

Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres

Common mental disorders and use of psychotropic drugs in women

Carlos Eduardo Leal Vidal¹, Bárbara de Freitas Pereira Yañez², Camille Villefort Silva Chaves², Carolina de Freitas Pereira Yañez², Isabela Assis Michalaros², Lubiana Aparecida Sousa Almeida²

Resumo

Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e o uso de psicofármacos em mulheres atendidas na rede básica de saúde. Estudo transversal utilizando o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Barbacena, Minas Gerais, em 2013. Foram entrevistadas 360 mulheres. A prevalência de TMC foi de 41,7% (IC95%=36,6–46,8). As variáveis que se mostraram associadas à presença de TMC no modelo de regressão logística foram: consulta com psiquiatra (OR=5,40; IC95% 2,44–11,92), fazer uso de bebidas alcoólicas (OR=5,97; IC95% 2,31–15,42) e história de violência doméstica (OR=7,15; IC95% 1,80–28,35). Cerca de 30% das mulheres fazia uso de psicofármacos. A prevalência elevada de TMC e o uso de psicofármacos reforçam a importância do conhecimento desse tema pelos profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública; mulheres; transtornos mentais; psicotrópicos.

Abstract

To estimate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and the use of psychotropic drugs in women attending the primary health care. Cross-sectional study using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in women attending the Basic Health System, Minas Gerais, 2013. In this study, 360 women were interviewed. The prevalence of CMD was 41.7% (95%CI 36.6–46.8). The variables that were associated with the presence of CMD in the logistic regression model were: psychiatric care (OR=5.40; 95%CI 2.44–11.92), use of alcohol (OR=5.97; 95%CI 2.31–15.42) and domestic violence report (OR=7.15; 95%CI 1.80–28.35). About 30% of women used psychotropic drugs. The high prevalence of CMD and the use of psychotropic drugs confirm the importance of knowledge of this subject by health professionals.

Keywords: Public Health; women; mental disorders; psychotropic drugs.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena (MG), Brasil.

¹Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena; Psiquiatra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Barbacena (MG), Brasil.

²Acadêmicas da Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Carlos Eduardo Leal Vidal – Rua Professor Vasconcelos, 467 – CEP: 36205-238 – Barbacena (MG), Brasil.

E-mail: celv@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A expressão Transtorno Mental Comum (TMC), criada por Goldberg e Huxley, compreende sintomas depressivos e ansiosos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas¹. Esses sintomas, mesmo quando acompanhados por incapacidade funcional e sofrimento, não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade².

A prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na Atenção Básica é relevante, chegando a um terço da demanda, taxas essas que alcançam e até ultrapassam os 50% quando se inclui o sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos^{3,4}. Transtornos mentais são frequentes na população, principalmente entre os pacientes atendidos nos serviços de saúde, sendo mais prevalentes entre o sexo feminino, nos indivíduos com pouca escolaridade, baixa renda^{2,3}, tabagistas⁵ e nas mulheres vítimas de violência⁶.

No entanto, tais transtornos são pouco identificados ou tratados e tendem a ser subestimados pelos profissionais de saúde, principalmente quando sintomas físicos não estão presentes⁷. As ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) poderiam favorecer a detecção desses transtornos e o encaminhamento dos pacientes para tratamento, se consideradas suas características de acessibilidade e cobertura.

A ausência de diagnóstico pode gerar uma peregrinação do paciente pelos serviços de saúde e sobrecarregar o sistema, enquanto o excesso desses diagnósticos pode estar associado a elevado consumo de psicofármacos, especialmente os antidepressivos e os benzodiazepínicos. Estes últimos, provavelmente por serem mais seguros, são comumente incorporados ao arsenal médico terapêutico, fator que amplia o consumo populacional da droga⁸.

A alta prevalência de transtornos mentais ao longo da vida, que pode variar de acordo com a população estudada e os critérios diagnósticos utilizados, indica a necessidade da implementação de políticas públicas nessas áreas, devido ao impacto considerável na vida dos indivíduos⁹ e no sistema de saúde. Embora esses transtornos não sejam causa significativa de mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças, principalmente entre as mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento^{4,7,10}.

