

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**JAMILE TANIELE DA SILVA**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS  
COMUNS EM MULHERES DO ESTADO DE ALAGOAS**

**MACEIÓ**

**2017**

**JAMILE TANIELE DA SILVA**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS  
COMUNS EM MULHERES DO ESTADO DE ALAGOAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

**MACEIÓ**

**2017**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade**

S586p Silva, Jamile Taniele da.  
Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em  
mulheres do Estado de Alagoas / Jamile Taniele da Silva. – 2017.  
59 f. ; il.

Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.  
Coorientador: Cláudio Torres de Miranda.  
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de  
Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Maceió, 2017.

Bibliografia: f. 46-53.  
Apêndices: f. 54-58.  
Anexos: f. 59.

1. Transtornos mentais - Mulheres. 2. Epidemiologia. 3. Saúde mental.  
I. Título.

CDU: 616.89-055.2



Universidade Federal de Alagoas  
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

ICBS - UFAL – Campus A. C. Simões  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Cidade Universitária – Maceió-AL  
CEP: 57072-900  
E-mail: ppgcs9@gmail.com  
Fone: 82 3214 1850

## Folha de Aprovação

Jamile Taniele da Silva

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres do Estado de Alagoas

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 06 de março de 2017.

### Banca Examinadora

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda (Co-orientador)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Divanise Suruagy Correia – (UFAL)  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Milma Pires de Melo Miranda - (CESMAC)

## AGRADECIMENTOS

Decidi escrever meus agradecimentos em um momento de muita dificuldade no processo de elaboração dessa dissertação. O caminho até aqui foi bastante árduo, porém, sem luta não há aprendizado, e eu acredito que ao lançarmos um olhar com gratidão no nosso passado, perceberemos que já ultrapassamos obstáculos maiores e que os desafios só nos fazem crescer. Isso nos dá força.

Primeiramente, eu gostaria de agradecer a Deus. Acredito fielmente em sua existência e suas providências em minha vida. Confio em seus propósitos e creio que só cheguei até aqui porque me pus sob seu jugo e sua guia.

Gostaria de agradecer também aos meus pais. À minha mãe Maria Zélia da Silva por todo amor dispensado a mim desde o meu nascimento, seu grande esforço em me ajudar, mesmo que à distância, desde o primeiro momento em que mencionei intenção de cursar o mestrado. Ela é essencial em tudo na minha vida. Ao meu pai José Messias da Silva por ter me dado todo o subsídio necessário para sobreviver, e pelo apoio, paciência, compreensão e muitas vezes, por sacrificar-se por mim para que eu pudesse chegar aqui.

Agradeço aos meus irmãos por sempre apoiarem a minha carreira, oferecendo o que estava ao seu alcance para me ajudar e pelo carinho com que me pediram para me acalmar quando achava que não iria conseguir.

Agradeço ao professor Marcos Vital por, ainda na graduação, despertar meu interesse na pesquisa e me ensinar a amar a bioestatística e a análise de dados, e por me dar a oportunidade de ser sua aluna de iniciação científica. Agradeço à professora Salete Smaniotto por me introduzir na área da saúde dentro da minha formação, ao me orientar na monografia, e despertar ainda mais o meu comprometimento com a ciência. Agradeço ao professor Daniel Gitaí por ter me orientado no meu primeiro ano de mestrado, por ter aberto as portas do seu laboratório e ter disponibilizado todo o recurso necessário para a execução da minha pesquisa. Agradeço também por ter sido peça chave em um processo de evolução pessoal pelo qual precisei passar, me tirando da zona de conforto e me mostrando que sou mais forte do que imaginava.

Gostaria de agradecer, com muita estima, ao meu professor e orientador Haroldo da Silva Ferreira, que me acolheu em um momento de extrema necessidade, me oferecendo todos os subsídios necessários para a realização desse estudo, sem contar com seu apoio e prontidão em me ensinar e orientar na carreira acadêmica. Também agradeço ao professor e coorientador Cláudio Miranda, o qual tenho muito carinho, principalmente por sua constante postura cordial

e mansa, ao me instruir pacientemente durante a elaboração do meu trabalho. Agradeço também a toda a equipe do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada que participou da elaboração, coleta, tabulação e análises dos dados do II Diagnóstico de Saúde Materno Infantil (2014), pois sem seu esforço e diligência, não seria possível a elaboração dessa dissertação. Gostaria de destacar Rosália Lima, que desde o primeiro dia (março/2015) se mostrou disponível e com um altruísmo divino, me oferecendo apoio em todas as instâncias da minha vida, extrapolando seu papel de colega para o de uma verdadeira amiga.

Não poderia deixar de mencionar meus amigos Oswaldo Cavalcante, Mykaella Araújo, Fernanda Souza, Sarah Seco, Alex Wanderley e Bruna Sampaio, que sempre estiveram presentes (mesmo à distância) durante esse processo.

Gostaria de agradecer, com muito amor e estima, ao meu namorado Arion Mello e à sua família, principalmente à Dilma Viveiros, Edneide Viveiros e vovó Luisa Viveiros, porque direta ou indiretamente foram essenciais para a minha sobrevivência durante o último ano da elaboração desse estudo. Sempre me deram o verdadeiro apoio e a perfeita compreensão do que significa acolhimento.

Finalmente, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, à coordenação, às professoras Magna Suzana e Salete Smaniotto e especialmente ao Jhonatan Guedes, que sempre foi muito prestativo e acessível. Agradeço também à UFAL pela oportunidade e aos órgãos de fomento CAPES, FAPEAL e CNPq.

## **Epígrafe**

"A primeira condição para modificar a realidade é conhecê-la."

(Eduardo Galeano)

## RESUMO

Os transtornos mentais comuns (TMC) são distúrbios psiquiátricos não-psicóticos, que incluem a depressão e ansiedade, acompanhados de sintomas somatoformes tais como insônia, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e irritabilidade. A ocorrência desses transtornos é influenciada por diversos fatores socioeconômicos, demográficos e biológicos. Estima-se que cerca de 25% da população adulta em todo o mundo, inclusive no Brasil, sejam afetados por esse problema. O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e os principais fatores associados aos TMC em mulheres do estado de Alagoas. Utilizou-se amostra probabilística de 3.222 indivíduos, representativa das mulheres de 15 a 49 anos do estado de Alagoas. Por meio de inquérito domiciliar, obtiveram-se informações sobre variáveis socioeconômicas, demográficas, antropométricas e de estilo de vida, para o que se utilizaram formulários estruturados. A classificação das mulheres segundo a ocorrência de TMC foi procedida com base no instrumento de rastreamento conhecido como *Self-Reporting Questionnaire - 20*. O ponto de corte utilizado foi de 8 ou mais pontos para a identificação positiva. A prevalência de TMC foi de 47,5%. Após análise de regressão de Poisson multivariável, a fim de controlar possíveis fatores de confundimento, encontrou-se que apresentam maior probabilidade de provável TMC: mulheres com mais de 35 anos (RP = 1,11; IC95% 1,03 – 1,19), negras (RP = 1,09; IC95% 1,00 – 1,18), com até 4 anos de escolaridade (RP=1,24; IC95% 1,16 – 1,34), chefes de família (RP = 1,11; IC95% 1,03 – 1,20), usuárias de programas governamentais de assistência social (RP = 1,17, IC95% 1,08 – 1,26), que recorrem à serviços públicos de saúde quando necessário (RP = 1,25; IC95% 1,12 – 1,39), adoeceram nos últimos quinze dias (RP = 1,83; IC95% 1,71 – 1,96), tabagistas (RP = 1,20; IC95% 1,09 – 1,31) e residem em casas de taipa ( (RP = 1,54; IC95% 1,29 – 1,85). É possível concluir que o estado de Alagoas apresenta uma alta prevalência de TMC, quando comparado com outros estudos populacionais brasileiros, e que existem diversos fatores socioeconômicos, demográficos e de condições de saúde, associados à ocorrência de TMC. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para uma maior compreensão do problema e que venha refletir na prática de planejamento e implementação de ações voltadas à saúde mental das mulheres no Estado de Alagoas.

**Palavras-chave:** Transtornos Mentais Comuns. Epidemiologia. Saúde Mental

## ABSTRACT

Common Mental Disorders (CMD) are non-psychotic psychiatric disorders, which includes depression and anxiety, accompanied by somatoform symptoms such as insomnia, fatigue, forgetfulness, difficulty concentrating, and irritability. The occurrence of these disorders is influenced by several socioeconomic, demographic and biological factors. It is estimated that about 25% of the adult population worldwide, including Brazil, are affected by this problem. The objective of this study was to identify the prevalence and the main factors associated with CMD. This study used a probabilistic sample of 3222 individuals, representative of women aged 15 to 49 years in the state of Alagoas. Through a household survey, information was obtained on socioeconomic, demographic, anthropometric and lifestyle variables, for which structured forms were used. The classification of women according to the occurrence of CMD was based on the screening tool known as Self-Report Questionnaire - 20. The cut-off point used was 8 or more points for positive identification. The prevalence of CMD was 47.5%. After logistic regression analysis, in order to control possible confounding factors, they were found to be more likely to have CMD: women older than 35 years (PR = 1.11, 95% CI 1.03-1.19), (PR = 1.09, CI 95% 1.00 - 1.18), with up to 4 years of schooling (PR = 1.24, 95% CI 1.16 - 1.34), heads of household (PR = 1.11, 95% CI 1.03 - 1.20), need government programs to supplement the income (PR = 1.17, 95% CI 1.08 - 1.26), which used public health services (PR = 1.25, 95% CI 1.12-1.39), they became ill in the last 15 days (PR = 1.83, 95% CI 1.71-1.96), smokers (PR = 1.20; 95% CI 1.09 - 1.31) and reside in the house of taipa (RP = 1.54, 95% CI 1.29-1.85). It is possible to conclude that the state of Alagoas presents a high prevalence of CMD when compared to other Brazilian population studies, and that there are several socioeconomic factors, demographic factors and health conditions, associated to the occurrence of CMD. It is hoped that the results of this study contribute to a greater understanding of the problem and that it will reflect in the practice of planning and implementing actions directed at the mental health of women in the State of Alagoas.

Keywords: Mental Disorders. Epidemiology. Mental health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Mapa do Estado de Alagoas.....	24
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diagnósticos da CID-10 correspondentes a alguns TMC que podem ser rastreados pelo SRQ-20 (Fonte: WHO, 1994).....	22
Tabela 2 - Cálculo do Tamanho da Amostra .....	27
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de condição de saúde (Taniele-Silva, 2016).....	34
Tabela 4 - Fatores Associados à ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em Mulheres de 15 a 49 anos residentes no Estado de Alagoas (Taniele-Silva, 2016): .....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AL: Alagoas
- CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- CIS: *Clinical Interview Schedule*
- CMD: *Common Mental Disorder*
- CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª revisão
- FAPEAL: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas
- GHQ: *General Health Questionnaire*
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
- IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
- IMC: Índice de Massa Corporal
- IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- PETI: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
- PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PROJOVEM: Programa Nacional de Inclusão de Jovens
- PRONATEC: Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
- PSE: *Present State Examination*
- QMPA: Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos
- SRQ: *Self Reporting Questionnaire*
- TMC: Transtornos Mentais Comuns
- UFAL: Universidade Federal de Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>15</b>
2.1. O adoecimento mental e suas consequências .....	15
2.2. Definindo Transtornos Mentais Comuns.....	16
2.3. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns .....	16
2.3.1. Prevalência de TMC no mundo .....	17
2.3.2. Prevalência de TMC no Brasil.....	17
2.4. Principais fatores associados aos TMC .....	18
2.4.1. A importância do estudo da população do sexo feminino.....	19
2.5. Instrumentos de triagem para detecção de TMC.....	20
2.5.1. Self-Reporting Questionnaire .....	21
2.6. Situação socioeconômica de Alagoas .....	23
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
3.1. Objetivo Geral .....	25
3.2. Objetivos Específicos.....	25
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
4.1. Delineamento .....	26
4.2. População alvo .....	26
4.3. Tamanho da amostra .....	26
4.4. Critérios de Elegibilidade .....	27
4.5. Amostragem.....	27
4.6. Variáveis em estudo.....	28
4.7. Equipe de trabalho e logística.....	32
4.8. Processamento e Análise de Dados.....	32
4.9. Aspectos Éticos .....	33
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem o bem-estar mental como um componente fundamental da definição de saúde desde a sua origem. A prova disso é que a sua constituição declara que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1946). A saúde mental e a saúde física estão intimamente entrelaçados e são profundamente interdependentes em todas as pessoas (OMS, 2001). Uma boa saúde mental permite que os indivíduos tenham discernimento das suas capacidades e competências para lidar com os problemas, permitindo-os exercer suas funções de forma produtiva e participar da coletividade.

