

Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982

Common Mental Disorders and Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort

Trastornos mentales comunes y factores contemporáneos: cohorte de nacimientos de 1982

Lenice de Castro Muniz de Quadros¹

ORCID: 0000-0001-9775-5394

Luciana de Avila Quevedo¹

ORCID: 0000-0002-7373-8116

Helen Denise Gonçalves¹

ORCID: 0000-0001-6470-3352

Bernardo Lessa Horta¹

ORCID: 0000-0001-9843-412X

Janaína Vieira dos Santos Motta¹

ORCID: 0000-0002-3755-845X

Denise Petrucci Gigante¹

ORCID: 0000-0001-7309-5838

¹Universidade Federal de Pelotas, Pelotas,
Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade Católica de Pelotas, Pelotas,
Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Quadros LCM, Quevedo LA, Gonçalves HD, Horta BL,
Motta JVS, Gigante DP. Common Mental Disorders and
Contemporary Factors: 1982 Birth Cohort.
Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180162.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>

Autor Correspondente:

Lenice de Castro Muniz de Quadros
E-mail: lenicemuniz@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 30-04-2018 **Aprovação:** 24-07-2018

RESUMO

Objetivo: Descrever a associação de transtorno mental comum aos 30 anos nos membros da coorte de 1982 com variáveis sociodemográficas, tabagismo e eventos estressores. **Método:** Transtorno mental foi identificado pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Regressão de Poisson foi utilizada para analisar as associações brutas e ajustadas. **Resultados:** A baixa escolaridade e os eventos estressores aumentaram a frequência de transtorno em ambos os sexos. A menor renda familiar para mulheres e a falta de trabalho para homens também se mantiveram associadas. **Conclusão:** Permitiu descrever a associação de fatores contemporâneos com os transtornos mentais em população jovem, na qual as medidas de prevenção e controle, por meio de políticas públicas propostas nas áreas de Atenção Básica, Saúde Mental e Educação, podem representar uma melhor qualidade de vida e de saúde.

Descritores: Saúde Mental; Adulto Jovem; Epidemiologia; Associação; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Objective: To describe the association between common mental disorders and socio-demographic variables, smoking habits and stressful events among the 30-year-old members of a 1982 cohort. **Method:** Mental disorder was analyzed by the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Poisson regression was used to analyze the unadjusted and adjusted associations. **Results:** Low level of education and stressful events increased the prevalence of mental disorders for both genders. Lower income for women and unemployment for men also remained associated with CMD. **Conclusion:** It was possible to describe the association between contemporary factors and mental disorders in a young population, to which prevention and control measures, through public policies proposed to the areas of Primary Care, Mental Health and Education, can represent a better quality of life and health.

Descriptors: Mental Health; Young Adult; Epidemiology; Association; Mental Disorders.

RESUMEN

Objetivo: describir la asociación de trastornos mentales comunes a los 30 años en los miembros de cohorte de 1982 con variables sociodemográficas, tabaquismo y eventos estresores. **Método:** los trastornos mentales se identificaron mediante el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas (SRQ-20). La Regresión de Poisson se utilizó para analizar las asociaciones brutas y ajustadas. **Resultados:** la poca escolarización y los eventos estresores aumentaron la frecuencia de trastornos en ambos sexos. Los ingresos familiares bajos de las mujeres y la falta de trabajo de los hombres también estaban relacionados. **Conclusión:** Existe una asociación entre los factores contemporáneos y los trastornos mentales padecidos por los jóvenes, en los que las medidas de prevención y control, a través de políticas públicas en las áreas de Atención Primaria, de Salud Mental y de Educación, pueden representar una mejoría en la calidad de vida e influenciar notablemente en su salud.

Descritores: Salud Mental; Adulto Joven; Epidemiología; Asociación; Trastornos Mentales.