Uma vez que os casos não tratados tendem a evoluir cronicamente, faz-se necessário o diagnóstico precoce e correto desses transtornos, a fim de evitar prejuízos físicos e psicológicos aos portadores e ônus ao sistema de saúde. Por outro lado, pacientes que usam medicação desnecessariamente estão sujeitos aos efeitos colaterais dos fármacos, interações medicamentosas e gastos financeiros.

Considerando-se a carência de trabalhos sobre este assunto em âmbito regional e estadual, o objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de TMC em mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Barbacena (MG), visando ampliar o conhecimento sobre o tema. Objetivou, ainda, verificar os fatores associados à presença desses transtornos e ao uso de medicamentos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo com delineamento transversal, no qual se verificou a prevalência de TMC e o uso de psicofármacos em mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Barbacena (MG), no período de maio a agosto de 2013.

Local do estudo

O estudo foi realizado em UBS e Postos de Saúde (PS) do município de Barbacena, cidade mineira com população aproximada de 130 mil habitantes, sendo 53% do sexo feminino¹¹. O município conta com três UBS e 12 PS, totalizando 15 unidades distribuídas de modo a contemplar toda a população residente na cidade. Com relação à estrutura hospitalar, Barbacena possui três hospitais de médio porte, um pronto-socorro e é referência nas áreas de Psiquiatria, Cardiologia, Oncologia e assistência materno-infantil. Na área da saúde mental, o município possui dois ambulatorios de psiquiatria, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Programa de Residência Médica em Psiquiatria, além de 25 Residências Terapêuticas.

Uma vez que a população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Barbacena é homogênea quanto à sua distribuição geográfica, não há diferenças significativas nas características socioeconômicas dos grupos atendidos nas diferentes UBS ou PS.

Sujeitos da pesquisa

Foram entrevistadas mulheres frequentadoras das UBS e dos PS do município de Barbacena por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)^{9,12}. A amostra foi calculada tendo por base uma população aproximada de 70 mil mulheres residentes no município, prevalência estimada de 30% de TMC na população feminina, nível de significância de 5% e poder de 80%, o que correspondeu a uma amostra de 323 mulheres. Considerando-se a possibilidade de 10% de perdas ou recusas, a amostra final foi definida em 350 mulheres. Foram incluídas as mulheres com idade superior a 18 anos, cadastradas nas UBS ou PS, e que procuraram tais unidades para realização de algum procedimento médico ou de enfermagem, como consultas, curativos ou aquisição de medicamentos. Diariamente, eram realizadas cinco entrevistas no período de funcionamento do

serviço. As mulheres que chegavam ao serviço de saúde eram convidadas a participar da pesquisa, estabelecendo-se como 20 e 30 o número mínimo e máximo de mulheres que seriam entrevistadas em cada unidade de saúde durante toda a pesquisa. Mulheres com déficit cognitivo impedindo a compreensão do questionário, as portadoras de doenças terminais e as gestantes foram excluídas da pesquisa.

Instrumento de medida

O SRQ-20 é um questionário destinado à identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, desenvolvido em 1980 e validado no Brasil por Mari e Willians¹² e, posteriormente, por Gonçalves et al.⁹. O questionário é composto de 20 questões tipo sim/não (4 sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais), cada uma valendo 1 ponto. No presente estudo, adotou-se ponto de corte igual ou maior que oito pontos. Com esse ponto de corte, o instrumento apresenta sensibilidade para presença de TMC de 86,3% e especificidade de 89,3%. O questionário foi aplicado pelos autores, devidamente treinados para a aplicação do instrumento. Foi realizado estudo-piloto com algumas pacientes selecionadas de forma aleatória para verificar o grau de concordância entre os avaliadores.

Além do SRQ, as participantes responderam a questões relacionadas a variáveis socioeconômicas e clínicas. As variáveis independentes investigadas foram: idade, renda familiar, escolaridade, religião, estado civil, profissão, tabagismo, uso de bebidas, doenças clínicas, medicação psiquiátrica em uso, realização de atividades físicas, consultas com psiquiatra, presença de violência física e vida sexual.