Os problemas de saúde mental são responsáveis por uma morbidade significativa em todo o mundo, representando 14% da carga global de doenças e correspondendo a um terço do total de casos de doenças não transmissíveis (PRINCE et al., 2007). Estima-se que cerca de 20 a 25% das pessoas sofrerão algum transtorno mental durante a sua vida, independente de país, sociedade, renda ou gênero (OPAS, 2001)

No entanto, muitos indivíduos apresentam sintomas de depressão e/ou ansiedade, em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias, sem que necessariamente sejam preenchidos os critérios para esses diagnósticos segundo as classificações atuais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) e a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1994; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Para estes casos existe o conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC), elaborado por Goldberg e Huxley (1992), que trata de casos sem diagnóstico, mas que apresentam sintomas não-psicóticos, por exemplo: insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem incapacidade funcional das pessoas (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Tal conceito é bastante utilizado em inquéritos populacionais por incluir em seu espectro quadros subclínicos, fornecendo uma melhor visualização do status da saúde mental da comunidade (COELHO, 2006) .

As prevalências mundiais variam de 12,4% a 30,4% (KORTEN; HENDERSON, 2000; ARAYA et al., 2001; WEICH et al., 2001; GISPERT et al., 2003; PUERTAS; RÍOS; VALLE, 2006; STEWART et al., 2010). No Brasil, os dados de prevalência divergem bastante também.

Um estudo realizado na capital do Estado de São Paulo demonstrou que 43,1% da população tem grandes chances de possuir transtorno mental comum (COUTINHO et al., 2014). Em Pelotas-RS, no sul do país, um estudo de coorte com jovens adultos revelou uma prevalência global de 28% (ANSELMINI et al., 2008). No Nordeste, um estudo transversal na cidade de Olinda-PE, com indivíduos de 15 anos ou mais, demonstrou uma prevalência total de TMC de aproximadamente 35% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Ainda, um estudo realizado na região semiárida de Alagoas estima que mais da metade das mães residentes na zona rural e 43,8% entre as mães residentes na zona urbana possuem transtornos mentais comuns (PAFFER et al., 2012)

Estudos transversais evidenciaram que os transtornos mentais comuns são mais frequentes entre mulheres (STEEL et al., 2014), negros (SMOLEN, 2016), pobres (COSTA et al., 2002) ou de baixa-renda (LIMA et al., 1996), desempregados (MARIN-LEON et al., 2007) ou trabalhadores informais (LUDERMIR; LEWIS, 2003), que vivem em condições precárias (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), tabagistas (PINHEIRO et al., 2007), doentes crônicos (COSTA et al., 2002), indivíduos com baixo apoio social (COSTA; LUDERMIR, 2005), com baixa escolaridade (MARIN-LEON et al., 2007) ou cujas mães tinham baixa escolaridade (PINHEIRO et al., 2007).

A literatura documenta bem o sexo feminino como fator de vulnerabilidade para a ocorrência de transtornos mentais comuns. Isso ocorre tanto devido a fatores biológicos relacionados ao ciclo menstrual e ao pós parto (DE ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), como devido às relações de gênero, a tripla jornada e o fato de constantemente sofrer discriminação sexual ou violência física, psicológica ou sexual em suas relações de trabalho e familiares (OPAS, 2001).

O Estado de Alagoas concentra a maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de TMC por apresentar os menores indicadores de desenvolvimento humano, que implica em piores índices de escolaridade, longevidade e expectativa de vida ao nascer (PNDU, 2015) e altos índices de desigualdade social (SÁTYRO; SOARES, 2009).

Em vista destes fatos, tornam-se essenciais estudos científicos que venham traçar o perfil de saúde mental do Estado, contribuindo assim para a implantação de políticas públicas que possam minimizar os efeitos na saúde geral. Sendo assim, o objetivo principal desse estudo é estimar a prevalência de TMC na população feminina em idade reprodutiva do Estado de Alagoas e associar aos fatores socioeconômicos, identificando quais são os mais influentes para esta condição.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. O adoecimento mental e suas consequências**

Os transtornos mentais afetam o funcionamento do indivíduo, tendo como consequência um enorme sofrimento físico e emocional, resultando em uma diminuição da qualidade de vida devido à discriminação, ao isolamento social, ao estigma e à interrupção de atividades acadêmicas e laborais (WHO, 2002; ALMEIDA, 2010). Indivíduos com transtornos mentais experimentam taxas desproporcionalmente maiores de incapacidade e mortalidade. Há evidências de que a depressão predispõe o indivíduo ao enfarte do miocárdio e diabetes, os quais, por sua vez, aumentam a probabilidade de depressão (WHO, 2013). Outro estudo afirma que a ocorrência de transtornos mentais aumenta o risco de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Inversamente, muitas condições de saúde aumentam o risco de transtornos mentais e a comorbidade dificulta a busca de ajuda médica, o diagnóstico, o tratamento e influencia o prognóstico (PRINCE et al., 2007).

Isso estende-se ainda mais para a comunidade e sociedade como um todo, tendo profundas consequências econômicas e sociais (WHO, 2002). Os transtornos mentais são uma das principais causas de incapacidades no mundo inteiro e são responsáveis por 37% dos anos de vida saudável perdidos por doenças não transmissíveis (WHO, 2010). As consequências econômicas dessas perdas de saúde são igualmente grandes: um estudo recente estimou que o custo global dos transtornos mentais em 2010 foi cerca de US\$ 2,5 trilhões, com o custo projetado para subir para US\$ 6,0 trilhões em 2030 (BLOOM et al., 2011). Apesar da alta prevalência, em grande parte do mundo, os transtornos mentais são negligenciados. Consequentemente, a maioria dos casos são frequentemente tratados de forma inadequada, trazendo incapacitação e prejuízo importante para a vida das pessoas (WHO, 2001). Estima-se que as repercussões socioeconômicas catastróficas e a crescente tendência de suas consequências aumentem em razão do envelhecimento da população, do agravamento dos problemas sociais e da desestabilização civil (MORAES, 2010).

## 2.2. Definindo Transtornos Mentais Comuns

Frequentemente, inquéritos populacionais e a atenção básica primária utilizam as categorias diagnósticas definidas pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição) e DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*) (MARAGNO et al., 2006). Tais categorias são utilizadas tanto na orientação terapêutica, quanto para fins de pesquisa. Porém, muitos pacientes apresentam um espectro de sintomas que apesar de estarem associados à incapacitação não apresentam necessariamente um diagnóstico psiquiátrico. Estas pessoas acabam representando um alto custo individual, social e econômico, pois existe tendência a não procurar ajuda profissional, e quando o fazem, tendem a ser subdiagnosticados, podendo não receber o tratamento adequado para a recuperação da saúde mental (LIMA, 1999; COELHO, 2006).

Com o intuito de sanar tal problema, foi criado o termo Transtornos Mentais Comuns (TMC) por David Goldberg & Peter Huxley no ano de 1992, que inclui sintomas não-psicóticos de ansiedade, depressão e somatoformes. Os TMC podem se apresentar por meio de múltiplos sintomas: dificuldade na concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, nervosismo, dores de cabeça, sentimento de inutilidade, queixas somáticas inespecíficas, e assim como outras manifestações depressivas, ansiosas ou somatoformes (COSTA; LUDERMIR, 2005; FONSECA, 2007; COUTINHO et al., 2014). O agregamento e a comorbidade entre esses três grupos de sintomas, assim como a indiferenciação entre eles, faz com que o conceito de transtornos mentais comuns seja uma importante ferramenta para que os estudos epidemiológicos possam estimar a prevalência dessas manifestações de sofrimento na comunidade ou em unidades de atenção básica (FONSECA, 2007).

## 2.3. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns

Os estudos epidemiológicos são fundamentais para compreensão da distribuição, frequência e determinantes das perturbações mentais a nível de diferentes populações, que podem servir de embasamento para a avaliação da qualidade e da efetividade dos serviços saúde mental, bem como para a elaboração e implementação de políticas, planos e serviços de saúde mental (LIMA, 1999). É dentro desse contexto que os estudos de base populacional surgem como uma preciosa ferramenta científica.

No Brasil, ainda é pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional que examinem a ocorrência dos TMC e seus fatores de risco. Isso pode refletir negativamente na criação, adequação, implementação e efetividade de políticas públicas que poderiam vir, de certa forma, minimizar os impactos que os TMC causam na vida do indivíduo.

### **2.3.1. Prevalência de TMC no mundo**

Os transtornos mentais comuns são universais, atingindo indivíduos de diferentes regiões, países e sociedades, afetando homens e mulheres de todas as idades, de ambientes urbanos e rurais, pobres ou ricos (OPAS, 2001). Uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada por algum transtorno psiquiátrico, em algum estágio da vida (WHO, 2002).

Os países do mundo inteiro apresentam prevalências variadas de TMC.

Na Colômbia, um estudo, realizado com 878 adultos encontrou uma prevalência global de 22,7% (PUERTAS; RÍOS; VALLE, 2006). Semelhantemente, um estudo realizado em Santiago, no Chile, revelou uma prevalência de 26,7% (ARAYA et al., 2001).

Estudos em países do continente africano apresentaram prevalências variadas: 10,8% no Quênia (JENKINS et al., 2012), 30,4% em Malawi (STEWART et al., 2010) e 33% na Etiópia (HANLON et al., 2008).

Uma pesquisa realizada na Austrália com a participação de 10.641 indivíduos constatou que 19,4% dos entrevistados possuíam TMC (KORTEN; HENDERSON, 2000). Em contrapartida, no Reino Unido, a prevalência foi de 24,6% (WEICH et al., 2001). Enquanto que na Espanha, um estudo populacional com 12.144 revelou uma prevalência geral de 12,4% de TMC (GISPERT et al., 2003).

### **2.3.2. Prevalência de TMC no Brasil**

Os estudos que tentam sumarizar dados sobre prevalência de TMC são ainda escassos no Brasil, porém os estudos já realizados apresentam dados de alta prevalência.

No Sul do país, na cidade de Pelotas, um estudo populacional realizado com jovens adultos, verificou uma prevalência global de 28% para TMC (ANSEMI et al., 2008). Outro estudo na mesma cidade demonstrou uma prevalência de TMC de 24,5% (JANSEN et al., 2011).

Em Campinas, no Estado de São Paulo, a prevalência de TMC foi de 17,4% em uma amostra populacional de 3.890 indivíduos com 18 anos ou mais (MARIN-LEON et al., 2007). Outro estudo realizado no mesmo Estado, mas na região de Botucatu, revelou uma prevalência de 21,2% (LIMA et al., 2008).