INTRODUÇÃO

Atualmente, problemas relacionados com a saúde mental apresentam prevalência elevada na população em geral⁽¹⁾. Desde o século XIX, estatísticas incluindo características sociodemográficas das populações de doentes mentais em asilos psiquiátricos têm sido apresentadas⁽²⁾. Enquanto as primeiras estimativas de prevalência eram obtidas em população institucionalizada, estudos comunitários só foram realizados após a Segunda Guerra Mundial⁽²⁻³⁾. O conhecimento gerado por esses estudos indica que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que esse número vem aumentando progressivamente, principalmente nos países de renda baixa/média^(2,4). Cabe destacar que, dentre os atingidos, poucos são tratados⁽⁴⁻⁵⁾, podendo levar a sofrimento individual e implicações socioeconômicas importantes, uma vez que os sintomas podem ocasionar dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda por serviços de saúde⁽⁶⁾.

No início deste século, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) chamaram atenção para o crescente aumento na prevalência de transtornos mentais na população⁽¹⁾. Estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos, representando quatro das dez principais causas de incapacitação. Além disso, os dados da OPAS/OMS⁽¹⁾ indicam crescimento desses transtornos, estimando que em 2020 poderão atingir 15% de toda a população adulta do mundo.

No Brasil, levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾ apontaram para uma prevalência de transtornos mentais em torno de 20% na população adulta, sendo que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual, e, ainda, 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado/gasto com a Saúde Mental. As prevalências de transtornos mentais comuns (TMC) em usuários de serviços de saúde foram apresentadas em um estudo multicêntrico, realizado em quatro capitais brasileiras, o qual mostra que essas taxas foram superiores a 50%, sendo especialmente altas em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda⁽⁷⁾.

Os TMC, segundo Goldberg & Huxley, são estados de sofrimento psíquico de ansiedade, depressão e sintomas somatoformes que poderão ser manifestos em conjunto ou não⁽⁸⁾. São incluídos nessa categoria sintomas não-psicóticos como insônia, dificuldade de concentração, problemas de memória, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade e queixas somáticas⁽⁸⁻⁹⁾ que, quando afetam adultos jovens, podem refletir uma vulnerabilidade socioeconômica, com diminuição da capacidade produtiva, aumento da utilização de serviços de saúde e maiores necessidades de assistência social, justiça e cuidado informal.

Diante do exposto, o presente estudo buscou responder o seguinte problema de pesquisa: há associação dos transtornos mentais comuns com variáveis sociodemográficas, tabagismo e eventos estressores?

OBJETIVO

Descrever a associação de transtorno mental comum com variáveis sociodemográficas, tabagismo e eventos estressores aos 30 anos nos membros da coorte de 1982.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período, população; critérios de inclusão e exclusão

O estudo foi realizado com os dados do acompanhamento dos 30 anos dos membros da Coorte de Nascimentos de Pelotas, em 1982. Pelotas é uma cidade de médio porte no sul do Brasil, com cerca de 330 mil habitantes, atualmente. Durante o ano de 1982, as três maternidades da cidade foram visitadas diariamente e as mães de todos os 6.011 recém-nascidos, residentes em zona urbana, entrevistadas no estudo perinatal. Posteriormente, os 5.914 nascidos vivos foram examinados e constituíram a coorte original. A partir do estudo perinatal, foram realizados diversos acompanhamentos, incluindo sub-amostras ou toda a coorte. A metodologia detalhada desses acompanhamentos está descrita em outras publicações⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O acompanhamento dos 30 anos iniciou em junho de 2012, buscando localizar e entrevistar todos os membros da coorte de 1982. Os participantes foram convidados a visitar o Centro de Pesquisas Epidemiológicas para a coleta dos dados, que incluiu questionários abordando variáveis demográficas, socioeconômicas, atenção à saúde, atividade física, alimentação e saúde mental. Também foram realizados exames físicos e coletadas amostras de sangue e soro, porém esses dados não serão utilizados neste artigo.

Protocolo do estudo

No presente estudo, a saúde mental foi avaliada por meio da aplicação do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Esse instrumento foi projetado por Harding et al.⁽¹²⁾ e proposto pela Organização Mundial da Saúde para a detecção de TMC em nível populacional. É constituído por vinte questões com respostas do tipo sim ou não. A tradução e a validação para a língua portuguesa foram conduzidas por Mari & Williams⁽¹³⁾, apresentando sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. A prevalência de TMC foi estabelecida com base no número de pontos em cada uma das questões do SRQ-20. Assim, as mulheres com oito ou mais pontos nessa escala foram consideradas possíveis casos de TMC. Para os homens, o ponto de corte foi de seis ou mais, conforme sugerido no estudo de validação do instrumento no Brasil⁽¹³⁾.

