

# Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia

## *Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia*

Saulo Vasconcelos Rocha<sup>I,II</sup>

Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>I</sup>

Tânia Maria de Araújo<sup>I</sup>

Jair Sindra Virtuoso Júnior<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia.

<sup>II</sup> Núcleo de Estudos em Saúde da População, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

<sup>III</sup> Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Correspondência:** Saulo Vasconcelos Rocha. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, BR 116, Km 03 - CEP 44031-460, Feira de Santana, BA. E-mail: saulosaucoletiva@yahoo.com.br

## Resumo

**Objetivo:** Descrever a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e presença de doenças crônicas entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal com amostra da população de 15 anos ou mais de idade de Feira de Santana, aleatoriamente selecionada. Foi utilizado um formulário, contendo informações sociodemográficas, de hábitos de vida e doenças referidas. O SRQ-20 foi utilizado para mensuração de Transtornos Mentais Comuns (TMC). A análise estatística foi realizada com nível de significância  $p \leq 0,05$ , cálculo da razão de prevalência e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Foram estudados 3.597 indivíduos, 71,4% do sexo feminino. A prevalência global de TMC foi de 29,9%. A análise dos dados revelou que as características sociodemográficas (sexo, renda e escolaridade), os hábitos de vida e as condições clínicas estavam associados à maior prevalência de TMC. **Conclusões:** O estudo permitiu estimar a prevalência de TMC na população urbana de um município localizado no nordeste do Brasil e identificar características associadas aos TMC que podem interferir na saúde mental da população estudada. Nesse sentido, as políticas de atenção a saúde mental do município devem contemplar ações direcionadas ao incentivo a participação em atividades de lazer além de campanhas de controle do uso de tabaco e doenças crônicas.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Saúde da população urbana. Transtornos mentais, SRQ-20.

## Abstract

**Objective:** To describe the prevalence of common mental disorders according to sociodemographic characteristics, lifestyle and medical conditions among residents of urban areas of Feira de Santana, Bahia.

**Methods:** A cross-sectional study was carried out, including a random sample of the urban population over the age of 15 years of Feira de Santana, Bahia, Brazil. We used a form to attain information on sociodemographic factors, lifestyle and disease frequency. The SRQ-20 was used to measure common mental disorders (CMD). Statistical analysis adopted the  $p \leq 0.05$  significance level; prevalence ratios and respective 95% confidence intervals were calculated. **Results:** We studied 3,597 individuals, 71.4% female. The global prevalence of CMD was 29.9%. Data analysis revealed that sociodemographic characteristics (sex, education, income), lifestyle and clinical conditions were associated with the prevalence of CMD. **Conclusion:** The study allowed us to estimate the prevalence of CMD among the urban population of a municipality located in Northeastern Brazil and to identify the characteristics associated with CMD prevalence that may interfere with mental health. In this sense, municipal healthcare policies should include actions aimed to encourage participation in leisure activities as well as campaigns to control smoking and chronic diseases.

**Keywords:** Mental health. Urban health. Common mental disorders. SRQ-20.

## Introdução

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde das populações e representando elevado ônus para a saúde pública.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup>, uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida. Os transtornos mentais ou neurológicos, ou problemas psicossociais como os relacionados a álcool e drogas, atingem cerca de 450 milhões de pessoas.

Os transtornos mentais comuns (TMC) incluem transtornos não psicóticos; são caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas<sup>2</sup>.

Os TMC constituem morbidade psíquica de significativa prevalência nas sociedades modernas, afetando pessoas de diferentes faixas etárias, causando sofrimento tanto para o indivíduo como para a família e comunidade.

Estudos realizados no Brasil e em países da América Latina identificaram prevalências elevadas de transtornos mentais (20,2%<sup>3</sup> e 26,7%<sup>4</sup>, respectivamente).

Os TMC são mais comuns entre as mulheres<sup>5-7</sup>, indivíduos de cor negra ou parda<sup>5,7</sup>, pessoas com baixo nível de escolaridade<sup>6,8</sup>, com idades mais avançadas<sup>9</sup>, baixa renda<sup>5</sup>, tabagistas<sup>9</sup> e doentes crônicos<sup>9</sup>.