Todavia, no Nordeste, um estudo realizado por Ludermir & Melo Filho (2002) em Olinda-PE revelou uma alta prevalência de TMC, atingindo a taxa de 35% na população com idade acima de 15 anos. Outro estudo realizado em comunidades rurais da zona da mata em Pernambuco revelou uma prevalência de 36% na população adulta (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Na Bahia, Araújo e colaboradores encontraram uma prevalência de 39,4% em Feira de Santana-BA (região metropolitana de Salvador) (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Outro estudo mais recente, de corte transversal com amostra representativa para o mesmo município, revelou uma prevalência global de 29,6% (ROCHA et al., 2012).

No Estado de Alagoas, um estudo estimou a prevalência de TMC em mães de crianças de até 60 meses, revelando que 56,2% das mães que vivem em zona rural possuem TMC, bem como 43,8% de mães residentes em zona urbana (PAFFER et al., 2012).

#### **2.4. Principais fatores associados aos TMC**

Além dos atributos individuais, tais como a capacidade de resiliência, gerenciamento de pensamentos e emoções, existem fatores socioeconômicos, ambientais, políticos e culturais, condições de trabalho, padrões de vida e apoio social que afetam diretamente a condição de saúde mental do indivíduo (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; COSTA; LUDERMIR, 2005; WHO, 2013). Na comunidade científica, é intenso o debate acerca das influências genéticas e biológicas e de fatores sociais, históricos, econômicos e culturais em relação ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns (COSTA, 2014).

Dentre os aspectos demográficos associados à prevalência de TMC, estudos transversais evidenciaram os transtornos mentais comuns são mais frequentes em idades mais avançadas, em mulheres e negros (COSTA et al., 2002; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; CLEMENTE, 2009; MORAES, 2010; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; ROCHA et al., 2012). A ocorrência de transtornos mentais comuns também está associada ao analfabetismo e à baixa escolaridade (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; CLEMENTE,

2009; ROCHA et al., 2010; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012). Residir em condições precárias também traz prejuízo à saúde mental (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Entre os grupos mais vulneráveis a desenvolver TMC estão os membros de famílias que vivem em situação de pobreza (SILVA; SANTANA, 2012); similarmente, o desemprego, a inatividade e o trabalho informal estão associados aos TMCs (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Ainda, segundo WEICH & LEWIS (1998), a pobreza e o desemprego aumentam a duração dos episódios de TMC. Outros estudos com amostras de profissões específicas demonstraram uma alta prevalência de TMC, como motoristas e cobradores de ônibus (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013), professores de ensino fundamental (PEREIRA, 2016), trabalhadores da área da saúde (SANTANA et al., 2016), trazendo à tona a importância do cuidado da saúde mental também no ambiente laboral.

Um relatório de saúde mental elaborado pela OMS (2013) também inclui como grupos de riscos: adolescentes expostos ao uso de substâncias, grupos minoritários, populações indígenas, idosos, pessoas vítimas de discriminação e violações dos direitos humanos, lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, prisioneiros e pessoas expostas a conflitos, desastres naturais ou outras emergências humanitárias.

Um estudo de COSTA & LUDERMIR, 2005 revelou também que a existência de apoio social da comunidade associou-se negativamente à prevalência de TMC, funcionando como fator de proteção para a sensação de isolamento e de incapacidade de controlar a própria vida, como costuma ocorrer em comunidades pobres e isoladas.

#### **2.4.1. A importância do estudo da população do sexo feminino**

Na comunidade científica existe uma forte discussão acerca das influências biológicas e de fatores sociais, históricos, econômicos e culturais em relação ao desenvolvimento de transtornos mentais, de acordo com o sexo e o gênero dos indivíduos (COSTA, 2014).

Um dos achados mais persistentes na literatura é de que as mulheres têm maior prevalência de transtornos mentais comuns (LIMA et al., 1996; KORTEN; HENDERSON, 2000; ARAYA et al., 2001; GISPERT et al., 2003; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; MARIN-LEON et al., 2007; ANSELMINI et al., 2008; LUDERMIR, 2008; VIANA; ANDRADE, 2012).

As explicações quanto às diferenças nas taxas de transtornos mentais entre homens e mulheres contemplam diversos fatores: desde os aspectos biológicos desde o funcionamento

cerebral e as diferenças endocrinológicas até os aspectos do desenvolvimento e da personalidade, dos comportamentos e experiências ao longo do ciclo da vida e, de forma pertinente, os aspectos sociológicos (CORDÁS; SALZANO, 2004).

Segundo a OMS (2001) a maior prevalência de TMC no sexo feminino se relaciona às mudanças de humor decorrentes de mudanças hormonais devido ao ciclo menstrual (estrógeno), pós-parto e climatério. Juntamente, fatores sociais estão relacionados aos TMC devido ao papel tradicional desempenhado por mulheres dentro da sociedade, à jornada tripla associada às responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem, uma participação cada vez mais essencial no mercado de trabalho; além das pressões impostas em virtude do alargamento dos seus papéis e de enfrentarem uma significativa discriminação sexual e a concomitante pobreza, fome, desnutrição, e violência psicológica, física e sexual as mantêm em um ambiente de estresse propício ao desenvolvimento de transtornos mentais (OPAS, 2001). Em alguns casos a vulnerabilidade social se une à biológica. Um estudo realizado por Ludermir e colaboradores (2014) constatou que a gravidez atua como um fator de risco, principalmente se acompanhada de violência psicológica, física e/ou sexual.

## **2.5. Instrumentos de triagem para detecção de TMC**

Devido às consequências que os TMC geram no indivíduo e na sociedade, é reconhecida a importância da atenção primária em programas para gerenciar problemas de saúde mental (BOLSONI; ZUARDI, 2015). Faz parte da ação mínima necessária para atenção em saúde mental, preconizada pela OMS, a inclusão do reconhecimento e tratamento de TMC nos currículos de formação de todo profissional da saúde (OPAS, 2001). Entretanto, estudos mostram que médicos generalistas falham em detectar ou diagnosticar cerca de 50% dos casos de transtornos mentais apresentados aos cuidados primários (CHRISTENSEN et al., 2005).

Entre as estratégias para modificar esse contexto está a utilização de instrumentos de rastreamento psiquiátrico ou de triagem, que preferencialmente devem ser de fácil aplicação e baixo custo (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Entre os principais instrumentos de triagem para TMC mais utilizados no Brasil estão: o General Health Questionnaire (GHQ-12) (GOLDBERG et al., 1997), o Self-Reporting Questionnaire (SRQ) (WHO, 1994) e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA) (ANDREOLI et al., 1994).

### 2.5.1. Self-Reporting Questionnaire

Na década de 70, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) foi desenvolvido como parte de um estudo colaborativo coordenado pela OMS, numa estratégia para estender o cuidado em saúde mental que objetivava a validação de métodos de baixo custo para rastreamento psiquiátrico, devido aos altos custos em estudos de prevalência de base populacional (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O estudo, que começou em 1975, contou com uma equipe de psiquiatras, pesquisadores e trabalhadores da saúde pública da Colômbia, Índia, Senegal, Sudão, Brasil, Egito e Filipinas, que selecionaram as questões do SRQ comparando itens de quatro instrumentos de rastreamento: O General Health Questionnaire (GHQ), desenvolvido em 1972 por Goldberg e validado na Jamaica, Alemanha, EUA e Austrália; o *Present State Examination* (PSE) da Grã-Bretanha; o Post Graduate Institute Health Questionnaire N 2 (PGI), geralmente utilizado na Índia, e o Patient Symptom Self Report (PASSR), instrumento desenvolvido na Colômbia (MARI et al., 1986). Destes, foram retirados aqueles que acabavam por avaliar sintomas iguais ou semelhantes, chegando-se a uma versão de 20 itens, o SRQ-20 (HARDING et al., 1980; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015). Na tentativa de ampliar o alcance psicométrico do novo instrumento, foram acrescentadas mais quatro questões para rastreamento de transtornos psicóticos e uma para rastreamento de epilepsia, formando o SRQ-25, porém não foi bem aceita, consagrando o SRQ-20 como melhor instrumento para triagem de casos suspeitos de TMC (MARI; WILLIAMS, 1986; WHO, 1994; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015).

Em 1980, Harding e colaboradores validaram a aplicação do SRQ-20 mediante comparação com entrevista psiquiátrica formal, utilizando-se o instrumento semiestruturado *Present State Examination* (PSE). Para este estudo, foram entrevistados 1624 pacientes de atenção primária residentes em 4 países em desenvolvimento. Foram eles: um bairro pobre e superlotado de Cali (Colômbia), uma zona rural chamada Raipur Rani, no Estado de Haryana (Índia), uma zona agrícola de Cartum (Sudão) e uma área densamente povoada em Manila (Filipinas) (HARDING et al., 1980).

Segundo a OMS (WHO, 1994), os transtornos mentais rastreados pelo SRQ-20 podem ser correspondentes a alguns diagnósticos (Tabela 1) da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10):

**Tabela 1 - Diagnósticos da CID-10 correspondentes a alguns TMC que podem ser rastreados pelo SRQ-20 (Fonte: WHO, 1994)**

<b>Depressão</b>	
<b>F32</b>	Episódio depressivo
<b>F33</b>	Transtorno depressivo recorrente
<b>Transtornos relacionados com ansiedade</b>	
<b>F40</b>	Transtorno fóbico-ansioso
<b>F41.0</b>	Transtorno do pânico
<b>F41.1</b>	Transtorno de ansiedade generalizada
<b>F41.2</b>	Transtorno misto de ansiedade e depressão
<b>F42</b>	Transtorno obsessivo-compulsivo
<b>F43.2</b>	Transtorno de ajustamento
<b>Transtornos somatoformes</b>	
<b>F45.0</b>	Transtorno de somatização
<b>F45.1</b>	Transtorno somatoforme indiferenciado
<b>Outros transtornos neuróticos</b>	
<b>F48.0</b>	Neurastenia

Em relação às limitações do instrumento, uma das principais é intrínseca a todos os testes psicométricos de autoaplicação. Por não haver o “filtro” do aplicador, pode-se, inadvertidamente (ou voluntariamente), responder de forma incorreta e que não corresponda à realidade. Isso pode ser resolvido em situações onde há oportunidade de confirmação diagnóstica de um rastreamento com resultado positivo (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015). Outro fato que merece atenção refere-se ao fato de um indivíduo apresentar patologias não psiquiátricas que produzam sintomas contemplados pelo SRQ-20, o que levaria a um falso positivo. Também pode-se ocorrer um falso negativo em casos de pessoas com episódios agudos de mania ou hipomania, visto que o instrumento, de forma geral, aborda a fase depressiva do transtorno bipolar (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015).

Apesar de ter sido desenvolvido para ser um teste auto administrado, foi verificado que o formato de entrevista também era adequado, principalmente em países cujas taxas de analfabetismo e baixa escolaridade são altas (WHO, 1994).

Cada um dos 20 itens que compõem o instrumento pode pontuar 0 (zero) ou 1 (um). A pontuação de 1 (um) indica que os sintomas estiveram presente no último mês, e a pontuação de 0 (zero) indica que o sintoma esteve ausente no último mês. A pontuação máxima é de 20.

A versão brasileira do SRQ-20 foi validada por Mari e Williams (1986) em três unidades de atenção básicas de São Paulo – SP, mediante comparação com outro com entrevista psiquiátrica formal, utilizando-se o instrumento semiestruturado *Clinical Interview Schedule*

(CIS). O melhor ponto de corte foi de 8. Nesse escore, a sensibilidade para a presença de transtorno mental não-psicótico é de 83% e a especificidade de 80%.

Segundo Gorenstein, Wang e Hungerbühler (2015), o SRQ-20 possui particularidades fundamentais para um instrumento de rastreamento: alta capacidade de discriminação entre casos positivos e negativos, facilidade de aplicação e propriedades psicométricas satisfatórias com boa consistência interna.