A prevalência de TMC foi analisada em relação às variáveis sociodemográficas, ao tabagismo e aos eventos estressores aos 30 anos. As variáveis sociodemográficas incluíram os seguintes

fatores: sexo do entrevistado como variável dicotômica; cor da pele obtida por meio de autorrelato de acordo com as categorias utilizadas pelo IBGE⁽¹⁴⁾ e analisada como branca, preta ou parda; escolaridade obtida em anos completos de estudo, apresentada como variável ordinal, incluindo os grupos 0-4 anos, 5-8 anos, 9-11 anos, 12 anos ou mais; renda familiar aos 30 anos dividida em tercís, sendo o primeiro considerado o mais baixo e o terceiro o mais elevado nível de renda; situação conjugal como variável dicotômica – com e sem companheiro; e trabalho remunerado no último mês, também como variável dicotômica (sim/não). O tabagismo atual foi investigado pelo relato do consumo de pelo menos um cigarro por dia na entrevista dos 30 anos. Eventos estressores no último ano, como morte de parente próximo ou pessoa próxima sem ser parente, problema de saúde sério do entrevistado que tenha impedido suas atividades, dificuldades financeiras mais graves que as habituais, mudança de casa contra a vontade, término de namoro firme, noivado ou casamento e relato de problema de nervos ou emocional, foram as informações obtidas pelo questionário com respostas do tipo sim ou não e a variável ordinal foi construída pelo número de eventos referidos com respostas positivas para cada uma dessas variáveis dicotômicas (nenhum, um, dois e três eventos ou mais).

Análise dos resultados e estatísticas

Para a análise estatística, utilizou-se o *software Stata 12.0*, sendo realizada com estratificação por sexo do entrevistado, pois há evidências de que o risco de transtornos mentais seja maior em indivíduos do sexo feminino⁽¹⁵⁾. Análises bivariadas foram conduzidas por meio da comparação entre proporções, utilizando o teste exato de Fisher, e, na presença de variáveis independentes ordinais, foi testada a tendência linear. Regressão de *Poisson* ajustada foi conduzida de acordo com um modelo hierárquico em dois níveis. Foram incluídas no primeiro nível de análise as variáveis sociodemográficas, ajustadas entre si: cor da pele, escolaridade, renda familiar, situação conjugal e trabalho atual. O segundo nível incluiu o tabagismo e o número de eventos estressores no último ano. Essas últimas foram ajustadas para todas as variáveis do nível anterior que se mantiveram no modelo com $p < 0,2$. Considerando uma possível colinearidade entre renda familiar e escolaridade, foram realizadas duas análises ajustadas no primeiro nível. Porém, para a inclusão das variáveis no modelo, utilizou-se o valor de $p < 0,2$, sendo o nível de significância de 5% para todas as associações estudadas.

RESULTADOS

Durante o acompanhamento de 2012-13, foram entrevistados 3701 membros da coorte no período compreendido entre junho de 2012 e fevereiro de 2013. Do total dos participantes da coorte, foram localizados 4534 participantes, sendo que 467 estavam vivendo longe de Pelotas, 86 se recusaram e outros 280 participantes que, embora não tenham rejeitado abertamente, não compareceram à visita na clínica.

Acrescentando ao número de entrevistados ($n=3701$) o número de participantes que faleceram ao longo dos 30 anos de acompanhamento ($n=325$), temos uma taxa de acompanhamento de 68,1% da coorte original ($n=5914$). Dos entrevistados no último

acompanhamento, 1914 (51,7%) eram mulheres e cerca de dois terços viviam com companheiro. Dos 3701 membros da coorte entrevistados aos 30 anos, 3642 responderam ao SRQ-20, sendo 1757 (48,2%) homens e 1885 (51,8%) mulheres. Algumas informações a respeito dos participantes da coorte que não compareceram ao acompanhamento estão descritas em outra publicação⁽¹⁴⁾.