Embora o conjunto dos transtornos mentais represente cerca de 13% a 14% da carga total de doenças, menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em saúde mental<sup>1</sup>, produzindo um abismo entre a demanda e a oferta dos serviços em saúde mental. Em decorrência desse descompasso, apenas parte dos casos existentes é identificada e tratada, elevando os custos sociais e econômicos com esses agravos<sup>10</sup>. Esses transtornos constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, o que acarreta indiretamente aumento da demanda nos serviços de saúde.

Apesar das poucas estimativas disponí-

veis indicarem a relevância dos transtornos mentais, os dados sobre a situação de saúde mental em grupos populacionais ainda são escassos, ocasionando uma carência de informações sobre os indicadores de morbidade psíquica.

A ausência ou insuficiência de informações sobre a situação de saúde mental das populações é fator contribuinte para a atenção ainda precária ou inexistente em saúde mental, tanto no que se refere à oferta de serviços quanto à elaboração de políticas de proteção e promoção à saúde.

Com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde mental das populações, este estudo foi realizado com o objetivo de estimar a prevalência os transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia e descrever fatores associados à prevalência identificada.

Diante da crescente prevalência de TMC na população, verifica-se a necessidade de levantamentos populacionais destinados a identificar os fatores associados aos TMC, possibilitando um maior embasamento das estratégias de atenção à saúde mental.

## Métodos

Foi realizado um estudo de corte transversal de natureza descritiva no município de Feira de Santana, localizado a 116 km de Salvador, capital da Bahia, Região Nordeste do Brasil, no período de abril a dezembro de 2007.

O município de Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31ª do País. Está localizada na região da zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano, com população, estimada, em 2006, de 535.820 habitantes<sup>8</sup>.

A seleção das áreas de estudo foi realizada por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>8</sup>, tendo o domicílio como unidade amostral.

A amostra foi obtida assumindo-se uma prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25%<sup>1</sup>, erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se amostra de 800 indivíduos. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, que subiu para um total de 1.600 pessoas. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.920 indivíduos.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes procedimentos: determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana; definição de percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário; todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas foram realizadas até três visitas por domicílio.

Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado aos moradores elegíveis dos domicílios sorteados. O instrumento continha informações sociodemográficas, características do trabalho profissional e doméstico, aspectos da saúde reprodutiva, informações sobre doenças auto-referidas e hábitos de vida, tais como consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo (hábito de fumar), participação e tempo destinados a atividades de lazer, prática de atividades físicas e condição da saúde mental.

As variáveis relacionadas aos hábitos de vida (etilismo – consumo de bebida alcoólica, tabagismo – hábito de fumar, participação em atividades regulares de lazer e tempo suficiente para o lazer) e condições clínicas (diabetes, hipertensão, colesterol

elevado, obesidade, câncer, cardiopatia) foram obtidas de forma auto-referida e avaliadas por meio de questões dicotômicas do tipo “sim” ou “não”.

As variáveis relativas às condições clínicas investigadas (referência a doenças como diabetes, hipertensão, colesterol elevado, obesidade, câncer e cardiopatia) foram agrupadas em uma única variável “presença de doença crônica”. Assim, considerou-se como “presença de doença crônica” a referência a pelo menos uma das seis condições clínicas acima referidas.

O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Este instrumento desenvolvido pela OMS<sup>11</sup> foi validado por Mari e Williams<sup>12</sup> e se destina a avaliar o grau de suspeição de transtorno mental, não oferecendo diagnóstico específico do transtorno existente. O SRQ-20 apresenta desempenho aceitável como instrumento de rastreamento da saúde mental<sup>13</sup>. Na determinação de TMC foi adotado o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, procedimento adotado em outros estudos<sup>6,14</sup>.

Para a confecção do banco e da análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos SPSS (versão 9.0) e o R 2.6.1.

Inicialmente foi feita análise descritiva considerando variáveis sociodemográficas, variáveis comportamentais e condições clínicas, com a finalidade de apresentar o perfil da população estudada.

