psíquica e fatores a ela associados mostra-se relevante, permitindo identificar precocemente os casos e sugerir e/ou encaminhar para estratégias de intervenção apropriadas. O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de transtorno mental comum (TMC) e verificar sua relação com níveis de atividade física (NAF), índice de massa corporal (IMC) e variáveis sociodemográficas e econômicas, em mulheres adultas e idosas de Uberaba, Minas Gerais. A amostra populacional (probabilística em múltiplos estágios) foi composta por 1520 mulheres. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares. Para investigação dos TMC foi utilizada a escala *Self-Report Questionnaire*; para o NAF utilizou-se a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física; para cálculo do IMC mensurou-se peso e altura. A prevalência de TMC foi de 29,67%, sem associações significativas com o NAF e o IMC. Por outro lado, encontra-se associada às desvantagens socioeconômicas (baixa renda e baixa escolaridade) e a questões sociodemográficas (estar em união e não ser chefe de família).

Palavras-chave: Ansiedade. Atividade física. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The literature has shown an increased prevalence of common mental disorder over the years, especially among female. Carrying out population surveys to investigate the prevalence of psychological morbidity and associated factors are relevant, allowing early identification of cases to suggest and/or forward to appropriate intervention strategies. This study aimed to estimate the prevalence of common mental disorders (CMD) and verify its relationship with physical activity levels (PAL), body mass index (BMI) and economic / demographic variables in adult and elderly women in Uberaba, Minas Gerais. The population sample (multistage and probabilistic) consisted by 1520 women. Data collection was carried out through home interviews. For investigation of the CMD it was used the Self-Report Questionnaire; the PAL was measured by long version of the International Physical Activity Questionnaire; to calculate BMI it was measured height and weight. The prevalence of CMD was 29.67%, no significant associations with PAL and BMI. On the other hand, CMD was associated with economic disadvantages (low income and low education) and sociodemographic questions (married and not to be the head of family).

Keywords: Anxiety. Motor activity. Women's health.

Introdução

O conceito de Transtorno Mental Comum (TMC) foi descrito por Goldberg e Huxley¹ por meio de um modelo biossocial, como os casos que apresentam sintomas não psicóticos, como fadiga, irritabilidade, insônia, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sintomas depressivos¹, os quais acarretam incapacidade funcional do indivíduo².

Os TMC não cumprem os requisitos para serem classificados como doença segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)³. Apesar disso, manifesta sinais e sintomas que, se não identificados desde o início, provavelmente podem evoluir para

quadros mais avançados e crônicos de transtorno mental, causando sofrimento que gera prejuízos a nível mental, social e laboral na vida dos indivíduos^{2,4}.

A literatura tem apontado um aumento da prevalência de TMC ao longo dos anos⁴, especialmente entre as mulheres⁵. Além das questões de gênero, há outros fatores que podem estar associados à ocorrência de TMC, como por exemplo, baixo Nível de Atividade Física (NAF)⁶, elevados valores de Índice de Massa Corporal (IMC)⁷ e indicadores socioeconômicos como baixa escolaridade e baixa renda⁸.

A doença mental de modo geral é negligenciada quando comparada à saúde física, especialmente nos países subdesenvolvidos, alheios a adequados planejamento e investimento nos serviços e na assistência à saúde pública dentro do contexto psíquico⁹. Há um descompasso entre a procura e a oferta dos serviços neste setor, e por este motivo apenas parte dos casos existentes consegue ser identificada e tratada de forma adequada, promovendo aumento dos custos sociais e econômicos⁵.