Questões éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em 09/05/2013, parecer 267.523. Todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise estatística

Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias e desvio-padrão para as variáveis estudadas. A prevalência de TMC foi calculada e foram utilizados os testes do χ^2 de Pearson assintótico ou exato para análise de associação entre variáveis categóricas e a presença de TMC. A análise dos fatores associados à presença de TMC foi realizada por meio de modelo de regressão logística. Todas as variáveis que foram significativas ao nível de 0,25 foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. A adequação do modelo foi avaliada pelo Teste de Hosmer & Lemeshow. Os dados de cada participante foram registrados em fichas elaboradas especialmente para o

estudo e, posteriormente, digitados em planilhas do programa Microsoft Excel[®]. A análise estatística foi realizada no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliadas 360 mulheres. A idade variou de 18 a 79 anos, com média de $43 \pm 13,9$ anos. A maioria (62,2%) possuía nível de escolaridade inferior a 8 anos de estudo. A renda mensal para expressiva parcela da amostra (84,4%) foi declarada como até 2 salários mínimos (considerando o valor de R\$ 678,00). Quanto ao estado civil, mais da metade se declarou casada (52,8%). A maioria, 312 (86,7%), relatou ser da religião católica.

Com relação às variáveis clínicas, 56 (15,6%) afirmaram fazer uso de bebidas alcoólicas, 81 (22,5%) eram fumantes, 261 (72,5%) não praticavam atividades físicas, 125 (34,7%) disseram não ter vida sexual ativa, 171 (47,5%) relataram ter alguma doença clínica e 64 (17,8%) informaram fazer tratamento com psiquiatra. Com relação ao histórico de violência, apenas 193 mulheres responderam à questão e, entre estas, 15 (7,8%) afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência doméstica. Os dados relativos às características da amostra estão dispostos na Tabela 1.

A prevalência de TMC obtida por meio do SRQ foi de 41,7% (IC95% 36,6–46,8). As variáveis que se mostraram associadas à presença de sintomas psiquiátricos na análise univariada foram: idade entre 40 e 59 anos, baixa escolaridade, baixa renda, história de violência física, tabagismo, presença de doenças clínicas e atendimento por psiquiatra. Esses dados são apresentados na Tabela 2.

Quase um terço das mulheres (28,6%) relatou fazer uso de medicação psiquiátrica e 45,6% destas referiram não fazer consulta com psiquiatra. Além disso, entre as mulheres que usavam medicamentos, 40 (38,8%) não tinham indícios de TMC. Entre as que tiveram pontuação acima de oito no SRQ, 87 (58%) não faziam uso de psicofármacos.

Entre os sintomas listados no SRQ, observou-se predomínio do grupo “Humor Depressivo/Ansioso”. Nesse grupamento, a maioria das questões obteve elevados percentuais. A questão com maior percentual de respostas afirmativas foi a relacionada a “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (74,2%). “Decréscimo de energia vital” representou o segundo grupo de sintomas mais referidos, seguidos pelos grupos “Sintomas somáticos” e “Pensamentos depressivos”.

Os sintomas do SRQ que mostraram associação estatisticamente significativa com a variável “consulta com psiquiatra” foram os dos grupos “Humor depressivo/ansioso” e “Pensamentos

Tabela 1. Características da amostra segundo variáveis sociodemográficas e clínicas, Barbacena, MG, 2013

Variáveis	n	(%)
Idade (anos)		
18-29	71	19,7
30-39	81	22,5
40-49	90	25,0
50-59	70	19,4
≥60	48	13,3
Estado civil		
Casada	190	52,8
Separada	43	11,9
Solteira	96	26,7
Viúva	31	8,6
Escolaridade		
>8 anos	136	37,8
<8 anos	224	62,2
Religião		
Católica	312	86,7
Não católica	48	13,3
Profissão*		
Grupo A	28	7,8
Grupo B	28	7,8
Grupo C	101	28,1
Grupo D	25	6,9
Grupo E	178	49,4
Renda familiar		
Acima de 2 SM	56	15,6
Até 2 SM	304	84,4
Doenças clínicas		
Não	189	52,5
Sim	171	47,5
Consulta com psiquiatra		
Não	296	82,2
Sim	64	17,8
Medicação psiquiátrica		
Não	257	71,4
Sim	103	28,6
Etilismo		
Não	304	84,4
Sim	56	15,6
Tabagismo		
Não	279	77,5
Sim	81	22,5
Atividade física		
Sim	99	27,5
Não	261	72,5
Vida sexual ativa		
Sim	235	65,3
Não	125	34,7
Violência doméstica		
Não	178	92,2
Sim	15	7,8
Uso de bebidas pelo parceiro		
Não	131	67,9
Sim	62	32,1