As prevalências de TMC foram estimadas e estratificadas segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda, nível de escolaridade e situação conjugal), hábitos de vida (etilismo, tabagismo, participação em atividades de lazer e tempo suficiente para o lazer) e presença de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, colesterol elevado, obesidade, câncer, cardiopatia).

Foram calculadas razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Para avaliação da medida de significância estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, adotando  $\alpha = 5\%$ .

Para avaliação simultânea dos fatores incluídos no estudo foi realizada análise de regressão logística múltipla (ARLM), com finalidade exploratória.

A ARLM foi conduzida segundo os procedimentos recomendados por Hosmer & Lemeshow<sup>15</sup>, incluindo as seguintes etapas:

- Verificação de pressupostos;
- Pré-seleção de variáveis básicas;
- Pré-seleção de termos de interação;
- Avaliação de confundimento;
- Análise de regressão logística propriamente dita.

A regressão logística adotou procedimento *backward* para a seleção do melhor modelo. O modelo completo incluiu as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda, escolaridade, situações conjugal), hábitos de vida (etilismo, tabagismo, participação em atividades de lazer e tempo suficiente para o lazer) e doenças crônicas (presença/ausência).

Em função da ARLM ter sido desenvolvida para uso em estudos de caso-controle, produzindo medidas de OR e não de RP, não tem sido recomendado o uso de estimativas de OR, obtidas na ARLM, para estudo de efeitos de elevada frequência. Como a prevalência de transtornos mentais estimada foi alta (superior a 25%), foi necessário proceder-se ao cálculo das estimativas de RP. Com base nos parâmetros do modelo final, foram estimadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, utilizando o Método Delta<sup>16</sup>.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Declaração de Helsinque e na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer nº 042/06).

## Resultados

Foram estudados 3.597 indivíduos. Predominaram os indivíduos da faixa etária entre 15-29 anos (39,9%), do sexo feminino

(71,4%) e que viviam com companheiro (51,3%). Com relação a escolaridade, prevaleceram os indivíduos com ensino fundamental (47,2%) seguidos pelos analfabetos (6,7%) e nível superior (5,5%). A renda mensal dos entrevistados foi baixa, 81,7% tinham renda mensal de no máximo um salário mínimo (Tabela 1).

Através da Tabela 2 podem ser observadas as variáveis relacionadas aos hábitos de vida e presença de doenças crônicas. Entre os entrevistados, 11,8% referiram consumir cigarros e 28,1% consumiam álcool regularmente. Quando indagados sobre a participação em atividades de lazer, apenas 15,4% não participavam de atividades de lazer; 27,3% acreditavam que o tempo disponível para o lazer não era suficiente e 24,0% referiram presença de doença crônica.

A prevalência global de TMC foi de 29,9%. A identificação da prevalência de TMC segundo características sociodemográficas está mostrada na Tabela 3. A prevalência de TMC foi maior entre mulheres (35,3%). Em relação à faixa etária, observou-se que a prevalência de TMC aumentava com a idade. Indivíduos com renda menor ou igual a um salário mínimo apresentavam maior prevalência de TMC (32,5%), quando comparados aos que possuíam renda acima de um salário mínimo (16,7%). Indivíduos com escolaridade baixa (38% entre aqueles que nunca foram à escola/lêem e escrevem) e que viviam sem companheiro (32,0%) apresentaram maiores prevalência de TMC.

Na análise multivariada, foram retidas no modelo final obtido as seguintes variáveis: sexo, escolaridade, renda, tabagismo,

**Tabela 1** - Distribuição dos residentes em áreas urbanas segundo aspectos sociodemográficos, Feira de Santana, BA, 2007.

**Table 1** – Distribution of residents in urban areas according to sociodemographic aspects, Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Frequências	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	2569	71,4
Masculino	1028	28,6
<b>Idade (anos)</b>		
15-29	1400	38,9
30-49	1197	33,3
50-69	770	21,4
70 e mais	230	6,4
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	1838	51,3
Sem companheiro	1743	48,7
<b>Escolaridade</b>		
Nunca foi a escola/Lê e escreve	240	6,7
Ensino Fundamental	1692	47,2
Ensino Médio	1.457	40,6
Ensino Superior	199	5,5
<b>Renda mensal*</b>		
Até 1 salário mínimo	2938	81,7
Mais de 1 salário mínimo	658	18,3

\* Salário Mínimo (SM) na época = R\$ 380,00 (2007) Minimum wage (SM) at the time = R\$ 380.00 (2007)

**Tabela 2** - Distribuição dos residentes em áreas urbanas segundo hábitos de vida e condições clínicas, Feira de Santana, BA, 2007.