A realização de levantamentos populacionais que investiguem a prevalência desta morbidade psíquica e fatores a ela associados mostra-se relevante, permitindo identificar precocemente os casos e sugerir e/ou encaminhar para estratégias de intervenção apropriadas¹⁰. Estudos como esse podem promover melhor compreensão da distribuição deste transtorno mental em âmbito populacional, implicando em vários aspectos positivos. Os profissionais de saúde estarão mais informados a respeito do perfil de saúde das pessoas sob seus cuidados, permitindo a adequada preparação técnica para o cuidado em saúde necessário a essa população. A partir do perfil populacional observado com este estudo, é possível mobilizar os gestores em saúde a respeito das prioridades de investimento para o setor da saúde mental, ofertando um serviço compatível às necessidades da demanda. Esse processo de preparação também pode ser aplicado à estrutura física dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, que poderá estruturar a rede de atenção de forma coerente com o perfil de saúde dos usuários. Os pacientes com TMC serão beneficiados, pois terão à disposição uma rede de atenção à saúde mais preparada, com serviços e profissionais de saúde adequadamente capacitados e estruturados para o cuidado em saúde. A população de forma geral se beneficiaria com um serviço que realiza rastreio de problema de saúde mental e consequentemente identifica precocemente os casos positivos, permitindo atendimento mais rápido e evitando agravamento dos casos. O estudo populacional do perfil de saúde mental e níveis de atividade física de mulheres poderá ainda ser benéfico ao campo de pesquisa da educação física e saúde coletiva à medida que apresenta elementos para a compreensão das relações entre doença mental e nível de atividade física.

Até o presente momento são desconhecidos estudos que tenham verificado a relação concomitante entre TMC e NAF; e TMC e IMC. Desta forma, este trabalho objetivou estimar a prevalência de TMC e suas relações com NAF e IMC e, de forma coadjuvante, as relações deste acometimento psíquico com variáveis sociodemográficas e econômicas, em mulheres adultas e idosas, residentes na área urbana da cidade de Uberaba, Minas Gerais.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional e transversal de base populacional, com foco na identificação do perfil de saúde. Os dados do presente estudo são oriundos de uma pesquisa mais abrangente: o Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba, Minas Gerais (MG), 2014 (ISA-Mulher, 2014), que investigou o perfil geral de saúde das mulheres residentes na cidade de Uberaba, MG.

Caracterização da população

A cidade de Uberaba, MG está localizada na região do Triângulo Mineiro, e atualmente conta com uma população estimada de 322.126 habitantes. Os dados utilizados para o cálculo amostral foram baseados no CENSO 2010 do IBGE, período em que havia uma população total de 296 mil habitantes, sendo 151.527 mulheres¹¹.

Participantes

A amostra do ISA-Mulher foi composta por mulheres com idade a partir de 18 anos. Porém para este estudo, foram consideradas apenas as mulheres de vida adulta (idade entre 20 e 59 anos) e idosas (com 60 anos ou mais), de acordo com o preconizado pelo relatório “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã”¹².

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi um pré-requisito para a participação das mulheres, que foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa bem como da garantia quanto ao sigilo e a confidencialidade das informações coletadas. A pesquisa passou pela análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e recebeu aprovação representada pelo número de protocolo 1826/2010.

Processo Amostral

Para a seleção das participantes, considerou-se uma amostragem probabilística em múltiplos estágios, por setores censitários e em seguida por domicílios. Foram selecionados aleatoriamente no primeiro estágio 24 de um total de 36 bairros, respeitando a proporcionalidade populacional de cada distrito em termos de quantidade de bairros. No segundo estágio, selecionou-se dentro de cada bairro previamente sorteado e também de forma aleatória, 25% dos setores censitários, respeitando a proporcionalidade populacional de cada bairro em termos de quantidade de setores censitários. Dentro de cada setor censitário sorteado, os domicílios foram selecionados de forma sistemática. O primeiro domicílio selecionado correspondia ao início do setor censitário. Os demais domicílios selecionados obedeceram a um intervalo amostral (IA) = 32, até atingir a quantidade desejada para cada estrato de interesse quanto à faixa etária. Caso o final do setor censitário fosse alcançado, mas o número máximo de entrevistadas para aquele setor não tivesse sido atingido, retornava-se ao início do setor, a partir da casa seguinte à primeira selecionada.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se a ausência de conhecimento a priori sobre as estimativas das prevalências dos eventos de interesse. Assim, adotou-se todos iguais a 50%. Para inferir as estimativas de interesse encontradas na amostra sobre a população foi considerado um nível de confiança de 95% e margem de erro de no máximo 2,5%, segundo a fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \pi(1 - \pi)}{(me)^2}$$

Sendo Z_{α} : escore da distribuição normal considerando o nível de significância ($\alpha=0,05$); me : margem de erro para as estimativas intervalares; π : proporção estimada do evento de interesse. O tamanho amostral final para mulheres com idade ≥ 18 anos foi de $n= 1530$ mais 20% de perda ($n=1530 + 306= 1836$).

