



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - FMB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNO  
MENTAL COMUM NA POPULAÇÃO URBANA DA REGIÃO  
METROPOLITANA DE SÃO PAULO**

**EDSON CAPONE DE MORAES JÚNIOR**

**BOTUCATU - SP  
2010**

EDSON CAPONE DE MORAES JÚNIOR

PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNO  
MENTAL COMUM NA POPULAÇÃO URBANA DA REGIÃO  
METROPOLITANA DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista UNESP, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública)

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Pereira Lima**

**BOTUCATU - SP  
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Moraes Júnior, Edson Capone.

Prevalência e fatores de risco para Transtorno Mental Comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo / Edson Capone de Moraes Júnior. – Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Doentes mentais – Aspectos sociais. 3. Fatores de risco. 4. São Paulo (SP).

Palavras-chave: Epidemiologia; Estudo transversal; Saúde mental; Transtorno mental comum; Transtornos mentais.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Edson Capone de Moraes Júnior

Prevalência e fatores de risco para Transtorno Mental Comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista UNESP, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública)

Aprovado em 30 de agosto de 2010

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Maria Cristina Pereira Lima

Instituição: Universidade Estadual Paulista

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira

Instituição: Universidade Estadual Paulista

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Dedicatória**

---

***Aos meus pais Edson e Mercedes...***

***...que alimentaram meu amor à ciência,  
inato e adquirido, fazendo o possível e o  
impossível para que sonhos como este se  
realizassem.***

---

## **Agradecimientos**

---

### **À PROFESSORA MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA**

Pela mais que perfeita orientação...

...tanto pelo conhecimento técnico, como pelo cuidado, quase silencioso, em permitir a existência de uma relação humana tão saudável em suas orientações, respeitando meus desejos e limites, como pessoa, o que considereei como essencial ao desenvolvimento harmônico deste trabalho.

### **À PROFESSORA FLORENCE KERR-CORRÊA**

Por ter permitido a utilização dos dados do Projeto GENACIS, e pelo persistente e contagiante incentivo à pesquisa.

### **À MINHA ESPOSA ÉRICA (KERO)**

Sua ampla ajuda foi fundamental à realização deste trabalho: inúmeros plantões, ambulatórios, aulas, massagens, e, principalmente, muito amor, carinho e compreensão, que permitiram as melhores condições possíveis, de corpo e de alma, para a realização desta obra.

### **À PROFESSORA ANA TEREZA DE ABREU RAMOS CERQUEIRA**

Pelas valiosas sugestões feitas no exame de qualificação, assim como na defesa deste trabalho, aceitas e incorporadas, enriquecendo tanto o processo como o produto final.

### **AO PROFESSOR CARLOS ROBERTO PADOVANI**

Pelas valiosas sugestões feitas no exame de qualificação deste trabalho, aceitas e incorporadas, e, também, pelo vibrante incentivo à ciência.

### **AO PROFESSOR LUÍS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI**

Por aceitar o convite para avaliar a defesa desta dissertação de mestrado, contribuindo com valiosas sugestões, aceitas e incorporadas.

---



**À PROFESSORA SUMAIA INATY SMAIRA**

Pelas valiosas sugestões feitas no exame de qualificação deste trabalho, aceitas e incorporadas, e, também, pela compreensão de meu afastamento em tarefas conjuntas, fato que contribuiu à realização desta pesquisa.

**À PROFESSORA ALBINA RODRIGUES TORRES**

Pelo constante apoio e incentivo à ciência

**AOS PROFESSORES DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA FMB-UNESP E A PROFESSORA LUANA CARANDINA**

Ao excelente curso administrado...

**A TAÍS DE ALMEIDA**

Pela assistência prestada em serviços de documentação, informação e pesquisa, da Biblioteca UNESP Botucatu.

**AOS MEUS PAIS EDSON E MERCEDES**

Por minha educação...fundamental à execução deste trabalho.

**ÀS MINHAS IRMÃS TAÍS E FRANCINE**

Pelo apoio e companheirismo durante todo esse tempo de pesquisa.

**AOS FUNCIONÁRIOS DA ENFERMARIA DE TRANSTORNOS MENTAIS AGUDOS DO HOSPITAL “PROFESSOR CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS”**

Pela compreensão nesses tempos tão corridos...

**MARIA, ALAÍDE, CRISTIANE E LINDIANE**

Por agilizarem minhas pendências, inatas e adquiridas nesse processo.

**AOS RESIDENTES EM PSIQUIATRIA DA FMB-UNESP...**

Pela paciência e compreensão nesses tempos de maior correria.

---

### **AOS AMIGOS DO PEITO**

Por estar tão ausente em momentos tão especiais para vocês...

### **MÁRIO, AURORA, RICARDO E TALITA**

Pela ajuda oferecida, sempre que necessário, pela amizade e pelos momentos de descontração dos muitos momentos concentrados neste processo.

### **JOSÉ EDUARDO FUSER BITTAR**

Seu incentivo e apoio nesses anos de pós-graduação, quase incondicional, à minha carreira profissional, como médico assistente, foi uma ajuda “indireta”, mas não menos importante à realização deste trabalho

### **PAULA FREIRE**

Pela ajuda essencial à profissionalização de minha loucura, agora, preparada, mais do que nunca, para fazer ciência loucamente

---

**Epígrafe**

---

***“Santo é o espírito capaz de  
operar milagres sobre si mesmo”***

Viviane Mosé

---

**Resumo**

---

MORAES JÚNIOR, E.C. **Prevalência e fatores de risco para Transtorno Mental Comum na população urbana da região metropolitana de São Paulo, Brasil.** 2010 141 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - UNESP. Botucatu-SP, 2010.

**Introdução:** Estima-se que um quarto da população urbana seja portador de algum transtorno mental, com consequências individuais e sociais importantes. A presença de sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos indica sofrimento subjetivo significativo e agravo no funcionamento psicossocial, denominado Transtorno Mental Comum (TMC). Elevadas prevalências de TMC têm sido observadas nos raros estudos nacionais desenvolvidos com base populacional, oscilando entre 17% e 35%, assim como a associação frequente com sexo feminino, pobreza e baixa escolaridade. **Objetivos:** Estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e investigar os fatores de risco associados em adultos residentes na região metropolitana de São Paulo. **Métodos:** O presente trabalho utilizou os dados de um estudo transversal, com amostragem probabilística por conglomerados, representativa da população urbana da região metropolitana de São Paulo. Presença de TMC foi considerada a variável independente e foi avaliada a partir do *Self Reporting Questionnaire*. Como possíveis variáveis explicativas foram analisados aspectos sócio-demográficos, ocupação, rede social e saúde. **Resultados:** A prevalência de transtorno mental comum encontrada na amostra foi de 22,4% (IC 95%: 19,3%;25,6%), sendo maior entre as mulheres ( $p < 0,0001$ ). Baixa escolaridade e auto-avaliação negativa da saúde mantiveram-se associadas a TMC após controle para variáveis confundidoras, em ambos os sexos. Nos homens, a condição de viúvo também se manteve associado a TMC. **Conclusões:** Aproximadamente um quarto da amostra apresentou TMC, prevalência que pode ser inferida para a população residente na região metropolitana de São Paulo, e para outras regiões metropolitanas brasileiras semelhantes. A identificação de fatores de risco associados a TMC, como baixa escolaridade, sexo feminino, viuvez nos homens e auto-avaliação negativa da saúde, possibilita identificar grupos de maior vulnerabilidade e propor políticas públicas voltadas para estes grupos.

**Palavras-chave:** transtornos mentais, transtorno mental comum, saúde mental, epidemiologia, estudo transversal

---

## **Abstract**

---

MORAES JÚNIOR, E.C. **Prevalence and risk factors for Common Mental Disorder in the urban population in metropolitan area of São Paulo, Brazil.** 2010. 141 p. Master's degree dissertation, Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista- UNESP. Botucatu-SP, 2010.

**Introduction:** It is estimated that a quarter of the urban population has some mental disorder, with important personal e social harm. The presence of anxious, depressive and psychosomatic symptoms indicates relevant subjective suffering and impairment in psychosocial functioning which is denominated Common Mental Disorder (CMD). High prevalence of CMD have been observed in some national surveys, ranging from 17% to 35% associated with female gender, poverty and low education. **Objectives:** To estimate the prevalence of CMD and to investigate associated risk factors in adults living in Sao Paulo metropolitan area. **Methods:** This study used data from a cross-sectional study, with a representative urban sample of adults, stratified by clusters in the metropolitan area of Sao Paulo city. The presence of CMD was considered the independent variable and was assessed through the *Self Reporting Questionnaire*. Possible explanatory variables were analyzed socio-demographic aspects, occupation, support networks and self-evaluation health. **Results:** The prevalence of CMD found in the sample was 22.4% (CI 95%: 19.3%;25.6%), significantly higher among women ( $p < 0,0001$ ). Low education and negative self-evaluation of health remained associated with CMD after controlling for confounders in both sexes. Among men, the marital status "widower" also remained associated with CMD. **Conclusions:** About one fourth of the sample had a CMD. This prevalence estimate can be inferred for the population from the metropolitan area of Sao Paulo and for other similar metropolitan regions in Brazil. The identification of risk factors associated with CMD, such as low education, female gender, widowhood in men and negative self-evaluation of health, indicates more vulnerable groups, for which public policies can be proposed.

**Key-words:** mental disorders, common mental disorders, mental health, epidemiology, cross-sectional study.

---



## **Lista de Quadro**

---

**Quadro 1 -** Variáveis categóricas e contínuas utilizadas nas análises... 80

## **Lista de Figuras**

---

<b>Figura 1 -</b>	Região Metropolitana de São Paulo em destaque.....	69
<b>Figura 2 -</b>	Região Metropolitana de São Paulo.....	69

## **Lista de Tabelas**

---

<b>Tabela 1 -</b>	Características sociodemográficas da amostra de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, segundo sexo.....	85
<b>Tabela 2 -</b>	Características ocupacionais da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo.....	88
<b>Tabela 3 -</b>	Características associadas ao apoio social e à religiosidade da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo.....	89
<b>Tabela 4 -</b>	Características associadas à saúde da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo.....	92
<b>Tabela 5 -</b>	Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis sociodemográficas.....	94
<b>Tabela 6 -</b>	Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis ocupacionais.....	96
<b>Tabela 7 -</b>	Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis associadas a apoio social e religiosidade.....	97
<b>Tabela 8 -</b>	Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis associadas à saúde.....	99
<b>Tabela 9 -</b>	<i>Odds ratio</i> brutos e ajustados para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para Transtorno Mental Comum na amostra de homens da Região Metropolitana de São Paulo.....	101
<b>Tabela 10 -</b>	<i>Odds ratio</i> brutos e ajustados para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para Transtorno Mental Comum na amostra de mulheres da Região Metropolitana de São Paulo.....	102

---

## **Lista de siglas utilizadas**

---

<b>APA</b>	–	American Psychiatric Association
<b>CID</b>	–	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
<b>CIDI</b>	–	Composite International Diagnostic Interview
<b>CIS</b>	–	Clinical Interview Schedule
<b>DIS</b>	–	Diagnostic Interview Schedule
<b>DSM</b>	–	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>GENACIS</b>	–	Gender, Alcohol, and Culture: An International Study
<b>GHQ</b>	–	General Health Questionnaire
<b>IBGE</b>	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ISA-SP</b>	–	Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo
<b>MSP</b>	–	Município de São Paulo
<b>OR</b>	–	Odds ratio (razão de chances)
<b>PIB</b>	–	Produto Interno Bruto
<b>PSF</b>	–	Programa Saúde da Família
<b>RMSP</b>	–	Região Metropolitana de São Paulo
<b>SEADE</b>	–	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>SM</b>	–	Salário Mínimo
<b>SRQ</b>	–	Self Reporting Questionnaire
<b>STATA</b>	–	Stata Statistical Software
<b>TMC</b>	–	Transtorno Mental Comum
<b>UNESP</b>	–	Universidade Estadual Paulista
<b>WHO</b>	–	World Health Organization

---



## **Sumário**

---

Resumo .....	13
Abstract.....	15
Lista de quadros .....	17
Lista de figuras .....	19
Lista de tabelas.....	21
Lista de siglas utilizadas .....	23
<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>30</b>
2.1. Prevalência de transtornos mentais na população .....	37
2.2. Fatores de risco para transtorno mental comum.....	55
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>62</b>
<b>4. HIPÓTESES</b> .....	<b>64</b>
<b>5. MÉTODOS</b> .....	<b>66</b>
5.1. Local do estudo.....	67
5.2. Desenho.....	69
5.3. Plano amostral .....	70
5.4. Cálculo do tamanho da amostra .....	70
5.5. Desenho da amostra.....	71
5.6. Delineamento da amostra e cálculo da fração amostral .....	72
5.7. Cálculos dos pesos amostrais .....	73
5.8. Instrumentos .....	73
5.9. Seleção de entrevistadores.....	77
5.10. Implantação da pesquisa .....	77
5.11. Período de realização .....	78
5.12. Análises estatística .....	78
5.13. Variáveis .....	79
5.14. Considerações éticas.....	83
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>84</b>
6.1. Características da amostra .....	85
6.2. Características dos sujeitos .....	85
6.3. Prevalência de transtornos mental comum .....	93
6.4. Análise univariada.....	93

---

6.5. Análise multivariada .....	100
<b>7. DISCUSSÃO</b> _____	<b>103</b>
7.1. Limitações do estudo .....	104
7.2. Interpretação dos resultados .....	106
7.3. Relevância em termos de saúde pública .....	119
<b>8. CONCLUSÕES</b> _____	<b>121</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> _____	<b>123</b>

---

# **1. Apresentação**

---

Estima-se que um quarto da população urbana mundial seja portador de algum transtorno mental, com consequências individuais e sociais importantes (WHO-ICPE, 2000). Os inquéritos populacionais são escassos nos países em desenvolvimento, os quais são responsáveis por apenas 6% de toda a pesquisa em saúde mental (SAXENA et al., 2006), apesar de possibilitarem conhecer a frequência e distribuição dos processos mórbidos psiquiátricos na população e favorecerem o planejamento de ações assistenciais desenvolvidas de forma integrada à saúde em geral e às políticas sociais (PRINCE et al., 2007). No Brasil, têm revelado a importância dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) na comunidade, caracterizados pela ocorrência de sintomas como insônia, cansaço, dores difusas, esquecimento, dificuldade de concentração, irritabilidade, entre outros (GOLDBERG & HUXLEY, 1993), tanto em termos da prevalência encontrada, como dos fatores de risco pesquisados (LIMA et al., 1999; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007; RODRIGUES-NETO et al., 2008).

Tendo em vista a importância dos transtornos mentais em termos de saúde pública, o presente estudo se propõe a analisar os dados levantados em um inquérito populacional realizado na região metropolitana de São Paulo, denominado Projeto GENACIS, para investigar a prevalência de Transtorno Mental Comum nessa região e identificar os fatores de risco associados.

---

## **2. Introdução**

---

A saúde mental é parte integrante e essencial da saúde (PRINCE et al., 2007). Já foi definida como um estado de bem-estar, no qual a pessoa pode realizar suas atividades normalmente, ser capaz de lidar de forma satisfatória com as situações de estresse, trabalhar produtivamente, além de contribuir com sua comunidade (HERRMAN et al., 2005). Prejuízos significativos nessa condição podem indicar a presença de transtornos mentais.

As preocupações com a saúde mental são observadas desde as primeiras civilizações, seja pela curiosidade em relação ao seu funcionamento ou suas possibilidades, e manifestadas de forma muito variada (EY et al., 1965). O adoecer psíquico sempre motivou ações em todas as sociedades minimamente desenvolvidas, com explicações e práticas curativas criadas pelo homem, principalmente a partir do senso comum e, mais tarde, da ciência, na intenção de afastar concretamente a possibilidade desse acometimento (ALEXANDER & SELESNICK, 1968). Já o conhecimento do psiquismo dito normal aparece diluído no debate cosmológico dos filósofos pré-socráticos, e, principalmente, na filosofia, inicialmente com Platão no século IV a.C. (ARANHA et al., 2003), e depois com outros tantos pensadores, por mais de 20 séculos, mesmo após a revolução científica do século XVII. Somente após o Iluminismo, período em que o psiquismo e suas variações passaram a ser compreendidos como processos naturais, semelhantes aos do corpo, e passíveis de pesquisa objetiva, desligando-se de questões metafísicas, entre outras tantas de caráter filosófico, é que se consolidou um contexto favorável para a germinação de explorações psicológicas científicas (NOBRE-DE-MELO, 1979). Na verdade, a mente humana começou a ser estudada sob o olhar científico, de fato, somente no século XIX, um atraso considerável em relação aos avanços obtidos no campo da saúde física após o desenvolvimento do método científico, devido, entre outros motivos, à melhor adequação metodológica do objeto de estudo (ARANHA et al., 2003). Através de caminhos distintos, inúmeras teorias foram levantadas na intenção de explicar ou compreender a mente humana, inclusive dos estados considerados patológicos.

---

Entre as disciplinas científicas que agregam essas teorias, está a Psicopatologia, que é o estudo das manifestações e mecanismos psíquicos anormais, referentes ao homem enfermo da mente em geral (JASPERS, 1970), reconhecida como a principal ciência auxiliar da Psiquiatria (NOBRE-DE-MELO, 1979). Esta, sem prescindir de outras ciências, é uma prática médica, um ramo especializado da Medicina Interna, voltada para o homem enfermo da mente em particular, ou seja, o caso clínico, concreta e individualmente considerado (NOBRE-DE-MELO, 1979). Apesar de haver referências a alterações de comportamento desde a antiguidade, a Psiquiatria só ganhou identidade no fim do século XVIII e adquiriu corpo teórico, de tendência organicista, no fim do século XIX (ALEXANDER & SELESNICK, 1968). Além de equipar-se dos psicofármacos, a partir da metade do século XX, houve, também nessa época, um movimento de padronização das classificações diagnósticas psiquiátricas (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Outros conhecimentos associaram-se àquela disciplina nesse processo histórico de mudanças, a partir de ciências como a Antropologia, Sociologia, Psicologia, Genética, Farmacologia, entre outras, gerando constantes apropriações teórico-práticas (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Uma dessas contribuições envolveu a ampliação da visão psiquiátrica ao coletivo, a chamada Psiquiatria Social, focada em atributos substancialmente diferentes do homem individualizado, fortalecendo o reconhecimento da complexidade do adoecer psíquico. Nesse aspecto, acompanhava a Medicina Social, que despontou nos últimos dois séculos, ambas com alicerce na Sociologia (ALONSO-FERNANDES, 1974). Assim, a Psiquiatria Social contrapõem-se à atmosfera biologicista impregnada na atuação psiquiátrica individual, privilegiando a investigação numa dimensão social, motivada a pesquisar outras particularidades, resultando na integração de novos conhecimentos e práticas em saúde mental (ALONSO-FERNANDES, 1974). O conhecimento psiquiátrico social deriva de variadas disciplinas científicas, sendo a Epidemiologia Psiquiátrica considerada, por alguns autores, uma das principais disciplinas da Psiquiatria Social. (ALONSO-FERNANDES, 1974).

---



A Epidemiologia Psiquiátrica foi desenvolvida no século XIX, a partir da intenção de estudar os transtornos que ocorrem sobre a saúde mental da população, tal como a Epidemiologia fazia com a saúde física, passando a se interessar pelo aspecto coletivo assumido pela doença, e não com as características individuais tomadas isoladamente (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Estuda a distribuição dos acometimentos psiquiátricos nas populações, e identifica condições associadas às diferentes ocorrências utilizando-se de método quantitativo, capaz de descrever, analisar e explicar algumas das leis que regem os fenômenos da natureza, inclusive humana (ALONSO-FERNANDES, 1974). A aquisição desses conhecimentos vem aprimorando o saber psiquiátrico total e possibilitando avanços nas ações de saúde, tanto individuais como coletivas, sendo muito úteis, principalmente ao poder estatal, franco interessado na preservação da saúde da população (ALMEIDA-FILHO et al., 1989).

Inicialmente, no século XIX e início do XX, a Epidemiologia Psiquiátrica atuou em asilos e hospitais, fazendo descrições das enfermidades mentais que acometiam as populações residentes nessas instituições (DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1982). Para isso, utilizava registros institucionais e informantes chave como fonte de dados, com o viés da conexão indireta com os sujeitos pesquisados. Nessa época, as prevalências obtidas ocultavam os indivíduos acometidos que não se encontravam em tais serviços, além de utilizar amostras sem características de representatividade da população em geral, o que contribuía para diminuir as possibilidades de generalização dos resultados obtidos (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Apesar das limitações, muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, utilizaram, ainda, esses métodos, largamente, na segunda metade do século XX.

Na intenção de superar tais limitações, Rosanoff, em 1916, realizou um estudo de campo para determinar a prevalência de transtornos mentais numa cidade do estado de Nova York, com o denominador dessa fração sendo ocupado pelo total de habitantes e o numerador composto pelo número de casos identificados na população estudada (apud ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Outro estudo que pode ser considerado marco nessa mudança foi o

---

conduzido por Goldberg, em 1915, que pesquisou a prevalência de pelagra na comunidade, doença muito associada aos transtornos mentais, a partir de sujeitos não institucionalizados (apud ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Nessa direção, a partir da década de 50 do século passado, o desenvolvimento de estudos epidemiológicos intensificou-se na procura da real prevalência das enfermidades mentais nas populações, abandonando aos poucos a utilização exclusiva de indivíduos internados em diversas instituições psiquiátricas (DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1982). Além disso, cada vez mais se pesquisavam características sócio-demográficas associadas às doenças mentais (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Esses dois movimentos acompanhavam a Epidemiologia Geral, que, na época, estabelecia indicadores, como incidência e prevalência das doenças, além de aprimorar a delimitação do conceito de risco (FORATTINI, 1976).

Ainda no início das pesquisas epidemiológicas psiquiátricas, o estudo sobre a pelagra também foi importante ao expressar uma proposta de raciocínio epidemiológico, indicada na associação de maior ocorrência de pelagra em situações de carência alimentar, revelando uma etiologia diferente da infecto-contagiosa, axialmente estabelecida nos primórdios da epidemiologia (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Se, para a Epidemiologia Geral, a dinâmica das doenças infecto-contagiosas, principalmente as formas de contágio, foi um dos principais objetos de estudo (VIEIRA, 1944), na Epidemiologia Psiquiátrica a dinâmica da atuação das variáveis sociais sobre as pessoas ganhava destaque (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Tais associações foram muito importantes para a incorporação de fatores psicossociais à morbidade psiquiátrica, como por exemplo, os estudos de Hollingsheade & Redlich (1958) e de Faris & Dunham (1970), que associaram situações de pobreza com maior ocorrência de transtornos mentais (apud ALMEIDA-FILHO et al., 1987).

O raciocínio epidemiológico psiquiátrico suscitou questões na direção de se buscar uma causalidade social, em que condições sociais desfavoráveis poderiam constituir-se como maior risco para o adoecimento mental (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Essa hipótese abalou o paradigma biomédico

---

que influenciava muitas das especulações sobre os fatores envolvidos no sofrimento psíquico (FOUCAULT, 1980). Além disso, o conceito de risco, em geral, foi fundamental para a utilização da bioestatística como ferramenta de análise principal nos estudos epidemiológicos (ROUQUAYROL & ALMEIDA-FILHO, 2003), o mesmo ocorrendo na vertente psiquiátrica.

Nos anos 60, a utilização da computação eletrônica foi responsável por grande transformação na pesquisa epidemiológica, gerando potenciais amplos de utilização de grandes quantidades de dados, e de análises cada vez mais complexas (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Também possibilitou avaliações mais sofisticadas das probabilidades de erro. As análises multivariadas, tão importantes no entendimento das associações em objetos de estudo complexos, como a saúde mental, também foram facilitadas a partir do uso de softwares (ROUQUAYROL & ALMEIDA-FILHO, 2003).