**Table 2** – Distribution of residents in urban areas according to lifestyle and clinical status, Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Frequências	
	n	%
<b>Tabagismo</b>		
Não	3.169	88,2
Sim	423	11,8
<b>Etilismo</b>		
Não	2.586	71,9
Sim	1.010	28,1
<b>Participação em atividades de lazer</b>		
Não	3.044	84,6
Sim	552	15,4
<b>Tempo suficiente para o lazer</b>		
Não	811	27,3
Sim	2.163	72,7
<b>Presença de doença crônica</b>		
Não	2.731	76,0
Sim	862	24,0

tempo suficiente para o lazer e presença de doença crônica. Estas variáveis mantiveram associação estatisticamente significativa aos TMC (Tabela 4).

## Discussão

A prevalência de TMC neste estudo foi elevada (29,6%), caracterizando-se como um sério problema de saúde pública. A prevalência estimada aproximou-se dos resultados encontrados em estudos de base populacional, realizados em diversas regiões do Brasil com o uso do SRQ-20<sup>5,7,9,17</sup> e em outros países da América Latina<sup>4,18</sup>. Nestes estudos, a prevalência de TMC variou de 22,7% na cidade de Pelotas, no Rio Grande de Sul<sup>17</sup>, a 35,0% em Olinda, Pernambuco<sup>7</sup>.

A elevada prevalência de TMC é um dado preocupante, principalmente quando comparado à estimativa da Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup>, que menciona uma prevalência média em populações urbanas de 25%. Essas informações demonstram a necessidade de políticas que contribuam

para um melhor direcionamento da saúde mental no município.

Os resultados obtidos neste estudo revelaram que, com relação às características sociodemográficas, as mulheres, os indivíduos com renda igual ou inferior a um salário mínimo, e com baixos níveis de escolaridade, apresentaram maior prevalência de TMC.

Estes achados são concordantes com outros estudos que apontam as populações femininas e de estratos de baixa renda e baixa escolaridade como mais acometidas por morbidades psíquicas<sup>4,5,19,20</sup>.

Nas últimas décadas ocorreram mudanças consideráveis no papel da mulher na sociedade, o que pode estar contribuindo para o aumento dos problemas de saúde mental nessa população. Estudos conduzidos nos Estados Unidos, Suécia e Holanda constataram que as mulheres, além de exercerem as funções oriundas da sua inserção no mercado de trabalho formal, são responsáveis pela maior parte das tarefas domésticas e pela educação dos filhos<sup>21</sup>, gerando assim

**Tabela 3** - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e doenças crônicas. Feira de Santana, BA, 2007.

**Table 3** – Prevalence of Common Mental Disorders according to sociodemographic variables, lifestyle and chronic diseases. Feira de Santana, BA, 2007.

Variável	Preval. (%)	RP	IC (95%)	Valor de P
<b>Sexo</b>				
Masculino*	15,2	-	-	<0.001
Feminino	35,3	2,32	1,99-2,71	
<b>Faixa etária</b>				
15-29*	24,8	-	-	<0.001
30-49	30,3	1,22	1,07-1,38	
50 ou mais	35,4	1,42	1,26-1,61	
<b>Renda</b>				
Mais de 1 salário mínimo mensal*	16,7	-	-	<0.001
≤ 1 salário mínimo mensal	32,5	1,94	1,62-2,32	
<b>Escolaridade</b>				
Ens. Médio/Ens. Superior*	22,8	-	-	<0.001
Fundamental I/Fundamental II	35,0	1,18	1,13-1,24	
Nunca foi à escola/Lê e escreve	38,8	1,26	1,13-1,39	
<b>Situação conjugal</b>				
Com companheiro*	27,0	-	-	<0.001
Sem companheiro	32,0	1,16	1,05-1,29	
<b>Tabagismo</b>				
Não*	27,8	-	-	<0.001
Sim	42,6	1,53	1,35-1,73	
<b>Etilismo</b>				
Não*	30,4	-	-	0.067
Sim	27,3	0,89	0,79-1,00	
<b>Participação em atividades de lazer</b>				
Não*	46,2	-	-	
Sim	26,5	0,57	0,51-0,64	<0.001
<b>Tempo suficiente para o lazer</b>				
Não*	38,2	-	-	<0.001
Sim	22,5	0,58	0,52-0,66	
<b>Presença de doença crônica</b>				
Não*	29,3	-	-	<0.001
Sim	35,5	1,58	1,43-1,75	