## **2.6. Situação socioeconômica de Alagoas**

O Estado de Alagoas (Figura 1) possui uma extensão territorial de 27.848 km<sup>2</sup> divididos em 102 municípios e abriga uma população estimada para 2016<sup>1</sup> de 3.358.963 pessoas (1/3 da população vive na capital Maceió), onde mais da metade são mulheres (52,2%)<sup>1</sup> (IBGE, 2010).

Em questões de desenvolvimento social, o Estado de Alagoas (AL) ostenta os piores índices. De acordo com dados do PNUD/IPEA<sup>2</sup>, AL apresenta o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país com o valor de 0,631, ocupando a 27<sup>a</sup> posição e apresentando um índice de desenvolvimento médio (valores entre 0,600 e 0,699). Em relação à educação, Alagoas apresenta o pior Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB) do país, liderando em analfabetismo (24,3%), segundo o último relatório do INEP<sup>2</sup> e está entre os cinco estados com maiores taxas de evasão escolar, com taxa de 6,4% no ensino fundamental (média de 2,2% no Brasil) e 14,9% no Ensino Médio (média de 8,1% no Brasil). O Estado de Alagoas também possui os piores indicadores de expectativa de vida, ocupando o 27<sup>o</sup> lugar em Esperança de vida ao nascer (70,32 anos) e em mortalidade infantil (28,4%)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm)

<sup>2</sup> Atlas Brasil 2013 – Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/alagoas](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/alagoas) acessado em 28.01.2017

<sup>3</sup> Atlas Brasil 2013 – Dados brutos. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/base/> acessado em 28/01/2017

Em questão de desigualdade de renda, Alagoas possui o índice de Gini em 0,63. O índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda). Sendo assim, Alagoas detém o segundo pior índice de desigualdade de renda, perdendo apenas para o Amazonas. Em relação ao trabalho, apenas 35,13% são empregados formalmente, revelando uma alta taxa de trabalho informal ou desemprego.

**Figura 1- Mapa do Estado de Alagoas**



No que concerne à pobreza, o Estado de Alagoas possui cerca de 16,6% da população abaixo da linha da pobreza, que é igual a R\$ 70,00 per capita ao mês, com base no valor proposto pelo Banco Mundial<sup>3</sup>. É o terceiro pior Estado em renda *per capita* média (R\$ 432,56). A insegurança alimentar também afeta gravemente o estado, levando 34,6% dos habitantes a passar fome, dos quais 5,4% apresentam o nível mais grave de insegurança alimentar. Finalmente, em relação à infraestrutura, os índices de fornecimento de energia elétrica se igualam à média nacional, enquanto que, o número de domicílios com abastecimento de água com canalização interna, esgotamento sanitário e coleta de lixo estão abaixo da média nacional (IBGE, 2010).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar os transtornos mentais comuns na população feminina de Alagoas

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico das mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) do Estado de Alagoas.
- b) Estimar a prevalência e os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) do Estado de Alagoas.
- c) Verificar as associações entre os Transtornos Mentais Comuns e fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e aspectos relacionados ao uso de serviços de saúde.

## **4. MÉTODOS**

Este estudo é parte constituinte do projeto denominado “*II Diagnóstico de saúde da população materno-infantil do Estado de Alagoas*”, que tinha como objetivo principal diagnosticar a situação atual e a tendência temporal dos principais indicadores de nutrição e saúde da população materno-infantil do estado de Alagoas e identificar os possíveis fatores associados, possibilitando o planejamento de ações de promoção da saúde e avaliação do impacto de projetos de segurança alimentar implantados. O estudo foi realizado pelo Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada, alocado na Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas.

### **4.1. Delineamento**

Estudo populacional transversal.

### **4.2. População alvo**

Mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona urbana e rural do Estado de Alagoas.

### **4.3. Tamanho da amostra**

Haja vista os diversos objetivos envolvidos no projeto principal, foram calculadas estimativas de tamanho amostral para cada um dos desfechos estudados. Considerando os importantes diferenciais epidemiológicos e socioeconômicos existentes entre a população residente na capital (1/3 da população estadual) e no interior, a amostra foi estratificada segundo esses dois espaços geográficos.

Para o desfecho de Transtornos Mentais Comuns (TMC), estimando-se uma prevalência de 50% e margem de erro de 2,5%, para um intervalo de confiança de 99% seriam necessárias 2644 mulheres. Visando compensar possíveis perdas amostrais, esse valor foi acrescido de 10% (2908 mulheres).

**Tabela 2 - Cálculo do Tamanho da Amostra**

<b>Nível de Confiança (%)</b>	<b>Tamanho da amostra</b>
80	656
90	1081
95	1533
97	1879
99	2644

Tamanho da população: 718439 mulheres de 15 a 49 anos (IBGE, 2015)

Calculado no StatCalc (Epi Info™ Mobile versão 1.1.9)

#### **4.4. Critérios de Elegibilidade**

Foram consideradas elegíveis todas as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos)

#### **4.5. Amostragem**

Para compor a amostra do estrato do Interior, adotou-se um processo de estágios múltiplos com quatro etapas onde, em cada uma delas, foram sorteados:

1. 20 dentre os 102 municípios;
2. Quatro setores censitários dentro de cada município;
3. Um quarteirão dentro de cada setor censitário
4. Um ponto final dentro de cada quarteirão onde, a partir do qual foram visitados 28 domicílios.

A seleção dos municípios foi feita através da amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho. Para isso, foram organizados por ordem alfabética, constando suas respectivas populações:

1. Anadia
2. Arapiraca (sorteada 2 vezes)
3. Atalaia
4. Coité do Nória
5. Colônia Leopoldina
6. Coruripe
7. Delmiro Gouveia
8. Junqueiro

9. Lagoa da Canoa
10. Maravilha
11. Messias
12. Palmeira dos Índios
13. Passo de Camaragibe
14. Penedo
15. Piranhas
16. Rio Largo
17. Santana do Ipanema
18. São José da Laje
19. Taquarana

Para melhorar a equidade entre o número de famílias residentes na zona urbana ou rural, essa proporção foi respeitada quando do sorteio dos respectivos setores censitários. Para o estrato da capital, Maceió foi incluída com probabilidade = 1. A partir dessa definição, foram realizados os mesmos procedimentos descritos para o estrato do Interior (etapas de 2 a 4), porém foram sorteados 80 setores censitários para Maceió. Foram entrevistadas 1 mulher por residência.

Para a identificação e sorteio dos setores censitários, utilizaram-se mapas produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

#### **4.6. Variáveis em estudo**

As variáveis do estudo foram coletadas por meio de visitas domiciliares que se estenderam de janeiro de 2014 a janeiro de 2015 para evitar variações sazonais, utilizando-se formulários estruturados padronizados e previamente testados em um estudo piloto.

O instrumento utilizado para medir o desfecho (susceptibilidade para TMC) foi a versão de vinte itens do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido por Harding *et al* (1980) (HARDING et al., 1980) e validado no Brasil por Mari e colaboradores em (1986) (MARI; WILLIAMS, 1986). No estudo de validação para o Brasil, os autores sugerem um ponto de corte para mulheres: escores maiores ou iguais a oito para as mulheres definem o caso. Para tal ponto de corte, o valor de sensibilidade foi de 86% e 77% de especificidade.

#### 4.6.1. Variável dependente / desfecho:

##### 4.6.1.1. Casos de transtorno mental comum identificados pelo SRQ-20:

Serão considerados casos positivos os indivíduos que apresentarem um escore  $\geq 8$ .

#### 4.6.2. Independentes:

##### 4.6.2.1. Idade: considerada em anos completos.

A idade escolhida como ponto de corte para dicotomização foi de 35 anos, por ser média de idade da população estudada e ser o período em que ocorrem mudanças hormonais no corpo da mulher devido ao climatério (GALLON; WENDER, 2012), diminuindo a fecundidade (YAZAKI, 2003) e possibilitando gravidez de alto risco (SENESI; TRISTÃO, 2004) ou em casos mais graves, a mortalidade materna (CALLAGHAN; BERG, 2003).

##### 4.6.2.2. Cor da pele: auto referida se branca, parda, amarela, preta ou indígena.

A cor da pele foi dicotomizada em negros (parda e preta) e não negros (branca, amarela ou indígena), devido ao alto contingente populacional que refere ser negro e pelas iniquidades em saúde associados à essa cor de pele (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012; SMOLEN, 2016)

##### 4.6.2.3. Escolaridade: Avaliada em anos completos.

O ponto de corte escolhido para a dicotomização foi de até 5 anos completos de escolaridade pois configura a estrutura educacional vigente na infância da maioria das entrevistadas que preconizava como ensino básico obrigatório os 4 primeiros anos de escolaridade (MEC, 2004).

##### 4.6.2.4. Classe socioeconômica: avaliado segundo os padrões da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015), que determina a classe social das famílias a partir de informações sobre escolaridade do chefe, condições de moradia e sobre a posse de “bens duradouros”.

- 4.6.2.5. Zona:** Se reside em zona rural ou urbana.
- 4.6.2.6. Regime de ocupação:** se a residência é alugada, cedida, invadida, própria ou financiada. A variável foi dicotomizada em residir em casa própria ou não devido à hipótese de que o fato de possuir imóvel confere segurança financeira como recurso final a ser recorrido e possibilidade maior de vínculo e identidade com o local que habita.
- 4.6.2.7. Participação no mercado de trabalho formal:** avaliada em função do registro de trabalho, se possui ou não vínculo empregatício formal (emprego com carteira assinada, funcionário público, aposentado ou pensionista).
- 4.6.2.8. Mulher como chefe de família:** se a mulher exerce ou não o papel de chefe (provedor da renda) da família.
- 4.6.2.9. Usuárias de programas governamentais de assistência social:** se é beneficiária ou não de algum programa de assistência social do governo federal (Bolsa família, programa do leite, PROJOVEM, PETI, PRONATEC, etc.).
- 4.6.2.10. Uso de serviços de saúde:** se ao adoecer, a mulher procura atendimento médico em serviços públicos ou privados de saúde.
- 4.6.2.11. Adoeceu nos últimos 15 dias:** se nos últimos 15 dias a mulher apresentou algum sintoma ou enfermidade, podendo indicar que o adoecimento agudo pode agir como fator de risco para transtornos mentais comuns.
- 4.6.2.12. Hábito de consumo de álcool:** se a mulher consome bebidas alcólicas ou não.

- 4.6.2.13. Hábito de tabagismo:** se a mulher é fumante ou não fumante.
- 4.6.2.14. Peso ideal:** foi avaliado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura, em que a massa está em quilogramas e a altura em metros. Indivíduos apresentam peso ideal se possuírem o valor de IMC entre 18,5 e 25 kg/m<sup>2</sup> como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000).
- 4.6.2.15. Número de filhos:** número de nascidos e vivos no momento da entrevista. A variável foi dicotomizada com o ponto de corte 2/3 filhos ou mais devido ao número médio de filhos entre as mulheres brasileiras ser de 2 filhos (BERQUÓ; CAVENAGUI, 2006).
- 4.6.2.16. Possui histórico de aborto:** Se a mulher possui histórico de evento abortivo na vida.
- 4.6.2.17. Tipo de moradia:** Se a residência da mulher entrevistada era construída com alvenaria ou taipa, afim de investigar a implicação das condições de moradia na ocorrência de TMC.
- 4.6.2.18. Origem da água que utiliza:** se a água utilizada para afazeres domésticos é proveniente de rede geral ou de poço.
- 4.6.2.19. Coleta pública de lixo:** se possui coleta pública de lixo na rua da sua residência, o que influenciaria em um meio ambiente mais organizado, o que pode agir como fator de proteção para TMC.
- 4.6.2.20. Reside em ruas pavimentadas:** Se a rua de residência é pavimentada ou não, contribuindo para a hipótese do ambiente de moradia ter influência na saúde mental das mulheres.