Para que esta amostra de estudo fosse representativa sobre a população de mulheres do município de Uberaba quanto à faixa de idade, renda, escolaridade e cor da pele, foram consideradas as mesmas proporções populacionais destes estratos quanto à faixa de idade, segundo os dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹¹.

Instrumentos

Para identificação e caracterização sociodemográfica e econômica, foi utilizado um questionário, previamente testado em um estudo piloto, contendo perguntas acerca de: data de nascimento; situação conjugal atual (solteira, em união, separada, viúva); escolaridade em anos completos de estudo (0; 1-4; 5-8; 9-11; ≥ 12)¹³; cor da pele (branca, amarela, parda, preta, vermelha, outra); renda familiar total mensal categorizada para salários mínimos (SM): < 2 SM; ≥ 2 SM até 3 SM; ≥ 4 SM até 9 SM; ≥ 10 SM até 19 SM; ≥ 20 SM)¹⁴; número de pessoas residentes na casa; número de contribuintes com a renda familiar; ser ou não chefe de família e exercer ou não trabalho remunerado, no momento da pesquisa.

Para investigação do TMC utilizou-se a escala *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvida por Harding et al¹⁵, e validada para o Brasil por Mari e Williams¹⁶ e por Gonçalves et al¹⁷. É um instrumento de baixo custo e fácil aplicação, amplamente indicado para o rastreamento psiquiátrico¹⁶ de transtornos mentais não psicóticos¹⁸ tanto no contexto clínico quanto em estudos epidemiológicos¹⁷. Possui respostas categóricas (sim: um ponto; não: zero ponto), sendo o score final calculado pela soma¹⁷. O ponto de corte para mulheres é de 7/8 (até sete respostas positivas: sem risco para TMC; oito ou mais respostas positivas: risco para o TMC)¹⁷, sendo verificada para este valor uma sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%^{16,18}.

O NAF foi mensurado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ), versão longa. No Brasil, é uma ferramenta validada e útil em estudos epidemiológicos para todas as faixas etárias, uma vez que tem boa precisão e estabilidade nas medidas¹⁹. Objetiva estimar o tempo gasto semanalmente em atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa em um conjunto abrangente de domínios (a- atividade física de lazer e recreação, b- atividades domésticas e de jardinagem, c- atividade física relacionada ao trabalho, d- atividade física relacionada ao transporte, e- tempo sentado)¹⁹. O ponto de corte utilizado para classificar as participantes como fisicamente ativas, foi de 150 minutos ou mais gastos em atividades de intensidade moderada²⁰ ou de 120 minutos ou mais gastos em atividades de intensidade vigorosa²¹, sendo considerados para cálculo os domínios atividade física relacionada ao trabalho, atividades domésticas e atividades físicas de lazer e recreação, de acordo com o proposto por Abel et al²².

Os dados antropométricos foram obtidos através das mensurações de peso e altura. O peso foi aferido por meio de balança digital da marca OMRON e a altura por meio de fita métrica afixada à parede, posicionando as mulheres de costas, com os pés unidos e o corpo completamente ereto. Para o cálculo do IMC considerou-se a relação entre o peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Seguindo as recomendações da OMS²³, a amostra foi classificada em: baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obeso. Porém, para as mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, considerou-se a classificação segundo Lipschitz²⁴ em: baixo peso, eutrófico e sobrepeso.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no período de março a outubro de 2014 por meio de entrevistas domiciliares, por entrevistadoras do gênero feminino, previamente treinadas em um estudo piloto. Houve a supervisão de campo com conferência das mesmas. Foi feita checagem aleatória via telefone de 10% das entrevistas realizadas em cada setor censitário.

Processamento dos dados

Previamente à tabulação dos dados, criou-se uma máscara no programa EpiData® para a entrada dos mesmos, com dupla digitação.

Análise Estatística

Para análise, as mulheres foram alocadas nas faixas etárias: 20-29 anos (adulta jovem); 30-59 anos (adulta); 60-79 anos (idosa)²⁵ e com idade igual ou superior a 80 anos (muito idosa)²⁶.