\* Grupo de referência *Reference group*

uma sobrecarga de trabalho entre a população feminina. A sobrecarga de atribuições pode gerar situações de conflitos, estresse e sofrimento, e pode estar associada a maior morbidade psíquica<sup>6,21,22</sup>.

Com referência à associação entre nível de escolaridade e TMC, esses resultados condizem com achados de estudos realizados entre outras populações<sup>5,23</sup>. Ludermir e Melo-Filho<sup>7</sup> detectaram que os indivíduos

**Tabela 4** – Razões de prevalências ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança (95%) entre características estudadas e transtornos mentais comuns obtidas na análise de regressão logística múltipla.

**Table 4** – *Adjusted prevalence ratios with their respective confidence intervals (95%) of features studied and common mental disorders resulting from the multiple logistic regression analysis.*

Variável	RP	IC (95%)
<b>Sexo</b>		
Masculino*	1,00	-
Feminino	2,72	2,16- 3.42
<b>Faixa etária</b>		
15-29*	1,00	-
30-49	1,01	0,80 - 1.26
50 ou mais	0,95	0,71 - 1,21
<b>Renda</b>		
Mais de 1 salário mínimo mensal*	1,00	-
≤ 1 salário mínimo mensal	1,89	1,44- 2,48
<b>Escolaridade</b>		
Ens. Médio/Ens. Superior*	1,0	-
Fundamental I/Fundamental II	1,75	1,18 - 1,70
Nunca foi à escola/Lê e escreve	1,61	1,33 - 1,95
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro*	1,00	-
Sem companheiro	1,13	0.91- 1,41
<b>Tabagismo</b>		
Não*	1,00	-
Sim	2,14	1,64 - 2,79
<b>Participação em atividades de lazer</b>		
Não*	1,00	-
Sim	0,52	0,16 - 1,64
<b>Tempo suficiente para o lazer</b>		
Não*	1,00	-
Sim	0,52	0,47- 0,54
<b>Presença de doença crônica</b>		
Não*	1,00	-
Sim	1,68	1,35 - 2,10

\* Grupo de referência *Reference group*

com até quatro anos de estudo apresentaram 2,84 vezes mais TMC do que aqueles com onze ou mais anos de estudo.

O acesso à escola, que deve ocorrer desde os primeiros anos de vida, possui estreita relação com as possibilidades para o futuro. Murphy e colaboradores<sup>24</sup> destacam que a escolaridade aumenta a possibilidade de

escolhas na vida, amplia as perspectivas de inserção no mercado de trabalho, especialmente nos postos de trabalho com melhor remuneração e de maior valorização social; o que, por sua vez, pode também motivar a adoção de comportamentos mais saudáveis e promover bem-estar psicológico.

A renda permaneceu associada aos

TMC, mesmo após ajuste pelas demais variáveis analisadas. Esse resultado corrobora achados de estudos realizados em outras populações<sup>3,4</sup>. Uma renda insuficiente pode levar a situações de estresse e insegurança, elementos desencadeadores dos TMC.

A disponibilidade de tempo suficiente para as atividades de lazer foi um fator negativamente associado aos transtornos mentais comuns - a prevalência de TMC foi menor no grupo que referiu tempo satisfatório para essas atividades. A participação em atividades de lazer favorece positivamente o estado de saúde mental<sup>25</sup>. Araújo et al.<sup>14</sup> detectaram que os indivíduos que não participavam de atividades de lazer apresentavam quase duas vezes mais TMC do que aqueles que participavam dessas atividades. Neste sentido, as políticas de saúde mental devem incluir em suas ações, propostas de incentivo à prática de atividades de lazer, no intuito de diminuir as barreiras que inibem e dificultam o acesso a essas atividades.