#### 4.7. Equipe de trabalho e logística

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas domiciliares durante o dia, previamente acordadas entre a liderança local e as secretarias municipais de saúde no período de 1 (um) ano, compreendendo os meses de janeiro de 2014 a janeiro de 2015. A equipe de campo era composta de 15 indivíduos distribuídos conforme as seguintes funções: um coordenador, um motorista, um supervisor, dois antropometristas e dez entrevistadores. Os treinamentos para a coleta foram conduzidos pelo coordenador e supervisores do projeto de pesquisa.

Na aferição da massa corporal dos indivíduos foram utilizadas balanças digitais portáteis, da marca Tanita®, com capacidade para 150 kg e subdivisões de 100g, devidamente calibradas antes do início da pesquisa. Para aferição da estatura corporal, foram utilizados estadiômetros Altorexata. A avaliação antropométrica do estado nutricional dos adultos foi feita com base na classificação pelo Índice de Massa Corporal (IMC;  $\text{kg}/\text{m}^2$ ), conforme os pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998): Baixo peso ( $< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ); Eutrofia ( $18,5$  a  $24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ); Sobrepeso ( $25,0$  a  $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ); e Obesidade ( $\geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ ).

#### 4.8. Processamento e Análise de Dados

A codificação e a entrada de dados foi feita através do software EPI-INFO™ versão 7.1.3.10 (CDC, 2015), por dupla entrada independente e conferida uma terceira vez com o intuito de diminuir os erros de consistência e exclusão de *outliers*. Nos casos identificados de inconsistência, primeiramente foi checado o questionário e, mantida a dúvida, o questionário foi considerado como perda.

A análise univariada foi utilizada para obtenção da prevalência de transtornos mentais comuns, bem como para a caracterização da amostra segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e de hábitos de saúde. As associações entre o TMC e as variáveis independentes foram verificadas usando-se o teste chi-quadrado de Pearson, com significância estabelecida para  $p < 0,05$ .

Com o propósito de identificar e controlar potenciais fatores de confundimento, foi realizada a regressão de Poisson multivariável com ajuste robusto da variância apenas com as variáveis que obtiveram significância ( $p < 0,05$ ).

A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Stata®, 13.0 (STATA CORP LP, 2013).

#### **4.9. Aspectos Éticos**

Esse estudo faz parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o processo de nº 09093012.0.0000.5013.

A pesquisa foi realizada em parceria com as prefeituras dos municípios sorteados e pôde contar com o acompanhamento de membros da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF).

Ao ser publicado o estudo, os casos de distúrbios psicológicos serão cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao gestor de saúde municipal para as providências necessárias.

Todos os adultos elegíveis foram devidamente inteirados sobre os objetivos do estudo, bem como seus riscos, benefícios, e outras informações de praxe constante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Só foram investigados aqueles que assinaram o referido documento e não desistiram de participar da pesquisa no decorrer da entrevista.

## 5. RESULTADOS

A amostra resultante do estudo foi composta de 3469 mulheres, sendo que 247 (7,12%) foram classificadas como perdas e recusas, restando 3222 para a análise. A média de idade foi 34,84 (DP  $\pm$  8,53), com mediana de 35 e valor modal de 37. Sob o espectro demográfico, a maioria possuía idade de até 35 anos (51,55%) e referiu raça negra (74,46%). Quanto à escolaridade, a maioria cursou mais de 4 anos de estudo (65,86%). Em relação à situação socioeconômica, mais da metade das mulheres entrevistadas pertencia às classes socioeconômicas D e E (60,58%), morava em zona urbana (78,93%) e residia em casa própria (62,79%).

No que se refere à ocupação, cerca de 82,71% não possuía vínculo empregatício formal (funcionário público, aposentado, pensionista ou que empregado com registro de trabalho) no momento da entrevista e mais da metade necessitava de auxílio de programas do governo para complementar a renda (52,51%).

A maioria das mulheres não exercia papel de chefe de família (78,18%), possuíam até 3 filhos (65,27%) e não possuía histórico de aborto (61,67%).

Em relação às condições de saúde, mais da metade (66,57%) das mulheres afirmou não ter adoecido nos últimos quinze dias, e quando doentes, 81,5% recorriam a serviços públicos de saúde. A maioria é não-fumante (89,98%) e não consome bebida alcoólica (69,37%). Ao analisar o índice de massa corporal (IMC), constatou-se que a maioria (62,97%) estava fora do peso ideal (IMC < 18,5 e > 24,9).

Quanto às condições de moradia, a expressiva maioria (99,29%) morava em casa de alvenaria, mais da metade (65,64%) residia em ruas asfaltadas e era abastecida pela rede geral de água (70,61%). As frequências de todas as variáveis podem ser consultadas na Tabela 3.

**Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de condição de saúde (N = 3222) (Taniele-Silva, 2016).**

Variável	Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Idade	Até 35 anos	1661	51,5
	Mais que 35 anos	1561	48,5

Cor da pele	Não negra	823	25,5
	Negra	2399	74,5
Escolaridade	≤ 4 anos	1100	34,1
	> 4 anos	2122	65,9
Classe Socioeconômica (ABEP, 2015)	A, B ou C	1270	39,4
	D ou E	1952	60,6
Zona	Rural	679	21,1
	Urbana	2543	78,9
Regime de ocupação	Não própria	1199	37,2
	Própria	2023	62,8
Participação no mercado de trabalho formal	Não possui	2665	82,7
	Possui	557	17,3
Mulher como chefe de família	Não	2519	78,2
	Sim	703	21,8
Usuárias de programas governamentais de assistência social	Não	1530	47,5
	Sim	1692	52,5
Uso de serviço de saúde	Privado	596	18,5
	Público	2626	81,5
Adoeceu nos últimos 15 dias	Não	2145	66,6
	Sim	1077	33,4
Hábito de Consumo de álcool	Não	2235	69,4
	Sim	987	30,6
Hábito de tabagismo	Não	2899	89,9
	Sim	323	10,1
Peso ideal	Não	2083	64,6

	Sim	1139	35,4
Número de filhos	Até 3	2103	65,3
	Mais que 3	1119	34,7
Possui histórico de aborto	Não	1987	61,7
	Sim	1235	38,3
Tipo de moradia	Taipa	23	0,7
	Alvenaria	3199	99,3
Origem da água que utiliza	Poço	947	29,4
	Rede Geral	2275	70,6
Coleta pública de lixo	Não	377	11,7
	Sim	2845	88,3
Reside em rua pavimentada	Não	1107	34,3
	Sim	2115	65,6

Utilizando-se o ponto de corte 8 encontraram-se 1531 mulheres consideradas casos suspeitos para TMC, o que significa uma prevalência de 47,5%.

A análise das razões de prevalência de TMC conforme as diferentes variáveis independentes (Tabela 4), permite identificar maior risco para esse agravo as mulheres com as seguintes condições: com mais de 35 anos (RP 1,26; IC95% 1,18 - 1,36), negras (RP 1,15; IC95% 1,02 – 1,21), com até 4 anos de escolaridade (RP 1,49; IC95% 1,39 -1,60), pertencentes às classes socioeconômicas D e E (RP 1,30; IC95% 1,20 – 1,41). Mulheres que não residem em casa própria (RP 1,09; IC95% 1,01 – 1,17), que não estão inseridas no mercado de trabalho formal (RP 1,15; IC95% 1,04 - 1,28), chefes de família (RP 1,21; IC95% 1,12 – 1,31), que necessitam de programa do governo para complementar a renda (RP 1,30; IC95% 1,20 – 1,40), que recorrem a serviços públicos de saúde quando necessário (RP 1,41; IC95% 1,25 – 1,58) também apresentam risco de desenvolver TMC. Em relação aos hábitos de vida e condições de saúde, os fatores associados aos TMC são: adoecer nos 15 dias anteriores (RP 1,90; IC95% 1,78 – 2,04), estar fora do peso ideal (RP 1,11; IC95% 1,02 – 1,20), ter mais de 3 filhos (RP 1,28; IC95% 1,19 – 1,38) ou possuir histórico de aborto (RP 1,09; IC95% 1,01 – 1,18). Dentre as

condições de moradia, apenas residir em casa de taipa (RP 1,74; IC95% 1,44 – 2,11) foi estatisticamente significativa.

Residir em zona rural ou urbana, consumir ou não bebida alcóolica, a origem da água utilizada nos afazeres domésticos, ter coleta de lixo pública e morar numa rua pavimentada não demonstraram associação.

A Tabela 4 apresenta a associação das variáveis demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde e moradia com a ocorrência de TMC segundo a razão de prevalência (RP) bruta e ajustada.

Utilizou-se posteriormente a análise multivariada envolvendo a regressão de Poisson com ajuste de variância robusta e o método *Backward Stepwise*, onde se obteve o cálculo da RP corrigido para as variáveis, também apresentado na

Tabela 4. Nessa análise, as variáveis que deixaram de ter significância estatística após o ajuste foram:

- 1°. Em relação ao histórico de aborto (P = 0,512),
- 2°. Estar no peso ideal ou não (P = 0,372),
- 3°. Possuir casa própria ou não (P = 0,241),
- 4°. Estar inserido ou não no mercado formal de trabalho (P = 0,172),
- 5°. A classe socioeconômica (P = 0,98),
- 6°. O número de filhos (P = 0,80).

Após ajuste, as variáveis que se associaram de forma independente à variável de interesse, isto é, independente de fatores de confusão, foram a idade da mulher superior aos 35 anos (RP 1,11; IC95% 1,03 – 1,19), a cor da pele negra (RP 1,09; IC95% 1,00-1,18), baixa escolaridade (RP 1,24; IC95% 1,16 – 1,34); ser chefe de família (RP 1,11; IC95% 1,03 – 1,20), ser usuária de programas governamentais de assistência social (RP 1,17, IC95% 1,08 – 1,26); recorrer serviços públicos de saúde quando necessário (RP 1,25; IC95% 1,12 – 1,39); ter adoecido nos últimos 15 dias (RP 1,83; IC95% 1,71 – 1,96), ser tabagista (RP 1,20; IC95% 1,09 – 1,31) e morar em casa de taipa (RP 1,54; IC95% 1,29 – 1,85).