A Tabela 1 apresenta as prevalências de TMC em relação às demais variáveis incluídas neste estudo. Essas prevalências foram diferentes nas categorias de todas as variáveis, quando foi analisado o grupo total de homens e mulheres aos 30 anos de idade. Ao estratificar por sexo, percebe-se que somente para a situação conjugal das mulheres não houve diferenças nas prevalências de TMC.

Tabela 1 – Prevalência (%) de transtornos mentais comuns em adultos jovens pertencentes a uma Coorte de Nascimentos de 1982, de acordo com variáveis sociodemográficas, tabagismo e eventos estressores, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Variável	Total		Homem		Mulher	
	n	%	n	%	n	%
Cor da pele	0,001		0,02		0,01	
Branca	2500	23,2	1204	20,1	1296	26,0
Preta ou parda	721	29,3	356	25,8	365	32,6
Escolaridade	<0,001*		<0,001*		<0,001*	
0-4	219	45,2	106	37,7	113	52,2
5-8	723	35,0	398	27,1	325	44,6
9-11	1092	23,2	561	18,4	531	28,3
>12	1594	17,3	681	17,3	913	17,2
Renda familiar em 2012	<0,001**		0,001**		<0,001**	
1º tercil (menor renda)	1187	32,8	497	25,8	690	37,8
2º tercil	1135	21,3	594	20,2	541	22,3
3º tercil	1154	16,3	598	17,3	556	15,3
Situação conjugal	0,02		0,02		0,3	
Com companheiro	2410	23,2	1139	19,6	1271	26,4
Sem companheiro	1231	26,6	617	24,5	614	28,7
Trabalho atual	<0,001		0,001		<0,001	
Sim	3026	22,0	1613	20,2	1413	23,9
Não	613	35,9	142	32,4	471	37,0
Tabagismo atual	<0,001		<0,001		<0,001	
Sim	859	34,5	458	28,4	401	41,4
Não	2783	21,2	1299	18,8	1484	23,3
Eventos estressores	<0,001*		<0,001*		<0,001*	
Nenhum Evento	748	6,2	358	6,7	390	5,6
1 Evento	1073	13,1	546	11,7	527	14,4
2 Eventos	828	23,3	428	21,7	400	25,0
3 Eventos ou mais	990	50,9	422	45,3	568	55,1

Nota: *teste de tendência linear.

Os resultados da análise de regressão para homens e mulheres são apresentados nas Tabelas 2 e 3, respectivamente. Além da cor da pele, a renda familiar não se manteve associada com TMC em homens. Por outro lado, homens do grupo de menor escolaridade apresentaram uma prevalência de TMC quase duas vezes maior do que aqueles que concluíram 12 ou mais anos na escola. Viver sem companheira e tabagismo também aumentaram a prevalência de TMC em mais de 20%, enquanto que naqueles que não estavam trabalhando no momento da entrevista a prevalência de TMC foi 42% maior do que nos trabalhadores. Além disso, a associação linear entre o número de eventos estressores no último ano e a prevalência de TMC manteve-se significativa após ajuste para todas as variáveis sociodemográficas e tabagismo. Embora os efeitos tenham diminuído na análise ajustada, a ocorrência de