As análises estatísticas foram conduzidas no programa Stata 13. Foi considerada como variável preditora a positividade para TMC e como variáveis desfechos o NAF, o aumento da idade e o IMC. O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Realizou-se inicialmente a análise descritiva para obter a frequência e porcentagens das variáveis em estudo. Em seguida, procedeu-se à análise bivariada (teste Qui-quadrado) para mensurar a associação entre a variável preditora (independente) e os desfechos (dependentes), bem como para verificar a distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas. Foi calculado o intervalo de confiança (IC-95%) para comparação das prevalências entre as categorias das variáveis.

Para estabelecer a relação entre as variáveis e obter as estimativas da Razão de Prevalência (RP) foi realizada análise multivariada, por meio do modelo de regressão de Poisson, usando variáveis sociodemográficas e econômicas como variáveis de ajuste ($5\% < p < 20\%$).

Resultados

A amostra final do ISA-Mulher, 2014 totalizou em 1.557 entrevistadas. Para este estudo, foram consideradas somente as mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Assim, a amostra correspondeu a 1.520 mulheres.

A idade máxima alcançada foi de 94 anos (Média= 50,67; DP= 16,71), com predomínio na faixa etária entre 30-59 anos (53,16%). Maiores informações acerca das características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Aproximadamente 30% das mulheres apresentaram TMC positivo; 90,26% foram classificadas como ativas segundo o IPAQ, porém a maior parte delas com sobrepeso de acordo com o IMC (38,54%) (Tabela 1).

A Tabela 2 traz informações acerca da presença de TMC segundo características sociodemográficas e econômicas. Em relação à idade, a ocorrência de TMC aumentou até a faixa etária de 30-59 anos (30,80%). Houve diferença significativa entre a presença de TMC e as variáveis: estado civil ($p=0,003$); chefe de família ($p=0,004$); renda familiar ($p < 0,001$) e escolaridade ($p < 0,001$).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica/econômica e prevalência de TMC, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

Características	n	%
Faixa Etária (n= 1.520)		
20-29 anos	225	14,80
30-59 anos	808	53,16
60-79 anos	445	29,28
≥ 80 anos	42	2,76
Raça (n= 1.511)**		
Branca	843	55,79
Parda	435	28,79
Preta	191	12,64
Amarela	18	1,19
Outra	24	1,59
Escolaridade em anos (n= 1.520)		
0 anos	56	3,68
1 a 4 anos	326	21,45
5 a 8 anos	356	23,42
9 a 11 anos	294	19,34
12 anos e mais	488	32,11
Estado Civil (n= 1.519)**		
Solteira	338	22,25
Em união	804	52,93
Separada	147	9,68
Viúva	230	15,14
Renda Familiar em salário mínimo* (n= 1.520)		
<2	480	31,58
≥ 2 até 3	593	39,01
≥ 4 até 9	327	21,51
≥ 10 até 19	34	2,24
≥ 20	86	5,66
Chefe de Família (n= 1.479)**		
Sim	641	43,34
Não	838	56,66
Exerce Trabalho Remunerado (n= 1.520)		
Sim	556	36,58
Não	964	63,42
Transtorno Mental Comum (n= 1.503)**		
Sim	446	29,67
Não	1057	70,33
Nível de Atividade Física (n= 1.335)**		
Ativa	1205	90,26
Inativa	130	9,74
Índice de Massa Corporal (n= 1.505)**		
Baixo peso	105	6,98
Eutrófico	543	36,08
Sobrepeso	580	38,54
Obeso	277	18,41

TMC: Transtorno Mental Comum; NAF: Nível de Atividade Física; IMC: Índice de Massa Corporal; *Salário mínimo do Brasil do ano de 2014: R\$ 724,00; **Número máximo de perdas: 185.

Fonte: Os autores.