A elaboração de sistemas de classificação psiquiátrica foi essencial para a pesquisa epidemiológica, aparecendo pela primeira vez em 1947, na seção de distúrbios mentais da 6ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*). Posteriormente, em 1952, foi criado um manual diagnóstico psiquiátrico específico, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*, pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association – APA*). Apesar desses esforços, foi apenas na década de oitenta do século passado, a partir da CID-10 e do DSM-III, que houve melhora significativa da “precisão” dos diagnósticos formulados. Desse modo, ocorreu o estabelecimento de critérios diagnósticos padronizados, com delimitações conceituais mais precisas, que passaram a ser utilizadas como referência para a construção de instrumentos psicométricos, com melhora da confiabilidade e validade dos diagnósticos formulados, possibilitando, desse modo, não só a obtenção mais fiel dos achados, assim como a avaliação dos resultados obtidos (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). Desse modo, essas classificações possibilitaram a incorporação de elementos metodológicos, teóricos e operacionais à Epidemiologia Psiquiátrica, proporcionando maior credibilidade

---

no conhecimento científico obtido (GORENSTEIN et al., 2000), mesmo não esgotando o problema da confiabilidade, existente até hoje (KESSLER, 2000). Questões sobre a validade da atual categorização dos transtornos mentais, no entanto, permanecem.

O uso de amostras representativas da população passou a ser imperativo no método epidemiológico, permitindo, também, comparações mais fidedignas (ALMEIDA-FILHO et al., 1987).

As limitações e vieses passaram a ser identificados e discutidos, representando uma iniciativa de melhorar a avaliação dos resultados (KESSLER, 2000) e ampliando as possibilidades de discussão sobre os achados científicos.

Todas essas mudanças foram fundamentais para a Epidemiologia Psiquiátrica atual, com diferenças significativas na precisão e qualidade dos dados obtidos, assim como de sua análise, possibilitando melhores propriedades de utilização e generalização dos resultados.

Apesar dos avanços, restrições ocorrem, entre outros motivos, devido às especificidades do objeto de estudo, como a complexidade e a subjetividade, que dificultam o estabelecimento de critérios diagnósticos com confiabilidade e validade adequadas para comparação entre diferentes populações (KESSLER, 2000). Também, há dificuldades para a padronização de variáveis psicossociais, estabelecimento de valores normais, delimitação de início e fim das enfermidades mentais, parâmetros essenciais no cálculo da incidência e prevalência, na comparação entre resultados, na falta de padronização de técnicas utilizadas, entre outras (ALMEIDA-FILHO et al., 1987).

Essas dificuldades favorecem o desenvolvimento de estudos observacionais nas pesquisas epidemiológicas psiquiátricas (Almeida-Filho et al., 1989), sendo o corte transversal mais utilizado até o presente momento, em comparação à coorte e ao caso-controle (ROQUAYROL & ALMEIDA-FILHO, 2003).

---

Nos estudos transversais são obtidas proporções (quantidades), as quais expressam medidas de ocorrência dos transtornos mentais nas populações estudadas, assim como revelam determinadas condições mais associadas a essas ocorrências.

## **2.1. Prevalência de transtornos mentais na população**

A Epidemiologia Psiquiátrica utiliza de inquéritos domiciliares para estimar a prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nos países ricos (PATEL et al., 2007), com entrevistas face a face, aplicação de entrevistas e escalas estruturadas, computação eletrônica dos dados para análise mais sofisticada, além de processos avançados de amostragem para garantir a representatividade das populações estudadas.

Nos Estados Unidos, esse tipo de pesquisa vem ocorrendo com frequência nos últimos 30 anos. Entre 1980 e 1984, foi desenvolvido o Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental (*Epidemiologic Catchment Area Study - ECA- NIMH*), inquérito populacional realizado em cinco localidades norte-americanas com objetivo de identificar a morbidade psiquiátrica nessas populações. Para isso, utilizou-se amostra de, aproximadamente, 20 mil pessoas, com idade igual ou superior a 18 anos, obtida através de amostragem probabilística estratificada por conglomerados, na qual foi aplicada uma entrevista estruturada baseada nos critérios diagnósticos do DSM-III (APA, 1980), o *DIS, Diagnostic Interview Schedule* (ROBINS et al., 1982). Dessa forma, Regier et al. (1988) encontraram 15,4% de indivíduos que preenchiem critérios diagnósticos para algum transtorno mental no mês anterior à entrevista, com prevalência de 6,2% de transtornos fóbicos, 3,3% de distímia, 2,8% de abuso e dependência de álcool e 2,2% de episódio depressivo, entre os maiores índices. Em uma das localidades, New Haven, Bruce et al. (1994) rastrearam 3560 sujeitos nove anos após a pesquisa inicial, para a realização de uma coorte, observando mortalidade maior entre

---

pessoas com depressão maior, abuso ou dependência de álcool e esquizofrenia, mesmo após ajuste por idade.

Uma década após, outro estudo norte-americano abordou a morbidade psiquiátrica, o *National Comorbidity Survey (NCS)*, elaborado com amostra de representatividade nacional, pesquisando 8098 sujeitos, com idade entre 18 e 54 anos, em 48 estados. Diferentemente do ECA, que foi um estudo basicamente de prevalência, deu ênfase aos fatores de risco. Utilizou uma entrevista estruturada, a *CIDI, Composite International Diagnostic Interview*, criada a partir da *DIS*, e referência aos diagnósticos do DSM-III-R (USTUN & TIEN, 1995) e da CID-10 (OMS, 1993), que detecta a presença de psicopatologia no ano anterior à entrevista e na vida toda. Aproximadamente 30% da amostra preencheram critérios diagnósticos para um transtorno mental no ano anterior à entrevista, e 50% quando considerada a vida toda (KESSLER et al., 1994). As prevalências mais altas foram as de episódio depressivo maior, dependência alcoólica, fobia específica e social, exibindo certa semelhança com as encontradas no ECA. Como parte do estudo, um ano após a entrevista, os indivíduos foram novamente pesquisados, obtendo 5388 entrevistas completas, visando, entre outros objetivos, obter taxas de incidência, possíveis com estudos de seguimento. Entre 2001 e 2003, um novo NCS foi desenvolvido, o *NCS-R (Replication)*, em outra amostra de representatividade nacional, somando ao todo 9282 sujeitos com 18 anos de idade ou mais. A taxa de resposta foi 70,9%, valor menor do que os 82,4% do primeiro NCS. A *CIDI* foi também utilizada, mas com referência aos critérios diagnósticos adotados no DSM-IV, visando detectar a presença de psicopatologia nos últimos 12 meses. Kessler et al. (2005) utilizaram os dados do NCS e NCS-R, com 5388 e 4319 sujeitos respectivamente, com idades entre 18 e 54 anos, e não encontraram diferenças na prevalência dos transtornos mentais entre as duas populações estudadas, sendo 29,4% no primeiro e 30,5% no segundo ( $p=0,54$ ), concluindo que não houve aumento dessa prevalência durante os dez anos que separam os estudos.

Na Europa, também entre 2001 e 2003, foi desenvolvido um inquérito populacional, o *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*

---

(ESEMeD), com aproximadamente 21 mil sujeitos, representando uma população de 213 milhões de europeus, moradores de seis países: França, Alemanha, Espanha, Holanda, Bélgica e Itália. Foram realizadas entrevistas domiciliares, face a face, de indivíduos com idade acima de 18 anos, não institucionalizados, a partir de amostragem probabilística estratificada por conglomerados, com taxa de resposta de 61,2%. O estudo foi conduzido em duas fases, sendo que a primeira serviu para o rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos na amostra total. Numa segunda fase, uma nova amostra foi formada a partir de sujeitos identificados positivamente para a presença de sintomas emocionais na primeira fase, adicionados, de forma aleatória, de um quarto dos sujeitos identificados negativamente. Assim, quase nove mil sujeitos foram pesquisados novamente, com ampliação da investigação psicopatológica através da CIDI, e de possíveis fatores de risco. Os resultados revelaram que 58,5% dos sujeitos não relataram qualquer sintoma mental ou transtorno na vida toda, 15,6% relataram a presença de pelo menos um período distinto com sintomas emocionais na vida, mas nunca foram classificados como portadores de transtornos mentais, 14% disseram ter pelo menos um transtorno mental ao longo da vida, mas não nos “últimos 12 meses”, 5,5% disseram ter pelo menos um transtorno mental nesse período, mas sem necessidade de cuidados de saúde, e, por fim, 6,5% informaram um transtorno mental nos 12 meses antecedentes com necessidade de uso de serviços de saúde (ALONSO et al., 2007). Este estudo valorizou, também, os achados em relação às pessoas que não foram diagnosticadas para transtornos mentais estabelecidos, mas com presença de sintomatologia emocional considerada sub-clínica. As morbidades específicas ao longo da vida foram: 13,6% relataram algum transtorno de ansiedade, 14% um episódio depressivo na vida e 5,2% dos pesquisados preencheu critérios para transtornos relacionados ao uso de álcool (ALONSO et al., 2007). Os mesmos autores revelam que Depressão Maior e Fobia Específica foram as enfermidades mais diagnosticadas. As mulheres apresentaram o dobro da prevalência de transtornos depressivos e ansiosos quando comparadas aos homens, os quais prevaleceram entre aqueles com problemas relacionados ao

---

álcool. A prevalência de transtornos mentais na Europa também foi avaliada através de uma metanálise envolvendo 27 estudos epidemiológicos de base populacional (WITTCHEN et al., 2005), os quais foram realizados em 16 países europeus, envolvendo, aproximadamente, 150 mil sujeitos com idade superior a 18 anos de idade, evidenciando maiores frequências de transtornos depressivos, ansiosos, somatoformes e relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

Entre os diversos inquéritos domiciliares conduzidos nos países europeus com representatividade nacional, procurando revelar atributos diferenciais para cada país pesquisado, está o *The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, realizado em 1996, com aproximadamente, sete mil sujeitos adultos amostrados aleatoriamente, após estratificação por conglomerados, e entrevistados face a face para aplicação da CIDI. Bijl et al. (1998) analisaram os dados e encontraram prevalência de 23,3% de transtorno mental no ano anterior à entrevista, e 41,2% ao longo da vida, entre os sujeitos com idade entre 18 e 65 anos, sendo as maiores prevalências de transtornos ansiosos, depressivos e relacionados ao uso de álcool, além de revelar uma prevalência considerada mais baixa de Esquizofrenia (0,4%), quando comparada a diversos outros países.

Os inquéritos populacionais ainda são pouco utilizados nos países em desenvolvimento. No continente africano, os moradores da Nigéria foram alvo de um estudo de base populacional, o *Nigéria Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHW)*, que pesquisou, em 2002, aproximadamente, cinco mil indivíduos adultos residentes em oito regiões do país, representando quase um quarto da população total, com taxa de resposta de 79,9%. Gureje et al. (2006) detectou a presença de transtornos mentais através da CIDI, com base nos critérios do DSM-IV, encontrando 12,1% de prevalência ao longo da vida, e 5,8% nos 12 meses precedentes à pesquisa.

Os inquéritos populacionais realizados na América Latina também são pouco numerosos e insuficientes (RAZZOUK et al., 2007). A América Latina contribui com apenas 1% da publicação científica mundial em saúde mental

---



(PATEL et al., 2007), estando o México, Brasil e Chile entre os que mais contribuem para essas produções (RAZZOUK et al., 2007).

No México, a prevalência de transtornos mentais foi de 26,1%, considerando o ano anterior à pesquisa, e 36,4% ao longo da vida, encontrada a partir de um inquérito populacional de representatividade nacional, o *Mexican National Comorbidity Survey*, realizado em 2002 (MEDINA-MORA et al., 2007). A metodologia envolveu amostragem probabilística estratificada por conglomerados e entrevistas domiciliares de, aproximadamente, seis mil pessoas com idades entre 18 e 65 anos, moradores de áreas urbanas, com uma taxa de resposta de 76,6%, e utilização de uma versão da CIDI para “laptop”, com critérios diagnósticos do DSM-IV.

Vicente et al. (2004) observaram que 20% da população do Chile relatou a presença de transtorno mental nos seis meses precedentes à pesquisa, e 16,7% no mês anterior. Para isso, os autores analisaram dados do *Chile Psychiatric Prevalence Study*, coletados entre 1992 e 1999, em sujeitos selecionados a partir de amostra probabilística estratificada. Apesar de o país ser formado por 51 províncias, o estudo foi realizado em apenas quatro delas: Santiago, Concepción, Iquique e Cautin, e mesmo assim, obteve representatividade nacional, devido, principalmente, a alta porcentagem da população total residente nessas regiões. O DSM-IV foi utilizado como base para o diagnóstico de transtornos mentais, obtidos com a aplicação face a face de entrevista estruturada contendo a CIDI. Araya et al. (2001) já tinham estudado a população chilena de 15 a 64 anos, encontrando prevalência de 26,7%, sendo mais comuns os transtornos não psicóticos, ocorrendo principalmente entre mulheres, desempregados, separados e nos indivíduos com baixo nível sócio-econômico.

No Brasil, os esforços de realizar estudos epidemiológicos psiquiátricos iniciaram-se na década de 30 do século passado, com investigações sobre as “epidemias psíquicas”, limitadas a descrições das ocorrências e dos aspectos etnográficos dos sujeitos acometidos (ALMEIDA-FILHO et al., 1987). A identificação dos transtornos psiquiátricos era feita através do uso de

---

informantes-chave, ou dos registros hospitalares, uma realidade comum no início dessas pesquisas. Utilizavam-se de metodologia muito simples de amostragem, com seleção conveniente de sujeitos institucionalizados, sem preocupação com condições necessárias para generalização dos resultados, impossíveis nesses estudos (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Essas investigações só alcançaram qualidade em suas possibilidades, no país, a partir da pesquisa realizada por Souza (1984), que delimitou um universo de estudo - o total de sujeitos em instituições psiquiátricas de uma região definida, no caso, a cidade de Salvador, Bahia (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Assim, a prevalência tinha validade para a população de indivíduos institucionalizados daquele município, e não, apenas, para uma ou mais instituições especificamente. Mesmo considerado um avanço, esses estudos epidemiológicos eram responsáveis pela obtenção de uma “prevalência tratada”, já que levavam em conta apenas indivíduos em tratamento na determinação do total de pessoas acometidas por um transtorno mental, não tendo validade, para uma estimativa real desses transtornos na população (ALMEIDA-FILHO et al., 1987).

Mesmo com tais limitações, durante as décadas de 70 e 80, essa proposta de pesquisar os indivíduos em tratamento foi ampliada para pacientes internados em enfermarias de hospitais gerais, usuários de serviços de saúde extra-hospitalares, como ambulatórios e unidades de atenção primária à saúde, um avanço devido à extensão do universo de acometidos. Assim, a morbidade psiquiátrica global nesses serviços foi estudada por Santana et al. (1977) em centros de saúde de Salvador (BA), por Busnello et al. (1982) em centros de saúde de Porto Alegre (RS) e por Mari et al. (1986, 1987) em dois centros de saúde e um ambulatório de clínica médica de hospital geral em São Paulo (SP). As porcentagens da população identificada com transtornos mentais foram 15,0%, 55,4% e 52,3%, respectivamente, com distribuição muito desigual dos diferentes transtornos entre os três estudos, refletindo, possivelmente, as diferenças metodológicas. Santana et al. analisaram 208 prontuários, identificando como caso aqueles que tinham um diagnóstico psiquiátrico ou a prescrição de psicotrópicos, enquanto Busnello et al. estudaram 242 pessoas

---

aplicando três critérios para identificação de caso: já ser conhecido do serviço como portador de transtorno mental, ou ser positivo em dois questionários utilizados para detecção de sintomas mentais na comunidade. Mari et al. (1986) estimaram a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) através da aplicação de dois questionários a 875 sujeitos: o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (GOLDBERG, 1970), e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (HARDING et al., 1980). Nesse estudo, uma amostra foi selecionada aleatoriamente para o preenchimento da versão brasileira da *Clinical Interview Schedule* (CIS) (GOLDBERG, 1970; MARI et al., 1986). Todavia, todas essas pesquisas forneceram estimativas mais próximas a frequências encontradas em serviços estudados, do que a prevalência populacional, principalmente, devido ao numerador, ainda expresso pelos indivíduos em tratamento, não sendo representativos de sua população de origem.

A utilização de inquéritos populacionais no Brasil teve início na década de 70, quando Coutinho e colaboradores, estudando uma área do centro de Salvador, onde residiam 1514 pessoas, encontraram prevalência para distúrbios psiquiátricos de 49,3% (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Para isso, utilizaram um questionário a respeito de dados sócio-demográficos e um instrumento para avaliação da morbidade psiquiátrica, selecionando indivíduos considerados suspeitos, os quais foram convidados posteriormente a participar de entrevista psiquiátrica na unidade de saúde mais próxima. As limitações do estudo ocorreram devido à utilização de instrumento não padronizado, com validade e confiabilidade não estabelecidas, e ao fato da amostra ter uma população composta por sujeitos marginalizados socialmente, o que inviabiliza generalizações para a população do município (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). Nessa época, diversos estudos populacionais foram conduzidos na Bahia, e acabaram sendo essenciais para o desenvolvimento de duas escalas: o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA) e na infância (QMPI) (ALMEIDA-FILHO et al., 1989). A utilização do QMPA em uma amostra de 1549 residentes da região metropolitana de Salvador revelou 20,2% de prevalência global (SANTANA, 1989), enquanto a mesma metodologia,

---

utilizada por Almeida Filho e colaboradores (1983) em 1067 indivíduos moradores de outra área dessa região, indicou prevalência de 24,2%.

A primeira pesquisa brasileira de morbidade psiquiátrica nacional foi conduzida por Almeida-Filho et al. (1997), através de inquérito domiciliar em três cidades brasileiras: Brasília, São Paulo e Porto Alegre. Foi um estudo transversal, de base populacional, que entrevistou, ao todo, 6476 indivíduos de 15 anos de idade ou mais. Desenvolveu-se em duas fases: na primeira, o sujeito respondia a um questionário estruturado, o QMPA, que fazia a detecção de casos suspeitos, através da identificação de sintomas emocionais com escore igual ou maior a sete, para numa segunda fase ocorrer o sorteio de 30% dos casos suspeitos e 10% dos não suspeitos, formando uma nova amostra, que foi submetida a uma entrevista psiquiátrica, através de um inventário de sintomas, com base nos critérios do DSM-III. Os resultados revelaram a presença de transtorno mental ao longo da vida entre 30 e 50%. Esse estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica foi importante por ser o primeiro do país, embora, devido à extensão do território brasileiro e à desistência de outras cidades incluídas no plano inicial, como foi o caso de Manaus, Salvador e Rio de Janeiro, a representatividade mais ampla acabou prejudicada (MELLO et al., 2007). Outras críticas, também sobre a metodologia, referem-se dificuldades na comparação desse estudo com outros, pela escolha do rastreamento de sintomas emocionais por meio do QMPA, instrumento que não foi utilizado fora do país (MELLO et al., 2007). Além do mais, o uso de entrevista psiquiátrica aberta e não estruturada, que mesmo realizada por clínicos treinados, não foi capaz de garantir a validade dos diagnósticos realizados (MELLO et al., 2007). O desenho da pesquisa determinou a entrevista de todos os sujeitos do domicílio entrevistado, o que pode enviesar os resultados, considerando que esses transtornos frequentemente se agregam em famílias, erro que poderia ser atenuado através da seleção randômica de sujeitos elegíveis em cada residência selecionada (MELLO et al., 2007).

Andrade et al. (1999) realizaram um estudo de morbidade psiquiátrica em São Paulo, estudando dois bairros, com amostragem por estratos etários e

---

sorteio de apenas um indivíduo por domicílio. No total, 1462 entrevistas foram efetuadas com a utilização da CIDI, versão 1.1, que utilizou critérios diagnósticos da CID-10. Os resultados obtidos revelaram a prevalência de 45,6% de pessoas com algum transtorno mental ao longo da vida, 26,8% para o ano anterior e 22% para o último mês. Dependência de tabaco, transtornos depressivos, transtornos ansiosos, somatoformes e relacionados ao uso do álcool apresentaram as maiores porcentagens de casos. Apesar de metodologia avançada, o fato de ter sido conduzido em apenas dois bairros, limita, em parte, a generalização dos seus resultados, já que não garantiu a representatividade da população do município, mesmo contando com diferentes classes sócio-econômicas na amostra.

Recentemente, o Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais São Paulo *Megacity*, um estudo de corte transversal de base populacional, foi realizado com o objetivo de avaliar a morbidade psiquiátrica em uma amostra probabilística da população adulta da Região Metropolitana de São Paulo, como componente nacional do Estudo Mundial da Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (VIANA et al., 2010). Os sujeitos foram selecionados através de um processo probabilístico multiestratificado de domicílios, cobrindo os 39 municípios, e avaliados usando a versão desenvolvida para o Estudo Mundial de Saúde Mental (“World Mental Health Survey”) da CIDI, baseada no DSM-IV-TR (APA, 2003) e na CID-10. Um total de 5037 indivíduos foi entrevistado, com uma taxa global de resposta de 81,3%. Os dados foram coletados entre maio de 2005 e abril de 2007, por entrevistadores treinados, sendo que todos respondentes receberam os módulos de avaliação de transtornos do humor, de ansiedade, do controle de impulsos, decorrentes do uso de substâncias psicoativas e comportamento suicida, considerados transtornos principais, além de dado sócio demográficos. Numa segunda fase, módulos não-clínicos e clínicos complementares (transtornos obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, jogo patológico, alimentares, pré-menstruais, neurastenia, sintomas psicóticos e rastreamento de personalidade) foram aplicados àqueles que preencheram critério para pelo menos um transtorno mental na primeira fase e a uma amostra aleatória de

---

25% dos negativos, totalizando 2942 sujeitos (VIANA et al., 2010). Essas informações encontram-se num artigo publicado recentemente sobre o trabalho de campo utilizado para esse estudo. Os resultados ainda não foram publicados.

Apesar das diferentes prevalências citadas, a maioria expressa índices de morbidade psiquiátrica elevados, principalmente dos transtornos depressivos e ansiosos, bem superiores a taxa de cobertura assistencial oferecida pelos governos, principalmente dos países em desenvolvimento (PATEL et al, 2007).

A variabilidade das prevalências encontradas pode ter relação com aspectos metodológicos, além das reais diferenças entre as populações pesquisadas. Uma dessas variações envolve a constante troca de critérios diagnósticos utilizados como referência para essas pesquisas, que acompanha a evolução observada nas edições dos manuais de classificação, com marcada transição de aspectos nosológicos para nosográficos, principalmente a partir da 3ª edição do guia norte-americano (DSM-III), privilegiando a descrição psicopatológica em detrimento do enquadramento etiológico, difícil de ser estabelecido nas doenças mentais. Nas pesquisas, essas mudanças determinaram a identificação de casos a partir da observação de sintomas e sua duração, com menor participação da interpretação e raciocínio clínico etiológico, levando a uma melhora notável da confiabilidade (DEL PORTO, 1988), e influenciando diretamente a construção das definições constituintes e operacionais dos instrumentos de mensuração psicopatológica (GORENSTEIN et al., 2007). Mesmo assim, as classificações diagnósticas não extinguiram as dificuldades em se estabelecer objetivamente os parâmetros de “normalidade” em psiquiatria, e, assim, nem todo tipo de sofrimento psíquico será reconhecido pelos instrumentos de mensuração, pois, muitas vezes, esses complexos sintomáticos não preenchem critérios clínicos formais. Desse modo, acabam ficando fora das estimativas de prevalência e da realidade utilizada para planejamentos em saúde mental, embora muito presente no dia-a-dia dos serviços de saúde, principalmente de atenção primária (REGIER et al., 1993).