Um dado interessante observado neste estudo, a ser explorado em estudos futuros, refere-se à dimensão temporal envolvida nas atividades de lazer. A referência a participar ou não de atividades de lazer estava estatisticamente associada aos transtornos mentais apenas na análise bruta; quando analisadas, simultaneamente, todas as variáveis de interesse, a associação perdeu significância estatística. Contudo, com relação ao tempo empregado nessas atividades, se suficiente ou não, a associação com TMC se manteve após ajuste, evidenciando que o tempo que se tinha para a realização das atividades de lazer era fator relevante para a observância de uma menor prevalência de TMC.

O hábito de fumar foi associado positivamente à prevalência de TMC. Goodwin et al.<sup>26</sup> encontraram evidências da ligação entre a função pulmonar e problemas de saúde mental em uma amostra de adultos nos Estados Unidos. Indivíduos com a função pulmonar diminuída, que é um evento muito comum entre os tabagistas, apresentaram uma maior prevalência de problemas

de saúde mental.

Levantamento realizado entre indivíduos de 20 a 69 anos residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, também detectou que o hábito de fumar associou-se positivamente com os TMC<sup>17</sup>. Os achados dos estudos conduzidos internacionalmente e no Brasil indicam uma evidência da associação do tabagismo com o adoecimento psíquico.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e a prevalência de TMC. Estudos têm mostrado que o consumo de bebidas alcoólicas não está associado diretamente à maior prevalência de TMC<sup>17,23</sup>.

A exposição a doenças crônicas aparece como elemento associado aos TMC<sup>17</sup>. Coelho et al.<sup>23</sup>, em levantamento realizado na população de adultos da cidade de Pelotas, RS, detectaram que indivíduos hipertensos, diabéticos, com insuficiência cardíaca e que referiram mais de cinco doenças crônicas, apresentam maior prevalência de TMC.

Os resultados aqui obtidos devem ser avaliados com cautela em função de possíveis limitações do estudo. Dentre essas limitações, cabe considerar aquelas relativas ao tipo de desenho de estudo utilizado, corte transversal, que avalia simultaneamente variáveis relativas ao efeito de interesse e aos seus fatores associados. Portanto, não se pode descartar a hipótese de causa reversa, ou seja, não é possível identificar se os TMC influenciaram os fatores associados ou vice-versa. O caráter transversal do estudo impossibilita análise de antecedência temporal.

Outro fator que deve ser levado em consideração na análise das limitações deste estudo é a possibilidade de ter havido viés de seleção. Embora os procedimentos de constituição da amostra tenham sido aleatórios, a composição da amostra obtida aponta para uma possível distorção da composição amostral por sexo, observando-se uma elevada representação do sexo feminino. Buscou-se realizar até três visitas por domicílio amostrado para reduzir o percentual de perdas dos indivíduos elegíveis em

cada unidade amostral - uma dessas visitas ocorreu em período noturno ou em finais de semana; contudo, esses procedimentos podem não ter sido suficientes para evitar as perdas de indivíduos do sexo masculino. Cabe registrar, no entanto, que os resultados referentes às prevalências de TMC e as diferenças observadas de acordo com o sexo foram similares àquelas obtidas em outros estudos de base populacional<sup>5,9</sup>. Desse modo, os resultados obtidos parecem não decorrer das possíveis distorções amostrais que podem ter ocorrido.

Os resultados obtidos também são similares aos dados de literatura com relação à renda mensal e níveis de escolaridade e TMC em estudos de base populacional<sup>7,17,18</sup>. Assim, ainda que em nossa amostra tenha havido uma maior proporção de indivíduos de baixa renda (contribuindo para uma maior homogeneidade do grupo estudado, o que pode dificultar a observação de diferenças entre os grupos), encontrou-se associação estatisticamente significativa dessa variável com os transtornos mentais na população estudada, confirmando ser esta uma variável relevante para a ocorrência de TMC<sup>24</sup>. Assim, os resultados encontrados parecem suportar as evidências dos modelos explicativos de ocorrência dos transtornos mentais comuns em grupos populacionais.