Tabela 2 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada da associação de transtornos mentais comuns com variáveis sociodemográficas, tabagismo e eventos estressores em homens aos 30 anos de idade, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Variável	RP bruta (IC95%)	Valor de p	RP ajustada** (IC95%)	Valor de p
Cor da pele		0,02		0,14
Branca	1		1	
Preta ou parda	1,29 (1,04 – 1,58)		1,20 (0,96 – 1,51)	
Escolaridade (anos)*		<0,001		0,001
0-4	2,18 (1,62 – 2,92)		1,93 (1,37 – 2,72)	
5-8	1,57 (1,24 – 1,97)		1,31 (0,99 – 1,74)	
9-11	1,06 (0,83 – 1,35)		0,93 (0,72 – 1,22)	
>12	1		1	
Renda familiar em 2012*		0,002		0,16
1º tercil (menor renda)	1,49 (1,19 – 1,88)		1,27 (0,95 – 1,69)	
2º tercil	1,17 (0,92 – 1,49)		1,15 (0,88 – 1,50)	
3º tercil	1		1	
Situação conjugal		0,016		0,046
Com companheiro	1		1	
Sem companheiro	1,25 (1,04 – 1,50)		1,21 (0,99 – 1,49)	
Trabalho atual		0,0003		0,04
Sim	1		1	
Não	1,60 (1,24 – 2,07)		1,42 (1,00 – 2,00)	
Tabagismo atual		<0,001		0,03
Sim	1,51 (1,26 – 1,82)		1,24 (1,02 – 1,50)	
Não	1		1	
Eventos estressores*		<0,001		<0,001
Nenhum evento	1		1	
1 Evento	1,74 (1,11 – 2,74)		1,70 (1,06 – 2,73)	
2 Eventos	3,24 (2,11 – 4,96)		2,99 (1,91 – 4,69)	
3 Eventos ou mais	6,75 (4,52 – 10,08)		6,09 (4,00 – 9,28)	

Nota: *teste de tendência linear; **conforme modelo hierárquico.

Tabela 3 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada da associação de transtornos mentais comuns com variáveis sociodemográficas, tabagismo e eventos estressores em mulheres aos 30 anos de idade, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012

Variável	RP bruta (IC95%)	Valor de p	RP ajustada** (IC95%)	Valor de p
Cor da pele		0,01		0,77
Branca	1		1	
Preta ou parda	1,25 (1,05 – 1,49)		0,97 (0,80 – 1,17)	
Escolaridade (anos)*		<0,001		<0,001
0-4	3,03 (2,42 – 3,80)		2,38 (1,79 – 3,16)	
5-8	2,59 (2,15 – 3,13)		2,06 (1,62 – 2,62)	
9-11	1,64 (1,35 – 1,99)		1,41 (1,11 – 1,78)	
>12	1		1	
Renda familiar em 2012*		<0,001		<0,001
1º tercil (menor renda)	2,47 (1,98 – 3,08)		1,65 (1,26 – 2,17)	
2º tercil	1,47 (1,15 – 1,90)		1,25 (0,95 – 1,65)	
3º tercil	1		1	
Situação conjugal		0,29		0,53
Com companheiro	1		1	
Sem companheiro	1,08 (0,93 – 1,27)		1,06 (0,89 – 1,28)	
Trabalho atual		<0,001		0,3
Sim	1		1	
Não	1,55 (1,33 – 1,80)		1,10 (0,92 – 1,31)	
Tabagismo atual		<0,001		0,08
Sim	1,78 (1,53 – 2,07)		1,15 (0,98 – 1,35)	
Não	1		1	
Eventos estressores*		<0,001		<0,001
Nenhum evento	1		1	
1 Evento	2,55 (1,62 – 4,03)		2,22 (1,40 – 3,53)	
2 Eventos	4,43 (2,85 – 6,88)		3,65 (2,32 – 5,73)	
3 Eventos ou mais	9,77 (6,46 – 14,76)		6,98 (4,56 – 10,68)	

Nota: *teste de tendência linear; **conforme modelo hierárquico.

pelo menos um evento estressor aumenta em quase duas vezes a prevalência de TMC nos homens, chegando esse aumento a cerca de três ou seis vezes quando, no último ano, o entrevistado enfrentou dois, três ou mais eventos estressores (Tabela 3).