---

Além disso, os sintomas mentais mais prevalentes na comunidade, como insônia, cansaço, queixas somáticas difusas, esquecimento, dificuldade de concentração, irritabilidade, entre outras, apresentam expressão clínica muito variável, seja na apresentação, intensidade ou evolução dos sintomas, e que podem não obedecer fielmente às condições clínicas necessárias ao reconhecimento de uma enfermidade psiquiátrica em particular (BUSNELLO et al., 1983). A presença desses sintomas indica sofrimento subjetivo significativo e considerável prejuízo no funcionamento psicossocial, mesmo quando não preenche critérios diagnósticos formais, sendo considerada relevante em termos de saúde pública (LIMA et al., 1999). Inúmeros autores têm denominado este conjunto de sintomas como Transtorno Mental Comum (TMC) (GOLDBERG & HUXLEY, 1993), identificando uma associação importante com a utilização de serviços (LIMA, 2004). Alguns autores discutem a denominação “transtorno”, já que é questionável o uso dessa palavra em um conjunto de sintomas que não chegam a ultrapassar o limiar dos diagnósticos oficiais. Há outros termos que podem ser evocados, como “sofrimento psíquico” (infelizmente desgastado pelo discurso exageradamente ideológico) ou “sofrimento emocional” (em inglês o equivalente do termo “sofrimento” é *distress*). Segundo Almeida-Filho (1999), os transtornos mentais comuns incluiriam alguns subgrupos diagnósticos, ou dimensões sintomáticas: afetivos (depressivos), ansiosos e somatoformes. Apesar dessa possível subdivisão, todos os indivíduos que são triados positivamente pelos instrumentos de detecção são agregados como portadores de TMC, devido, em parte, a difícil distinção entre transtornos depressivos e ansiosos na comunidade (REICHENHEIM & HARPHAM, 1991; MARAGNO et al., 2006), em parte a facilitação de projetos para o planejamento de ações e estruturação dos serviços (GOLDBERG & GOODYEAR, 2005)

Pouco valorizado pelos profissionais de saúde, os transtorno mentais acabam sendo mal identificados (IACOPONI, 1987), e, conseqüentemente, pouco tratados, com impacto relevante na sociedade (JENKINS et al., 1997; LIMA et al., 1999; WHO-ICPE, 2000; MYKLETUN et al., 2006), seja pelo estigma associado ao adoecimento mental (SARTORIUS, 2005; KÜEY, 2008),

---

ou a maior atenção destinada aos sintomas físicos quando presentes (FORTES, 2004; INTERIAN et al., 2004; HENNINGSEN et al., 2005; FONSECA, et al., 2008; KÜEY, 2008), entre outros motivos. A presença dessas queixas somáticas difusas, principalmente os quadros dolorosos (FORTES et al., 2008), dificulta o diagnóstico correto, guiando a terapêutica para o emprego de medicações e exames complementares muitas vezes desnecessários e sem eficácia, gerando, assim, insatisfações de médicos e pacientes, além de impasses nessa relação (FORTES, 2004; FONSECA et al., 2008). Além dessa apresentação sintomatológica, diversos autores também reforçam a existência de parcela significativa de co-morbidades entre os transtornos mentais comuns e doenças físicas crônicas, tanto no exterior (LEE et al., 1988, 2009), quanto no Brasil (COELHO et al., 2009).

Kisely et al. (2006) analisando os dados de uma coorte envolvendo indivíduos de 10 países, encontrou altas porcentagens de cronicidade dos transtornos mentais comuns verificadas na presença do transtorno após um ano da identificação inicial dos sujeitos rastreados para TMC.

Na atenção primária, algumas investigações observaram que os médicos também têm dificuldade em diagnosticar sofrimento psíquico (MARI et al., 1987; COOPER, 2003; SIMIONI, 2005), embora estes serviços sejam bastante procurados por portadores de TMC (LIMA et al., 1999; LIMA, 2004), chegando a representar entre 25% e 56% de sua clientela (MARAGNO et al., 2006; BANDEIRA et al., 2007; FORTES et al., 2008). Os pacientes procuram estes equipamentos inúmeras vezes, utilizando-os também como forma de acesso a níveis mais especializados de atenção (BALLESTER et al., 2005). Assim, alguns autores destacam a participação desse nível de cuidado no planejamento das ações em saúde mental (FORTES, 2004; JACKSON et al., 2007).

Diversos estudos têm sido realizados nas últimas duas décadas na intenção de estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns, que também são conhecidos como “transtornos psiquiátricos menores” ou “doença mental comum” (LIMA et al., 1999). Para isso, utilizam-se de instrumentos

---



estruturados com questões fechadas e de fácil aplicação, como o GHQ e a SRQ-20, validados e traduzidos para vários idiomas, possibilitando comparações, que através de um escore obtém um corte para uma classe sintomática distinta: uma categoria considerada como portadora de Transtorno Mental Comum (GOLDBERG & HUXLEY, 1993).

Assim como ocorre com a pesquisa da morbidade psiquiátrica em geral, a prevalência de TMC varia muito no mundo todo, devido, entre outros motivos, às diferenças metodológicas utilizadas nos diversos estudos. Esses estudos são realizados a partir de inquéritos populacionais com amostras representativas para obter a prevalência de TMC em uma cidade, região, país ou continente, conseqüentemente com diferentes denominadores respectivos às delimitações geográficas utilizadas, possibilitando conhecimento dessa condição sob diversas perspectivas.

No Reino Unido, o *British Household Panel Survey (BHPS)*, um inquérito populacional realizado anualmente na Inglaterra, Escócia e País de Gales, em 1991 contou com a participação de 8191 sujeitos em idade de 16 a 75 anos, os quais foram entrevistados, com utilização da GHQ-12, resultando em uma prevalência de 24,2% de TMC (SKAPINAKIS et al., 2006).

Kebede et al. (1999) estimaram a prevalência de TMC na Etiópia em 11,7%, ao analisar os dados de pouco mais de 10 mil indivíduos com idade mínima de 15 anos, obtidos durante estudo transversal na capital do país, e entrevistas contendo a SRQ-20 para a detecção dessa morbidade.

No Brasil, Lima et. al. (1999) conduziram um inquérito domiciliar de base populacional em Pelotas/RS, onde aplicaram a SRQ-20 em 1277 indivíduos maiores de 15 anos, moradores da área urbana do município, encontrando prevalência de 22,7% de TMC, considerando-se o período do mês anterior a entrevista. As mulheres apresentaram prevalência de TMC de 26,5%, enquanto entre os homens esse índice foi de 17,9%.

Ludermir e Melo Filho (2002) estimaram em 35% a prevalência de TMC em Olinda, cidade pernambucana de 350 mil habitantes, aproximadamente. A partir de pesquisa transversal de base populacional, com a entrevista domiciliar

---

de 621 sujeitos com idade superior a 15 anos, escolhidos de forma aleatória. Entretanto, a representatividade da amostra pode ser questionada, devido ao fato de que os sujeitos foram selecionados a partir de apenas uma das cinco regiões administrativas do município.

O Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP) foi conduzido em quatro áreas do estado, nas cidades de Botucatu, Campinas, São Paulo (Administração Regional do Butantã) e na região sudoeste da Grande São Paulo (municípios de Embu, Taboão da Serra e Itapeverica da Serra), com o objetivo de diagnosticar morbidade referida na população, condições de saúde e utilização de serviços (CESAR et al., 2005). Foram desenvolvidos estudos transversais, de metodologia semelhante, com entrevistas domiciliares de sujeitos selecionados por amostragem aleatória estratificada por conglomerados, sendo criados três estratos a partir de faixas da escolaridade do chefe do domicílio. Ao total, 3890 pessoas maiores de 18 anos responderam a SRQ-20, obtendo prevalência de 17,4% de TMC, com maior presença entre as mulheres em todas as áreas pesquisadas, assim como na análise dos dados como um todo. Lima (2004), estudando os dados de Botucatu, encontrou 21,7% de TMC, sendo 19,2% e 24,3% as taxas encontradas em homens e mulheres, respectivamente, a partir de uma amostra de 1023 sujeitos com idade igual ou maior de 16 anos. Além disso, 14,6% haviam procurado serviços de saúde na quinzena anterior a entrevista.

Marín-León (2007) estimou a prevalência de TMC na cidade de Campinas (SP) em 17%, utilizando-se de dados obtidos durante outro inquérito populacional realizado no município paulista, representando o componente nacional de um projeto envolvendo oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã), com o objetivo de estudar o suicídio e fatores associados, como, por exemplo, a presença de TMC. Foram realizadas entrevistas domiciliares em amostra probabilística estratificada por conglomerados, com um total de 515 sujeitos respondentes que preencheram a SRQ-20, com idade igual ou maior a 14 anos. Assim como no ISA-SP, houve diferença significativa da prevalência entre homens (8,9%) e mulheres (24,4%)

---

A prevalência de TMC encontrada na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais, foi de 23,2%, em amostra representativa da população com um total de 3090 sujeitos entrevistados em suas residências, que responderam a SRQ-20 (RODRIGUES-NETO et al., 2008). O objetivo do estudo era investigar associação entre a presença de TMC e uso de práticas de medicina complementar. A amostragem inicial dividiu a cidade em 181 setores censitários, dos quais 35 foram sorteados. Para a escolha dos domicílios a serem visitados, houve uma sistematização com o sorteio de um número, o três, então, os domicílios residenciais foram amostrados em ordem de três, e o primeiro de cada três foi visitado.

Um estudo transversal aninhado a uma coorte de adultos jovens nascidos em Pelotas (RS) no ano de 1982 foi realizado em 2004 e 2005, com amostra de 4297 sujeitos, que somados aos 282 óbitos registrados daquele ano, representam 77,4% de todos os 5914 nascidos vivos registrados em 1982 (ANSELMINI et al, 2008). A partir do uso da SRQ-20, encontrou-se prevalência de TMC de 28%, com maior índice observado no sexo feminino.

No Brasil, os transtornos mentais comuns também foram pesquisados em estudos realizados nas regiões de serviços de saúde de atenção primária, principalmente relacionados ao Programa Saúde da Família (PSF). Assim, Bandeira et al. (2007) estudaram a prevalência de TMC em dois bairros atendidos pelo PSF de São João Del Rei/MG, utilizando-se do GHQ. Os sujeitos foram selecionados por indicação dos próprios profissionais da equipe dessa unidade de PSF, que conhecendo a população alvo, apontou os que julgavam ter dificuldades psicológicas, sendo então submetidos à entrevista estruturada em seus domicílios por estudantes de psicologia previamente treinados, com intermediação dos agentes de saúde. A prevalência de TMC foi de 37,8%. Apesar de ser uma amostra de conveniência, e ter sido realizada em região de baixo nível socioeconômico, a importância da pesquisa está no fato de demonstrar a elevada ocorrência desse tipo de transtorno nos serviços de atenção primária.

---

Maragno et al. (2006) utilizaram os dados de um estudo transversal que avaliou o PSF de uma região de Vila Nova Cachoeirinha, município da região metropolitana de São Paulo, para estimar a prevalência de TMC em 24,9%. Nesse estudo, foram selecionados 2377 sujeitos, representando uma região com, aproximadamente, 100 mil habitantes, em uma área com cobertura parcial do PSF. Inicialmente, houve sorteio de setores censitários de áreas não atendidas pelo programa e de micro-áreas de atendimento do PSF previamente determinadas, com posterior sorteio dos domicílios, sendo todos indivíduos sorteados considerados elegíveis para entrevista domiciliar estruturada, que continha a SRQ-20 para o rastreamento de TMC.

Fortes et al. (2008) investigaram a população atendida por cinco unidades do PSF de Petrópolis/RJ, selecionando todos os indivíduos com idade entre 18 e 65 anos dessa região que foram consultados pelo médico do programa durante um período de 30 dias, formando uma amostra de 714 sujeitos. O objetivo geral do estudo era avaliar a presença de TMC e os fatores de risco associados, além do perfil nosológico dos transtornos mentais detectados. Dessa forma, inicialmente foi aplicado o GHQ-12 para todos os sujeitos da pesquisa visando a detecção de TMC, e numa segunda fase foi conduzida um entrevista com os indivíduos rastreados nessa primeira fase, considerados portadores de TMC, com o objetivo de estabelecer possíveis diagnósticos psiquiátricos formais através da CIDI. Desse modo, a prevalência de TMC ficou em 56%, enquanto os transtornos mais encontrados foram quadros de depressão, ansiedade, dor somatoforme, transtorno do estresse pós-traumático e transtornos dissociativos. Além disso, encontrou alta frequência de co-morbidade, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos (FORTES et al., 2008).

Gonçalves e Kapczinsky (2008) avaliaram a comunidade atendida pelo PSF de Santa Cruz do Sul/RS, com o objetivo principal de estimar a prevalência de transtornos mentais comuns, utilizando o SRQ-20. Todos os moradores maiores de 14 anos foram convidados a participar da entrevista, durante o prazo de um ano, sendo conduzidas pelos próprios agentes de

---

saúde. Assim, 1122 sujeitos responderam os questionários, o equivalente a 66% da população de origem, com prevalência de TMC de 38%.

Alguns estudos sobre a prevalência de TMC brasileiros foram feitos com populações específicas de determinada faixa etária. Assim, Alvarenga et al. (2009) pesquisaram a presença do transtorno em idosos, analisando os dados de um estudo transversal aninhado a uma coorte em Bambuí/MG, utilizando-se do GHQ-12 para obter prevalência de 38%. Para isso, contou com a entrevista domiciliar de 1419 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, o que equivale a 92,2% da população dessa faixa etária residente em áreas urbanas desse município. Coelho et al. (2009) utilizaram os dados de um estudo transversal conduzido em Pelotas (RS), tendo como objetivos avaliar a prevalência dos transtornos mentais comuns em indivíduos com 40 anos ou mais, além de verificar sua associação com doenças físicas crônicas. Para a avaliação de transtornos mentais comuns, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi aplicado em 1276 sujeitos, selecionados a partir de amostra probabilística estratificada por conglomerados, resultando em uma prevalência de 30,2%. Também em Pelotas, os adolescentes foram estudados em relação a presença de TMC em pesquisas de corte transversal, com base populacional, e aplicação de SRQ-20, realizada de forma auto-aplicada e confidencial em 960 sujeitos com idades entre 15 e 17 anos, obtendo um percentual de 28,8% (PINHEIRO et al., 2007).

A prevalência de transtornos mentais comuns na zona rural brasileira já foi estudada por Costa e Ludermir (2005), que pesquisaram 483 sujeitos com idade superior a 19 anos, residentes em uma comunidade rural, composta por trabalhadores da cana-de-açúcar e pequenos agricultores, de uma região da Zona de Mata pernambucana, com o uso da SRQ-20, estimando em 36% a prevalência de TMC. Essa prevalência também foi encontrada por Faria et al. (1999), ao utilizar o mesmo instrumento em 1497 trabalhadores rurais da serra gaúcha, com idade mínima de 15 anos. Na comparação da prevalência de TMC entre esses trabalhadores e a população de Pelotas (RS) (LIMA et al., 1999), destacou-se um aumento de 80% na ocorrência do transtorno no campo (FARIA et al., 1999).

---

A prevalência de TMC em populações específicas vem sendo bastante estudada. Os trabalhadores foram alvo de um número significativo de pesquisas envolvendo a detecção de transtornos mentais comuns, com prevalências oscilando entre 20 e 54% (SOUZA & SILVA, 1998; REIS et al., 2005; GASPARINI et al., 2006), inclusive entre os profissionais da área da saúde (BRAGA, 2007; CABANA et al., 2007; SILVA & MENEZES, 2008). Como exemplo, uma pesquisa envolvendo 4030 funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, 90,6% do total de elegíveis, utilizou-se de entrevista estruturada contendo o GHQ para detectar 29% de TMC (LOPES et al., 2003). Os estudantes universitários, principalmente da área da saúde, também foram investigados, com metodologia variada, e prevalências de TMC entre 25% e 45% (CERCHIARI et al., 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; LIMA et al., 2006; COSTA et al., 2010).

As mulheres têm apresentado destaque na pesquisa de TMC, devido, em parte, as maiores prevalências do transtorno em comparação aos homens em boa parte dos trabalhos nessa área no mundo todo (COUTINHO et al., 1996; JENKINS et al., 1997; REGIER et al., 1988; KEBEDE et al., 1999; LIMA et al., 1999; PATEL et al., 1999; ALONSO et al., 2004; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; RODRIGUES-NETO et al., 2008) e a características próprias de fatores de risco para essa população, reforçando a existência de influências diferentes para a ocorrência dos transtornos mentais comuns nos diferentes gêneros (COUTINHO et al., 1999).

Aliás, essas diferenças de ocorrência, indicam que os transtornos mentais comuns não ocorrem de forma aleatória na população, necessitando de um maior conhecimento a seu respeito, assim como ampliar a compreensão sobre os fatores etiológicos envolvidos. A identificação de fatores de risco possibilita o aperfeiçoamento das estratégias em saúde, assim como um planejamento direcionado a grupos com maior vulnerabilidade (ALMEIDA-FILHO et al., 1989).

---

## 2.2. Fatores de risco para transtorno mental comum

Além de descrever a distribuição dos acometimentos de saúde na população (epidemiologia descritiva), os estudos epidemiológicos têm o objetivo, também, de analisar as condições mais relacionadas a essas diferentes distribuições, expondo as associações existentes entre tais situações e maiores ocorrências, o chamado fator de risco, assim como a menores ocorrências, o chamado fator de proteção (VIEIRA, 1944).

Dessa forma, assim como a Epidemiologia Geral ajudou a compreender a ocorrência de leucemia em expostos a radiação laser, de cólera em contatos com água contaminada, mesmo antes da elucidação etiopatogênica dessas enfermidades (ROUQUAYROL & ALMEIDA-FILHO, 2003), a Epidemiologia Psiquiátrica vem discriminando fatores de risco para a ocorrência dos transtornos mentais. Entre esses fatores, as variáveis sociais aparecem associadas ao sofrimento psíquico desde o início das pesquisas, reforçando a atribuição desses aspectos a morbidade psicopatológica (ALMEIDA-FILHO et al., 1989), principalmente quando estudada na comunidade.

Assim, muitos estudos revelaram que pobreza, baixa escolaridade e gênero feminino estão associados a maior ocorrência de transtornos mentais no Brasil (COUTINHO et al., 1999; ALMEIDA-FILHO et al., 1997; LIMA et al., 1999; LUDERMIR, 2000; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002) e exterior (REGIER et al., 1988; JENKINS et al., 1997; KEBEDE et al., 1999; PATEL et al., 1999; ALONSO et al., 2004).

Em relação a presença de TMC, inquéritos domiciliares de base populacional também apontam para um risco superior nas pessoas com piores níveis socioeconômicos (LIMA et al., 1999; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; ANSELMINI et al., 2008; COELHO et al., 2009). As condições socioeconômicas podem ser pesquisadas diretamente na forma de renda *per capita*, ou indiretamente, através de indicadores econômicos associados à situação ocupacional, de moradia, posse de bens, escolaridade, entre outros. Ludermir e Melo-Filho (2002) encontraram a presença de rendas *per capita*

---

mensais inferiores a um salário mínimo e condições de moradia desfavoráveis associadas a maior presença de TMC, o mesmo não ocorrendo em relação a posse de bens duráveis. No estudo ISA-SP, a prevalência de TMC declinou no grupo com melhor renda *per capita* (CESAR et al., 2005). No estudo de Anselmi et al. (2008), TMC esteve associado a mulheres que tiveram mãe pobre na infância, independentemente do estado sócio econômico atual, resultado obtido por ser um estudo transversal aninhado a uma coorte iniciada em 1982.

Os transtornos mentais comuns também são mais frequentes em indivíduos com baixa escolaridade, medida pelos níveis educacionais alcançados ou pela quantidade de anos na escola (LIMA et al., 1999; LUDERMIR & MELHO FILHO, 2002; MARÍN-LEÓN, 2007; RODRIGUES-NETO, 2008; COELHO et al., 2009). Em Botucatu (SP), Lima (2004) encontrou associação positiva entre TMC e indivíduos que relataram ter frequentado a escola por menos de quatro anos, porém, essa relação não permaneceu significativa após o controle para variáveis confundidoras. Já no estudo de Marín-León (2007), a prevalência de TMC foi, aproximadamente, quatro vezes maior nos sujeitos que declararam ter menos de 12 anos de estudo, mesmo após ajuste para variáveis confundidoras, como sexo, idade, presença de filhos, estado conjugal, situação ocupacional e renda. Uma outra pesquisa, também de base populacional, revelou que 75% dos sujeitos identificados como portadores de TMC tinham até oito anos de escolaridade (RODRIGUES-NETO et al., 2008). Na maioria dos estudos citados, observa-se que os níveis socioeconômicos e a escolaridade variam inversamente à presença de TMC, simulando uma relação dose-resposta estatisticamente significativa acompanhando essa associação. Na atenção primária, menores rendas (FORTES, 2004; MARAGNO et al., 2006) e baixa escolaridade (MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES & KAPCZINSKY, 2008) também aparecem independentemente associados aos transtornos mentais comuns.

Os estudos transversais nacionais de base populacional têm apresentado maiores taxas de TMC entre as mulheres, quando comparadas aos homens (LIMA et al., 1999; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; MENDOZA-

---



SASSI & BÉRIA, 2007; RODRIGUES-NETO et al., 2008). Nos serviços de atenção primária, as mulheres também representam maioria significativa entre os sujeitos classificados como portadores de TMC (FORTES, 2004; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES & KAPCZINSKY, 2008), com exceção do estudo de Bandeira et al. (2007), que revelou maior prevalência entre os homens. Quando estudadas isoladamente, a proporção de TMC em mulheres é alta, como revelado por Araújo et al. (2005), que, a partir de um estudo transversal de base populacional, com 2055 mulheres de idade mínima de 15 anos, estimaram em 39,4% essa prevalência no município de Feira de Santana/BA, observando maiores índices do transtorno naquelas com sobrecarga de trabalho doméstico. As mulheres foram estudadas especificamente, também, para ocorrência de TMC em áreas de atenção primária à saúde, com proporções elevadas (GALVÃO et al., 2007), podendo passar dos 50% (KAC et al., 2006).

Possibilidades de compreensão desse predomínio na prevalência de TMC já foram levantadas, com ênfase relacionada ao gênero feminino, marcado por multiplicidade de papéis assumidos na sociedade atual, relacionados a tarefas domésticas, familiares e, cada vez mais, também, no mercado de trabalho, resultando em sobrecarga de funções (ARAÚJO et al., 2005). Além disso, também são acometidas por violência doméstica mais grave (OLIVEIRA et al., 2009) e discriminação sexual (WHO, 2000). Por outro lado, alguns autores (MENDOSSA-SASSI & BÉRIA, 2007) chamam a atenção para a forma distinta na percepção diferenciada de sinais e sintomas de doenças entre os gêneros, a qual poderia contribuir para a porcentagem mais alta de TMC em mulheres, assim como para a maior utilização de serviços de saúde, também verificada nesse grupo.

Em relação à situação ocupacional, alguns inquéritos domiciliares de base populacionais evidenciaram maiores taxas de TMC entre os trabalhadores informais (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; MARÍN-LEÓN, 2007) e os desempregados (MARÍN-LEÓN et al., 2007). Num estudo de caso-controle, conduzido a partir dos dados do Estudo Multicêntrico de Almeida-Filho, Coutinho et al. (1999) selecionaram 261 entrevistados, cujos sintomas tiveram

---

início nos 12 meses anteriores à entrevista, que foram definidos como casos, sendo o grupo-controle constituído por 276 entrevistados que nunca apresentaram quadro compatível com qualquer tipo de distúrbio mental. Os autores revelaram que os homens desempregados tiveram maior chance de ter transtornos mentais comuns, quando comparados às mulheres nessa condição, assim como aqueles que relataram ter companheira trabalhando fora de casa. Alguns aspectos do processo de trabalho também podem comprometer a saúde mental dos trabalhadores, como controle rígido e autoritário dos indivíduos, baixa remuneração, estresse no ambiente de trabalho, instabilidade, insatisfação e pagamento por produtividade (WARR, 1994). No trabalho de Braga (2007), um estudo transversal que explorou a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), constatou-se que 42,6% dos sujeitos apresentavam o transtorno mental, com associação significativa entre alta prevalência de TMC e elevado desgaste, e baixa prevalência de TMC com baixo desgaste.

Os estudos realizados até a atualidade também revelam outros fatores de risco associados aos transtornos mentais comuns, porém de menor consistência, devido a diversos fatores, entre eles: às diferenças metodológicas, como a falta de padronização de variáveis psicossociais, a maior variabilidade dos resultados encontrados, às diferenças de importância dada a cada fator de risco, além de outros.

Um exemplo ocorre no caso da idade, pois, embora alguns estudos de base populacional realizados com pessoas mais velhas tenham exibido estimativas elevadas de TMC (LIMA et al., 1999; ALVARENGA et al., 2009; COELHO et al., 2009) e, ainda, outros sugerindo associação significativa desse transtorno com idades mais avançadas (LIMA et al., 1999; COSTA et al., 2002; RODRIGUES-NETO et al., 2008), a relação com TMC não tem sido encontrada por outros pesquisadores (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007; ANSELMINI et al., 2008). Alguns autores observam que as pessoas com 60 anos ou mais demonstram certa

---

tendência em avaliar pior a própria saúde (CESAR et al., 2005), o que poderia resultar em maior escore nos instrumentos de rastreamento para TMC.