*Profissão: grupo A: área técnica e administrativa; grupo B: prestação de serviços; grupo C: trabalhadoras não qualificadas; grupo D: aposentadas e pensionistas; grupo E: não trabalham.
SM: salários mínimos.

depressivos". A presença de doenças físicas associou-se inversamente com a procura por psiquiatra ($p=0,000$).

Foi verificada associação entre uso de psicofármacos e idade, com aumento do consumo entre mulheres com mais de 40 anos ($p=0,003$), observando-se também maior ocorrência de TMC na faixa etária de 40 a 59 anos (Tabela 2). Apesar de não significante estatisticamente, as mulheres que relataram fazer uso de bebidas alcoólicas usavam mais psicofármacos quando comparadas às que não bebiam ($p=0,053$). Para as demais variáveis (tabagismo, renda, atividade física, vida sexual, religião, estado civil, escolaridade e violência), não foi observada associação com uso de psicofármacos.

Na análise multivariada do modelo final de regressão logística, permaneceram as variáveis consulta com psiquiatra, violência física e uso de bebidas alcoólicas. Ir ao psiquiatra ($OR=5,40$; $IC95\%$ 2,44-11,92), fazer uso de bebidas alcoólicas ($OR=5,97$; $IC95\%$ 2,31-15,42) e história de violência doméstica ($OR=7,15$; $IC95\%$ 1,80-28,35) associaram-se com maior chance de desenvolvimento de TMC. O modelo mostrou bom ajuste aos dados de acordo com o Teste de Hosmer & Lemeshow ($p=0,972$).

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC entre as mulheres atendidas nas UBS da cidade de Barbacena foi elevada, mas próxima ao observado em outros trabalhos. No Brasil, a prevalência populacional de TMC verificada em diversos estudos situa-se entre 24 a 38%, sendo mais frequente em mulheres^{2,13-16}.

No plano internacional, a prevalência de TMC encontrada em diversos estudos varia de 10 a 56%¹⁷⁻²⁵. Tal variação se deve ao local onde foi realizada a pesquisa, às características da amostra estudada, se populacional ou clínica, quanto ao gênero, ao tipo de estudo e ao instrumento de avaliação utilizado.

É provável que a elevada prevalência observada no presente estudo tenha relação com o baixo nível socioeconômico da amostra avaliada. Nesse contexto, observou-se associação entre a presença de TMC e as variáveis renda e escolaridade. Acredita-se que exista relação inversamente proporcional entre essas variáveis e a presença de TMC^{2,15,19,24,25}. As duas variáveis estão relacionadas a fatores que podem aumentar a probabilidade de ocorrência de TMC, como diminuição da capacidade de escolhas profissionais e pessoais, busca de novos conhecimentos, diminuição de poder e incapacidade social^{2,3}.

Outros trabalhos também observaram maior frequência de TMC entre indivíduos com pouca escolaridade e baixa renda^{1,3,8,13,14,26}, indicando que baixo nível educacional é um consistente fator de risco para TMC³. A relação entre baixa escolaridade e transtornos mentais pode estar relacionada a vários fatores, incluindo déficits nutricionais e consequente prejuízo intelectual, baixo desempenho educacional e pobre desenvolvimento psicossocial³.