Tabela 2. Prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográficas e socioeconômicas em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 20

Faixa etária (n= 1.503)				0,778
	20-29 anos* (n= 221)	64 – 28,96	23,34-35,30	
	30-59 anos (n= 802)	247 – 30,80	27,69-34,08	
	60-79 anos (n= 438)	123 – 28,08	24,06-32,48	
	≥ 80 anos (n= 42)	12 – 28,57	16,87-44,07	
Raça (n= 1.494)				0,125
	Branca (n= 837)	236 – 28,19	25,24-31,34	
	Parda (n= 428)	142 – 33,17	28,86-37,78	
	Preta (n= 187)*	48 – 25,66	19,90-32,43	
	Amarela (n= 18)	7 – 38,88	19,34-62,80	
	Outra (n= 24)	10 – 41,66	23,75-62,08	
Estado Civil (n= 1.502)				0,003
	Solteira (n= 335)	90 – 26,86	22,38-31,87	
	Em união (n= 791)*	234 – 29,58	26,49-32,86	
	Separada (n= 147)	62 – 42,17	34,42-50,33	
	Viúva (n= 229)	59 – 25,76	20,50-31,83	
Chefe de Família (n= 1.465)				0,004
	Sim (n= 636)	214 – 33,65	30,07-37,41	
	Não (n= 829)*	221 – 26,66	23,75-29,77	
Renda Familiar (n= 1.503) (salário mínimo**)				<0,001
	<2 (n= 475)	185 – 38,94	34,65-43,41	
	≥ 2 até 3 (n= 586)	156 – 26,62	23,19-30,35	
	≥ 4 até 9 (n= 323)	76 – 23,52	19,21-28,47	
	≥ 10 até 19 (n= 34)	9 – 26,47	14,23-43,83	
	≥ 20* (n= 85)	20 – 23,52	15,66-33,75	
Escolaridade (n= 1.503)				<0,001
	0 anos (n= 55)	30 – 54,54	41,24-67,22	
	1 a 4 anos (n= 322)	117 – 36,33	31,24-41,74	
	5 a 8 anos (n= 352)	111 – 31,53	26,88-36,58	
	9 a 11 anos (n= 290)	81 – 27,93	23,05-33,38	
Exerce Trabalho Remunerado (n= 1.503)				0,274
	Sim (n= 547)	153 – 27,97	24,36-31,88	
	Não (n= 956)*	293 – 30,64	27,80-33,65	

TMC: Transtorno Mental Comum; *Grupo de referência para comparação do IC-95%;**Salário mínimo do Brasil do ano de 2014: R\$ 724,00; Número máximo de dados faltantes: 11

Fonte: Os autores.

A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres fisicamente ativas (88,68%). Não foram observados registros de TMC para a categoria de inativas na faixa etária de muito idosas (≥ 80 anos). Houve associação estatisticamente significativa entre a presença de TMC segundo o NAF apenas para a faixa etária 60-79 anos (p=0,027). Porém, não houve significância no modelo ajustado de RP para estas variáveis (p=0,235) (Tabela 3).

Em relação ao IMC, a maior ocorrência de TMC se deu entre as mulheres com sobrepeso (37,41%). A distribuição das mulheres com TMC segundo o IMC predomina na faixa etária de 30-59. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a

presença de TMC segundo IMC e faixas etárias (Tabela 4) e entre a Razão de Prevalência de TMC segundo IMC e faixas etárias (Tabela 5).

Tabela 3. Razão de Prevalência e Intervalos de Confiança de TMC segundo NAF e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

	Nível de Atividade Física			Bruta			
	Inativa		Ativa	p	RP	IC-95%	p
	n - % (IC - 95%)	n - % (IC - 95%)	n - % (IC - 95%)				
TMC 20-29 anos	6 - 37,50 (17,32-63,20)	52 - 29,37 (23,08-36,57)	0,497	0,78	0,33-1,82	0,583	
30-59 anos	17 - 31,48 (20,45-45,08)	200 - 29,80 (26,45-33,38)	0,796	0,94	0,57-1,55	0,829	
60-79 anos	20 - 38,46 (26,19-52,39)	77 - 23,98 (19,61-28,98)	0,027	0,62	0,38-1,01	0,072	
≥ 80 anos	-	8 - 34,78 (17,61-57,09)	0,053	-	-	-	
Total**	43 - 11,32	337 - 88,68					

Teste Qui-quadrado. (p<0.05). TMC: Transtorno Mental Comum; IC: Intervalo de Confiança; RP: Razão de Prevalência; **Número máximo de dados faltantes: 66
Fonte: Os autores