A associação de TMC com a cor da pele promove discussões na literatura sobre o assunto (VEGA et al., 1991; KRIEGER et al., 2005). Embora com poucos achados representativos dessa associação no Brasil, principalmente nos inquéritos populacionais, Cesar et al. (2005) encontraram maior presença de TMC nos sujeitos de pele cor negra ou parda (20,9%), em comparação com indivíduos de pele branca (15,9%) e amarela (13,1%), analisando os dados do ISA-SP. Anselmi et al. (2008) observaram maior presença do transtorno entre os sujeitos de pele negra ou parda, mas somente nas mulheres, já que nos homens essa variável perdeu significância após análise ajustada para renda familiar. Araújo et al. (2005), estudando população específica de mulheres, revelaram maior presença de TMC em mulheres de cor de pele negra ou parda.

Em relação ao estado conjugal, Lima et al. (1999) encontraram maior prevalência de TMC entre as pessoas separadas, mesmo após controle para outras variáveis. Cesar et al. (2005) observaram que as mulheres separadas e viúvas apresentaram maiores taxas de TMC, enquanto os homens nessa situação, inicialmente com mais TMC, não apresentaram diferenças de prevalência após a análise multivariada. No estudo de Coutinho et al. (1999), associação entre casamento e TMC diferiu segundo a escolaridade do entrevistado, sendo que entre as pessoas de baixa escolaridade, encontrou-se, nos casados uma ocorrência maior desses sintomas, em comparação aos solteiros. Ao contrário, no grupo de escolaridade mais elevada, o conjunto de casados apresentou um risco reduzido desses transtornos mentais. Este estudo (COUTINHO et al. 1999) também revelou maior presença de TMC nas pessoas que declararam a presença de três ou mais filhos com idade inferior a 14 anos, independentemente do gênero, idade ou fatores socioeconômicos dos sujeitos.

A presença de doenças físicas, especialmente as crônicas, esteve associada a TMC nos estudos brasileiros de base populacional (COSTA et al.,

---

2002; COELHO et al., 2009). Fatores socioeconômicos que condicionam a situação de vida das pessoas portadoras das doenças crônicas têm estreita relação com os distúrbios psiquiátricos menores (WEICH & LEWIS, 1998).

Há uma indicação importante de que os eventos de vida produtores de estresse sejam fatores de risco isolados para ocorrência de TMC, sendo dificuldades financeiras e agressão física os eventos mais relacionados num estudo envolvendo trabalhadores (LOPES et al., 2003). Na população de Pelotas (RS), Lima et al. (1999) encontrou associação de TMC com a ocorrência de demissões, luto, separações, entre outros eventos negativos de vida.

A associação dos transtornos mentais e migração já foi estudada por Almeida-Filho e Bastos (1982), encontrando, inicialmente, maior prevalência de quadros depressivos em mulheres, mas que não se manteve consistente após análise com outras variáveis confundidoras. Coutinho et al. (1999), ao analisar os dados do estudo multicêntrico de Almeida-Filho et al. (1997), não encontraram associação direta entre migração e TMC, atribuindo possíveis influências através da exclusão da força de trabalho e suas possíveis repercussões negativas sobre a saúde mental do sujeito.

O baixo apoio social foi associado a maior ocorrência de TMC, em uma comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco (COSTA & LUDERMIR, 2005), relação também encontrada por Fortes (2004) em áreas urbanas de atenção primária de Petrópolis (RJ), onde a confiança em pelo menos quatro pessoas da família foi considerado fator protetor para TMC.

Estudando usuários do PSF de Petrópolis/RJ, Fortes (2004) demonstrou que o hábito de ir à igreja com frequência regular apareceu como fator protetor para TMC. O estudo ISA-SP demonstrou diferenças na prevalência de TMC entre os sujeitos pesquisados segundo a religião declarada (CESAR et al., 2005).

O desenvolvimento do presente trabalho justifica-se pela elevada prevalência de TMC observada nos poucos estudos nacionais de base populacional, e, conseqüentemente, pelo impacto individual e social associado

---

a esses transtornos, tornando o tema relevante em termos de saúde pública. A possibilidade de identificação de fatores de risco associados aos TMC permite a criação de estratégias de saúde e políticas sociais voltadas para grupos de maior vulnerabilidade.

---

### **3. Objetivos**

---

Estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e investigar os fatores de risco associados em adultos residentes na região Metropolitana de São Paulo

---

## **4. Hipótesis**

---



1. A prevalência de TMC é semelhante àquela encontrada em cidades de grande porte.
2. Sexo feminino, baixa escolaridade e menores faixas de renda associam-se à TMC.

## **5. Métodos**

---

Este estudo está inserido no Projeto GENACIS, acrônimo para *Gender Alcohol and Culture: an international study*, desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores com interesse em comparar padrões de consumo de álcool entre os gêneros em diferentes contextos e culturas. Também investiga diversos aspectos da vida, como, por exemplo, saúde, família, relacionamentos, trabalho, hábitos de vida. O projeto envolve a realização de estudos transversais de base populacional em dezenas de países, como Canadá, Estados Unidos, México, Costa Rica, Peru, Chile, Argentina e Uruguai, entre outros, a partir de inquérito domiciliar.

### **5.1. Local do estudo**

No Brasil, o estudo foi desenvolvido na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), área que abrange a cidade-sede São Paulo e mais 38 municípios localizados ao seu redor. Maior centro urbano da América Latina, ocupa uma área próxima a oito mil km<sup>2</sup>, com aproximadamente 10% da população brasileira: 20.655.102 de habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007). A região apresenta elevada densidade demográfica, sendo a maior do estado (2.479 habitantes por km<sup>2</sup>, diante da estadual de 165 hab./km<sup>2</sup>), com grande predomínio de habitação urbana (SEADE, 2009). A cidade de São Paulo possui aproximadamente um quarto do território da região e concentra pouco mais da metade dessa população (SEADE, 2009). Os municípios que compõem a RMSP apresentam diferenças demográficas, sócio-econômicas, políticas, entre outras, evidenciadas na heterogeneidade dos indicadores de cada cidade membro. Desse modo, além da capital, aparecem outras cidades populosas como Guarulhos, onde vivem aproximadamente 1,3 milhões de pessoas, outras medianas como Cotia e Embu, que possuem pouco menos de 250 mil, e até mesmo aquelas pouco povoadas como é o caso de Pirapora do Bom Jesus e Salesópolis, aonde a população não chega a 20 mil habitantes (IBGE, 2007).

---

Há diferenças consideráveis nos valores referentes à escolaridade dessas populações, assim como na oportunidade de emprego formal e acesso a serviços de saúde (SEADE, 2009). Alguns municípios apresentam infraestrutura entre as melhores do país, como é o caso do ABC paulista, composto pelas cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, ao tempo que outras apresentam sinais de pobreza, como problemas sérios de saneamento básico e abastecimento de alimentos insuficiente (SEADE, 2009). Tal desigualdade pode ser observada através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região, o qual pode variar de 0,744, encontrado em Itaquaquecetuba, a 0,919, pertencente a São Caetano do Sul, que possui o melhor índice da região e o mais elevado do Brasil (PNUD, 2010).

O Produto Interno Bruto – PIB da RMSP, em 2006, era de R\$ 450,6 bilhões, representando a maior concentração econômica do país, e o PIB *per capita*, nesse mesmo ano, foi de R\$ 22.899,48 (SEADE, 2009). A atividade econômica não é distribuída uniformemente, com forte contribuição de municípios como Guarulhos, Barueri, Osasco e São Bernardo dos Campos, contrastando com áreas de pouco desenvolvimento econômico, como é o caso de São Lourenço da Serra e Juquitiba, entre outras (SEADE, 2009).

A metrópole exerce forte domínio nas atividades do restante da região, atraindo um alto índice de deslocamentos diários por parte da população do Interior da RMSP. A cidade de São Paulo pode ser considerada um centro de comando econômico, ao passo que o Interior da RMSP se desenvolveu no sentido de abastecer a necessidade de mão-de-obra como parte do processo de descentralização, principalmente industrial, ocorrido na metade do século passado (SEADE, 2009). Enquanto o setor terciário e o capital financeiro têm predomínio na metrópole, no Interior da RMSP há um maior número de pessoas trabalhando no setor secundário, sendo o ABC paulista conhecido por seu extenso e diversificado pólo industrial.

A região exerce um papel de dominância econômica no país, concentrando parcela importante do capital privado em atividade, possuindo importantes complexos industriais, comerciais e financeiros (SEADE, 2009), além de sedes de grandes empresas, nacionais e estrangeiras, com influências que ultrapassam as fronteiras da região e do território brasileiro.

---



Figura 1 - Região Metropolitana de São Paulo em destaque



Figura 2 - Região Metropolitana de São Paulo

## 5.2. Desenho

Foi desenvolvido um estudo do tipo corte transversal, em única fase, a partir de um inquérito domiciliar de base populacional, com amostra probabilística estratificada por conglomerado na Região Metropolitana de São Paulo.

### 5.3. Plano Amostral

Pessoas com 18 anos ou mais de idade, não institucionalizadas, que habitam a área urbana da RMSP constituem a população deste estudo. Foram criados dois estratos, sendo o primeiro composto unicamente pelo município de São Paulo (Capital RMSP), e o segundo pelos demais municípios da região (Interior RMSP). A amostra foi formada com 58,3% de pessoas residentes no primeiro estrato (Capital RMSP) e 41,7% do segundo estrato (Interior RMSP).

Os dados foram analisados para o total da Região Metropolitana de São Paulo e o tamanho da amostra determinado para atender às necessidades de precisão das estimativas para a RMSP.

### 5.4. Cálculo do tamanho da amostra

Levando em consideração que a maioria das estimativas resultantes neste estudo são proporções de indivíduos que possuem determinadas características, utilizou-se a seguinte expressão algébrica referente à estimação de proporções:

$$n_0 = \frac{P \cdot (1 - P)}{\left(\frac{d}{z}\right)^2} \cdot deff$$

na qual  $P$  representa a proporção de indivíduos a ser estimada;  $z$  é o valor na curva normal reduzida correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança de  $P$ ;  $d$  representa o erro de amostragem admitido e  $deff$  é o efeito do delineamento.

Considerou-se que a proporção a ser estimada nos subgrupos populacionais foi de 50% ( $P = 0,50$ ), uma vez que a pesquisa teve múltiplos objetivos e sendo essa a proporção que leva à obtenção do maior tamanho de amostra. Adotou-se também como efeito do delineamento a estimativa de 1,5, a qual corresponde ao acréscimo desejado na variância das estimativas em

---

função da utilização de delineamento complexo de amostragem (sorteio por conglomerado e ponderação). Considerando-se um coeficiente de confiança de 95% ( $z=1,96$ ) e um erro de amostragem de 10% (correspondente à diferença máxima de 0,10 entre a estimativa e o parâmetro populacional  $P$ ),

$$n_0 = \frac{0,50 \cdot (1 - 0,50)}{(0,10/1,96)^2} \cdot 1,5 = 144, \text{ que foi arredondado para } 150.$$

Na intenção de garantir a entrevista de pelo menos 150 pessoas no menor domínio da RMSP, formado por homens com 60 anos ou mais, fez-se o cálculo do número de domicílios que deveriam ser visitados para obter esse mínimo de entrevistas. No domicílio, todas as pessoas maiores de 18 anos de idade pertencentes ao sexo sorteado eram selecionadas para a entrevista. Do mesmo modo, também foram entrevistados todos os sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, devido a interesse nessa faixa etária por subprojetos específicos incluídos na pesquisa. Um número maior de domicílios foi sorteado devido à possibilidade da ocorrência de não resposta, seja por recusa ou ausência, a qual foi previamente estipulada em 20% (ALVES, 2005).

### **5.5. Desenho da amostra**

O processo de amostragem utilizado foi o da amostragem por conglomerados em dois estágios: inicialmente setor censitário e posteriormente domicílio. A unidade amostral foi o domicílio. Foram sorteados 60 setores censitários (unidades primárias de amostragem), sendo 35 no MSP e 25 no Interior RMSP, com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios em área urbana.

---

## 5.6. Delineamento da amostra e cálculo da fração amostral

As frações de amostragem de primeiro estágio foram:

$$f_1 = \frac{35 \cdot M_i}{M} \text{ no Município de São Paulo e } f_1 = \frac{25 \cdot M_i}{M} \text{ no Interior RMSP,}$$

sendo  $M$  o número total de domicílios m área urbana ( $M=2.827.849$ no MSP e  $M=1.974.753$  no Interior RMSP) e  $M_i$  o número de domicílios do setor censitário  $i$ .

Todos os domicílios dos setores censitários sorteados foram arrolados, elaborando-se a listagem de endereços. A partir dessa listagem foram sorteados 40 domicílios por setor no Município de São Paulo e 20 domicílios por setor no Interior da Grande São Paulo, sendo respectivamente, as frações

de amostragem de segundo estágio:  $f_2 = \frac{40}{M_i}$  e  $f_2 = \frac{20}{M_i}$ .

A fração de amostragem global é expressa por:  $f = f_1 \cdot f_2$

$$f = \frac{35 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1400}{2827849} \cong \frac{1}{2020}, \text{ na Capital da RMSP MSP}$$

$$f = \frac{25 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{20}{M_i} = \frac{500}{1974753} \cong \frac{1}{3950}, \text{ no Interior RMSP.}$$

No Interior da Região Metropolitana de São Paulo, essas frações de amostragem são relativas à população de 60 anos ou mais. Para os menores de 60 anos, em função do sorteio de metade dos domicílios, a fração foi:

$$f = \frac{1}{7900}.$$

Por fim, o tamanho da amostra calculada foi de 2795 sujeitos.

---



## 5.7. Cálculo dos pesos amostrais

Para possibilitar a correção para o desenho amostral, foram atribuídos pesos, já que a maior parte das medidas a serem investigadas são prevalências. Foram calculados pesos para correção da amostragem envolvendo a super-representação de sujeitos com 60 anos ou mais. Os pesos atribuídos eram equivalentes ao inverso da fração amostral. No cálculo dos pesos, foi realizada a correção para não resposta.

## 5.8. Instrumentos

O presente estudo utilizou-se de dados obtidos através do questionário GENACIS (CD Rom), desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores com interesse em comparar padrões de consumo de álcool entre os gêneros em diferentes contextos e culturas. Além disso, pesquisa informações sobre aspectos sóciodemográficos, experiência de trabalho, rede social, saúde geral e estilo de vida, história familiar de uso de álcool, saúde emocional, tabagismo, álcool - quantidade e frequência, contexto familiar e consequências, uso de álcool por parentes, amigos ou pessoas próximas, uso de outras substâncias, sexualidade, relações íntimas e violência entre casais. Há um total de 119 questões, fechadas e abertas, alocadas em 15 blocos:

**1) Bloco A – Identificação do domicílio.** Data da visita, tipo de habitat e porte da cidade em que está localizado. Esta seção também continha informações sobre a ocorrência de recusas ativas, além de domicílios fechados ou aparentemente vazios.

**2) Bloco B - Identificação e questões sociodemográficas.** São abordadas informações sobre o entrevistado como sexo, estado civil, escolaridade, cor da pele (auto-referida), assim como a relação de moradores do domicílio.

---

**3) Bloco C – Questões sobre trabalho e gasto mensal.** Busca de dados sobre a ocupação do entrevistado, envolvendo tipo de vínculo empregatício, carga horária e percepção de estresse no trabalho, gastos mensais da família, saúde e alimentação.

**4) Bloco D – Rede Social.** Dados sobre os vínculos familiares e outros relacionamentos que compõe a rede social do entrevistado.

**5) Bloco E – Consumo de álcool.** Descreve-se a quantidade e frequência de consumo de bebidas alcoólicas do entrevistado.

**6) Bloco F - Contexto de consumo de álcool.** Locais de consumo de bebidas alcoólicas, assim como o contexto em que o entrevistado realiza este consumo.

**7) Bloco G – Expectativas e consequências do uso de álcool.** Questões a respeito das expectativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.

**8) Bloco H - Consumo de álcool da rede social do entrevistado.** Aborda-se o uso de álcool pela rede social do entrevistado, com destaque a (o) companheiro (a), além de outros membros da família, assim como possíveis consequências para estes do consumo.

**9) Bloco I - Uso de drogas lícitas ou ilícitas e saúde.** Questões sobre o uso de drogas lícitas ou ilícitas e atividades de lazer.

**10) Bloco J – Saúde.** São questionados aspectos sobre a saúde física, como altura, peso, uso de medicamentos, possíveis acidentes, entre outros.

**11) Bloco K - Relação parental.** Foram realizadas perguntas sobre o pai do entrevistado: idade ou causa da morte se já falecido.

**12) Bloco L – Saúde emocional.** Há questões sobre a saúde mental do entrevistado. Inclui o “Self Reporting Questionnaire” (SRQ), composto por 20 questões fechadas e respostas dicotômicas (sim e não), de fácil aplicação e que permite o rastreamento de transtornos mentais comuns (HARDING, et al., 1980). Diversos estudos realizados em países em desenvolvimento utilizaram-

---

se desse instrumento, que já foi validado no Brasil por Mari & Willians (1986) e por Gonçalves et al. (2008), e que será descrito em detalhes adiante.

**13) Bloco M - Uso de tabaco.** Aborda o uso de tabaco.

**14) Bloco N - Relação íntima e sexualidade.** Examina-se aspectos da relação do entrevistado com companheiro (a) e sexualidade.

**15) Bloco O - Violência e vitimização.** Dados sobre violência entre parceiros íntimos.

### ***Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)***

Trata-se de um questionário a respeito da saúde emocional, com o objetivo de identificar possíveis sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos ocorridos no mês anterior à entrevista. Foi desenvolvido por Harding et al. (1980), sob coordenação da OMS, a partir de outros quatro instrumentos, também elaborados para abordar sofrimento mental. Como é um instrumento para detecção de sintomas, é adequado para estudos populacionais com a finalidade de identificar a presença de sintomas em geral - caracterização de grau de suspeição de transtorno psíquico. Foi estimulado pela OMS a ser utilizado em países em desenvolvimento, onde geralmente há escassez de recursos destinados a práticas de medicina mais especializada, como é o caso da saúde mental, visando melhorar o planejamento de ações para grupos de maior risco (WHO, 1994). No Brasil, tem sido utilizado principalmente em estudos populacionais, na atenção primária e em grupos ocupacionais específicos (LIMA et al., 1999; LOPES et al., 2003; MARAGNO et al., 2006).

O SRQ é composto de 20 questões fechadas (SRQ-20), com respostas dicotômicas (sim e não), cuja finalidade é a detecção de transtornos mentais mais prevalentes. Inicialmente o SRQ era composto por 25 questões, mas foi modificado com a retirada de quatro itens a respeito de sintomas psicóticos e uma questão sobre ocorrência de convulsões. Tal opção foi tomada tendo em

---

vista cobrir os sintomas mais prevalentes na comunidade. Tem linguagem simples, podendo ser auto-aplicado ou administrado por entrevistador, devendo-se optar por um único modo de preenchimento para todos os sujeitos. Pesquisadores consideram os sujeitos com pontuação acima do ponto de corte como portadores de Transtorno Mental Comum (TMC), condição que, embora não implique diagnóstico psiquiátrico formal, indica sofrimento psíquico relevante e que merece atenção de profissionais de saúde mental.

O primeiro estudo de validação do SRQ-20 no Brasil foi realizado por Mari & Williams (1986). Utilizando o ponto de corte 5/6 para homens e 7/8 para mulheres, os autores obtiveram os seguintes valores: 83% de sensibilidade e 80% de especificidade. A escolha por pontos de corte diferentes para os sexos baseou-se no valor preditivo muito menor nos homens que mulheres, e também no fato de que apresentava melhora significativa com o decréscimo de um a dois pontos para o corte nos homens, estimulando tal diferenciação, apesar dessa diferença não ter alcançado significância estatística (MARI & WILLIAMS, 1986). Em 2008, Gonçalves et al. (2008) publicaram um artigo com uma nova validação do SRQ-20 no Brasil, comparando os resultados desse instrumento com entrevista psiquiátrica usando a SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*) como padrão-ouro. O estudo foi conduzido em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, com 485 indivíduos (54,8% mulheres, idade média 40,04). O SRQ-20 apresentou como ponto de corte ideal 7/8, independente do sexo, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. O poder discriminante para diagnóstico psiquiátrico do SRQ-20 foi 0,91.

Iacoponi e Mari (1989) estudaram a confiabilidade entre entrevistadores, transformando os valores da SRQ em variável contínua, para cálculo da correlação intraclasse obtendo valor de 0,978. Transformado os valores da SRQ em variável dicotômica, caso/não caso, calculou-se a confiabilidade, utilizando como ponto de corte 7/8, com Kappa de 0,96. No entanto, qualquer inferência a partir desses dados deve ser feita com cautela, devido ao baixo número de sujeitos da pesquisa (n=27).

---

No Brasil, o SRQ-20 tem sido utilizado em inquéritos domiciliares de base populacional, em cidades de diferentes portes (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; MARÍN-LEÓN, 2007). Todas as questões incluídas na seção L (Saúde Emocional) fazem parte da SRQ-20. No presente estudo foi utilizado o ponto de corte 5/6 para homens e 7/8 para mulheres (MARI & WILLIAMS, 1986). A decisão por pontos de corte diferenciados nesta pesquisa foi tomada a partir da sugestão da primeira validação da SRQ-20, e, também, por causa da observação de maior relato de sintomas mentais em mulheres quando comparadas aos homens durante investigação de possíveis diferenças entre os gêneros no padrão de morbidade referida, obtida em estudo de base populacional (MENDOZA-SASSI & BÉRIA, 2003).

### **5.9. Seleção de entrevistadores**

Os entrevistadores selecionados para participar deste estudo já possuíam experiência anterior em pesquisas populacionais. A maior parte dos entrevistadores escolhidos eram mulheres, devido ao entendimento dos idealizadores do projeto de que haveria menor resistência encontrada para entrar nos domicílios e fazer perguntas pessoais, como saúde emocional, relacionamentos e outros aspectos da vida examinados. Inicialmente, o treinamento focou a leitura cuidadosa de todo o questionário, com a finalidade de garantir compreensão do contexto e objetivo do estudo e das questões. Um “role-playing” com os entrevistadores foi realizado na intenção de prepará-los para possíveis situações não planejadas ou que pudessem representar alguma dificuldade para esses profissionais durante a coleta dos dados.

### **5.10. Implantação da pesquisa**

Aos domicílios sorteados foi enviada uma carta de apresentação do estudo, com informações sobre a pesquisa, seus objetivos e a metodologia

---

utilizada. Nesta carta ressaltava-se ainda a voluntariedade da participação, assim como a importância da pesquisa. Foi disponibilizado um site para facilitar o acesso a mais informações ([www.viverbem.unesp.br](http://www.viverbem.unesp.br)). Os entrevistadores usaram jalecos brancos e crachás de identificação. Os questionários foram aplicados nos próprios domicílios sorteados sendo garantido o sigilo acerca das informações.

Os entrevistadores tiveram maiores dificuldades para entrevistar sujeitos residentes em prédios com famílias de maior poder aquisitivo. No intuito de tentar reverter as recusas foram enviadas novas cartas a estes domicílios, com informações mais detalhadas sobre a pesquisa e o telefone pessoal de três coordenadores da pesquisa. Os entrevistadores foram supervisionados mensalmente durante toda a aplicação da pesquisa, tendo sido realizada checagem em 10% dos questionários.

#### **5.11. Período de realização**

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2005 e abril de 2007, sendo inicialmente no município de São Paulo e posteriormente nos demais municípios da RMSP.

#### **5.12. Análise estatística**

Os dados foram coletados entre 2005 e 2007, durante pesquisa do projeto GENACIS, e encontram-se disponíveis em planilha eletrônica. A partir desses dados, os quais tiveram a consistência avaliada, foram construídas tabelas de frequência simples e realizadas as correções necessárias. A análise dos dados foi processada utilizando-se o programa estatístico STATA 10.0 (STATA CORP, 2007), levando em conta o delineamento amostral e as correções para as proporções de sexo e faixa etária da população.