Tabela 2. Transtornos Mentais Comuns, *Odds Ratio* e intervalos de confiança de 95%, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas, Barbacena, MG, 2013

	TMC + (%)	TMC - (%)	OR (IC95%)	Valor p
Idade (anos)				
18–29	29 (40,8)	42 (59,2)	1,67 (0,76–3,66)	0,193
30–39	31 (38,3)	50 (61,7)	1,50 (0,69–3,24)	0,296
40–49	42 (46,7)	48 (53,3)	2,12 (1,00–4,48)	0,046
50–59	34 (48,6)	36 (51,4)	2,29 (1,05–4,99)	0,035
≥60	14 (29,2)	34 (70,8)	1,0	
Estado civil				
Separada	16 (37,2)	27 (62,8)	1,0	
Casada	75 (39,5)	115 (60,5)	1,10 (0,55–2,18)	0,780
Solteira	44 (45,8)	52 (54,2)	1,42 (0,68–2,98)	0,342
Viúva	15 (48,4)	16 (51,6)	0,33 (0,61–4,03)	0,349
Escolaridade				
>8 anos	46 (33,8)	90 (66,2)	1,0	
<8 anos	104 (46,4)	120 (53,6)	1,69 (1,09–2,63)	0,019
Religião				
Católica	126 (40,4)	186 (59,6)	1,0	0,208
Não católica	24 (50,0)	24 (50,0)	1,47 (0,80–2,71)	
Profissão*				
Grupo A	7 (25,0)	21 (75,0)	1,0	
Grupo B	13 (46,4)	15 (53,6)	2,60 (0,83–8,07)	0,094
Grupo C	42 (41,6)	59 (58,4)	2,13 (0,83–5,48)	0,109
Grupo D	12 (48,0)	13 (52,0)	2,76 (0,86–8,84)	0,081
Grupo E	76 (42,7)	102 (57,3)	2,23 (0,90–5,52)	0,075
Renda familiar				
Acima de 2 SM	15 (26,8)	41 (73,2)	1,0	
Até 2 SM	135 (44,4)	169 (56,6)	2,18 (1,15–4,11)	0,014
Doenças clínicas				
Não	86 (50,3)	85 (49,7)	1,0	0,003
Sim	124 (65,6)	65 (34,4)	1,88 (1,23–2,88)	
Consulta com psiquiatra				
Não	107 (36,1)	189 (63,9)	1,0	0,000
Sim	43 (67,2)	21 (32,8)	3,61 (2,03–6,41)	
Medicação psiquiátrica				
Não	87 (33,9)	170 (65,1)	1,0	0,000
Sim	63 (61,2)	40 (38,8)	3,07 (1,91–4,93)	
Uso de bebidas				
Não	121 (39,8)	183 (60,2)	1,0	0,095
Sim	29 (51,8)	27 (48,2)	1,62 (0,92–2,87)	
Tabagismo				
Não	107 (38,4)	172 (61,6)	1,0	0,018
Sim	43 (53,1)	38 (46,9)	1,82 (1,11–2,99)	
Vida sexual ativa				
Sim	90 (38,3)	145 (61,7)	1,0	
Não	60 (48,0)	65 (52,0)	1,48 (0,95–2,30)	0,075
Atividade física				
Sim	34 (34,3)	65 (65,7)	1,0	
Não	116 (44,4)	145 (55,6)	1,53 (0,94–2,47)	0,083
Violência doméstica				
Não	64 (36,0)	114 (64,0)	1,0	0,002
Sim	12 (80,0)	3 (20,0)	7,12 (1,93–26,12)	
Uso de bebidas pelo parceiro				
Não	50 (32,2)	81 (61,8)	1,0	0,617
Sim	26 (41,9)	36 (58,1)	1,17 (0,63–2,16)	

*Profissão: grupo A: área técnica e administrativa; grupo B: prestação de serviços; grupo C: trabalhadores não qualificados; grupo D: aposentadas e pensionistas; grupo E: não trabalham.

TMC: Transtornos Mentais Comuns; OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Entre as mulheres entrevistadas, verificou-se maior prevalência de TMC entre as que fumavam. Estudo realizado em São Paulo⁵ apontou maior prevalência de TMC em fumantes quando comparados a não fumantes. O tabagismo tem sido mais observado entre indivíduos com menos de oito anos de estudo e com baixa renda^{16,27}. No presente estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis tabagismo, renda e escolaridade, possíveis fatores de confundimento.