A distribuição da faixa etária na amostra estudada foi similar à composição da população com 15 anos ou mais de idade de Feira de Santana<sup>8</sup>.

Com relação à aferição do efeito à saúde mental investigado (TMC), cabe destacar que o instrumento de pesquisa empregado para mensurar transtornos mentais (SRQ-20) tem sido largamente utilizado no país em estudos populacionais e revelam bom desempenho desse instrumento na avaliação e triagem de morbidade psíquica<sup>6,7,9,10</sup>. Os procedimentos para coleta de dados foram padronizados e a equipe de pesquisa

foi devidamente treinada. Um Manual de Procedimentos e Condutas foi confeccionado para orientar e padronizar o trabalho de campo.

Apesar dessas limitações, o estudo avaliou um contingente expressivo de pessoas (N = 3.597), incluindo grupos populacionais de todos os subdistritos do município estudado, o que permitiu estimar a prevalência de TMC nesse município e identificar os fatores associados à sua ocorrência. Os resultados obtidos representam informação útil para a gestão em saúde, sendo insumo para as políticas públicas de intervenção em saúde mental.

## Conclusão

Este estudo permitiu dimensionar a prevalência de transtornos não psicóticos na população urbana de Feira de Santana, Bahia. Também favoreceu o conhecimento dos fatores associados aos TMC nessa população. Observou-se elevada prevalência de TMC, superando estimativas de morbidade psíquica em populações da OMS<sup>1</sup>. A prevalência foi mais exacerbada entre as mulheres, aqueles com nível de renda mensal baixa, menor escolaridade, fumantes, que referiram tempo insuficiente para o lazer e entre os que referiram serem portadores de doenças crônicas.

Os resultados deste estudo indicam que parte das variáveis destacadas relacionadas aos transtornos mentais comuns são passíveis de intervenção preventiva. O estabelecimento das ações preventivas pode ser pautado, à luz de nossos achados, por intervenções que direcionem à maior integração social das pessoas com a realização de atividades de lazer ativo, do combate ao tabagismo e por políticas de melhor distribuição de renda e acesso e permanência à escola.

**Conflito de interesses:** Não há conflito de interesses a declarar.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa; 2002.
2. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
3. Cury AF, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 335-43.
4. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
5. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2008; 42: 26-33.
6. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5: 337-48.
7. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica* 2002; 36: 213-21.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 1999/2000*. Brasília; 2006.
9. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 73-9.
10. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli, SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 524-9.
11. World Health Organization WHO. *A User's Guide to Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: WHO; 1994.
12. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
13. Santos KOM, Araújo TM, Oliveira NE. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saude Publica* 2009; 25: 214-2.
14. Araújo TM, Carmo Júnior JJ, Almeida MG, Pinho OS. Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes em áreas urbanas. *Rev baiana saude publica* 2007; 31: 294-310.
15. Hosmer DW, Lemeshow, S. *Applied logistic regression* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley e Sons; 2000.
16. Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método Delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saude Publica* 1997; 31(1): 90-9.
17. Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5: 164-73.
18. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychol Med* 2008; 38: 221-8.
19. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psi Clin* 1999; 26(5): 225-35.
20. Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20: 324-30.
21. Gjerdingen D, McGovern P, Bekker M, Lundberg U, Willemsen T. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. *Women Health* 2000; 31: 1-20.
22. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld S, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 2002; 54: 783-98.
23. Coelho FM, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population based study. *Cad Saude Publica* 2009; 25: 59-67.
24. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 223-9.
25. Losada A, Peñaranda AP, Sanchez ER, Marcos MAG, Rios CB, Carrera IRR, Torre MAC, Ortiz LG. Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 50: 347-50.
26. Goodwin RD, Chuang S, Simuro N, Davies M, Pine DS. Association between Lung Function and Mental Health Problems among Adults in the United States: Findings from the First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2007; 165: 383-8.

Recebido em: 07/01/10

Versão final reapresentada em: 30/07/10

Aprovado em: 01/09/10