---

Na análise descritiva desses dados foram calculadas frequências simples para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. As análises levaram em conta a correção para amostragem por conglomerados, buscando-se corrigir a super-representação de indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

A variável dependente foi o Transtorno Mental Comum (TMC), categorizado em presença e ausência. Na pesquisa de variáveis independentes, buscou-se associação com características sociodemográficas, além de outras relacionadas à ocupação, apoio social, religiosidade e à saúde física dos sujeitos da amostra. As estimativas de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança foram obtidos aplicando-se pesos que corrigissem para o efeito de amostragem complexa. Na análise univariada a significância estatística foi avaliada pelo teste de Rao-Scott, por tratar-se de amostra complexa (LEE & FORTHFER, 2006). A relação da variável dependente (TMC) com as variáveis explicativas foi investigada obtendo-se a estimativa dos *Odds Ratio* (OR) simples e ajustados. Para a análise multivariada foi utilizada regressão logística tendo como variável dependente ter TMC, obtendo-se assim as razões de chances ajustadas (“odds ratio”). Foram incluídas no modelo de regressão logística as variáveis cuja associação na análise univariada tenham obtido  $p \leq 0,10$ .

### **5.13. Variáveis**

#### ***Variável dependente***

Foi considerado variável dependente o transtorno mental comum (TMC), definido pelo escore obtido na aplicação do SRQ-20, considerado presente nos homens com seis ou mais respostas positivas, e nas mulheres com oito ou mais repostas positivas, caso contrário ausente.

---

### ***Variáveis explanatórias***

As variáveis explicativas encontram-se descritas no Quadro 1:

**Quadro 1** - Variáveis explanatórias incluídas na análise.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>CATEGÓRICA</b>	<b>CONTÍNUA</b>
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>Sexo</b>	-Masculino -Feminino	
<b>Idade</b>	<b><u>Faixa etária</u></b> -18 a 29 anos -30 a 39 anos -40 a 49 anos -50 a 59 anos -60 anos ou mais	Número de anos
<b>Cor da pele (auto-referida)</b>	-Branco -Negro -Pardo -Outros	
<b>Escolaridade (em anos escolares)</b>	<b><u>Faixa de escolaridade</u></b> -0 a 3 -4 a 7 -8 a 10 -11 ou mais	Número de anos na escola
<b>Estado conjugal</b>	-Casado -Amasiado -Viúvo -Divorciado -Solteiro	
<b>Número de filhos</b>	-Nenhum -Um -Dois -Três -Quatro ou mais	Número de filhos
<b>Número de filhos na casa (menor de 18 anos)</b>	-Nenhum -Um -Dois -Três ou mais	Número de filhos na casa < 18 anos
<b>Número de pessoas na casa</b>	-Mora sozinho -Duas pessoas -Três pessoas -Quatro pessoas -Cinco ou mais	Número de pessoas na casa



**Continuação: Quadro 1- Variáveis explanatórias incluídas na análise.**

<b>Ocupação atual</b>	-Dona-de-casa -Informal -Desempregado -Empregado -Aposentado -Outros	
<b>Renda per capita (em reais)</b>	<b>Faixa de renda</b> -0 a 150 -151 a 300 -301 a 600 -601 ou mais	Renda per capita em reais
<b>Quantidade de comida</b>	-Suficiente -Insuficiente	
<b>Dias sem comida</b>	-Nenhum -Menos de uma semana -Mais de uma semana	Número de dias sem comida
<b>RELACIONADAS A TRABALHO E OCUPAÇÃO</b>		
<b>Jornada de Trabalho (horas semanais)</b>	-Até 20h -21-40 h -41-60 h -Acima de 60h	Horas semanais trabalhadas
<b>Cargo de chefia</b>	-Ausente -Presente	
<b>Percepção de estresse no trabalho</b>	-Nenhum -Leve -Moderado -Intenso	
<b>RELACIONADAS À SAÚDE</b>		
<b>Auto-avaliação da saúde física nos últimos 12 meses</b>	-Ruim -Razoável -Boa -Muito boa -Excelente	
<b>Procura por profissional devido a queixas físicas nos últimos 12 meses</b>	-Não -Sim	

**Continuação: Quadro 1-** Variáveis explanatórias incluídas na análise.

<b>Auto-avaliação da saúde mental nos últimos 12 meses</b>	-Ruim -Razoável -Boa -Muito boa -Excelente	
<b>Procura por profissional devido a queixas mentais nos últimos 12 meses</b>	-Não -Sim	
<b>Gasto domiciliar com saúde nas últimas quatro semanas (em reais)</b>	-Nenhum -Menos de 50 -50 a 149 -150 a 299 -Acima de 300	Gastos em reais
<b>RELACIONADAS A APOIO SOCIAL E RELIGIOSIDADE</b>		
<b>Número de pessoas como possível apoio (com exceção do companheiro)</b>	-Nenhuma -Uma -Duas a três -Quatro a cinco -Seis ou mais	
<b>Distância dos principais amigos</b>	-Vizinhança -Mesma cidade -Mesmo estado -Mesmo país -Outro país	
<b>Frequência com que tem se sentido só nos últimos 12 meses</b>	-Nunca -Raramente -Poucas vezes -Moderadamente -Muitas vezes	
<b>Grau de facilidade para dividir problemas com o companheiro</b>	-Fácil -Razoável -Difícil	
<b>Participação ativa em alguma comunidade ou organização religiosa</b>	-Não -Sim	

**Continuação: Quadro 1-** Variáveis explanatórias incluídas na análise.

<b>Preferência religiosa</b>	-Nenhuma -Católica -Protestante -Espírita -Outras	
<b>Importância de religiosidade / espiritualidade na vida</b>	-Nenhuma -Pouca -Importante -Extremamente importante	

#### **5.14. Considerações Éticas**

O projeto GENACIS foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, tendo sido aprovado, inclusive para ampliação, em 13 de setembro de 2004 (Ofício 457/2004). O presente estudo representa um subprojeto do projeto GENACIS e foi submetido ao mesmo comitê, com aprovação em 01/09/2008 (Ofício 366//08-CEP).

## **6. Resultados**

---

## 6.1. Características da Amostra

Um total de 2.083 sujeitos foi entrevistado, de 2.795 planejados, ou seja, uma taxa de não resposta equivalente a 26,5%. A maior taxa de recusas ativas ocorreu em indivíduos do sexo masculino. Não há informações a respeito das motivações para a ocorrência dessas recusas.

## 6.2. Características dos sujeitos

### *Sociodemográficas*

Na amostra verificou-se (Tabela 1) um discreto predomínio de mulheres (52,9%), com indivíduos apresentando idade entre 18 e 97, sendo aproximadamente pouco mais da metade deles menores de 40 anos (54,9%). Sujeitos com mais de 60 anos representaram 12,6% da amostra, após correção para o desenho amostral.

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo (n=2083).

VARIÁVEIS	Sexo				Total		p <sup>1</sup>	
	M		F		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Sexo</b>	867	47,1	1216	52,9	2083	100,0		
<b>Faixa etária<sup>2</sup></b>	18 a 29	258	32,8	324	30,5	582	31,6	0,47
	30 a 39	193	23,9	257	22,8	450	23,3	
	40 a 49	140	19,3	212	19,4	352	19,4	
	50 a 59	107	13,0	159	13,3	266	13,1	
	60 ou mais	169	11,0	262	14,0	431	12,6	
<b>Cor da pele<sup>3</sup> (auto-definida)</b>	Branco	482	57,5	685	55,6	1167	56,5	0,34
	Negros	81	9,3	144	11,7	225	10,5	
	Pardos	265	29,7	353	30,4	618	30,1	
	Outros	34	3,5	30	2,3	64	2,9	
<b>Escolaridade<sup>4</sup> (em anos escolares)</b>	0 a 3	129	13,3	253	18,0	382	15,8	0,09
	4 a 7	234	27,0	303	24,8	537	25,8	
	8 a 10	161	17,7	187	16,3	348	17,0	
	11 ou mais	340	42,0	472	40,9	812	41,4	

**Continuação: Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo (n=2083).**

VARIÁVEIS		Sexo				Total		p <sup>1</sup>
		M		F		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Estado Conjugal</b>	Casado	417	47,5	479	40,5	896	43,9	<b>&lt;0,0001</b>
	Amasiado	141	16,8	184	17,1	325	16,9	
	Viúvo	21	1,8	157	9,2	178	5,7	
	Divorciado	44	4,7	103	8,2	147	6,5	
	Solteiro	244	29,2	293	25,0	537	27,0	
<b>Número de Filhos<sup>5</sup></b>	Nenhum	237	30,4	255	23,2	492	26,7	<b>0,001</b>
	Um	167	20,4	235	21,4	402	20,9	
	Dois	180	23,0	252	22,1	432	22,5	
	Três	121	14,7	178	15,1	299	14,9	
	Quatro ou mais	108	11,5	221	18,2	329	15,0	
<b>Número de filhos na casa<sup>6</sup> (&lt;18anos)</b>	Nenhum	408	17,4	414	8,7	822	38,8	<b>&lt;0,0001</b>
	Um	197	34,0	379	41,4	576	26,7	
	Dois	164	30,8	242	28,8	406	20,7	
	Três ou mais	97	17,8	181	13,1	278	13,8	
<b>Número de pessoas que moram em casa</b>	Mora sozinho	155	14,8	275	19,6	430	17,3	0,15
	Duas	429	49,8	557	47,1	986	48,4	
	Três	173	20,0	230	19,8	403	19,9	
	Quatro	57	7,9	81	7,0	138	7,4	
	Cinco ou mais	53	7,5	73	6,5	126	7,0	
<b>Ocupação atual</b>	Desempregado	65	7,5	85	7,0	150	7,3	<b>&lt;0,0001</b>
	Empregado	430	41,6	358	32,0	788	41,7	
	Informal	185	23,0	195	16,0	380	19,3	
	Aposentado	150	12,7	129	7,2	279	9,8	
	Dona-de-casa	0	0,0	388	32,1	388	17,0	
	Outros	37	15,2	61	5,7	98	4,9	
<b>Renda per capita (em reais)</b>	0 a 150	248	30,6	484	44,4	732	37,9	<b>0,0001</b>
	151 a 300	196	22,6	260	20,0	456	21,2	
	301 a 600	215	23,8	250	18,6	465	21,1	
	601 ou mais	208	23,0	222	17,0	430	19,8	
<b>Quantidade de comida em casa<sup>2</sup></b>	Suficiente	831	96,1	1120	93,0	1951	94,5	<b>0,01</b>
	Insuficiente	35	3,9	95	7,0	130	5,5	
<b>Número de dias sem comida em casa ou sem dinheiro para comprar comida<sup>7</sup> (último mês)</b>	Nenhum	847	97,8	1161	9,5	2008	97,0	0,36
	< 7 dias	10	1,5	28	2,3	38	2,0	
	> 7 dias	7	0,7	16	1,2	23	1,0	

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup>Sem informação de 2 sujeitos <sup>3</sup>Sem informação de 9 sujeitos

<sup>4</sup>sem informação de 4 sujeitos <sup>5</sup>Sem informação de 129 sujeitos <sup>6</sup>sem informação de 1 sujeito <sup>7</sup> Sem informação de 14 sujeitos

A cor da pele branca foi a mais prevalente, em ambos os sexos, ultrapassando mais da metade da amostra (56,5%), seguido da cor parda (30,1%) e preta (10,5%). Quanto à escolaridade, 41,4% das pessoas entrevistadas frequentaram a escola por 11 anos ou mais, enquanto 15,8% referiram de zero a três anos na escola.

Pessoas casadas ou em união estável representaram 60,8% da amostra, seguido dos solteiros (27%) e divorciados/viúvos (12,2%), com diferença entre o estado conjugal pesquisado entre homens e mulheres ( $p < 0,0001$ ).

Dentre os sujeitos respondentes, 26,7% disseram não ter filhos, enquanto 58,3% possuíam de um até três filhos, incluindo adoções. Entre as pessoas amostradas, 61,2% tinham filhos menores de 18 anos morando no mesmo domicílio, sendo 77,5% desses com um ou dois filhos nessa situação. Em ambos os questionamentos, foram observadas distinções entre homens e mulheres.

O número de pessoas residentes no domicílio do entrevistado, obtido por meio do relato, variou de 1 a 15, com média de 4,03, enquanto o percentual de pessoas morando sozinhas foi de 17,3%.

A amostra apresentou 7,3% de pessoas em situação de desemprego, 9,8% de aposentados, 17% de donas-de-casa, 19,3% de trabalhadores informais e 41,7% de empregados registrados.

Renda *per capita* mensal máxima de 300 reais foi observada em 59,1% dos sujeitos, enquanto 19,8% apresentaram um valor mínimo de 600 reais. A renda *per capita* mensal média foi de R\$ 427.

Foram encontradas 5,5% de pessoas que diziam ter quantidade de comida insuficiente dentro de casa. Além disso, 1% da amostra relatou falta de comida ou de dinheiro para comprar comida por mais de sete dias anteriores à entrevista.

---

### **Características Ocupacionais**

Considerando os sujeitos que trabalham, a jornada semanal média foi de 42,2 horas, sendo menor nas mulheres (39,1) do que nos homens (44,3) ( $p < 0,0001$ ). Houve 7,1% de pessoas que referiram trabalhar menos de 20 horas por semana e 5% com relato superior a 60 horas trabalhadas por semana (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características ocupacionais da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo (n=2083)\*.

VARIÁVEIS	Sexo				Total		p <sup>1</sup>	
	M		F		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Jornada de Trabalho<sup>2</sup> (horas semanais)</b>	Até 20h	27	3,7	60	11,8	87	7,1	<b>&lt;0,0001</b>
	21-40 h	250	39,7	255	45,2	505	42,0	
	41-60 h	291	50,2	214	40,0	505	45,9	
	Acima de 60h	44	6,4	18	3,0	62	5,0	
<b>Cargo de Chefia<sup>3</sup></b>	Ausente	458	74,9	457	82,0	915	77,9	<b>0,009</b>
	Presente	156	25,1	94	18,0	250	22,1	
<b>Percepção subjetiva de estresse no trabalho<sup>3</sup></b>	Nenhum	244	38,0	201	37,6	445	37,8	0,58
	Leve	129	20,3	101	16,9	230	18,9	
	Moderado	106	17,9	99	18,5	205	18,2	
	Intenso	135	23,8	151	27,0	286	25,1	

\*Válido para 1166 sujeitos respondentes que declararam trabalhar

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup>sem informação de 7 sujeitos <sup>3</sup>sem informação de 1 sujeito

O cargo de chefia foi referido por 22,1% dos sujeitos respondentes, sendo maior entre os homens ( $p=0,009$ ).

Um quarto dos trabalhadores da amostra relatou percepção de estresse intenso no trabalho (25,1%), sem evidências de diferenças quanto ao gênero do entrevistado.



### **Características associadas a apoio social e religiosidade**

A ausência de pessoas como possível forma de apoio foi relatada por 27,8% dos entrevistados (Tabela 3), enquanto 25,9% relataram a existência de uma pessoa, 28,3% disseram ter duas a três pessoas e 18% tinham quatro ou mais pessoas nessa situação, com distinção entre os dois sexos ( $p < 0,0001$ ).

**Tabela 3** - Características associadas ao apoio social e à religiosidade da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo (n=2083).

VARIÁVEIS		Sexo				Total		p <sup>1</sup>
		M		F		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Número de pessoas que tem como possível apoio, fora o companheiro</b>	Nenhuma	275	30,9	294	25,0	569	27,8	<b>&lt;0,0001</b>
	Uma	176	19,7	378	31,5	554	25,9	
	Duas a três	230	26,7	368	29,8	598	28,3	
	Quatro a cinco	103	12,7	97	7,8	200	10,1	
	Seis ou mais	83	10,0	79	5,9	162	7,9	
<b>Distância dos principais amigos</b>	Vizinhança	418	48,9	577	47,0	995	47,9	0,17
	Mesma cidade	261	29,0	335	26,9	596	27,8	
	Mesmo estado	110	13,4	161	13,7	271	13,6	
	Mesmo país	73	8,3	138	12,2	211	10,4	
	Outro país	5	0,4	5	0,2	10	0,3	
<b>Frequência com que tem se sentido só nos últimos 12 meses</b>	Nunca	581	68,3	565	46,1	1146	56,7	<b>&lt;0,0001</b>
	Muito raramente	53	6,7	68	5,5	121	6,1	
	Raramente	74	7,4	94	8,2	168	7,8	
	De vez em quando	99	11,2	280	24,0	379	18,0	
	Às vezes	28	3,2	113	9,0	141	6,2	
	Muitas vezes	32	3,2	96	7,2	128	5,2	
<b>Grau de facilidade em partilhar os problemas com o companheiro<sup>2</sup></b>	Fácil	503	75,2	528	67,8	1031	69,4	<b>0,0002</b>
	Razoável	126	17,2	134	16,1	260	17,5	
	Difícil	52	7,6	143	16,1	195	13,1	
<b>Participação em comunidade ou organização religiosa</b>	Não	779	91,0	1038	87,0	1817	88,8	<b>0,02</b>
	Sim	88	9,0	178	13,0	266	11,2	

**Continuação: Tabela 3** - Características associadas ao apoio social e à religiosidade de amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo (n=2083).

VARIÁVEIS		Sexo				Total		p <sup>1</sup>
		M		F		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Preferência religiosa<sup>3</sup></b>	Nenhuma	116	13,7	62	5,5	178	9,3	<b>0,0001</b>
	Católica	489	57,9	652	50,2	1141	58,3	
	Protestante	199	22,1	383	35,0	582	28,8	
	Espiritismo	34	3,3	84	7,1	118	5,0	
	Outras	26	3,0	32	2,2	58	2,6	
<b>Importância da religiosidade /espiritualidade na vida<sup>4</sup></b>	Nenhuma	52	5,9	19	1,7	71	3,7	<b>&lt;0,0001</b>
	Um pouco importante	110	12,7	106	9,4	216	11,0	
	Extremamente importante	286	34,1	299	24,9	585	29,2	
		411	47,3	788	64,0	1199	56,1	

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup>válido para 1486 sujeitos respondentes <sup>3</sup>sem informação de 6 sujeitos <sup>4</sup>sem informação de 12 sujeitos

Quase metade das pessoas (47,9%) declarou ter os principais amigos morando na vizinhança, outros 27,8% na mesma cidade e 24% em outras cidades ou estados do país.

Pouco mais da metade dos sujeitos (56,7%) relatou não ter sentimentos de solidão no ano anterior à entrevista, enquanto 6,2% referiram sentir-se só “às vezes” e 5,2% “muitas vezes” nesse período, com as mulheres apresentando taxas superiores aos homens, com significância estatística (p<0,0001).

Quando considerado o grau de facilidade para dividir problemas com o companheiro, possível indicador da percepção de apoio por parte do sujeito entrevistado, 69,4% responderam como fácil, 17,5% razoável e 13,1% como difícil. Houve predomínio de mulheres entre os sujeitos com dificuldades para dividir problemas com o companheiro.

A participação ativa em comunidade ou organização religiosa foi encontrada em 11,2% dos sujeitos, sendo maior entre as mulheres (p=0,02). A amostra apresentou maioria de católicos (58,3%), seguido de protestantes (28,8%), e um percentual de 9,3% de pessoas sem preferência religiosa. Mais da metade dos sujeitos da amostra (56,1%) afirmaram ser “extremamente importante” a religiosidade/espiritualidade em suas vidas.

### ***Características associadas à saúde***

Ao serem questionados sobre a avaliação que faziam da própria saúde física nos últimos 12 meses, 71,9% dos sujeitos responderam de modo positivo, assinalando as opções “boa”, “muito boa” e “excelente”, 24,2% considerou “razoável” e 3,9% das pessoas avaliaram como “ruim” (Tabela 4). Houve semelhança nas porcentagens quando a indagação abordou a auto-avaliação a respeito da saúde mental nos últimos 12 meses, com 76,2% de avaliações positivas, 20,2% “razoável” e 3,6% como “ruim”. No entanto, apesar dessa semelhança na avaliação da saúde física quando comparada à mental, apenas 9,5% do total entrevistado procurou por profissional de saúde nos últimos 12 meses devido a queixas mentais, contra 62,9% de procura devido a queixas físicas no mesmo período. No geral, as mulheres avaliaram a própria saúde, de forma mais negativa que os homens ( $p < 0,0001$ ), assim como relataram maior presença de procura por um profissional da saúde no ano anterior à entrevista devido a queixas físicas ( $p < 0,0001$ ) ou mentais ( $p = 0,004$ ). O uso de psicotrópicos foi identificado em 7,7% das pessoas entrevistadas, com maior porcentagem, também, entre as mulheres ( $p = 0,0002$ ).

---

**Tabela 4:** Características associadas à saúde da amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo sexo (n=2083).

VARIÁVEIS		Sexo				Total		p <sup>1</sup>
		M		F		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Auto-avaliação da saúde física nos últimos 12 meses<sup>2</sup></b>	Ruim	27	2,4	65	5,1	92	3,9	<b>&lt;0,0001</b>
	Razoável	169	17,7	369	30,0	538	24,2	
	Boa	410	49,0	506	40,5	916	44,6	
	Muito boa	137	17,0	156	14,9	293	15,8	
	Excelente	122	13,8	120	9,5	242	11,5	
<b>Procura de ajuda profissional devido a queixas físicas nos últimos 12 meses<sup>2</sup></b>	Não	425	49,3	347	26,3	772	37,1	<b>&lt;0,0001</b>
	Sim	440	50,7	869	73,7	1309	62,9	
<b>Auto-avaliação da saúde mental nos últimos 12 meses<sup>3</sup></b>	Ruim	20	2,4	62	4,8	82	3,6	<b>&lt;0,0001</b>
	Razoável	123	12,5	335	26,8	458	20,2	
	Boa	411	49,1	523	43,6	934	46,2	
	Muito boa	151	18,0	160	14,3	311	16,0	
	Excelente	160	18,0	135	10,5	295	14,0	
<b>Procura de ajuda profissional devido a queixas mentais nos últimos 12 meses<sup>3</sup></b>	Não	800	93,1	1071	88,1	1871	90,5	<b>0,004</b>
	Sim	65	6,9	144	11,9	209	9,5	
<b>Uso de psicotrópico nos últimos 12 meses<sup>4</sup></b>	Não	829	96,0	1070	88,9	1899	92,3	<b>0,0002</b>
	Sim	36	4,0	143	11,1	179	7,7	
<b>Gastos domiciliar com saúde nas últimas quatro semanas (em reais)<sup>5</sup></b>	Nenhum	341	48,4	462	43,6	803	45,8	<b>0,004</b>
	< 50	55	6,2	116	10,4	171	8,4	
	50-149	169	20,1	236	21,7	405	20,9	
	150-229	125	17,1	170	15,0	295	16,0	
	> 300	76	8,2	120	9,3	196	8,9	

<sup>1</sup>Teste Rao-Scott <sup>2</sup>Sem informação de 2 sujeitos <sup>3</sup>Sem informação de 3 sujeitos  
<sup>4</sup>Sem informação de 5 sujeitos <sup>5</sup>sem informação de 213 sujeitos

A média de gasto do domicílio com saúde nas últimas quatro semanas foi de R\$ 114,17. Ao todo, 24,9% dos sujeitos relataram gasto com saúde maior de 150 reais, enquanto 45,8% não relataram esse tipo de gasto no período referido.

### **6.3. Prevalência de Transtornos Mental Comum**

A prevalência de transtorno mental comum encontrada na amostra foi de 22,3% (IC 95%: 20,5;24,1), sendo pouco modificada para 22,4% (IC 95%: 19,3; 25,6), após a correção para o delineamento amostral.

### **6.4. Análise univariada**

#### ***Variáveis sociodemográficas***

A prevalência de TMC encontrada nas mulheres foi de 28,1% (IC 95%: 24,2;32,1), e de 16,0% (IC 95%: = 12,5;19,5) entre os homens (Tabela 5), após correção para o desenho amostral. Essa prevalência maior entre as mulheres foi confirmada estatisticamente ( $p < 0,0001$ ).