As doenças clínicas mais relatadas pelas mulheres foram hipertensão arterial, diabetes e problemas osteomusculares. Considerando todas as patologias informadas, observou-se associação entre a presença de doenças clínicas e a ocorrência de TMC. Doenças físicas crônicas graves e incapacitantes têm sido correlacionadas com presença de sintomas psiquiátricos e o número de enfermidades crônicas apresentadas pelo indivíduo se correlaciona positivamente com a ocorrência de TMC²⁸.

Com relação ao atendimento médico, é provável que pacientes portadoras de TMC e que apresentem mais sintomas físicos ou doenças clínicas procurem, por razões óbvias, o médico não psiquiatra para resolução dos seus problemas. Por outro lado, o uso de psicofármacos foi superior ao observado em outros estudos^{29,30}, e mais utilizado por mulheres portadoras de doenças clínicas quando comparadas àquelas que não relataram tais agravos. Esse dado parece indicar que a maioria das prescrições foram realizada pelo médico das unidades de saúde, o que está em conformidade com outros estudos³¹⁻³³.

Os achados acima parecem sugerir que boa parcela das entrevistadas utiliza tais medicamentos sem indicação específica, como foi demonstrado em outros trabalhos. Estudo realizado em Botucatu (SP)⁸ verificou que o percentual de indivíduos de ambos os sexos com TMC em uso de psicofármacos foi de 27,1%, enquanto que entre os sujeitos sem TMC foi de 9,7%, resultados bem inferiores ao do presente estudo.

O fato de mais da metade das mulheres que usam psicofármacos serem atendidas por psiquiatra pode ter relação com a oferta de serviços públicos de saúde mental em Barbacena. Porém, muitas mulheres não relataram atendimento por especialista, o que pode sugerir entraves na estruturação e no fluxo da rede assistencial de saúde.

Em relação ao uso de álcool, pequena parcela das mulheres entrevistadas disse fazer uso de bebidas alcoólicas. No entanto, foi encontrada forte associação entre o uso de bebidas alcoólicas e a presença de TMC. Em outros estudos, observou-se o contrário, ou seja, a prevalência de TMC foi significativamente inferior naquelas que bebiam de forma leve ou moderada^{31,34}. Sugere-se que, por serem acessíveis, as bebidas sejam utilizadas na tentativa de aliviar os sintomas psíquicos⁵.

A história de violência física mostrou-se fortemente associada com a presença de TMC, o que está de acordo com outros

trabalhos^{2,10,13,35-37}. No Brasil, a razão de chance de transtornos mentais comuns foi duas vezes mais alta entre vítimas de violência em comparação a mulheres que não relataram tal violência²⁵ e sua forma mais comum é aquela perpetrada por parceiros íntimos²⁶. Vários estudos apontam que a violência constitui um fator de risco para vários agravos à saúde da mulher³⁸⁻⁴⁰ e tem se mostrado associada a pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, maior exposição a comportamentos de risco e maiores taxas de suicídio e de tentativas de suicídio⁹.

Algumas limitações deste estudo podem ser apontadas. Em primeiro lugar, algumas mulheres foram entrevistadas próximas aos acompanhantes, o que pode ter comprometido as respostas a algumas questões. Com relação ao uso de bebidas, não foi utilizado nenhum instrumento específico para avaliar volume ingerido e frequência de consumo. O mesmo ocorreu quanto aos psicofármacos, para os quais não foi avaliado o tempo de uso, a regularidade do consumo e dosagem diária. Ademais, o fato de não ter sido utilizado nenhum instrumento específico para avaliar os demais fatores associados pode ter comprometido os resultados encontrados. E, por se tratar de um estudo transversal, não é possível assegurar a relação de causalidade entre os atributos avaliados.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a prevalência de TMC foi alta e superior à observada na população geral. A elevada ocorrência de TMC nessas mulheres indica a necessidade de melhorar os cuidados à sua saúde, tanto nos aspectos preventivos quanto de tratamento.

Um dado importante diz respeito à violência física, ainda comum, em que pese a existência de legislação específica para proteger as mulheres e penalizar os agressores. Outro ponto significativo é com relação ao uso de bebidas por essas mulheres, o que pode estar sendo feito socialmente ou já caracterizando uso nocivo ou dependência.