Tabela 4. Prevalência e Intervalos de Confiança de TMC segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

	Índice de Massa Corporal				p
	Baixo peso ¹	Eutrófica ²	Sobrepeso ³	Obesa ⁴	
	n - % (IC - 95%)	n - % (IC - 95%)	n - % (IC - 95%)	n-% (IC - 95%)	
TMC 20-29 anos	4 - 28,57 (10,65-57,29)	27 - 25,71 (18,19-35,00)	14 - 24,56 (15,00-37,51)	18 - 41,86 (27,98-57,14)	0,206
30-59 anos	4 - 19,04 (7,14-41,84)	80 - 32,00 (26,49-38,05)	81 - 27,83 (22,97-33,28)	79 - 34,19 (28,34-40,57)	0,263
60-79 anos	17 - 27,41 (17,68-39,90)	42 - 25,30 (19,23-32,50)	63 - 30,58 (24,64-37,24)	-	0,526
≥ 80 anos	1 - 16,66 (1,74-69,29)	4 - 20,00 (7,27-44,32)	7 - 43,75 (21,37-68,99)	-	0,230
Total	26 - 5,90	153 - 34,69	165 - 37,41	97 - 22,00	

Teste Qui-quadrado. (p<0.05). TMC: Transtorno Mental Comum; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; Número máximo de dados faltantes: 5.
Fonte: Os autores

Tabela 5. Razão de Prevalência e Intervalos de Confiança de TMC segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 20

	RP BRUTA								
	RP 1(1/2)	IC -95%	p	RP 2(3/2)	IC -95%	p	RP 3(4/2)	IC -95%	p
	20-29 anos	1,11	0,38-3,17	0,844	0,95	0,50-1,82	0,889	1,62	0,89-2,95
30-59 anos	0,59	0,21-1,62	0,311	0,86	0,63-1,18	0,376	1,06	0,78-1,45	0,675
60-79 anos	1,08	0,61-1,90	0,780	1,20	0,81-1,78	0,341			
≥ 80 anos	0,83	0,09-7,45	0,870	2,18	0,64-7,47	0,212			

Teste de Regressão de Poisson (0,05<p<0,20). TMC: Transtorno Mental Comum; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; RP1: Razão de Prevalência (Baixo Peso/Eutrófica); RP2: Razão de Prevalência (Sobrepeso/Eutrófica); RP3: Razão de Prevalência (Obesa/Eutrófica)
Fonte: Os autores

Discussão

A prevalência global de TMC neste estudo correspondeu a 29,67%. Este achado se assemelha aos valores de prevalência observados em outros estudos brasileiros

epidemiológicos que investigaram ambos os gêneros (com predomínio de mulheres tanto na amostra quanto na ocorrência de TMC) e utilizaram o mesmo instrumento (SRQ-20) para o rastreamento de TMC⁵. No entanto, Araújo et al²⁷ e Ludermir e Mello-Filho²⁸ encontraram prevalências populacionais de TMC mais elevadas (39,4% e 35% respectivamente). Estas divergências nas taxas de prevalência podem ser explicadas pelas diferenças regionais, contextuais, de público alvo e ponto de corte utilizado para classificar a presença/ausência de TMC.

Acerca da idade, a literatura aponta um aumento da prevalência de TMC com o avançar da idade (acima de 40 anos) para ambos os gêneros⁵. No presente estudo, houve maior prevalência na faixa etária de 30-59 anos, com redução do TMC entre as mulheres mais velhas. Aparentemente, idade superior a 40 anos é fator associado à ocorrência de TMC em mulheres²⁷, possivelmente pela deficiência estrogênica em idades avançadas, a qual reduz a velocidade de processamento cerebral provocando prejuízos na função cognitiva e desencadeando distúrbios de humor²⁹. Estes achados merecem especial atenção dos profissionais da saúde visto que este grupo representa parcela economicamente produtiva da sociedade², e um acometimento psíquico nessa fase pode comprometer seu desempenho laboral^{2,4}.