A presença de transtorno mental comum não esteve associada a alguma faixa etária específica ( $p = 0,20$ ), o mesmo ocorrendo com a cor da pele ( $p = 0,07$ ).

O grau de escolaridade apresentou associação negativa com a presença de TMC, com forte evidência estatística ( $p < 0,0001$ ), chegando a 34,5% nas pessoas com zero a três anos de escola, contra 15,5% nos indivíduos com 11 anos ou mais de frequência escolar.

Em relação à situação conjugal, houve associação com TMC ( $p = 0,0009$ ), sendo os divorciados os que apresentaram a maior taxa de TMC (32,4%), quando comparados aos casados (19,3%) e solteiros (21%) (Tabela 5).

---

**Tabela 5** - Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis sociodemográficas (n=2083).

VARIÁVEIS	TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>	
	Não		Sim		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Sexo<sup>2</sup></b>	Masculino	736	84,0	129	16,0	865	47,1	<b>&lt;0,0001</b>
	Feminino	880	71,9	335	28,1	1215	52,9	
<b>Faixa etária<sup>3</sup></b>	18 a 29	462	79,9	119	20,1	581	31,6	0,20
	30 a 39	350	76,6	100	23,4	450	23,3	
	40 a 49	262	73,4	90	26,6	352	19,4	
	50 a 59	203	76,9	61	23,1	264	13,1	
	60 ou mais	338	78,5	93	21,5	431	12,6	
<b>Cor da pele<sup>4</sup> (auto-definida)</b>	Brancos	918	78,2	249	21,8	1167	56,5	0,07
	Negros	170	75,5	54	24,5	224	10,5	
	Pardos	465	75,5	152	24,5	617	30,1	
	Outros	57	91,1	7	8,9	64	2,9	
<b>Escolaridade<sup>5</sup> (em anos escolares)</b>	0 a 3	248	65,5	134	34,5	382	15,8	<b>&lt;0,0001</b>
	4 a 7	408	74,3	127	25,7	535	25,8	
	8 a 10	273	76,5	75	23,5	348	17,0	
	11 ou mais	684	84,5	127	15,5	811	41,4	
<b>Estado Conjugal<sup>2</sup></b>	Casado	724	80,7	170	19,3	894	43,9	<b>0,008</b>
	Amasiado	230	72,2	95	27,8	325	16,9	
	Viúvo	133	73,4	45	26,6	178	5,7	
	Divorciado	102	67,6	45	32,4	147	6,5	
	Solteiro	427	79,0	109	21,0	536	27,0	
<b>Número de Filhos<sup>6</sup></b>	Nenhum	405	82,1	87	17,9	492	26,7	<b>0,0009</b>
	Um	328	82,0	73	18,0	401	20,9	
	Dois	321	74,3	111	25,7	432	22,5	
	Três	230	76,5	69	23,5	299	14,9	
	Quatro ou mais	227	67,8	100	32,2	327	15,0	
<b>Número de filhos na casa<sup>2</sup> (&lt;18anos)</b>	Nenhum	656	80,0	166	20,0	822	38,8	<b>0,04</b>
	Um	457	79,6	118	20,4	575	26,7	
	Dois	303	73,2	103	26,8	406	20,7	
	Três ou +	200	73,4	77	26,6	277	13,8	
<b>Número de pessoas que moram em casa<sup>2</sup></b>	Mora sozinho	332	77,6	96	22,4	428	17,3	0,74
	Duas	786	79,1	200	20,9	986	48,4	
	Três	303	75,2	99	24,8	402	19,9	
	Quatro	103	76,7	35	23,3	138	7,4	
	Cinco ou mais	92	73,8	34	26,2	126	7,0	
<b>Ocupação atual<sup>2</sup></b>	Desempregado	107	70,5	42	29,5	149	7,3	<b>0,0002</b>
	Empregado	663	83,6	123	16,4	786	41,7	
	Informal	296	75,8	84	24,2	380	19,3	
	Aposentado	215	76,6	64	23,4	279	9,8	
	Dona-de-casa	264	70,6	124	29,4	388	17,0	
	Outros	71	70,0	27	30,0	98	4,9	

**Continuação: Tabela 5:** Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis sociodemográficas (n=2083).

VARIÁVEIS		TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Renda per capita (em reais)<sup>2</sup></b>	0 a 150	527	73,3	203	26,7	730	37,9	<b>0,0002</b>
	151 / 300	340	73,7	116	26,3	456	21,2	
	301 / 600	381	82,0	83	18,0	464	21,1	
	601 ou mais	368	85,1	62	14,9	430	19,8	
<b>Quantidade de comida em casa<sup>7</sup></b>	Suficiente	1538	78,5	411	21,5	1949	94,5	<b>0,0002</b>
	Insuficiente	77	60,4	53	39,6	130	5,5	
<b>Número de dias sem comida em casa<sup>8</sup> (último mês)</b>	Nenhum	1575	78,0	431	22,0	2006	97,0	<b>0,04</b>
	< 7 dias	22	60,5	16	39,5	38	2,0	
	> 7 dias	10	59,5	13	40,5	23	1,0	

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup>sem informação de 3 sujeitos <sup>3</sup>sem informação de 5 sujeitos  
<sup>4</sup>sem informação de 11 sujeitos <sup>5</sup>sem informação de 7 sujeitos <sup>6</sup>sem informação de 132 sujeitos <sup>7</sup>sem informação de 4 sujeitos <sup>8</sup>sem informação de 16 sujeitos

Também houve associação com TMC quanto à presença de filhos (p=0,0009), sendo as pessoas que declararam não ter filhos ou ter apenas um filho as que apresentaram prevalências menores de TMC (17,9% e 18,0%), se comparadas àquelas que relataram a existência de quatro ou mais filhos (32,2%). Já quanto à presença de filhos menores de 18 anos morando no domicílio do entrevistado, também houve associação positiva entre ter dois ou mais filhos nessa situação e maior presença de TMC (p=0,04).

O número de pessoas residentes no domicílio entrevistado não apresentou associação com a ocorrência de TMC (p=0,74).

Os sujeitos que trabalham com registro formal apresentaram frequências mais baixa de TMC (16,4%), enquanto prevalências bem maiores foram verificadas entre os desempregados (29,5%) e donas-de-casa (29,4%) (p=0,0002).

Em relação à renda, houve uma associação inversa com TMC (p=0,0002), sendo encontradas prevalências maiores em pessoas com rendas *per capita* baixas, de até 150 reais (37,9%), contrastando com menor

ocorrência em pessoas de renda *per capita* mais alta, com valor mínimo de 600 reais (19,8%).

Identificou-se maior prevalência de TMC entre aqueles que referiram quantidade insuficiente de comida em casa ( $p=0,0002$ ), assim como os que revelaram ausência de comida em casa ou dinheiro para comprar comida (0,04).

### ***Variáveis associadas a características ocupacionais***

Entre os trabalhadores da amostra, as diferentes jornadas de trabalho relatadas não apresentaram associação com a ocorrência de TMC ( $p=0,89$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6:** Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis ocupacionais (n=2083)\*.

VARIÁVEIS	TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>	
	Não		Sim		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Jornada de Trabalho<sup>2</sup> (horas semanais)</b>	Até 20h	69	77,5	17	22,5	86	7,1	0,89
	21-40h	414	81,1	90	18,9	504	42,0	
	41-60 h	418	81,4	87	18,6	505	45,9	
	Acima de 60h	49	80,6	13	19,4	62	5,0	
<b>Cargo de Chefia<sup>3</sup></b>	Ausente	739	79,3	174	20,7	913	22,1	<b>0,03</b>
	Presente	218	87,5	32	12,5	250	77,9	
<b>Percepção subjetiva de estresse no trabalho</b>	Nenhum	390	85,0	55	15,0	445	37,8	<b>0,0005</b>
	Leve	191	85,0	38	15,0	229	18,9	
	Moderado	174	83,9	31	16,1	205	18,2	
	Intenso	202	70,1	83	29,9	285	25,1	

\*Válido para 1164 sujeitos respondentes que declararam trabalhar

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup> sem informação de 7 sujeitos <sup>3</sup> sem informação de 1 sujeito

Já a presença de cargo de chefia esteve associada a menor prevalência de TMC ( $p=0,03$ ). A percepção subjetiva de intenso estresse no ambiente de trabalho esteve associada significativamente a maior ocorrência de TMC ( $p=0,0005$ ), ocorrendo em 29,9% dos sujeitos.



### **Variáveis associadas a apoio social e religiosidade**

O número de pessoas que o sujeito tem como possível apoio, fora o companheiro, esteve associado inversamente com TMC (Tabela 7), sendo que os indivíduos que não indicaram a existência de alguma pessoa como possível apoio tiveram RP=2,34 vezes TMC, quando comparados àqueles que declararam seis ou mais pessoas nessa situação ( $p=0,0006$ ).

**Tabela 7** - Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis associadas a apoio social e religiosidade (n=2083).

VARIÁVEIS		TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Número de pessoas que tem como possível apoio, fora o companheiro<sup>2</sup></b>	Nenhuma	417	72,2	152	27,8	569	27,8	<b>0,0006</b>
	Uma	413	75,7	139	24,3	552	25,9	
	Duas a três	477	78,8	120	21,2	597	28,3	
	Quatro a cinco	168	85,3	32	14,7	200	10,1	
	Seis ou mais	141	88,1	21	11,9	162	7,9	
<b>Distância dos principais amigos</b>	Vizinhança	418	93,8	577	6,2	995	47,9	0,80
	Mesma cidade	261	78,9	335	21,1	596	27,8	
	Mesmo estado	110	76,5	161	23,5	271	13,6	
	Mesmo país	73	77,5	138	22,5	211	10,4	
	Outro país	5	77,5	5	22,5	10	0,3	
<b>Frequência com que tem se sentido só nos últimos 12 meses</b>	Nunca	1015	88,5	130	11,5	1146	56,6	<b>&lt;0,0001</b>
	Muito raramente	108	88,2	13	11,8	121	6,1	
	Raramente	134	82,2	34	17,8	168	7,8	
	De vez em quando	247	62,6	131	37,4	379	18,0	
	Às vezes	63	39,8	77	60,2	141	6,2	
Muitas vezes	49	35,6	79	64,4	128	5,2		
<b>Grau de facilidade em partilhar os problemas com o companheiro<sup>3</sup></b>	Fácil	503	83,8	528	16,2	1031	75,2	<b>&lt;0,0001</b>
	Razoável	126	75,9	134	24,1	260	16,7	
	Difícil	52	50,8	143	49,2	195	11,8	

**Continuação: Tabela 7 - Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis associadas a apoio social e religiosidade (n=2083).**

VARIÁVEIS		TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Participação em comunidade / organização religiosa<sup>2</sup></b>	Não	1397	77,5	417	22,5	1814	88,8	0,86
	Sim	219	78,1	47	21,9	266	11,2	
<b>Preferência religiosa<sup>4</sup></b>	Nenhuma	142	81,7	35	18,3	177	9,3	0,71
	Católica	880	77,6	259	22,4	1139	58,3	
	Protestante	451	76,5	131	23,5	582	28,8	
	Espírita	95	77,3	23	22,7	118	5,3	
	Outras	44	73,3	14	26,7	58	2,6	
<b>Importância da religiosidade / espiritualidade e na vida<sup>5</sup></b>	Nenhuma	61	85,8	10	14,2	71	3,7	<b>0,003</b>
	Pouca	164	75,4	51	24,6	215	11,0	
	Importante	474	82,8	111	17,2	585	29,2	
	Extremamente importante	908	74,6	290	25,4	1198	56,1	

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup>sem informação de 3 sujeitos <sup>3</sup>válido para 1486 sujeitos respondentes <sup>4</sup>sem informação de 9 sujeitos <sup>5</sup>sem informação de 14 sujeitos

Ter os principais amigos morando na vizinhança está associado a prevalência menor de TMC (6,2%), embora isso não tenha se confirmado estatisticamente (p=0,80).

Entre os entrevistados, o grau crescente da presença de sentimentos de solidão nos 12 meses precedentes à pesquisa acompanhou-se de aumento da prevalência de TMC (p<0,0001), verificado no percentual de 11,5% entre os que relataram ausência de tais sentimentos contra 64,4% entre os que classificaram a ocorrência em “muitas vezes”.

A dificuldade de dividir problemas com o companheiro também esteve associada com ocorrência mais elevada de TMC (p<0,0001).

A participação ativa na comunidade ou organização religiosa não esteve associada com TMC (p=0,86), assim como a preferência religiosa (p=0,71).

Indivíduos que declararam não haver importância da religiosidade na vida apresentaram menor prevalência de TMC do que os sujeitos que consideraram qualquer grau de importância ( $p=0,003$ ). Pode-se observar falta de linearidade entre presença de TMC e o grau de importância da religiosidade, pois duas categorias distintas apresentaram maior prevalência de TMC, ‘pouca’ ou ‘extrema’ importância, enquanto aqueles cuja religiosidade era ‘nenhuma’ ou ‘importante’ apresentaram taxas mais baixas de TMC.

### **Variáveis associadas à saúde**

A auto-avaliação negativa da saúde física e mental nos últimos 12 meses esteve associada com TMC ( $p<0,0001$ ) (Tabela 8). Ter procurado profissional da saúde devido a queixas físicas e mentais nos últimos 12 meses também esteve associado à ocorrência de TMC ( $p<0,0001$ )

**Tabela 8:** Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis associadas à saúde (n=2083).

VARIÁVEIS		TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Auto-avaliação da saúde física nos últimos 12 meses<sup>2</sup></b>	Ruim	29	37,3	63	62,7	92	3,9	<b>&lt;0,0001</b>
	Razoável	338	62,1	199	37,9	537	24,2	
	Boa	768	82,8	148	17,2	916	44,6	
	Muito boa	265	89,0	28	11,0	293	15,8	
	Excelente	216	87,5	26	12,5	242	11,5	
<b>Procura de ajuda profissional devido a queixas físicas nos últimos 12 meses<sup>2</sup></b>	Não	644	83,2	127	16,8	771	37,1	<b>&lt;0,0001</b>
	Sim	972	74,2	337	25,8	1309	62,9	
<b>Auto-avaliação da saúde mental nos últimos 12 meses<sup>2</sup></b>	Ruim	18	21,3	64	78,7	82	3,6	<b>&lt;0,0001</b>
	Razoável	237	49,5	221	50,5	458	20,1	
	Boa	799	84,6	135	15,4	934	46,2	
	Muito boa	286	91,3	25	8,7	311	16,0	
	Excelente	276	93,1	19	6,9	295	14,0	
<b>Procura de ajuda profissional devido a queixas mentais nos últimos 12 meses<sup>2</sup></b>	Não	1507	80,0	364	20,0	1871	90,5	<b>&lt;0,0001</b>
	Sim	109	53,8	100	46,2	209	9,5	

**Continuação: Tabela 8** - Presença de Transtorno Mental Comum na amostra de adultos da região metropolitana de São Paulo, segundo variáveis associadas à saúde (n=2083).

VARIÁVEIS		TRANSTORNO MENTAL COMUM				Total		p <sup>1</sup>
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Uso de psicotrópico nos últimos 12 meses<sup>3</sup></b>	Não	1509	79,1	390	20,9	1899	92,3	<b>&lt;0,0001</b>
	Sim	106	59,2	73	40,8	179	7,7	
<b>Gastos domiciliar com saúde nas últimas quatro semanas<sup>4</sup> (em reais)</b>	Nenhum	638	79,1	165	20,9	803	45,8	<b>0,02</b>
	Menos de 50	128	68,4	43	31,6	171	8,4	
	50-149	295	71,7	110	28,3	405	20,9	
	150-299	230	79,3	64	20,7	294	16,0	
	Acima de 300	153	80,3	43	19,7	196	8,9	

<sup>1</sup>Teste de Rao-Scott <sup>2</sup>sem informação de 3 sujeitos <sup>3</sup>sem informação de 5 sujeitos  
<sup>4</sup>sem informação de 214 sujeitos

A prevalência de TMC verificada nos sujeitos com uso de psicotrópicos nos últimos 12 meses foi quase duas vezes maior (40,8%) do que nos sujeitos que não fizeram uso de tal medicação (20,9%) ( $p < 0,0001$ ).

O gasto domiciliar com saúde nas últimas quatro semanas apresentou associação com TMC ( $p = 0,02$ ), mas esta associação não apresentou linearidade.

## 6.5. Análise Multivariada

A análise multivariada foi realizada separadamente para homens e mulheres devido à existência de diferenças entre os sexos na associação de alguns fatores de risco com TMC encontradas na literatura (CESAR et al., 2005; ANSELMINI et al., 2008).

Foram selecionadas: idade, raça, escolaridade, estado conjugal, renda, quantidade de comida em casa, número de filhos, número de filhos na casa,

ocupação, rede de apoio, importância da religiosidade/espiritualidade na vida e condição de saúde.

Permaneceram no modelo de regressão logística final, apenas, idade, escolaridade, estado conjugal, renda e condição de saúde, para ambos os sexos. Na análise, as variáveis idade e renda foram utilizadas a partir de valores contínuos, enquanto para escolaridade utilizou-se categorias de frequência escolar.

Nos homens, condição de saúde (avaliação negativa) mostrou-se o fator de risco com maior odds ratio para presença de TMC, seguido de escolaridade (baixa) e estado conjugal (viúvo) (Tabela 9).

**Tabela 9:** Odds ratio brutos e ajustados para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para Transtorno Mental Comum na amostra de homens da Região Metropolitana de São Paulo (n=817).

Variável	OR Bruto	IC – 95%	OR Ajustado*	IC - 95%	p
<b>Escolaridade</b>					
11 ou mais	1,00		1,00		
8 a 10	1,69	(0,83-3,43)	1,59	(0,77-3,28)	0,20
4 a 7	1,72	(1,01-2,92)	1,80	(1,03-3,14)	<b>0,04</b>
0 a 3	2,78	(1,60-4,82)	2,82	(1,55-5,16)	<b>0,001</b>
<b>Estado Conjugal</b>					
Casado	1,00		1,00		
Amasiado	1,06	(0,54-2,07)	0,83	(0,40-1,79)	0,67
Viúvo	3,72	(1,25-11,07)	3,02	(1,04-8,82)	<b>0,04</b>
Divorciado	1,74	(0,63-4,77)	1,75	(0,62-4,96)	0,28
Solteiro	1,19	(0,68-2,07)	1,24	(0,64-2,40)	0,52
<b>Renda</b>	1,00	(0,99-1,00)	1,00	1,00-1,00	0,87
<b>Condição de saúde</b>					
Avaliação positiva	1,00		1,00		
Avaliação negativa	6,19	(2,98-2,85)	5,42	(2,45-11,98)	<b>&lt;0,001</b>

\*OR Ajustados para idade, para demais variáveis da tabela e para o desenho amostral

Entre as mulheres da amostra, apenas escolaridade (zero a sete anos de escola) e condição de saúde (avaliação negativa) mantiveram-se associadas a maior prevalência de TMC (p<0,001).Diferentemente da análise

univariada, renda (baixa) e estado conjugal (amasiado) perderam força de associação ( $p=0,06$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10:** Odds ratio brutos e ajustados para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para Transtorno Mental Comum na amostra de mulheres da Região Metropolitana de São Paulo ( $n=1216$ ).

Variável	OR Bruto	IC – 95%	OR Ajustado*	IC - 95%	p
<b>Escolaridade</b>					
11 ou +	1,00		1,00		
8 a 10	1,71	(1,03-2,84)	1,43	(0,82-2,48)	0,19
4 a 7	2,05	(1,35-3,11)	1,98	(1,19-3,29)	<0,001
0 a 3	2,77	(1,88-4,08)	2,82	(1,65-4,82)	<0,001
<b>Estado Conjugal</b>					
Casado	1,00		1,00		
Amasiado	1,98	(1,33-2,95)	1,56	(0,97-2,52)	0,06
Víuvo	1,01	(0,57-1,81)	0,70	(0,37-1,33)	0,27
Divorciado	1,87	(1,06-3,31)	1,70	(0,87-3,30)	0,11
Solteiro	1,06	(0,70-1,62)	1,10	(0,65-1,87)	0,69
<b>Renda</b>	0,99	(0,99-0,99)	1,00	(1,0-1,0)	0,06
<b>Condição de saúde</b>					
Avaliação positiva	1,00		1,00		
Avaliação negativa	6,37	(3,65-11,12)	5,16	(2,17-12,26)	<0,001

\*OR Ajustados para idade, para demais variáveis da tabela e para o desenho amostral

A avaliação negativa da condição de saúde física apresentou o maior Odds ratio ajustado para TMC, tanto em homens ( $OR=5,42$ ) como em mulheres ( $OR=5,16$ ).

## **7. Discussão**

---

---

Em relação aos dados sociodemográficos, os resultados deste estudo evidenciaram que mais da metade da amostra é formada por sujeitos do sexo feminino, brancos, menores de 40 anos, com oito anos ou mais de frequência à escola e filhos, além do predomínio de casados e empregados. As mulheres apresentaram maior percentual de indivíduos viúvos, separados e com menores rendas, quando comparada aos homens. Quanto ao transtorno mental comum, a prevalência foi maior no sexo feminino.

O modelo de regressão logística desenvolvido para os homens revelou que baixa escolaridade, auto-avaliação negativa da saúde e viuvez permaneceram associadas a TMC, após controle para idade e renda.

No modelo de regressão logística para mulheres, apenas baixa escolaridade e auto-avaliação negativa da saúde mantiveram-se associadas a TMC, após controle para idade, renda e estado conjugal.

A discussão abordará inicialmente as limitações do estudo e posteriormente os resultados encontrados

### **7.1. Limitações do estudo**

Uma das principais limitações dos estudos transversais é a taxa de resposta. A taxa de resposta do presente estudo (74,5%), considerando toda região metropolitana de São Paulo, foi um pouco menor do que o esperado, que era de 80%. Uma explicação pode estar no fato de que a pesquisa teve como objetivo investigar outros desfechos, como por exemplo, uso pesado de álcool e violência entre parceiros íntimos (OLIVEIRA et al., 2009), aspecto que podem ter afastado aqueles que, de algum modo, sentiram-se envolvidos com esses problemas por vergonha ou receio de possíveis consequências de seu relato à entrevista. Outro fator que pode ter contribuído foi a violência urbana. Na ocasião da coleta dos dados, a cidade de São Paulo sofreu ataques de grupos ligados ao narcotráfico. Na mesma época, outro estudo de base populacional realizado na região metropolitana de São Paulo também

---



apresentou dificuldades, obtendo taxa de resposta ainda menor (LARANJEIRA et al., 2008).

Os resultados obtidos a partir da amostra selecionada não podem ser generalizados para pessoas institucionalizadas, moradores de rua e de áreas rurais, já que essas populações foram excluídas do processo de amostragem. Pode-se inferir, provavelmente, que os achados também ocorram em regiões metropolitanas brasileiras que compartilhem características semelhantes a da RMSP.

Afirmações a respeito da causalidade entre TMC e as variáveis investigadas não podem ser realizadas, devido ao desenho do estudo, transversal, que estuda esses aspectos simultaneamente, impossibilitando estabelecer nexos causais entre os acontecimentos. Diferentemente, estudos longitudinais podem estudar a direção de causalidade entre as variáveis sociodemográficas e TMC.

O instrumento utilizado na pesquisa para identificação de TMC, o SRQ-20, conhecido no mundo todo, que foi traduzido para o português e validado no Brasil (GONÇALVES et al., 2008), também teve seu uso aplicado em diversos estudos epidemiológicos realizados no país, com amostras específicas (MARAGNO et al., 2006; BANDEIRA et al., 2007; BRAGA et al., 2010) e populacionais (LIMA et al., 1999; LUDERMIR e MELO-FILHO, 2002; CESAR et al., 2005, RODRIGUES-NETO et al., 2008), permitindo uma melhor comparação das prevalências de TMC encontradas. Ainda em relação ao instrumento, é importante destacar que o SRQ é um instrumento de rastreamento. Ludermir e Lewis (2005) compararam casos identificados pelo SRQ com casos identificados a partir de entrevistas psiquiátricas, procurando detectar fatores sociodemográficos associados a “erro” de classificação. Os autores observaram que variáveis como idade, educação, migração e ocupação não se associaram a erro de classificação pelo SRQ. No entanto, gênero feminino mostrou-se associado à maior probabilidade de erro.