Para as mulheres, observa-se que as variáveis cor da pele, situação conjugal, trabalho atual e tabagismo deixaram de apresentar associação com TMC na análise ajustada. No entanto, mulheres de menor escolaridade apresentaram mais que o dobro de TMC em relação às de maior escolaridade. Entre as mulheres classificadas no menor tercil de renda, a prevalência de TMC foi 65% maior do que naquelas com maior renda familiar. Em relação aos eventos estressores, observa-se que a associação se manteve fortemente significativa também para as mulheres. Apesar dos efeitos terem diminuído na análise ajustada, a ocorrência de um evento estressor aumenta em mais de duas vezes a prevalência de TMC, chegando a aumentar cerca de quatro ou quase sete vezes quando a entrevistada vivenciou dois, três ou mais eventos estressores no último ano (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC neste estudo, conforme já descrito⁽¹¹⁾, foi um pouco menor do que aquela encontrada nessa mesma população (28,0%), quando os indivíduos da Coorte de Nascimentos estavam com idade média de 23 anos⁽¹⁶⁾. Cabe destacar que as prevalências mais elevadas foram principalmente observadas nas mulheres aos 23 anos. Resultado semelhante foi encontrado no *Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*, realizado na Nova Zelândia, onde os transtornos mentais foram mais prevalentes aos 21 e 26 anos, diminuindo no acompanhamento dos 32 anos⁽¹⁷⁾. Por outro lado, ao comparar a presente pesquisa com outra⁽¹⁸⁾, desenvolvida na mesma cidade, com mesmo instrumento e critérios, também de base populacional e com maiores de 15 anos de idade, a prevalência foi mais elevada nos membros de Coorte aos 30 anos de idade, pois a prevalência no referido estudo foi de 22,7%, ficando fora do intervalo de confiança da presente investigação. Com outros estudos populacionais desenvolvidos no Brasil, não se pode comparar os resultados de prevalência uma vez que o tempo de recordatório e os pontos de corte para o SRQ-20 foram diferentes^(4,9).

A maior prevalência dos TMC para as mulheres está de acordo com o resultado de outros estudos^(16,18-19). As mulheres, em geral, procuram mais ajuda e ainda parecem apresentar maior facilidade em relatar os sintomas psicológicos⁽⁸⁾. De acordo com a literatura, as prevalências de ansiedade e depressão são duas a três vezes maior nas mulheres do que nos homens⁽⁵⁻²⁰⁾.

As maiores prevalências de TMC nas pessoas de cor da pele preta ou parda observadas nessa Coorte, aos 23 anos⁽¹⁶⁾, não se repetiram no presente estudo, pois tanto para os homens como para as mulheres essas

associações não se mantiveram após o ajuste para as variáveis socioeconômicas atuais. A escolaridade do integrante da Coorte pode estar desempenhando um papel mais importante sobre o TMC do que a própria cor da pele. Por outro lado, no estudo anterior⁽¹⁶⁾, o efeito da cor da pele manteve-se após ajuste para a escolaridade da mãe e para a renda familiar medidas na época do nascimento, em 1982.

A associação linear inversa entre as prevalências de TMC e as variáveis escolaridade e renda familiar está de acordo com outros estudos, tanto no Brasil⁽²¹⁻²²⁾, como em outros países⁽²³⁻²⁴⁾.

O tabagismo permaneceu associado aos TMC mesmo após o ajuste para fatores sociodemográficos para homens. Esse resultado é consistente com o de outros estudos^(12,22,25), embora nestes não houvesse estratificação por sexo. Por outro lado, os achados encontrados para as mulheres do presente estudo talvez possam estar relacionados ao fato de que elas têm uma autopercepção de saúde pior do que os homens⁽⁹⁾, expressando assim os seus sintomas com maior facilidade e, conseqüentemente, apresentando maior prevalência de TMC. Além disso, é possível que o tabagismo esteja associado a formas mais graves de transtornos mentais que poderiam acometer mais os homens do que as mulheres. Cabe salientar que a presente análise foi transversal, não permitindo identificar a relação causa-efeito da associação de tabagismo com TMC. Nesse sentido, outras análises serão necessárias para investigar o efeito longitudinal do tabagismo sobre os transtornos mentais.