Em relação ao NAF, observou-se que cerca de 90% das mulheres foi considerada fisicamente ativa. Entre as mulheres TMC positivo, a maioria também se mostrou fisicamente ativa (88,68%). A literatura aponta dados divergentes, em que indivíduos com TMC (especialmente o público feminino) tendem a serem menos ativos do que a população geral⁶. No entanto, os achados destes autores referem-se apenas às atividades ligadas à prática esportiva, enquanto que o elevado NAF no presente estudo pode estar atribuído às atividades domésticas^{28,30}, uma vez que a maioria das mulheres não exerce trabalho remunerado.

No que se refere ao IMC para a amostra geral, houve uma maior prevalência de mulheres com sobrepeso (38,54%). Os estudos que vinculam TMC e IMC³¹ são escassos e representam resultados de investigações em ambos os gêneros, sendo mais comuns as pesquisas com depressão e IMC³², com resultados inconclusivos e controversos³³. Isto ocorre porque as relações entre obesidade e saúde mental são complexas, sendo possível estabelecer uma relação bidirecional entre TMC e obesidade³¹.

Para os casos positivos de TMC, não houve associação significativa com IMC. Goldney et al³⁴ não observaram significância entre IMC e a presença de acometimentos psíquicos (depressão e ideação suicida), contrariando assim o paradigma de que o aumento do IMC apresenta relação com transtornos mentais no geral.

Porém a categoria de sobrepeso sobressaiu-se sobre as demais quanto à presença de TMC. Ao examinar as relações entre IMC e saúde mental, é preciso considerar o tipo e a gravidade do transtorno mental em questão³⁵. A maior parte dos estudos que estabelecem associações entre estes indicadores tem como foco de estudo a depressão^{32,36}, que é um acometimento psíquico com duração e sintomatologia mais intensas do que o TMC. Desta forma, os dados apontados na literatura mostram que as associações significativas entre depressão e IMC apresentam tendências não lineares³⁷, o que significa que são os extremos de IMC (baixo peso e obesidade) que determinam associações entre este indicador e a presença deste transtorno mental³⁷, especialmente em mulheres³⁸.

Por fim, assim como na presente pesquisa diversos outros estudiosos também investigaram e encontraram associações inversas entre as condições socioeconômicas (como baixa renda e baixa escolaridade) e a presença de TMC⁸. Segundo Ludermir e Mello-Filho²⁸, esta desvantagem socioeconômica torna os indivíduos mais sujeitos a situações de estresse, contribuindo para ocorrência dos TMC.

Os resultados aqui apresentados com alta prevalência de TMC (29,67%) e este índice associado à: categoria de sobrepeso (37,41%), faixa etária economicamente produtiva (30-59 anos - 30,80%), mulheres de baixa renda e baixa escolaridade oferecem subsídios para ações em saúde, sob a ótica da Política Nacional de Promoção da Saúde a fim de induzir “mudanças sócio ambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual”³⁹. De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001) que trata da proteção e dos direitos da pessoa com transtorno mental, é responsabilidade do Estado prover assistência aos indivíduos com este acometimento⁴⁰.

Uma das limitações desta pesquisa refere-se ao seu delineamento. Por tratar-se de um estudo transversal não é possível estabelecer relações diretas de causalidade entre as variáveis estudadas. Apesar disso, as informações obtidas são úteis e importantes para contribuir para as políticas de atenção à saúde, a fim de orientar intervenções em saúde voltadas para esse grupo populacional. Neste sentido, é preciso considerar as questões de gênero: as mulheres têm determinantes de saúde diferentes dos homens, o que exige políticas e abordagens diferentes. Modificar o atual modelo de atenção à saúde mental das mulheres é o primeiro passo para garantir a integralidade e um atendimento mais humano, eficiente e eficaz, intervindo positivamente sobre a realidade do sofrimento psíquico das mulheres.

Conclusão

A prevalência de TMC entre as mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, MG foi de 29,67%. A maioria das mulheres desta amostra é fisicamente ativa (90,26%) segundo o IPAQ e 38,54% do total apresentam sobrepeso, de acordo com a classificação pelo IMC. Entre as mulheres com TMC, a maioria delas mostrou-se fisicamente ativa (88,68%) e na classe de sobrepeso (37,41%). Não houve associações significativas entre a presença de TMC com o NAF e o IMC. Por outro lado, a prevalência de TMC encontra-se associada às desvantagens socioeconômicas (baixa renda e baixa escolaridade) e a questões sociodemográficas.