---

## 7.2. Interpretação dos resultados

### a) Prevalência de transtorno mental comum

A prevalência de TMC encontrada (22,4%) foi semelhante àquelas observadas em outros estudos de base populacional realizados no país que utilizaram a SRQ-20 para identificação do caso, apesar de diferentes pontos de corte. Assim pesquisas de base populacional encontraram 22,7% de TMC em Pelotas/RS (LIMA et al., 1999), 23,2% em Montes Claros/MG (RODRIGUES-NETO et al., 2008), ambas com corte 7/8 para os dois sexos, e 21,7% em Botucatu/SP, no qual Lima (2004) utilizou-se de pontos de corte diferenciados para homens (5/6) e mulheres (7/8).

Em Pelotas/RS, outros dois inquéritos populacionais revelaram prevalências superiores. Desse modo, Anselmi e colaboradores (2008) estimaram em 28% a prevalência de TMC, estudando mais de quatro mil sujeitos de uma coorte de nascidos no município em 1982, enquanto Coelho e colaboradores (2009) identificaram 30,2% em amostra de indivíduos com idade superior a 40 anos. Em ambos os casos, o corte da SRQ-20 foi de 5/6 para homens e 7/8 para mulheres. Em Olinda/PE, Ludermir e Melo-Filho (2002) estimaram em 35% a prevalência de TMC, valor mais elevado, devido, talvez, ao baixo ponto de corte utilizado (5/6 para ambos os sexos), e às características da amostra selecionada, uma vez que foi formada a partir de moradores de uma área administrativa do município com alta densidade demográfica e índices sócio-econômicos desfavoráveis.

Prevalências menores do transtorno foram observadas em outras pesquisas, também se utilizando do SRQ-20. Assim, Marín-León (2007), em Campinas/SP, encontrou taxa de 17% de TMC numa amostra representativa da população urbana do município, com corte único de 7/8. Esse mesmo corte foi usado por Cesar et al. (2005), que revelaram prevalência de 17,4% de TMC, analisando os dados do ISA-SP para as quatro localidades estudadas no estado. Apesar de esses dois estudos apresentarem pontos de corte mais elevados (oito), fato que provavelmente contribuiu para a diminuição da

---

prevalência do transtorno, Mendoza-Sassi e Béria (2003) obtiveram prevalência de TMC de 17,8% dos entrevistados em inquérito populacional no município de Rio Grande/RS, mesmo com valores de corte mais baixos, sendo de 5/6 para homens e 6/7 para mulheres.

O primeiro estudo de validação do SRQ-20 no Brasil (MARI & WILLIAMS, 1986) sugere pontos de corte diferenciados para homens (5/6) e mulheres (7/8), após obter sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. Outro estudo (GONÇALVES et al., 2008), também de validação desse instrumento no país, utilizou ponto de corte único (7/8) para os sexos, com uma sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, comparando os resultados desse instrumento com entrevista psiquiátrica usando a SCID-IV-TR (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR) como padrão-ouro. A decisão por pontos de corte diferenciados nesta pesquisa foi tomada a partir da sugestão da primeira validação da SRQ-20 e, também, por causa da observação de maior relato de sintomas mentais em mulheres quando comparadas aos homens durante investigação de possíveis diferenças entre os gêneros no padrão de morbidade referida, obtida em estudo de base populacional (MENDOZA-SASSI & BÉRIA, 2003).

A prevalência de TMC encontrada para a RMSP também foi semelhante àquela obtida por um inquérito populacional desenvolvido na atenção primária de dois distritos do município de São Paulo (MARAGNO et al., 2006), o qual estabeleceu 24,9% de acometidos, com utilização da SRQ-20. A amostra dessa pesquisa foi selecionada dentre moradores de áreas com e sem abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF), reunindo um total de 2377 sujeitos. No entanto, outras pesquisas sobre TMC em áreas de abrangência do PSF revelaram prevalências maiores: 38% em Santa Cruz do Sul/RS (GONÇALVES & KAPCZINSKY, 2008), 37,8% em São João Del Rei/MG (BANDEIRA et al., 2007) e 56% em Petrópolis (FORTES, 2004), que, com exceção do primeiro, utilizaram-se de outro instrumento, o GHQ.

Embora sejam populações diferentes, o que dificulta a comparação, a ocorrência de TMC verificada em áreas rurais brasileiras também foi maior que

---

a encontrada no presente estudo, sendo 36% entre trabalhadores da Região Serrana Gaúcha (RS) (FARIA et al., 1999) e 37,5% na população residente na Zona da Mata Pernambucana (PE) (COSTA & LUDERMIR, 2005), ambos com utilização do SRQ-20.

Os resultados deste estudo estão em sintonia com relação à prevalência de TMC observada em estudos internacionais, como a estimada em inquérito populacional realizado na Escócia, Inglaterra e País de Gales, com mais de oito mil sujeitos, que revelou a presença do transtorno em 24,2% dos entrevistados (SKAPINAKIS et al., 2006). De outro modo, um estudo na Etiópia apresentou prevalência menor de TMC (11,7%) (KEBEDE et al., 1999), enquanto em outro, na Nicarágua, foi observada uma taxa maior do transtorno (30,8%), ambos realizados com o uso da SRQ-20 (PENAYO et al., 1992).

## **b) Fatores de risco para TMC**

- **Sexo**

Na investigação de fatores de risco para TMC, o presente estudo revelou maior porcentagem do transtorno entre as mulheres, ( $p < 0,0001$ ), assim como previsto na hipótese, mesmo após controle para fatores de confusão e a utilização de ponto de corte superior na SRQ-20.

Essa realidade foi encontrada em diversos inquéritos populacionais nacionais (COUTINHO et al., 1999; LIMA et al., 1999; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; RODRIGUES-NETO et al., 2008), assim como na atenção primária (FORTES, 2004; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES & KAPCZINSKY, 2008). Os homens tiveram mais TMC em alguns estudos, considerados exceções, como a pesquisa de Bandeira et al. (2007), no Brasil, e Penayo et al. (1992), no exterior.

A prevalência de TMC em mulheres no presente trabalho foi de 28,1% (IC 95%: 24,2;32,1). Esse valor é inferior ao registrado em pesquisa efetuada com amostra de 2055 mulheres, com idade superior a 15 anos, representativa da população feminina de Feira de Santana/BA (ARAÚJO et al., 2005), e que

---

revelou 39,4% de portadoras de TMC, identificadas a partir do uso da SRQ-20. Também no nordeste brasileiro, o estudo de mulheres residentes nas áreas urbanas de Natal/RN, com idades entre 45 e 65 anos, revelou 39,8% de TMC, prevalência aferida pela SRQ-20 (GALVÃO et al., 2007).

Diferenças biológicas entre os sexos constituem-se um ramo de investigações a respeito dos possíveis fatores relacionados à prevalência superior de transtornos ansiosos e depressivos em mulheres. Um exemplo, pesquisa realizada no país explorou possíveis relações entre alterações endócrinas na perimenopausa e maiores taxas de sintomas depressivos, com resultados indicando associação positiva entre essa sintomatologia e níveis hormonais alterados (SOARES & ALMEIDA, 2000).

Variáveis sociais têm destaque na pesquisa dos fatores de risco para maior presença de TMC nas mulheres (PATEL et al., 1999; FONSECA et al., 2007; ; LUDERMIR et al., 2008). Aspectos relacionados ao papel feminino, passado e atual, na sociedade, aparecem mais associados aos transtornos mentais não psicóticos. Pode-se citar a sobrecarga de papéis dentro e fora de casa (WEICH et al., 1998; ARAÚJO et al., 2005, LUDERMIR et al., 2008), à vivência diferenciada das condições de vida e do trabalho, quando comparadas aos homens (LUDERMIR, 2000), entre outras possibilidades. Há, por exemplo, desigualdades de indicadores sociais, que apontam para a existência real de distinções entre os sexos (LUDERMIR, 2000), avaliadas objetivamente, e exemplificadas, entre outras situações, pela segregação das mulheres em ocupações de baixa renda, com remunerações menores que as recebidas pelos homens (LEONE & BALTAR, 2008). Além disso, também são acometidas por discriminação sexual (WHO, 2000) e violência doméstica mais grave (OLIVEIRA et al., 2009).

A maior prevalência de sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos no sexo feminino, comumente difusos e com estressor ambiental identificável, também pode ser compreendida como forma de expressão cultural do sofrimento existente em alguns grupos de maior vulnerabilidade social (mulheres, idosos, analfabetos, desempregados, pobres),

---

numa perspectiva histórica e atual (KISELY et al., 2006; FONSECA, 2007; LUDERMIR et al., 2008).

- **Escolaridade**

A hipótese de baixa escolaridade associada a TMC se confirmou, já que os sujeitos da RMSP que declararam ter frequentado a escola um tempo inferior a oito anos apresentaram maior prevalência do transtorno, chegando a um OR de 2,82 quando essa frequência não alcançou um mínimo de quatro anos, em ambos os sexos.

Essa associação já foi observada nos estudos de Coutinho et al. (1999), Lima et al. (1999), Ludermir e Melo-Filho (2002), Cesar et al. (2005), Marín-León et al. (2007), Rodrigues-Neto et al. (2008), Coelho et al. (2009), entre outros. No estudo de Campinas/SP (MARÍN-LEÓN et al., 2007), os indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade tiveram uma razão de prevalência de 5,5 para TMC. Do mesmo modo, verificou-se um máximo de sete anos escolares em 75% dos portadores de TMC no estudo de Montes Claros/MG (RODRIGUES-NETO et al., 2008).

Já em Botucatu/SP, a escolaridade não se manteve associada a TMC após controle para renda (LIMA, 2004). A escolaridade materna na época do nascimento também perdeu significância em sua associação com TMC, após análise conjunta à situação econômica atual do sujeito, considerada mais relevante, durante pesquisa de nascidos na cidade de Pelotas/RS no ano de 1982 (ANSELMÍ et al., 2008).

Em pesquisas desenvolvidas na atenção primária, a baixa escolaridade aparece associada a TMC, seja nos indivíduos com menos de quatro (GONÇALVES & KAPCZINSKY, 2008) ou oito (MARAGNO et al., 2006) anos de frequência escolar.

Estudos com populações femininas também revelaram maior prevalência dos transtornos mentais comuns em mulheres com piores níveis educacionais (ARAÚJO et al., 2005; GALVÃO et al., 2007).

---

Estudos epidemiológicos nacionais indicam que uma frequência escolar mais elevada, superior a 8-12 anos, associa-se a menor ocorrência de TMC, quando comparados àqueles com menor escolaridade, independente do sexo, idade e renda. Considerando que a duração do ensino fundamental e médio somadas, no país, atualmente, é de 12 anos (SANTOS & VIEIRA, 2006), pode-se supor que os indivíduos com esses níveis educacionais estejam protegidos, de alguma forma, do desenvolvimento do transtorno. Essa proposição se baseia no fato de que, geralmente, esse grau de escolaridade é alcançado antes da idade adulta, época de pouca ocorrência de TMC (GOLDBERG & HUXLEY, 1993), o que poderia reforçar a distinção temporal da ocorrência dessas duas situações. Do mesmo modo, a observação da simulação de um gradiente “dose-resposta” entre escolaridade e TMC no presente estudo, e em outros (CESAR et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007), fala a favor de uma determinação social na ocorrência dos TMC, embora não se possa fazer afirmações sobre causalidade no presente trabalho, como visto nas limitações do desenho do estudo.

Para Kundi (2007), essas evidências envolvendo os fatores de risco sociodemográficos para transtornos mentais, como a escolaridade, devem ser levadas em consideração na discussão da causalidade em estudos epidemiológicos, assim como para o desenvolvimento de políticas públicas, mesmo que seja numa dimensão experimental, sem perder de vista, no entanto, a realização de pesquisas aptas a confirmar cientificamente essas suposições.

A baixa escolaridade pode resultar, talvez, em uma diferença significativa da capacidade de lidar com adversidades, assim como nas possibilidades de desempenho socioeconômico, como ocupação, renda, condições de moradia, posse de bens fundamentais, entre outros aspectos relacionados à saúde, física e mental, quando comparados àqueles com melhores níveis educacionais, principalmente nos países desenvolvidos, onde a maioria expressiva da população tem altos índices de escolaridade.

---

- **Renda**

A hipótese inicial da associação de TMC com renda não se confirmou, após controle para variáveis de confusão, como a escolaridade e estado conjugal, embora sujeitos com renda per capita maior de 2 salários mínimos tenham apresentado prevalência de 14,9% de TMC, contra 26,7% dos indivíduos com renda “0 a 1/2 SM” ( $p=0,0002$ ), na análise univariada. No modelo de regressão logística final, renda per capita perdeu significância na associação com TMC, tanto nos homens ( $p=0,87$ ), como nas mulheres ( $p=0,06$ ). Da mesma maneira, quando se avaliou a situação socioeconômica a partir do uso de indicadores indiretos, como a “quantidade de comida em casa”, houve uma associação inicial entre aqueles que declararam a quantidade como “insuficiente” e maior proporção de TMC (39,6%) ( $p=0,0002$ ), mas que perdeu força de associação na análise multivariada para ambos os sexos.

As associações entre pobreza e transtornos mentais são verificadas desde a década de 70 do século passado (ALMEIDA-FILHO et al., 1989), e influenciaram à incorporação de aspectos sociais à compreensão da morbidade psiquiátrica. Assim, diferentemente do encontrado pelo presente estudo, renda e TMC têm uma associação consistente na literatura, principalmente nos países em desenvolvimento (LIMA et al., 1999; COSTA et al., 2002; LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; CESAR et al., 2005; PATEL et al., 2007; ANSELMINI et al., 2008; RODRIGUES-NETO et al., 2008; COELHO et al., 2009).

Apesar da tentativa de uniformização das variáveis relacionadas à situação socioeconômica, não há uma padronização consistente da forma de obtenção desses dados. Assim, a categorização da renda em salários mínimos facilita comparações, embora as categorias utilizadas nos estudos sejam heterogêneas. No estudo de Lima (2004), os sujeitos com renda per capita inferior a um salário mínimo apresentaram OR de 5,3 para TMC, enquanto um OR de 2,4 foi verificado para indivíduos com renda entre um e três SM, quando comparados aqueles que declararam valor superior a quatro SM. O estudo ISA-SP revelou prevalência de TMC em 24,7% daqueles com renda inferior a um

---



SM, 15,9% no grupo com renda “um a quatro SM” e 10,1% nos sujeitos com renda per capita igual ou superior a cinco SM ( $p=0,0003$ ) (CESAR et al., 2005). Em Montes Claros/MG, 98,6% dos portadores de TMC relataram renda per capita inferior a quatro SM (RODRIGUES-NETO et al., 2008). No estudo de Anselmi et al. (2008), situação econômica desfavorável atual associou-se a TMC para o total da amostra, enquanto a pobreza materna na época do nascimento apareceu associada a maior ocorrência do transtorno somente nas mulheres, independentemente da influência de outras variáveis ( $p<0,001$ ).

Na atenção primária, um inquérito populacional realizado em dois distritos de São Paulo identificou maior prevalência de TMC em sujeitos com renda per capita de até dois SM (MARAGNO et al., 2006).

Outros indicadores do nível socioeconômico também demonstram associação com TMC, como ser classificado em estratos sociais inferiores (COSTA et al., 2002) e condições precárias de moradia (LUDERMIR & MELO-FILHO, 2002; CESAR et al., 2005).

Alguns autores alegam que, na pesquisa dos fatores de risco para os transtornos mentais não psicóticos, a situação socioeconômica teria uma maior importância nos países em desenvolvimento, enquanto a escolaridade teria esse papel nos países desenvolvidos, embora se reconheça que ambos fatores estão presentes universalmente na ocorrência dos TMC (PATEL et al., 2007).

Há ao menos duas hipóteses possíveis a respeito da associação de nível socioeconômico e TMC: sujeitos com sofrimento psíquico teriam menos condições de obter uma renda satisfatória, ou, de outro modo, as condições socioeconômicas desfavoráveis levariam à ocorrência do transtorno mental. Alguns autores defendem a ideia de que desigualdades econômicas estão associadas à manutenção dos TMC, piorando o prognóstico, e contribuindo para a cronificação, evolução que contribui mais para a elevada prevalência desses transtornos do que a incidência (EATON et al., 1989; WEICH & LEWIS, 1998; KISELY et al., 2006).

---

- **Ocupação**

Os desempregados e donas-de-casa tiveram maior prevalência de TMC neste estudo quando comparados aos empregados, porém a variável ocupação não permaneceu no modelo final de regressão logística.

Todavia, tanto situações ocupacionais desfavoráveis, como o desemprego e o trabalho informal, quanto a saúde mental se distribuem de forma desigual entre as populações (LUDEMIR, 2000). Assim, Marín-León et al. (2007) demonstrou razão de prevalência 2,12 para TMC entre os trabalhadores informais e entre os desempregados. Do mesmo modo, o trabalho informal apareceu associado a TMC em Olinda/PE entre o grupo de trabalhadores manuais, independentemente de outras variáveis (LUDEMIR & MELO-FILHO, 2002). O desemprego associou-se a TMC em um estudo de caso-controle (COUTINHO et al., 1999), analisando os dados de três capitais brasileiras, e que, também, revelou maior porcentagem do transtorno em homens que declararam ter companheira trabalhando fora de casa. Entre as mulheres, já se observou menor prevalência de TMC naquelas com ajuda para as tarefas domésticas, seja remunerada ou não (ARAÚJO et al., 2005). Galvão et al. (2007), estudando mulheres no climatério, encontrou maior ocorrência de TMC nas donas-de-casa, enquanto Ludermir (2000) identificou essa associação nas trabalhadoras informalmente inseridas no mercado de trabalho.

Há hipóteses que associam o trabalho feminino remunerado como fator de proteção para os transtornos mentais comuns, devido não só a compensação financeira, mas, também, ao possível reforço na rede de apoio social, distanciando as mulheres do “isolamento” associado ao compromisso diário com os afazeres domésticos (MORAES JÚNIOR apud FONSECA, 2007). De modo inverso, a sobrecarga de papéis desempenhada por grande parte das trabalhadoras remuneradas, também, poderia levar a um maior sofrimento psíquico. Ou ainda, como visto acima, aspectos do trabalho, como controle rígido e autoritário dos indivíduos, insatisfação, instabilidade, pagamento por produção, baixa remuneração e estresse no ambiente de trabalho, também podem associar-se a sofrimento mental nos trabalhadores (WARR, 1994),

---

inclusive às mulheres. Um estudo transversal com trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu/SP revelou associação de TMC com alto desgaste emocional no desempenho das atividades laborativas (BRAGA et al., 2010).

O presente trabalho revelou que, na análise univariada, houve associação entre características ocupacionais e TMC, como ausência de cargo de chefia ( $p=0,03$ ) e a percepção de estresse no ambiente de trabalho ( $p=0,0002$ ). Essas variáveis, porém, não permaneceram no modelo final de regressão logística, talvez devido ao menor número de sujeitos respondentes ( $n=1166$ ) ou ao questionário que não investigou aspectos específicos da organização de trabalho e da relação dos sujeitos com a atividade laboral.

- **Apoio Social e religiosidade**

Variáveis relacionadas a apoio social e religiosidade se associaram a TMC na análise univariada no presente estudo, mas perderam significância após controle para idade, estado conjugal, renda e escolaridade, não permanecendo no modelo final de regressão logística.

O achado do presente trabalho não foi consistente com dados da literatura, pois, assim como vulnerabilidades socioeconômicas são considerados os principais fatores de risco para TMC, a presença de apoio social satisfatório pode atuar como fator protetor. É o que demonstrou um estudo na área rural da Zona da Mata Pernambucana, onde as pessoas com baixo apoio social apresentaram duas vezes mais chances de ter transtornos mentais comuns (OR: 2,09; IC95%: 1,35;3,24) que os que têm alto apoio, mesmo depois do ajuste por idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho (COSTA & LUDERMIR, 2005). Estudando 714 moradores da área de abrangência de cinco unidades do PSF de Petrópolis/RJ, Fortes (2004) identificou menor prevalência de TMC nos sujeitos que relataram possível apoio de, no mínimo, quatro pessoas, assim como entre aqueles com hábito frequente de ir a um centro religioso.

---

No presente estudo, a participação em organização religiosa foi investigada com intuito, também, de avaliar possível fonte de apoio social presente na vida do entrevistado, mas esta variável não apresentou significância na análise univariada. Outro achado mostrou que a prevalência de TMC na amostra da RMSP não difere segundo a preferência religiosa, diferente do encontrado por Cesar et al. (2005), que observou associação entre TMC e a religião declarada. A indagação a respeito da importância dada a religiosidade/espiritualidade pelo sujeito revelou duas categorias distintas com maior prevalência de TMC, mais precisamente, aqueles cuja religiosidade tinham 'pouca' ou 'extrema' importância, enquanto aqueles cuja importância era "nenhuma" e "importante" apresentaram taxas mais baixas de TMC, com diferenças evidenciadas estatisticamente na análise univariada. Possíveis explicações podem encontrar-se no fato de não ter ocorrido investigação adequada desse atributo pelos instrumentos utilizados. Ou ainda, pode ser devido à presença de variáveis confundidoras atuando nesses achados, entre elas, por exemplo, a possível associação entre alta escolaridade, baixo TMC e nenhuma religiosidade, ou a religiosidade extrema como possível forma de  *coping*  para TMC.

- **Estado conjugal**

Houve associação de estado conjugal e TMC no sexo masculino. Os homens viúvos da amostra apresentaram taxas de TMC três vezes maiores que os casados ( $p=0,04$ ), mesmo após controle para idade, escolaridade, renda e condição de saúde. Nas mulheres, não houve diferenças na prevalência de TMC segundo o estado conjugal, embora a categoria de "amasiadas" tenha perdido significância estatística, apenas, quando a variável "condição de saúde" foi inserida no modelo final de regressão logística ( $p=0,06$ ).

Outros estudos também demonstraram associação de TMC com estado conjugal, principalmente na ausência de um companheiro (COUTINHO et al., 1999; LIMA et al., 1999; FORTES, 2004; ARAÚJO et al., 2005; CESAR et al.,

---

2005). O estudo ISA-SP revelou associação de TMC com mulheres separadas e viúvas, o mesmo não ocorrendo para os homens. Maragno et al. (2006) encontraram no casamento um fator de proteção para TMC. O estudo de Coutinho et al. (1999) apontou que a associação do estado conjugal com TMC diferiu segundo a escolaridade do entrevistado: solteiros com alta escolaridade e casados com baixa escolaridade.

No entanto, ter companheiro nem sempre significa ter apoio ou facilidade para dividir os problemas. O presente trabalho apresentou amostra com 11,8% de indivíduos que declaram ser difícil dividir problemas com o companheiro, com associação positiva com TMC ( $p < 0,0001$ ) na análise univariada.

- **Condição de saúde**

No presente estudo, a auto-avaliação negativa da saúde física apresentou um OR acima de 5,0 para TMC, em ambos os sexos, mesmo após controle para idade, renda, escolaridade e estado conjugal. Isso reforça a importância da avaliação da saúde para a modulação da experiência de TMC, visto que, conceitualmente, os sujeitos com TMC apresentam queixas mentais e físicas, atípicas e difusas.

Esse achado está em sintonia com o estudo ISA-SP, onde a prevalência de TMC entre os que consideraram a própria saúde como “ruim/muito ruim” foi de 57,3% (CESAR et al., 2005). Outras pesquisas apresentaram associação entre doenças físicas crônicas e TMC (COSTA et al., 2002; COELHO et al., 2009).

Fortes (2004) chama a atenção para alta prevalência de pacientes portadores de TMC com sintomas físicos, especialmente quadros dolorosos, em serviços de atenção primária. Fonseca (2007) cita que a sintomatologia física, principalmente difusa e atípica, esta muito presente nos portadores de transtornos mentais comuns. No exterior, uma coorte realizada na Suíça com 186 sujeitos, na faixa etária dos 18 aos 65 anos, revelou que 79,6% das

---

peças com sintomas depressivos e ansiosos tinham sintomatologia física importante, inespecífica e atípica, associada a cronicidade desses transtornos mentais (HENNINGSEN et al., 2006)..