A ausência de trabalho tem sido citada⁽²⁶⁾ como um dos fatores associados à positividade no SRQ-20. Porém, no presente estudo, a ausência de trabalho manteve-se associada com TMC somente para os homens. Outras funções da inserção laboral, além da falta de remuneração, relacionam ausência de emprego aos transtornos mentais⁽²⁷⁾. Entre essas, a estruturação temporal do cotidiano e os contatos com pessoas fora da família, que transcendem o nível individual, o status e a identidade, poderiam funcionar como eixos para organizar a vida do cotidiano⁽²⁷⁾. As mulheres, por outro lado, além de possivelmente sofrerem menos pressão social, poderiam ter optado por não ter um emprego pela função da maternidade, por exemplo, o que poderia explicar o desaparecimento da associação entre trabalho e TMC em mulheres, na análise ajustada.

Eventos estressores referem-se a ocorrências externas, causadoras de estresse, em um tempo determinado, que podem gerar mudanças pessoais e sociais⁽²⁸⁻²⁹⁾, devido à necessidade de novas adaptações do indivíduo ao meio. No presente estudo, constatou-se maior prevalência de TMC à medida que aumentou o relato do número de eventos estressores no último ano. Essa associação também tem sido observada em outros estudos⁽³⁰⁻³¹⁾, chamando atenção para uma adequada abordagem e/ou tratamento dos indivíduos que sofrem esses eventos, uma vez que o sofrimento psíquico eventual, se não bem conduzido, poderá acarretar problemas de saúde física e mental para o futuro desses jovens.

Por fim, para as mulheres, diferentemente dos homens, foram as variáveis socioeconômicas e os eventos estressores que mais estiveram associados com o TMC, enquanto nos homens o TMC está relacionado com outras questões mais comportamentais, como tabagismo, viver sozinho e ter ou não um trabalho.

Limitações do estudo

Uma limitação a ser destacada refere-se às relações do TMC com tabagismo, trabalho atual e eventos estressores. Considerando que essas informações foram obtidas no acompanhamento dos 30 anos de idade, não é possível conhecer o sentido dessas associações. É possível apontar que pessoas que tenham sofrido alguma situação de estresse tendem a supervalorizar os sintomas psicológicos. Por outro lado, pessoas com algum problema mental poderiam estar mais propensas a serem submetidas a algum tipo de ocorrência externa que pudesse ser causadora de estresse. Assim, este poderia ser relatado quanto às associações de TMC com tabagismo e trabalho atual.

Contribuições para a área da saúde e política pública

A relevância do presente estudo reside na contribuição para a saúde pública a respeito do conhecimento da prevalência e da compreensão do impacto desses transtornos nessa população adulta jovem que, por sua vez, precisa ser acompanhada, especialmente quando na ocorrência de eventos estressores. Salienta-se ainda que os problemas de saúde provenientes da saúde mental têm sua origem a partir de determinantes multicausais, o que torna possível a coexistência de múltiplos paradigmas (biológico, cognitivo, interpessoal, psicodinâmico, psicanalítico)⁽³²⁾. Assim sendo, esse conhecimento possibilita inúmeras intervenções multiprofissionais em saúde pública coletiva.

Considerando que há poucos estudos de base populacional, principalmente nos últimos anos, as pesquisas se limitam a grupos populacionais específicos, como, por exemplo, trabalhadores de determinadas áreas, estudantes, idosos e outros, o que dificultou a discussão dos dados com a literatura atual. Salienta-se a importância de continuar investigando esse tema, tendo em vista que o conhecimento epidemiológico da saúde mental em adultos jovens pode contribuir para a formulação de políticas públicas que dependem, essencialmente, de informações a respeito da frequência e distribuição desses transtornos, bem como dos seus fatores associados. Os resultados do presente estudo são úteis na medida em que as prevalências de TMC em adultos jovens, em plena fase produtiva, podem acarretar impacto econômico, social e cultural, o qual pode persistir ou ter conseqüências negativas ao longo da vida. As prevalências elevadas desses transtornos nessa população, além da conseqüência no começo da vida como já foi estudado⁽¹⁹⁾, podem ser responsáveis por outros transtornos mais graves e com conseqüências futuras para as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu descrever o TMC, avaliado por meio do SRQ-20, e a identificação de fatores associados em adultos jovens com idade média de 30 anos, ainda pouco estudados em nível populacional. Conhecer a prevalência desses transtornos possibilita a indicação de medidas de prevenção e controle por meio de políticas públicas propostas nas áreas de Atenção Básica, Saúde Mental e Educação, visando reduzir as prevalências e tratar adequadamente os usuários que já apresentam algum transtorno, o que diminui o seu sofrimento e evita a cronicidade, quando

houver possibilidade de enfrentamento frente aos fatores associados, como, por exemplo, na presença de eventos estressores.