Referências

1. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge, 1992.
2. Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O, Lallukka T. Common mental disorders and cause-specific disability retirement. *Occup Environ Med* 2015;72(3):181-187.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5: DSM-5. Porto Alegre: Artmed Editora; 2014.
4. Murray C, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud D, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2197-2223.
5. Rocha SV, Araújo TM, Almeida MMG, Júnior JSV. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(4):871-883.
6. Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *Br J Psychiatry* 2010;197(5):357-364.
7. Kivimäki M, Batty GD, Singh-Manoux A, Nabi H, Sabia S, Tabak AG, et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. *Br J Psychiatry* 2009;195(2):149-155.
8. 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):1510-1521.
9. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med* 2010;71(3):517-528.

10. Ashraf K, Alexander CT, Crick LMT. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *Int Health* 2013;5(1):11-14.
11. Brasil [Internet]. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011 [acesso em 15 jan 2016]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
12. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011.
13. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(2):346-354.
14. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [acesso em 15 jan 2016] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>
15. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10(2):231-241.
16. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148(1):23-26.
17. 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. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):380-390.
18. Ali Gemma-Claire, Ryan G, De Silva MJ. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PLoS One* 2016;11(6):1-14.
19. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2001;6(2):5-18.
20. US Department and Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta, 1996; p. 146-148.
21. Armstrong T, Bauman A, Davies J. Physical activity patterns of Australian adults: results of the 1999 National Physical Activity Survey. Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2000.
22. Abel T, Graf N, Niemann S. Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Soz Präventiv Med* 2001;46(4):268-272.
23. Organização Mundial da Saúde. Women's mental health: An evidence based review. 2000.
24. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994;21(1):55-67.
25. Martins PC, Carvalho MB, Machado CJ. Uso de medidas autorreferidas de peso, altura e índice de massa corporal em uma população rural do nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18(1):137-148.
26. Oliveira BI, de Oliveira ML, Formoso AMC. Dependência para a realização de atividades relacionadas à alimentação em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(4):1297-1308.
27. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005;5(3):337-348.
28. Ludermir AB, Mello-Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-221.
29. Graae L, Karlsson R, Paddock S. Significant Association of Estrogen Receptor Binding Site Variation with Bipolar Disorder in Females. *PLoS ONE* 2012;7(2):1-9.
30. Araújo TM, Almeida MMG, Santana CC, Araújo EM, Pinho PS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. *Rev Enferm UERJ* 2006;14(2):260-269.
31. Kivimäki M, Lawlor DA, Singh-Manoux A, Batty GD, Ferrie JE, Shipley MJ, et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ* 2009;339:1-8.

32. Hung CF, Rivera M, Craddock N, Owen MJ, Gill M, Korszun A, et al. Relationship between obesity and the risk of clinically significant depression: Mendelian randomization study. *Br J Psychiatry* 2014;205(1):24-28.
33. Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes* 2010;34(3):407-419.
34. Goldney RD, Dunn KL, Air TM, dal Grande E, Taylor AW. Relationships between body mass index, mental health, and suicidal ideation: population perspective using two methods. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43(7):652-658.
35. McLaren L, Beck CA, Patten SB, Fick GH, Adair CE. The relationship between body mass index and mental health. A population-based study of the effects of the definition of mental health. *Soc Psychiatry Pshychiatr Epidemiol* 2008;43(1):63-71.
36. Luppino FS, Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):220-229.
37. Wit LM, van Straten A, van Herten M, Penninx BW, Cuijpers P. Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health* 2009;9(1):14.
38. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Association between body mass index and mental health among Scottish adult population: a cross-sectional study of 37272 participants. *Psychol Med* 2014;44(10):2231-2240.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Promoção a Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
40. Brasil [Internet]. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001 [acesso em 15 jan 2016]. Disponível em: http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11_Pol_SaudeMental.pdf

Agradecimentos: À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG, pelo financiamento do projeto (APQ-01825-12).

Recebido em 20/09/16.

Revisado em 02/11/16.

Aceito em 18/12/16.

Endereço para correspondência: Isadora Ferreira Henriques. Rua Afonso Pena 660, Bairro Centro, Curvelo MG, CEP 35790-000.
E-mail: isadorafhenriques@gmail.com