**Tabela 4 - Fatores Associados à ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em Mulheres de 15 a 49 anos residentes no Estado de Alagoas (N=3222) (Taniele-Silva, 2016):**

Variáveis	Categorias	Transtornos mentais comuns		RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%)
		Sim	P (valor)		
<i>Idade</i>	Até 35 anos	698 (42,2%)	<0,001	1,26 (1,18 - 1,36)	1,11 (1,03 – 1,19)
	Mais que 35 anos	833 (53,36%)			
<i>Cor da pele</i>	Não negra	360 (43,74%)	0,012	1,15 (1,02 – 1,21)	1,09 (1,00 – 1,18)
	Negra	1171 (48,81%)			
<i>Escolaridade</i>	Até 4 anos	669 (60,82%)	<0,001	1,49 (1,39 – 1,60)	1,24 (1,16 – 1,34)
	Mais que 4 anos	862 (40,62%)			
<i>Classe Socioeconômica</i>	A, B ou C	510 (40,16%)	<0,001	1,30 (1,20 – 1,41)	ns
	D ou E	1021 (52,31%)			
<i>Zona</i>	Rural	304 (44,77%)	0,107	1,07 (0,98 – 1,18)	ns
	Urbana	1227 (48,25%)			
<i>Regime de ocupação</i>	Não própria	602 (50,21%)	0,019	1,09 (1,01 – 1,17)	ns

	Própria	929 (45,92%)			
<i>Vínculo Empregatício Formal</i>	Não possui	1297 (48,67%)	0,004	1,15 (1,04 – 1,28)	ns
	Possui	234 (42,01%)			
<i>Mulher como chefe de família</i>	Não	388 (55,19%)	<0,001	1,21 (1,12 – 1,31)	1,11 (1,03 – 1,20)
	Sim	1143 (45,38%)			
<i>Necessita de auxílio de programa do governo</i>	Não	626 (40,92%)	<0,001	1,30 (1,21 – 1,40)	1,17 (1,08 – 1,26)
	Sim	905 (53,49%)			
<i>Uso de serviço de saúde</i>	Privado	212 (35,57%)	<0,001	1,41 (1,25 – 1,58)	1,25 (1,12 – 1,39)
	Público	1319 (50,23%)			
<i>Adoeceu nos últimos 15 dias</i>	Não	782 (36,46%)	<0,001	1,90 (1,78 – 2,04)	1,83 (1,71 – 1,96)
	Sim	749 (69,55%)			
<i>Hábito de Consumo de álcool</i>	Não	1049 (46,94%)	0,320	1,04 (0,96 – 1,12)	ns
	Sim	482 (48,83%)			
<i>Hábito de tabagismo</i>	Não	1327 (45,77%)	<0,001	1,37 (1,25 – 1,51)	1,20 (1,09 – 1,31)
	Sim	204 (63,16%)			
<i>Dentro do peso ideal</i>	Não	505 (44,34%)	0,008	1,11 (1,02 – 1,20)	ns

	Sim	1026(49,26%)			
<i>Número de filhos</i>	Até 3	909 (43,22%)	<0,001	1,28 (1,19 – 1,38)	ns
	Mais que 3	622 (55,59%)			
<i>Possui histórico de aborto</i>	Não	911 (45,85%)	0,016	1,09 (1,01 – 1,18)	ns
	Sim	620 (50,20%)			
<i>Tipo de moradia</i>	Taipa	19 (82,61%)	0,001	1,74 (1,44 – 2,11)	1,54 (1,29 – 1,85)
	Alvenaria	1512 (47,26%)			
<i>Origem da água que utiliza</i>	Poço	470 (49,63%)	0,121	1,06 (0,98 – 1,15)	ns
	Rede Geral	1061 (46,64%)			
<i>Coleta pública de lixo</i>	Não	184 (48,81%)	0,594	1,03 (0,92 – 1,15)	ns
	Sim	1347 (47,35%)			
<i>Reside em rua pavimentada</i>	Não	547 (49,41%)	0,119	1,06(0,98 – 1,14)	ns
	Sim	984 (46,52%)			

ns = não significante após análise multivariável

## 6. DISCUSSÃO

A prevalência global de TMC neste estudo correspondeu a 47,5%. Este resultado foi superior a diversos valores de prevalência observados em outros estudos epidemiológicos brasileiros que utilizaram o mesmo instrumento (SRQ-20) para rastrear casos susceptíveis a TMC (LIMA et al., 1996; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; ANSEMI et al., 2008; COELHO et al., 2009; ROCHA et al., 2010, 2012), assemelhando-se apenas a outro estudo realizado na mesma unidade federativa, com mães residentes na zona rural do semiárido de Alagoas (56,2%) (PAFFER et al., 2012). Este fenômeno pode ser explicado pelas divergências regionais, contextuais, bem como de público-alvo investigadas. Outro fator que pode justificar essa discrepância são os diferentes pontos de corte para classificar a presença/ausência de TMC. O ponto de corte utilizado nesse estudo foi de que os casos que apresentassem um escore igual ou superior a 8 seriam consideradas suspeitos para TMC, valor recomendado com melhores pontos de especificidade e sensibilidade para o Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986).

Em relação à idade, existe uma tendência linear que indica que enquanto adulto, quanto maior a idade do indivíduo, maior o risco de desenvolver TMC (LIMA et al., 1996; MARAGNO et al., 2006; ROCHA et al., 2012). Alguns autores especificam que adultos acima de 40 anos (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005), ou na faixa etária de 45-55 (MARAGNO et al., 2006; COELHO et al., 2009) possuem maior risco de desenvolver TMC. No presente estudo, a prevalência de TMC foi maior em mulheres com idade acima de 35 anos. Isso pode ocorrer por se aproximar do período do climatério (GALLON; WENDER, 2012), onde ocorre uma diminuição dos níveis de estrogênio, a qual reduz a velocidade de processamento cerebral, provocando prejuízos na função cognitiva e desencadeando distúrbios de humor (ALDRIGHI J. M.; PIRES, 2001), diminuição da fecundidade (YAZAKI, 2003) levando à possibilidade de gravidez de alto risco (SENESI; TRISTÃO, 2004). Ainda, em relação entre TMC e a idade, sob um olhar social, uma exposição maior aos eventos de vida produtores de estresse, uma redução das redes de suporte social e/ou uma intensificação dos conflitos entre papéis sociais ocorrem partir dos 30 anos, aumentando a possibilidade de desenvolver TMC (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999).

Em relação à cor da pele, no presente estudo, mulheres negras possuem uma prevalência maior de TMC que as não-negras. Apesar da classificação das amostras serem divergentes, dependendo fundamentalmente do tipo de análise estatística escolhida para a pesquisa, a cor da pele é um fator bem descrito na literatura. Um estudo que classificou a amostra entre brancos e não-brancos obteve maior prevalências de TMC entre as pessoas não-brancas (LIMA et al., 1996). Porém a maioria dos estudos especifica a cor de pele negra (pretos e pardos) como fator de risco para o desenvolvimento de TMC (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; ANSELMINI et al., 2008). Esse resultado pode ser explicado pelas diversas iniquidades em saúde as quais os negros são submetidos devido à discriminação racial e por, em sua maioria, fazer parte dos extratos mais pobres da sociedade, uma consequência histórica de uma série de iniquidades às quais os negros e seus descendentes vêm sendo submetidos, inclusive em relação à atenção à saúde. Embora o Brasil seja reconhecido internacionalmente como país de democracia racial, diversos estudos no campo da saúde têm evidenciado uma série de desigualdades, a exemplo do menor acesso ao pré-natal e à assistência ao parto em mulheres negras (GUIOTOKU et al., 2012).

Em relação à escolaridade, esse estudo corrobora os resultados descritos na literatura de que mulheres com níveis de escolaridade baixo são mais susceptíveis a desenvolver TMC (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COELHO et al., 2009; ROCHA et al., 2010). Outros estudos revelam uma tendência linear que indica que quanto mais anos de escolaridade, menor o risco de TMC (LIMA et al., 1996; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006). É possível, porém improvável, que o fracasso escolar seja consequência e não causa dos TMC, uma vez que o acesso à educação geralmente ocorre ou deveria ocorrer na infância, antes do desenvolvimento da maioria dos TMC.

O resultado do presente estudo também inclui como fator de risco a mulher ser chefe de família, o que é corroborado por Araújo, Pinho e Almeida (2005). Para as mulheres, a combinação das responsabilidades familiares e de trabalho pode exercer fortes pressões ao ponto de provocar efeitos desfavoráveis para sua saúde física e mental (CARLOTTO et al., 2009). As mulheres, ao assumirem a construção social do papel de privilegiar o cuidado do outro e não cuidado de si, passam a apresentar ansiedades, frustrações, angústias relacionadas à vida e ao trabalho, podendo ocorrer adoecimento, principalmente os transtornos mentais (BATISTA et al., 2009).

Outro achado deste estudo é de que mulheres que são usuárias de programas governamentais de assistência social possuem maior risco de desenvolver TMC. Esse fato se

justifica pelo fato de que a grande maioria dos programas de assistência social é direcionada à famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza (CIVIL, 2004) e a pobreza é um forte fator de risco para o desenvolvimento de TMC (WEICH; LEWIS, 1998; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL et al., 2006). Este mesmo argumento pode ser utilizado para discutir o resultado acerca do risco de ocorrência de TMC em moradores de casa de taipa, principalmente porque as condições de moradia estão fortemente associadas aos TMCs (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

O presente estudo constatou que existe associação entre TMCs e o uso de serviço público de saúde quando necessário. Para compreender isso, é fundamental entender que o sistema de saúde do Brasil é composto pelos setores público, privado e de seguros privados. A posse de planos de saúde privados está diretamente ligada, além da renda, ao acesso à informação que os distintos grupos têm em relação aos cuidados com a saúde e a doença, uma vez que esta propriedade aumenta o acesso aos serviços e cuidados com a saúde (SIQUEIRA, 2011). A maioria dos indivíduos detentores de planos de saúde privado no Brasil está inserida formalmente no mercado de trabalho (FAHEL, 2007). Sendo assim, a utilização dos serviços de saúde se torna desigual para as distintas classes, assim como para os distintos gêneros. Uma vez que os melhores serviços prestados só o são através de pagamentos, e as populações vulneráveis, que apresentam uma maior exposição a fatores de riscos que podem afetar a saúde, tanto no local de trabalho quanto nas condições de moradia, valem-se do pior acesso aos seguros saúde (SIQUEIRA, 2011).

Através dessa pesquisa, foi possível constatar também que a ocorrência de TMC está relacionada ao fato de ter adoecido nos últimos 15 dias. A associação dos TMCs com doenças orgânicas ou queixas somáticas inespecíficas tem sido relatada em vários estudos (COSTA; LUDERMIR, 2005; FONSECA, 2007). Além disso, há muitos exemplos de estudos que constataram relação entre depressão e doenças clínicas (TENG; DE CASTRO HUMES; NAVAS DEMETRIO, 2005).

Finalmente, o hábito de tabagismo também está associado à ocorrência de TMC. Este achado pode ser corroborado por diversos estudos (ROCHA et al., 2012; ABBAS et al., 2013; LEAL VIDAL, CARLOS EDUARDO YAÑEZ et al., 2013). A dependência da nicotina pode refletir tanto na hipótese de que fumar pode levar ao desenvolvimento de TMC, quanto de que o transtorno aumenta a probabilidade de tornar-se um fumante regular, uma vez que tabagismo pode estar exercendo a função de automedicação, caso se considere sua ação sobre a atividade dopaminérgica e serotoninérgica (VIEYRA-REYES et al., 2009; JANSEN et al., 2011).

Incluem-se entre as limitações do presente estudo, uma possível dificuldade de compreensão do significado das perguntas por uma parcela das entrevistadas que possa influenciar nos resultados obtidos. Outra limitação possível seria ter sido um ponto de corte inadequado para o SRQ nessa população já que não foi possível fazer um estudo de validação específico.

## 7. CONCLUSÃO

A prevalência de Transtornos Mentais Comuns nas mulheres do Estado de Alagoas foi de 47,5%, valor considerado alto comparado a outros estudos populacionais realizados no Brasil.

Os principais fatores associados à prevalência de TMC foram: a idade maior que 35 anos, a cor da pele ser negra, baixa escolaridade, ser chefe de família, ser usuária de programas governamentais de assistência social, utilizar serviços públicos de saúde quando necessário, ter adoecido nos últimos 15 dias, ser tabagista e morar em casa de taipa.

Durante a revisão de literatura para a elaboração dessa dissertação, não foi detectado nenhum trabalho que estudasse a prevalência de TMC a nível estadual.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para uma maior compreensão do problema e que venha refletir na prática de planejamento e implementação de ações voltadas à saúde mental das mulheres no Estado de Alagoas.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, R.; HAMMAM, R.; EL-GOHARY, S.; SABIK, L.; HUNTER, M. Screening for Common Mental Disorders and Substance Abuse among Temporary Hired Cleaners in Egyptian Governmental Hospitals, Zagazig City, Sharqia Governorate. **International Journal Occupation Environmental Medicine**, v. 4, n. 1, p. 13–26, 2013.

ABEP. **Critério de Classificação Econômica (Brasil)**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, p. 1-6, Brasil, 2015. Disponível em: <www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 6 ago. 2016.

ALDRIGHI J. M.; PIRES, A. L. R. Efeitos dos estrogênios sobre a cognição, o humor e as doenças cerebrais degenerativas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 87–87, 2001.