Em termos da metodologia utilizada, o SRQ-20 tem quatro questões a respeito da saúde física (sintomas psicossomáticos), o que pode, de algum modo, contribuir para essa associação.

Como já mencionado, não é possível atribuir direção de causalidade, pois assim como condição de saúde física insatisfatória pode levar a sofrimento mental, a presença de sintomas emocionais podem enviesar negativamente a avaliação da própria saúde física.

- **Variáveis sócio-demográficas associadas a TMC nos modelos de regressão logística separados por sexo**

O presente estudo encontrou a presença de associação de TMC com baixa escolaridade, estado conjugal (viuvez) e condição de saúde (avaliação negativa) no sexo masculino, enquanto, apenas, baixa escolaridade e condição de saúde (avaliação negativa) no sexo feminino.

O estudo de Ludermir (2000) também analisou os dados para os sexos separadamente e encontrou associação de TMC com a situação ocupacional das mulheres, em específico, o grupo de trabalhadoras manuais informalmente inseridas no processo produtivo, ajustado para idade, estado conjugal, renda, escolaridade, migração e condições de moradia.

Já o estudo de Anselmi et al. (2008), que também analisou homens e mulheres de forma independente, observou associação entre TMC e cor da pele negra/parda, pior nível socioeconômico atual e pobreza materna à época do nascimento no sexo feminino, enquanto, apenas, pior nível socioeconômico atual, no sexo masculino.

---

### **7.3. Relevância em termos de saúde pública**

O presente trabalho revelou alta prevalência de transtornos mentais comuns na amostra estudada, salientando a importância do tema em termos de saúde pública. A identificação de fatores de risco associados a esses transtornos permite criar estratégias de saúde e políticas sociais voltadas para grupos de maior vulnerabilidade

Na amostra estudada, apesar da prevalência semelhante entre aqueles com avaliação negativa da saúde física em comparação àqueles com avaliação negativa da saúde mental, houve diferença significativa nas motivações por busca de ajuda profissional, sendo maior nas situações de sintomatologia física (62,9%), quando comparadas à procura de ajuda profissional devido a ocorrência de sintomas mentais (9,5%). Estudos têm mostrado associação de TMC com o uso de serviços (COSTA et al., 2002; LIMA, 2004) e também com o uso de psicotrópicos (LIMA et al., 2008), o que reforça o impacto potencial destes transtornos em termos da organização dos serviços de saúde.

Como este trabalho revelou associação independente de auto-avaliação negativa da saúde física aos TMC, assim como procura de ajuda profissional motivada por sintomas físicos, pode-se presumir, talvez, que os portadores de TMC busquem ajuda nos serviços de saúde apresentando queixas físicas, mesmo sendo portadores de um transtorno mental. Isso dificulta o reconhecimento do transtorno e dos fatores psicossociais associados, assim como, muitas vezes, implica em terapêutica somática, inadequada e voltada para o emprego de medicações e procedimentos desnecessários, gerando gastos excessivos e indevidos, insatisfação de usuários dos serviços e profissionais da saúde, além de impasses nessa relação (FORTES, 2004; HENNINGSEN et al., 2005; FONSECA et al., 2007). Em estudo realizado na cidade de Botucatu, Simioni (2005) observou dificuldades dos médicos na

---

identificação de pacientes com sofrimento psíquico, o que em parte, pode ser atribuído à forma como os pacientes apresentam seus sintomas. De qualquer modo, mudanças no ensino das ciências da saúde têm sido sugeridas como forma de preparar melhor os profissionais para uma abordagem capaz de visualizar distintamente os transtornos mentais comuns (LIMA et al., 2008).

---



## **8. Conclusões**

---

A partir do presente estudo foi obtida prevalência de 22,4% de TMC, semelhante ao encontrado por outros inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras. A pesquisa dos fatores de risco confirmou as hipóteses iniciais de associação do transtorno com sexo feminino e baixa escolaridade, mas não confirmou a hipótese de associação com menores rendas. Os achados reforçam a relevância dos TMC em termos de organização dos serviços de saúde, da necessidade de propor políticas públicas para grupos vulneráveis e da importância de formar profissionais aptos a identificação e manejo destes transtornos.

---

## **9. Referências Bibliográficas**

---

ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria**. São Paulo: IBRASA – Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A., 1968. 573p.

ALMEIDA-FILHO, N.; BASTOS, S.B. Estudo caso-controle da associação entre migração e desordens depressivas em mulheres. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.31, p.25-30, 1982.

ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. Bases históricas da epidemiologia psiquiátrica. **Rev. ABP-APAL.**, v.9, p.107-112, 1987.

ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Programas especiais de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. 67p.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.S.F.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **Br. J. Psych.**, v.171, p.524-529, 1997.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.S.F. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.26, p.236-245, 1999.

ALONSO-FERNANDES, F. **Psiquiatria sociológica**. Espanha: Paz Montalvo, 1974. 270p.

ALONSO, J.; CODONY, M.; KOVESH, V.; ANGERMEYER, M.C.; KATZ, S.J.; HARO, J.M.; GIROLAMO, R.G.; DEMYTTENAERE, K.; VILAGUT, G.; ALMANSA, J.; PIERRE LE, J.; BRUGHA, T.S. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. **Br. J. Psych.**, v.190, p.299-306, 2007.

---

ALVARENGA, J.M.; LOYOLA-FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHO, E. Estudo de base populacional sobre condições de saúde associadas ao uso de benzodiazepínicos em idosos (Projeto Bambuí). **Cad. Saúde Pública**, v.25, p.605-612, 2009.

ALVES, M.C.G.P. Estudo sobre uso de tabaco, álcool e drogas na Região Metropolitana de São Paulo. Plano de Amostragem, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3.ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-III-R**. 3.ed. São Paulo: Manole, 1990. 227p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4.ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994. 656p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 880p.

ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO, C.A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.26, p.257-261, 1999.

ANSEMI, L.; BARROS, F.C.; MINTEN, G.C.; GIGANTE, D.P.; HORTA, B.L.; VITCTORA, C.G. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v.42 (Supl. 2), p.26-33, 2008.

---

ARANHA, M.L.A.A.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando**. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2003. 439p.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, O.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.3, p.337-348, 2005.

ARAÚJO, T.M.; ALMEIDA, M.M.G.; SANTANA, C.C.; ARAÚJO, E.M.; PINHO, O.S. Transtornos Mentais Comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev. Enferm.**, v.14, p.260-269, 2006.

ARAÚJO, T.M.; CARMO JÚNIOR, J.J.; ALMEIDA, M.M.G.; PINHO, O.S. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.31, p.294-310, 2007.

ARAYA,R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R.; ACUNA, J.; LEWIS, G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. **Br. J. Psychiatr.**, v.178, p.228-233, 2001.

BALLESTER, D.A.; FILIPPON, A.P.; BRAGA, C.; ANDREOLI, S.B. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. **São Paulo J. Med.**, v.123, p.72-76, 2005.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Braz. J. Psiquiatr.**, v.56, p.41-47, 2007.

BIJL, R.V.; RAVELLI, A.; ZENSEN, G.V. The Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS): objectives and design. **Soc. Psychi. Psychiatr. Epidemiol.**, v.33, p.587-595, 1998.

---

BRAGA, L.C. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica Botucatu, SP.** 2007. 142f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

BRUCE, M.L.; SEEMAN, T.E.; MERRILL, S.S.; BLAZER, D.G. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. **Am. J. Public Health**, v.84, p.1796-1799, 1994.

BUSNELLO, E.D.; LIMA, B.; BERTOLOTE, J.M. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico – tópicos psiquiátricos e psicossociais na vila São José do Murialdo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.32, p.207-210, 1983.

CABANA, M.C.F.L.; LUDERMIR, A.B.; SILVA, E.R.; FERREIRA, M.L.L.; PINTO, M.E.R. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho **Braz. J. Psiquiatr.**, v.56, p.33-40, 2007.

CERCHIARI, E.A.N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Est. Psicol.** v.10, p.413-420, 2005.

CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; ALVES, M.C.G.P.; BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. **Saúde e condição de vida em São Paulo:** inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). São Paulo: FSP/USP, 2005. 212p

COELHO, F.M.C.; PINHEIRO, R.T.; HORTA, B.L.; MAGALHÃES, P.V.S.; GARCIAS, C.M.M.; SILVA, C.V. Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.25, p.59-67, 2009.

COOPER, J.E. Detection and management of psychiatric disorders in primary care. **Br. J. Psychiatr.**, v.182, p.1-2, 2003.

---

COSTA, J.S.D.; SILVEIRA, M.F.; GAZALLEA, F.K.; OLIVEIRA, S.S.; HALLALA, P.C.; MENEZESA, A.M.B.; GIGANTEA, D.P.; MACEDO, M.T.S. O consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v.38, p.284-291, 2004.

COSTA, A.G.; LUDEMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p.73-79, 2005.

COSTA, E.F.O. Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe: estudo transversal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.32, p.11-19, 2010.

COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; RODRIGUES, L. Minor Psychiatric morbidity and internal migration in Brazil. **Soc. Psychi. Psychiatr. Epidemiol.**, v.31, p.173-179, 1996.

COUTINHO, E.S.F., ALMEIDA-FILHO, N., MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.26, p.246-256, 1999.

DEL PORTO, J.A. Visão geral sobre os instrumentos para obtenção de informações (entrevistas estruturadas e semi-estruturadas) **Neurobiologia**, v.51, p.135-146, 1988.

DOHREWEND, B.P.; DORHEWEND, B.S. Perspectives on the past and the future of psychiatric epidemiology. **Am. J. Public Health**, v.72, p.1271-1279, 1982.

EATON, W.W.; KREMER, M.; ANTHONY, J.C.; DRYMAN, A.; SHAPIRO S.; LOCKE, B.Z. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. **Acta Psychiatr. Scand.**, v.79, p.163-178, 1989.

---



EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C.H. **Tratado de psiquiatria**. 2.ed. Barcelona: Toray-Masson, S.A., 1965. 965p.

FACUNDES, V.L.D.; LUDEMIR, A.B. Common mental disorders among health care students. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, p.194-200, 2005.

FARIA, N.M.X.; FACCHINI, L.A.; FASSA, A.G.; TOMASI, E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha. **Rev. Saúde Pública**, v.33, p.391-400, 1999.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. Brasil. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v.11, p.285-294, 2008.

FORATTINI, O.P. **Epidemiologia geral**. São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 1976. 259p.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil 2004. 165 f. Tese (Doutorado) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.30, p.32-37, 2008.

---

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980. 240p.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Índice Paulista de responsabilidade social – versão 2008. Disponível em: <[www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)> Acesso em: 14 maio 2010.

GALVÃO, L.L.L.F.; FARIAS, M.C.S.; AZEVEDO, P.R.M.; VILAR, M.J.P.; AZEVEDO, J.D. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.53, p.414-420, 2007.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, p.2679-2691, 2006.

GOLDBERG, D.P.; COOPER, B.; EASTWOOD, M.R.; KEDWARD, H.B.; SHEPERD, M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. **Br. J. Prev. Social**, v.24, p.18-23, 1970.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**. A bio-social model. Tavistock: Routledge, 1993. 193p.

GOLDBERG, D.; GOODYEAR, I. **The origins and course of common mental disorders**. New York: Routledge, 2005. 230p.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKY, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.24, p.1641-1650, 2008.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKY, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v.28, p.380-390, 2008.

---

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2000. 438p.

GUREJE, O.; LASEBIKAN, V.O.; KOLA, L.; MAKANJUOLA, V.A. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. **Br. J. Psych.**, v.188, p.465-471, 2006.

HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; IGNACIO, L.L.; MURTHY, R.S.; WIG, N.N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, v.10, p.231-241, 1980.

HENNINGSEN, P.; JAKOBSEN, T.; SCHILTENWOLF, M. Somatization revisited diagnosis and perceived causes of common mental disorders. **J. Nerv. Mental Dis.**, v.193, p.85-92, 2005.

HERRMAN, H.; SAXENA, S.; MOODIE, R. **Promotion mental health-concepts, emerging evidence, practica**. Switzerland: World Health Organization, 2005.

IACOPONI, E.; MARI, J.J. Reliability and factor structure of the portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **Int. J. Soc. Psych.**, v.35, p.213-222, 1989.

IACOPONI, E. Detecção de distúrbios emocionais pelo médico: impacto do tipo de trabalho médico e do conceito sobre doenças mentais. **Rev. Ciênc. Méd.**, v.6, p.41-45, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE 2007. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. *Contagem da população 2007 tabelas* Disponível em: <[http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=793&z=cd&o=17&i=P\(Table 793\)](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=793&z=cd&o=17&i=P(Table 793))>. Acesso em: 14 maio 2010.

---

INTERIAN, A.; GARA, M.A.; DIAZ-MARTINEZ, A.M.; WARMAN, M.J.; ESCOBAR, J.I.; ALLEN, L.A.; MANETTI-CUSA, J. The Value of Pseudoneurological Symptoms for Assessing Psychopathology in Primary Care. **Psychosom. Med.**, v.66, p.141–146, 2004.

JACKSON, J.L.; PASSAMONTI, M.; KROENKE, K. Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. **Psychosom. Med.**, v.69, p.270–276, 2007.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. 4.ed. Buenos Aires: Beta, 1970. 973p.

JENKINS, R.; LEWIS, G.; BEBBINGTON, T.; BRUGHMA, M.; FARREL, M.; GILL, B.; MELTZER, H. The national psychiatric morbidity surveys of great britain – initial findings from the household survey. **Psychol. Med.**, v.27, p.775-789, 1997.

KAC, G.; SILVEIRA, E.A.; OLIVEIRA, L.C.; MARI, J.J. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, 999-1007, 2006.

KEBEDE, D.; ALEM, A.; RASHID, E. The prevalence and socio-demographic correlates of mental distress in Addis Ababa, Ethiopia. **Acta. Psychiatr. Scand.**, v.100, p.5-10, 1999.

KESSLER, R.C.; MC GONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.; KENDLER, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states. **Arch. Gen. Psychiatry.**, v.51, p.8-19, 1994.

KESSLER, R.C. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. **Bull. World Health Organ.**, v.78, p.464-474, 2000.

---

KESSLER, R.C.; ÜSTUN, T.B. The world mental health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) composite International diagnostic interview (CIDI) source. **Int. J. Methods Psychiatr. Res.**, v.13, p.93-121, 2004.

KESSLER, R.,C.; TAT CHIU, W.A.M.; DEMLER, O.M.A.; WALTERS, E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication **Arch. Gen. Psychiatry**, v.62, p.617-627, 2005.

KISELY, S.; SCOTT, A.; DENNEY, J.; SIMON, G. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes International study. **Br. J. Psychiatry.**, v.189, p.79-80, 2006.

KÜEY, L. The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. **Curr. Opin. Psychiatry**, v.21, p.403-411, 2008.

KUNDY, M. Causalidade e interpretação de evidência epidemiológica. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.12, p.419-428, 2007.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. SENAD Secretaria Nacional antidrogas. Retrieved December, 2008 from <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Est\\_atisticos/populacao\\_brasileira/Padroes\\_consumo\\_alcool\\_populacao\\_brasileira/327716.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Est_atisticos/populacao_brasileira/Padroes_consumo_alcool_populacao_brasileira/327716.pdf)>acesso em: 14 maio 2010

LEE, S. Estranged bodies, simulated harmony, and misplaced cultures: neurasthenia in contemporary Chinese society - Psychosomatic medicine, **Am. Psychosom. Soc.**, v.60, p.448-457, 1988.

---

LEE, E.S.; FORTHOFER, R.N. **Analyzing complex survey data. 2.ed.** (2ª ed). Beverly Hills, Sage, 2006.

LEONE, E.T.; BALTAR, P. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **Rev. bras. estud. popul.**, v.25, 233-249, 2008.

LIMA, M.S.; SOARES, B.G.O.; MARI, J.J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.26, p.225-235, 1999.

LIMA, M.C.P. **Transtornos Mentais Comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP:** um estudo de co-morbidade e utilização de serviços. 2004. 146f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

LIMA, M.C.P.; DOMINGUES, M.S.; CERQUEIRA, A.T.A.R. Prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Rev. Saúde Pública**, v.40, p.1035-1041, 2006.

LIMA, M.C.P.; SIMÃO, M.O.; OLIVEIRA, J.B.; CAVARIANI, M.B.; TUCCI, A.M.; KERR-CORREA, F. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública** , v.25, p. 2603-2611, 2009.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHO, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, p.1713-1720, 2003.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v.16, p.109-118, 2000.

LUDEMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v.36, p.213-221, 2002.

---

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.40, p.36–41, 2005.

LUDERMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v.18, p.451-467, 2008.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CESAR, C.L.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, p.1639-1648, 2006.

MARI, J.J.; WILIANS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **Braz. J. Psychiatr.** v.148, p.23-26, 1986.

MARI, J.J. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. **Soc. Psychiatr.**, v.22, p.129-138, 1987.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H.B.; BARROS, M.B.A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N.J. Social inequality and common mental disorders. **Rev.Bras. Psiquiatr.**, v.9, p.250-253, 2007.

MATHERS, C.D; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Med.**, v.3, e442.doi: 10.1371/journal.pmed.2006.

MEDINA-MORA, M.E.; BORGES, G.; BENJET, C.; LARA, C.; BERGLUND, P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. **Br. J. Psych.**, v.90, p.521-528, 2007.

---

MELLO, M.F., MELLO, A.A.F., KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207p.

MENDOZA-SASSI, R.A.; BÉRIA, J.U. Diferenças na morbidade referida entre sexos: evidências de um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, p.341-346, 2007.

MENEZES, P.R. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

MYKLETUN, A.; OVERLAND, S.; DAHL, A.A.; KROKSTAD, S.; BJERKESET, O.; GLOZIER, N.; AARO, L.E.; PRINCE, M. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. **Am. J. Psych.**, v.163, p.1412–1418, 2006.

NOBRE-DE-MELO, A.L. **Psiquiatria**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1979. 426p.

OLIVEIRA, J.B.; LIMA, M.C.P.; SIMÃO, M.O.; CAVARIANI, M.B.; TUCCI, A.M.; KERR-CORRÊA, F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.26, p.494–501, 2009.

OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

PAULA, K.C. **Prática de atividade física de lazer e transtornos mentais comuns em funcionários de uma Universidade no Estado do Rio de Janeiro**. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

---



PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDERMIR, A.B.; TODD, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc. Sci. Med.**, v.49, p.1461-1471, 1999.

PATEL, V.; ARAYA, R.; CHATTERJEE, S.; CHISHOLM, D.; COHEN, A.; SILVA, M.; HOSMAN, C.; McGUIRE, H.; ROJAS, G.; van OMMEREN, M. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v.370, p.991-1005, 2007.

PRINCE, M.; PATEL, V.; SAXENA, S.; MAJ, M.; MASELKO, J.; PHILLIPS, M.R.; RAHMAN, A. No health without mental health. **Lancet**, v.370, p.859-877, 2007. doi: 10.1016/S01406736(07)61238-0

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – **PNUD**  
Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000. **Todos os municípios do Brasil** Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).html](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).html)> Acesso em: 14 maio 2010.

RAZZOUK, D.; ZORZETTO, R.; DUBUGRAS, M.T.; GEROLIN, J.; MARI, J.J. Os países líderes em pesquisa em saúde mental na América Latina e Caribe. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.29, p.118-122, 2007..

REGIER, D.A.; BOYD, J.H.; BURKE, J.D.; RAE, D.S.; MYERS, J.K.; KRAMMER, M.; ROBINS, L.N.; GEORGE, L.K.; KARNO, M.; LOCKE, B.Z. one month prevalence of mental disorders in the united states. **Arch. Gen. Psychiatr.**, v.45, p.977-986, 1988.

REGIER, D.A.; NARROW, W.E.; RAE, D.S.; MANDERSCHIED, R.W.; LOCKE, B.Z.; GOODWIN, F.K. The facto US mental and addictive disorders service system. ECA prospective 1-Year prevalence rates of disorders and services. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.50, p.85-94, 1993.

---

REICHENHEIM, M.; HARPHAM, T. Maternal mental health in a squatter settlement in Rio de Janeiro. **Br. J. Psychiatr.** v.159, p.683-690, 1991.

REIS, E.J.F.B., CARVALHO, F.M., ARAUJO, T.M., PORTO, L.A., SILVANY NETO, A.M. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, p.1480-1490, 2005.

ROBINS, L.N.; HELZER, J.E.; RATCLIFF, K.S.; SEYFRIED, W. Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM-III diagnoses. **Psychol. Med.**, v.12, p. 855-870, 1982.

RODRIGUES-NETO, J.F.; FIGUEIREDO, M.F.S.; FARIA, A.A.S.; FAGUNDES, M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.57, p.233-239, 2008.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 708p.

SANTANA, V.S. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. Salvador: Instituto de Saúde do Estado da Bahia, 1982. (Série de estudos em Saúde). Apud ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas especiais de saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. 67p.

SANTANA, V.S. Transtornos mentais em um centro de saúde de Salvador-Bahia. **Rev. Bahia Saude Publica**, v.4, p.160-167, 1977. Apud ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas especiais de saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. 67p.

---

SANTOS, L.L.C.P.; VIEIRA, L.M.F. "Agora seu filho entra mais cedo na escola": a criança de seis anos no ensino fundamental de nove anos em Minas Gerais. **Educ. Soc.**, v.27, p.775-796, 2006.

SARACENO, B.; van OMMEREN, M.; BATNIJI, R. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Lancet – Global Mental Health**, p.76-86, 2007.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. **Lancet**, v.370, p.810-811, 2007.

SAXENA, S.; PARAJE, G.; SHARAN, P.; KARAM, G.; SADANA, R. The 10/90 divide in mental health research: trends in a ten-year period. **Br. J. Psychiatr.**, v.188, p.81-82, 2006.

SKAPINAKIS, P.; WEICH, S.; LEWIS, G.; SINGLETON, N.; ARAYA, R. Socio-economic position and common mental disorders: Longitudinal study in the general population in the UK. **Br. J. Psychiatr.**, v.189, p.109-117, 2006.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde **Rev. Saúde Pública.**, v.42, p.921-929, 2008.

SIMIONI, L. **Estudo de prevalência de morbidade psiquiátrica e beber problemático em um serviço de atenção básica à saúde [dissertação]. Botucatu, SP.** 2007. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

SOARES, C.N.; ALMEIDA, O.P. Associação entre depressão na perimenopausa e níveis séricos de estradiol e hormônio folículo-estimulante. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.22, p.17-21, 2000.

---

SOUZA, M.F.M.; SILVA, G.R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.32, p.50-58, 1998.

STATA CORP. **Stata Statistical Software**: Release 10. College Station: StataCorp LP, 2007.

VEGA, W.A.; KOLODY, .B.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; ALDERETE, E.; CATALANO, R. Gaps in service utilization by mexican americans with mental health problems. **Am. J. Psychiatr.**, v.34, p.928-934, 1999.

VIANA, M.C.; TEIXEIRA, M.G.; BERALDI, F.; BASSANI, I.S.; ANDRADE, L.H. São Paulo Megacity – um estudo epidemiológico de base populacional avaliando a morbidade psiquiátrica na Região Metropolitana de São Paulo: objetivos, desenho e implementação do trabalho de campo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.31, p.375-386, 2009.

VICENTE, B.; KOHN, R.; RIOSECO, P.; SALDIVIA, S.; BAKER, C.; TORRES, S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. **Br. J. Psychiatr.**, v.184, p.299-305, 2004.

VIEIRA, F.B. **Introdução ao estudo da epidemiologia**. São Paulo: Médico-Social Ltda, 1944. 118p.

ÜUSTUN, T.B.; TIEN, A.Y. Recent developments for diagnostic measures in Psychiatry. **Epidemiol. Rev.**, v.17, p.210-220, 1995.

WARR, P. A conceptual framework for the study of work and mental health. **Work & Sress**, v.84, p.84-97, 1994.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population based cohort study. **Br. J. Med.**, v.317, p.115-119, 1998.

---

WHO. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: Division of Mental Health, 1994. 80p.

WHO-ICPE. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. **Bull. World Health Organ.**,v.78, p.413-426, 2000.

WITTCHEN, H.U.; JACOBI, F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. **Eur. Neuropsychopharmacol.**, v.15, p. 357-376, 2005.

---