FOMENTO

Este artigo é baseado em dados do estudo “Coorte de nascimentos de Pelotas, 1982”, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas,

com a colaboração da Associação Brasileira de Saúde Pública (ABRASCO). De 2004 a 2013, o Wellcome Trust apoiou o estudo de coorte de nascimentos de 1982. O Centro Internacional de Pesquisa em Desenvolvimento, Organização Mundial da Saúde, Administração Internacional de Desenvolvimento, União Européia, Programa Nacional de Apoio aos Centros de Excelência (PRONEX), o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e o Ministério da Saúde do Brasil apoiaram fases anteriores do estudo.”

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Genebra: OMS; 2001 [cited 2017 Jun 25]. Available from: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
2. Menezes PR. Princípios de Epidemiologia Psiquiátrica. In: Laranjeira R, Almeida OP, Dractu L, organizadores. Manual De Psiquiatria. Rio De Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 43-55.
3. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*. 1992;255(5047):946-52. doi: 10.1126/science.1546291
4. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800012
5. Ludermitr AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21. doi: 10.1590/S0034-89102002000200014
6. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998;4(11):1241-3. doi: 10.1038/3218
7. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014;30(3):623-632. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.
8. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Travistock; 1992.
9. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, Silva RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):440-8. doi: 10.1590/S0102-311X2011000300005
10. Barros FC, Victora CG, Horta BL, Gigante DP. Metodologia do estudo da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Suppl 2):7-15. doi: 10.1590/S0034-89102008000900003
11. Horta BL, Gigante DP, Goncalves H, Motta JVS, Mola CL, Oliveira IO, et al. Cohort Profile Update: The 1982 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2015;44(2):441a-441e. doi: 10.1093/ije/dyv017
12. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41. doi: 10.1017/S0033291700043993
13. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chronic Dis*. 1986;39(5):371-8. doi: 10.1016/0021-9681(86)90123-2
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características Étnico-Raciais da População - um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [cited 2017 Jun 25]. Available from: <https://loja.ibge.gov.br/caracteristicas-etnico-raciais-da-populac-o-um-estudo-das-categorias-de-classificac-o-de-cor-ou-raca-2008.html>
15. Silva MT, Galvão TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):262-70. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1294
16. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG, et al. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(Suppl 2):25-32. doi: 10.1590/S0034-89102008000900005
17. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *Am J Epidemiol*. 2007;166(8):966-74. doi: 10.1093/aje/kwm155
18. 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.
19. Costa JSD, 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(2):164-73. doi: 10.1590/S1415-790X2002000200004
20. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermitr A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1461-71. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00208-7

21. Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med*. 2005;60(8):1693-703. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.030
22. Wiles NJ, Peters TJ, Leon DA, Lewis G. Birth weight and psychological distress at age 45-51 years: results from the Aberdeen Children of the 1950s cohort study. *Br J Psychiatry*. 2005;187(1):21-8. doi: 10.1192/bjp.187.1.21
23. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):73-9. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100009
24. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3. doi: 10.1590/S1516-44462006005000060
25. Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26(2):211-22. doi: 10.2190/W4U4-TCTX-164J-KMAB
26. Pinheiro KA, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):241-5. doi: 10.1590/S1516-44462006005000040
27. Ludemir AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2005;54(3):198-204.
28. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica [Internet]. *Rev APS*. 2008 [cited 2017 June 25];11(3):285-94. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>
29. Paykel ES. The interview for recent life events. *Psychol Med*. 1997;27(2):301-10. doi: 10.1017/S0033291796004424
30. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(Supl 1):65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008
31. Lopes SC, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1713-20. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000600015
32. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):209-18. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0031