ALMEIDA, M. S. de. **Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil**. 2010. 90 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. American Psychiatric Association, Porto Alegre: Artmed, 2014, 948p.

ANDREOLI, S. B.; MARI, J. de J.; BLAY, S. L.; DE ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.; FERNANDES, J. G.; BUSNELLO, E. D. The factor structure of the adult psychiatry morbidity questionnaire (QMPA) in a community sample of Brazilian cities. **Revista de Saude Publica**, v. 28, n. 4, p. 249–260, 1994.

ANSEMI, L.; BARROS, F. C.; MINTEN, G. C.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; VICTORA, C. G. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saude Publ**, v. 42, p. 26–33, 2008.

ARAÚJO, T. M. De; PINHO, P. D. S.; ALMEIDA, M. M. G. De. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2005.

ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R.; ACUÑA, J.; LEWIS, G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science**, v. 178, p. 228–233, 2001.

ASSUNÇÃO, A. Á.; SILVA, L. S. da. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2473–2486, 2013.

BATISTA, J.; CARLOTTO, M.; COUTINHO, A.; NOBRE NETO, F.; AUGUSTO, L. Saúde

do professor do ensino fundamental: uma análise de gênero. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 657–674, 2009.

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da população negra**. 2. ed. rev ed. Brasília - DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, Coleção Negras e Negros: Pesquisas e debates, 2012, 371 p.

BERQUÓ, E.; CAVENAGUI, S. Fecundidade em declínio: Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos**, p. 11–15, 2006.

BLOOM, D. E.; CAFIERO, E.; JANÉ-LLOPIS, E.; ABRAHAMS-GESSEL, S.; REDDY BLOOM, L.; FATHIMA, S.; B. FEIGL, A.; GAZIANO, T.; HAMANDI, A.; MOWAFI, M.; O'FARRELL, D.; OZALTIN, E.; PANDYA, A.; PRETTNER, K.; ROSENBERG, L.; SELIGMAN, B.; STEIN, A. Z.; WEINSTEIN, C.; WEISS, J. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. **World Economic Forum**, n. September, p. 1–46, 2011.

BOLSONI, L. M.; ZUARDI, A. W. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 63–69, 2015.

CALLAGHAN, W. M.; BERG, C. J. Pregnancy-related mortality among women aged 35 years and older, United States, 1991-1997. **Obstet Gynecol**, v. 102, n. 5 Pt 1, p. 1015–1021, 2003.

CARLOTTO, M. S.; AMAZARRAY, M. R.; CHINAZZO, Í.; TABORDA, L. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores : uma análise na perspectiva de gênero. v. 19, n. 2, 2009.

CDC. **EpiInfo™** Atlanta, USA, Centers for Disease Control and Prevention, *Mobile version* 1.1.9, 2015.

CHRISTENSEN, K. S.; FINK, P.; TOFT, T.; FROSTHOLM, L.; ØRNBØL, E.; OLESEN, F. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: The CMDQ. **Family Practice**, v. 22, n. 4, p. 448–457, 2005.

CLEMENTE, C. M. **Transtornos mentais comuns em um centro de atenção básica a saúde em um município do interior do Ceará**. Monografia de Residência Médica em Psiquiatria, Hospital de Saúde Mental de Messejana, São Paulo, 2008.

COELHO, F. M. D. C.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. L.; MAGALHÃES, P. V. D. S.; GARCIAS, C. M. M.; SILVA, C. V. Da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59–67, 2009.

COELHO, F. M. da C. **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados em Adultos da Cidade de Pelotas**, 2006, 79p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2006.

CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. 1. ed. Atheneu, 2004, 282 p.

COSTA, M. da G. S. G. **Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais**

**assentadas na região do mato grande potiguar**. 2014. 169p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

COSTA, A. G. Da; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73–79, 2005.

COSTA, J. S. D. Da; MENEZES, A. M. B.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; BRITTO, M. A. P. De; FUCHS, S. C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, 2002.

COUTINHO, E. da S. F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. de J. Risk factors to minor psychiatric disorders: the findings of a cross-sectional survey in three urban areas in Brazil. **Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.)**, p. 246–56, 1999.

COUTINHO, L.; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social : análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study ( SPAH ). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1875–1883, 2014.

CUNHA, R. V. Da; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 346–354, 2012.

DE ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.

FAHEL, M. Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. **Anais do Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2007.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. 2007. 153 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007

GALLON, C. W.; WENDER, M. C. O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 4, p. 175–183, 2012. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84862109351&partnerID=tZOtx3y1>>.

GISPERT, R.; RAJMIL, L.; SCHIAFFINO, A.; HERDMAN, M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 38, n. 12, p. 677–683, 2003.

GOLDBERG, DAVID; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Tavistock/Routledge, 1992, 194 p.

GOLDBERG, D.; GATER, R.; SARTORIUS, N.; USTUN, T. B. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. **Psychological medicine**, v. 27, n. 1, p. 191–197, 1997.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; 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**, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.-P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre, Artmed, 2016, 524 p.

GUIOTOKU, S. K.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; BISINELLI, J. C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 135–141, 2012.

HANLON, C.; MEDHIN, G.; ALEM, A.; ARAYA, M.; ABDULAH, A.; TESFAYE, M.; WONDIMAGEGN, D.; TAHA, H.; ANBESSE, B.; BAHERETIBEB, Y.; DEWEY, M.; PRINCE, M. Measuring common mental disorders in women in Ethiopia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 8, p. 653–659, 2008.

HARDING, T. W.; DE ARANGO, V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231–241, 1980.

IBGE. População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio e os grupos de idade - Brasil – 2010. **Censo 2010**, 2010. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Resultados\\_do\\_Universo/ods/Brasil/tab1\\_3\\_2.zip](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/ods/Brasil/tab1_3_2.zip)>.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

JANSEN, K.; MONDIN, T. C.; ORES, L. D. C.; SOUZA, L. D. D. M.; KONRADT, C. E.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A. Da. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 3, p. 440–448, 2011.

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. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, n. 5, p. 1810–1819, 2012.

KORTEN, A.; HENDERSON, S. T. The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being Common psychological symptoms and disablement. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (4), 325-330, 2000.

LEAL VIDAL, CARLOS EDUARDO YAÑEZ, B. D. F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑEZ, C. D. F. P.; MICHALAROS, I. A.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres Common mental disorders and use of psychotropic drugs in women. v. 21, n. 4, p. 457–464, 2013.

LIMA, M. C. P.; MENEZES, P. R.; CARANDINA, L.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B.

D. A.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008.

LIMA, M. S.; BERIA, J. U.; TOMASI, E.; CONCEICAO, a T.; MARI, J. de J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **International journal of psychiatry in medicine**, v. 26, n. 2, p. 211–222, 1996.

LIMA, M. S. De. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 1–5, 1999.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451–467, 2008.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 38, n. 9, p. 485–489, 2003.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. a. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213–221, 2002.

LUDERMIR, A. B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. de. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Revista de saúde pública**, v. 48, n. 1, p. 29–35, 2014.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saude publica**, v. 22, n. 8, p. 1639–1648, 2006.

MARI, J. de J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. JAN., p. 23–26, 1986.

MARIN-LEON, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Social inequality and common mental disorders. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 3, p. 250–253, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17891254>>.

MEC. **Ampliação do Ensino Fundamental para Nove Anos**. 3º relatório do programa. Secretaria de Educação Básica. - Brasília: Ministério da Educação, 2006.

MORAES, R. S. M. De. **Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados na População Adulta de Florianópolis**. 2007. 124p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Organização Mundial da Saúde .10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Organização Pan-Americana de Saúde; 2001. 174p

- PAFFER, A. T. de; FERREIRA, H. da Silva; JÚNIOR, C. R. Cabral; DE MIRANDA, C. T.:. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **Sao Paulo Medical Journal - Revista Paulista de Medicina**, v. 130, n. 2, p. 84–91, 2012.
- PATEL, V.; KIRKWOOD, B. R.; PEDNEKAR, S.; WEISS, H.; MABEY, D. Risk factors for common mental disorders in women: Population-based longitudinal study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 189, n. 6, p. 547–555, 2006.
- PEREIRA, P. E. M. **Condições de trabalho e transtornos mentais comuns do ensino fundamental de avaré - sp**. 120p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Luz, Brasil. 2016
- PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G.; SILVA, R. A. da. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 241–245, set. 2007.
- PNDU. Relatório do Desenvolvimento Humano 2015. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**, 2015.
- PRINCE, M.; PATEL, V.; SAXENA, S.; MAJ, M.; MASELKO, J.; PHILLIPS, M. R.; RAHMAN, A. No health without mental health. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859–877, 2007.
- PUERTAS, G.; RÍOS, C.; VALLE, H. del. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 20, n. 5, p. 324–330, 2006.
- ROCHA, S. V. . B.; DE ARAÚJO, T. M. .; DE ALMEIDA, M. M. G. .; VIRTUOSO JR., J. S. . Practice of physical activity during leisure time and common mental disorders among residents of a municipality of Northeast Brazil [Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil]. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p. 871–883, 2012.
- ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G. De; ARAÚJO, T. M. De; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630–640, 2010.
- SANTANA, L. de L.; SARQUIS, L. M. M.; BREY, C.; MIRANDA, F. M. D.; FELLI, V. E. A. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016.
- SÁTYRO, N.; SOARES, S. Análise do impacto do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada na Redução da desigualdade nos estados brasileiros: 2004 a 2006, Texto para Discussão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, n. 1435, p. 63, 2009.
- SENESI, L. G.; TRISTÃO, E. G. Morbidade e Mortalidade Neonatais Relacionadas à Idade Materna Igual ou Superior a 35 Anos, segundo a Paridade. **RBGO**, v. 26, n. 6, p. 477–482, 2004.
- SILVA, D. F. da; SANTANA, P. R. de. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 175–185, 2012.

- SIQUEIRA, N. L. **Desigualdade social e acesso a saúde no brasil**. 60 p. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.
- SMOLEN, J. R. **Raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns na perspectiva da interseccionalidade**. 2016. 126p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, 2016.
- STATACORP LP, S. **Stata® - Data Analysis and Statistical Software**. College Station, TX - USA, 2013.
- STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J. W.; PATEL, V.; SILOVE, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, 2014.
- STEWART, R. C.; BUNN, J.; VOKHIWA, M.; UMAR, E.; KAUYE, F.; FITZGERALD, M.; TOMENSON, B.; RAHMAN, A.; CREED, F. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 5, p. 551–559, 2010.
- TENG, C. T.; DE CASTRO HUMES, E.; NAVAS DEMETRIO, F. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149–159, 2005.
- VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 249–260, 2012.
- VIEYRA-REYES, P.; VENEBRA-MUÑOZ, A.; RIVAS-SANTIAGO, B.; GARCÍA-GARCÍA, F. **Acción de la nicotina como antidepresivo y regulador del sueño en sujetos deprimidos** *Revista de Neurologia*, 2009.
- WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 317, n. 7151, p. 115–9, 1998.
- WEICH, S.; LEWIS, G.; JENKINS, S. P.; WEICH, S. T.; WIS, G. L. E. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. **Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain**. p. 222–227, 2001.
- WHO. Constitution of the World Health Organization (1946). **American Journal Of Public Health And The Nation's Health**. 36 (11), 1315-1323.
- WHO. A User's Guide To The Self Reporting Questionnaire (SRQ). 2004. **Geneva: World Health Organization**. 2004.
- WHO. Consultation on Obesity: Preventing and managing the global epidemic. **Geneva: World Health Organization**, v. 894, p. i–xii, 1-253, 1998.
- WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. **World Health Organization technical report series**, v. 894, p. i–xii, 1-253, 2000.

WHO. The World Health Report 2001. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 36, n. 10, p. 473–474, 2001.

WHO. **Prevention and Promotion in Mental Health**. Geneva: World Health Organization, 2002. .

WHO. **Global Status Report on Non-Communicable Diseases**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO. Mental Health Action Plan (2013-2020). **World Health Organization**. Geneva, 2014.

YAZAKI, L. M. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 65–86, 2003.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado no estudo

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

*"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa."* (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **2º DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DE ALAGOAS**, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar as condições de nutrição e saúde de mães e crianças residentes no estado de Alagoas, visando possibilitar o planejamento de ações de promoção da saúde;
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
  - Conhecer o estado nutricional da população;
  - Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas;
  - Investigar se as mães sofrem de hipertensão, colesterol alto, diabetes e excesso de gordura no sangue;
  - Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e dejetos;
  - Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar.
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia e das mulheres de 18 a 50 anos para dosagem da glicose, colesterol e triglicérides (gordura do sangue); Adicionalmente, essas mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para isso, basta que a pessoa examinada o segure com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização;
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Cadastro do(a) voluntário(a): \_\_\_\_\_

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-9381-2731.

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas Br 101 Norte, S/nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160
---

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1053
---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

### APÊNDICE B - Formulário de cadastro familiar e antropometria

N.º	1. NOME	2. R E L A C A O	3. S E X O  M F	4. E L E G Í V E L	5. I D A D E	6. RAÇA COR (REFERIDA)	7. E S C O L A	8. CONDIÇÃO DO TRABALHO	RENDA MENSAL (Pensão, BF, Benefício)	9. ANTROPOMETRIA							
										Peso (Kg)	Altura (cm)	BIA	CIRCUNFERÊNCIAS (cm)				Hb
													Cabeça	Pescoço	Cintura	Quadril	
01		Chefe															
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	

**ESTIMATIVA DA RENDA (per capita/salário mínimo):** ( ) Até ½ ( ) Mais de ½ a 1 ( ) Mais de 1 a 2 ( ) Mais de 2

\* incluir renda do Bolsa Família ou quaisquer outros programas

2. RELAÇÃO COM O CHEFE DA FAMÍLIA	4. ELEGÍVEL	6. RAÇA/COR (autorreferida)	8. CONDIÇÃO DO TRABALHO	9. ANTROPOMETRIA
1. Chefe; 2. Cônjuge 3. Filho(A); 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____ 6. Agregado; 7. Pensionista 8. Empregado Doméstico.	(G) = Gestante; (C2) = Criança < 2 anos. (C5) = Criança 2-5 anos (E) = Escolar (5,1 a 10 anos) (M) = Mulheres (20 a < 50)	1- Cor Branca 2- Cor Preta 3- Cor Parda (morena) 4- Cor Amarela 5- Raça/etnia Indígena	0. Não trabalha 1. Empregado com carteira 2. Funcionário público 3. Empregado sem carteira 4. Desempregado 5. Biscateiro 6. Autônomo 7. Aposentado/ pensionista 8. Criança/estudante 9. Bolsa família	Peso e altura: todos elegíveis BIA – mulheres 20 a < 50 anos Circunferências (todas): mulheres 20 a < 50 anos Circunferência da cabeça: todos os elegíveis.

**ESCOLARIDADE E RAÇA DEVEM SER OBTIDAS PARA O CHEFE, MÃES DE LACTENTES, PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES E MULHERES ≥ 20 a < 50 anos.**

Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

## APÊNDICE C - Formulário de caracterização demográfica, socioeconômica e ambiental

1. **Tipo de moradia (predominante):** **CASA** |\_\_|  
(1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/Plástico
2. **Regime de ocupação:** **OCUP** |\_\_|  
(1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão
3. **Número de cômodos na casa?** \_\_\_\_\_ **CMDTOTAL** |\_\_|
4. **Quantos estão servindo de dormitório (quarto)?** \_\_\_\_\_ **CMDORME** |\_\_|
5. **Origem da água que abastece o domicílio?** **ORIGAGUA** |\_\_|  
(1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Outro meio.
6. **Origem da água usada para beber?** **AGUABEBE** |\_\_|  
(1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Mineral  
(4) Outro meio: \_\_\_\_\_.
7. **Essa água recebe algum tipo de tratamento em sua casa antes de ser consumida?** **AGUATRAT** |\_\_|  
(1) Adequada (2) Inadequada (88) NSA
8. **Onde é colocado o lixo de sua casa?** (1) Coleta pública (2) Outro meio **LIXO** |\_\_|
9. **Condição da rua:** (1) Asfaltada/pavimentada (2) Terra/cascalho **RUA** |\_\_|

### “AGORA, VOU FAZER PERGUNTAS SOBRE O QUE TEM EM SUA CASA E A QUANTIDADE...”

A senhora tem <item> aqui em sua casa? (Se **SIM**, quantos?).

- |  |                           |                      |
|--|---------------------------|----------------------|
| Televisão em cores?                                  | ( ) Não ( ) Sim, quantas? | <b>TV</b>  __        |
| Rádio?   | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>RADIO</b>  __     |
| Banheiro? (somente com vaso sanitário)               | ( ) Não ( ) Sim, quantas? | <b>BANHEIRO</b>  __  |
| Carro? (Não considerar veículo de trabalho)          | ( ) Não ( ) Sim, quantas? | <b>CARRO</b>  __     |
| Empregada(o) fixa na residência                      | ( ) Não ( ) Sim, quantas? | <b>EMPREGAD</b>  __  |
| Máquina de lavar (Não considerar tanquinho elétrico) | ( ) Não ( ) Sim, quantas? | <b>MAQLAV</b>  __    |
| Vídeo Cassete?                                       | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>VIDEOC</b>  __    |
| Geladeira?   | ( ) Não ( ) Sim, quantas? | <b>GELAD</b>  __     |
| Freezer? (Independente ou parte da geladeira duplex) | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>FREEZER</b>  __   |
| Microcomputador?                                     | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>MICROCOMP</b>  __ |
| Lava louça?  | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>LAVALOU</b>  __   |
| Micro-ondas?   | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>MICROON</b>  __   |
| Motocicleta?   | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>MOTOC</b>  __     |
| Secadora de roupa?                                   | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>SECROUPA</b>  __  |
| DVD?   | ( ) Não ( ) Sim, quantos? | <b>DVD</b>  __       |

10. Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo (Programa do leite, bolsa família, Projovem, PETI, PRONATEC)? **COMPLEM** |\_\_|  
(1) Sim: \_\_\_\_\_ (2) Não

## APÊNDICE D - Formulário de caracterização da saúde da mulher

- |   |          |  |  |  |
|---|----------|--|--|--|
| 1. Número de ordem da mulher no cadastro da família (Conferir no form 2):   | ORDEM    |  |  |  |
| 2. A senhora já ficou grávida? (1) Sim (2) Não  | MAENTR   |  |  |  |
| 3. A entrevistada é mãe de menor de 10 anos? (1) Sim (2) Não  | MAEMENOR |  |  |  |
| 4. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos  | MNARCA1  |  |  |  |
| 5. Com que idade ficou grávida pela primeira vez ainda que a criança não tenha conseguido nascer? _____ anos (88) NSA | ID1GRAVI |  |  |  |
| 6. Com que idade teve seu primeiro filho? _____ anos  | FILHO1   |  |  |  |
| 7. Quantos filhos a senhora já teve?  | FILHOS   |  |  |  |
| 8. A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou aborto? (1) Sim; (2) Não  | ABORTO   |  |  |  |
| 9. <b>SE SIM:</b> Quantos casos de aborto ou falecimento? 01, 02, 03, n... (88) NSA                                   | EVENTOS  |  |  |  |
| 10. A senhora poderia explicar a idade deles:   |          |  |  |  |

<b>O código é o número de casos relatados: 00; 01; 02..n. (88) Não se aplica</b>		Isso ocorreu o ano passado (2013)?
<b>Só perguntar "Nº de casos" se a resposta for SIM</b>		(1) Sim (2) Não (8) NSA
Natimorto (> 28 semanas/7 meses ou 1 Kg): _____	<b>NTMORTO</b>	_____   Nº de casos?   _____
Mortalidade infantil: _____ (de 0 a 12 meses)	<b>MORTINF</b>	_____   Nº de casos?   _____
Mortalidade acima de 12 meses: _____	<b>MORTPOS</b>	_____   Nº de casos?   _____
Aborto _____ (antes do 6º mês de gestação)	<b>ABORTO</b>	_____   Nº de casos?   _____

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 11. A senhora teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?<br>(1) Sim (2) Não <b>SE NÃO, pule para 13</b>  | <b>MORBREF</b>  |
| 12. <b>SE SIM</b> , qual? (1) Virose (2) Diarreia (3) Infecção respiratória (4) Infecção do trato urinário (5) DST (6) Outra _____ (88)NSA  | <b>GMORBRF</b>  |
| 13. Quando a senhora está doente e precisa de atendimento, para onde vai?<br>(1) Serviço público; (2) Serviço privado; (3) Rezadeira; (4) Não vai; (5) Nunca precisou; (6) Outro; (99) Não sabe | <b>SERV</b>     |
| 14. A senhora fuma atualmente ou já foi fumante?<br>(1) Fumante; (2) Ex-fumante; (3) Nunca fumou  | <b>FUMAMAE</b>  |
| 15. A senhora toma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não  | <b>BEBEMAE</b>  |
| 16. <b>SE SIM</b> , qual a frequência?<br>(1) Quase todo dia (2) Finais de semana; (3) Socialmente (festas, passeios, etc); (88) NSA  | <b>FREQBEBE</b> |
| 17. Neste momento a senhora está ou deveria está tomando algum medicamento? (1) Sim, está tomando (2) Sim deveria está tomando, mas não toma (3) Não  | <b>REMEDMAE</b> |
| 18. <b>SE SIM</b> , Qual o tipo de medicamento? <b>REMEUSO</b> _____  |                 |
| 19. Algum parente de sangue da senhora tem/teve pressão alta?<br>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe  | <b>PAFAMIL</b>  |

### PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)

1ª medida      | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ | x | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ |

2ª medida      | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ | x | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ |

3ª medida      | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ | x | \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_ |

### APÊNDICE E - Formulário do Self Report Questionnaire (SRQ - 20)

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos últimos 30 dias. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda SIM, mas se achar que não corresponde, responda NÃO.

Por favor não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda SIM ou NÃO como lhe parecer melhor.

**Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.**

<b>CÓDIGOS → MARQUE UM “X” NO ESPAÇO CORRESPONDENTE</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
A senhora tem dores de cabeça frequentemente?		
Tem falta de apetite?		
Dorme mal?		
Assusta-se com facilidade?		
Tem tremores nas mãos?		
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?		
Tem má digestão?		
Tem dificuldade de pensar com clareza?		
Tem se sentido triste ultimamente?		
Tem chorado mais do que de costume?		
Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?		
Tem dificuldade em tomar decisões?		
Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)		
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
Tem perdido o interesse pelas coisas?		
A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?		
Sente-se cansada o tempo todo?		
Tem sensações desagradáveis no estômago?		
A senhora se cansa com facilidade?		
<b>SOMATÓRIO (TOTAL DE RESPOSTAS POSITIVAS)</b>		

## ANEXOS

## ANEXO A - Aprovação do comitê de ética em pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió - AL, 10/12/2012

Senhor (a) Pesquisador (a), Haroldo da Silva Ferreira  
Monica Lopes de Assumpção  
Tema Maria de Menezes Toledo Florêncio  
Bernardo Lessa Horta

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 07/12/2012, em e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 09093012.0.0000.5013 sob o título, **II Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil do Estado de Alagoas**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

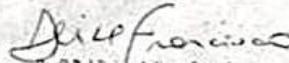
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais.

Válido até Dezembro de 2013.

  
 Profª Daise Juliana Francisco  
 Coordenadora do Comitê de  
 Ética em Pesquisa -UFAL