Por fim, o número de mulheres em uso de psicofármacos, apesar de elevado, não foi considerado excessivo. O que merece reflexão é o elevado percentual de mulheres sem indícios de transtorno mental fazendo uso de medicamentos psiquiátricos e, por outro lado, a verificação de que mais da metade das mulheres que referiram sintomas psíquicos não estava em uso de psicofármacos. Deve ser lembrado também que as intervenções terapêuticas não devem se restringir à prescrição de medicamentos.

Esses três aspectos, entre outros avaliados, indicam a importância de ações relacionadas ao rastreamento e encaminhamento de casos que necessitam de atendimento em saúde mental. Tais ações demandam, no entanto, investimento em capacitação contínua das equipes do PSF para esse objetivo.

REFERÊNCIAS

- Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(3):337-48.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César 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.
- Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81(8):609-15.
- World Health Organization. The Global Burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
- São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), Boletim ISA. Transtornos Mentais Comuns: Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
- Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Suppl 2):S49-57.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001 (tradução para o português pelo Escritório Central OPAS e revisão técnica pela Área Técnica da saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil).
- Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, César CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):717-23.
- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):380-90.
- Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):43-54.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [cited 2012 Jun 06]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
- 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.
- Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(3):221-26.
- Araújo TM, Almeida MMG, Santana CC, Araújo EM, Pinho PS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. *Rev Enferm UERJ.* 2006;14(2):260-9.
- Bandeira M, Freitas LC, Filho JGTC. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(1):41-7.
- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Rodrigues WKM, Santos LB, Júnior JSV. Prevalência de transtornos mentais comuns em idosos residentes em município no nordeste do Brasil. *Rev Salud Pública.* 2012;14(4):620-29.
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occup Environ Med.* 2011;68:408-13.
- Stansfeld SA, Pike C, McManus S, Harris J, Bebbington P, Brugha T, et al. Occupations, work characteristics and common mental disorder. *Psychol Med.* 2013;43(5):961-73.
- Jokela M, Batty GD, Vahtera J, Elovainio M, Kivimäki M. Socioeconomic inequalities in common mental disorders and psychotherapy treatment in the UK between 1991 and 2009 [Internet]. *Br J Psychiatry.* 2013;202:115-20. [cited 2013 Dec 06]. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/115.long>
- Ruitenburt MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2012;31(12):292-8.
- Jenkins R, Njenga F, Okonji M, Kigamwa P, Baraza M, Ayuyo J, et al. Prevalence of common mental disorders in a rural district of Kenya, and socio-demographic risk factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(5):1810-19.
- Bellos S, Skapinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, et al. Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: Secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133(3):825-31.
- Uriyo JG, Abubakar A, Swai M, Msuya SE, Stray-Pedersen B. Prevalence and correlates of common mental disorders among mothers of young children in Kilimanjaro Region of Tanzania [Internet]. *PLoS One.* 2013;8(7):e69088. [cited 2013 September 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700955/>
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38:229-37.
- Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability. Estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38:238-43.
- Senicato C, Barros MBAB. Desigualdades sociais na saúde de mulheres adultas no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(10):1903-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Coelho FMC, 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 Saúde Pública.* 2009;25(1):59-67.
- Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(1):107-14.
- Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(11):3291-300.

31. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(7):1415-26.
32. Lieberman JA. The use of antipsychotics in primary care. *J Clin Psychiatry*. 2003;5(suppl 3):S3-8.
33. English BA, Dortch M, Ereshefsky L, Jhee S. Clinically significant psychotropic drug-drug interactions in the primary care setting. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):376-90.
34. Lima MCP. Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu - SP: um estudo de co-morbidade e utilização de serviços [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
35. Ludermit AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008;66(4):1008-18.
36. Alonso CMM, Musayon OFY, David HMSL, Gómez MMV. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(2):155-62.
37. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermit AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807.
38. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis [Internet]. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452. [cited 2013 August 12]. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
39. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):525-34.
40. Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB, Legay L, Abelha L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(4):483-93.

Recebido em: 25/10/2013
Aprovado em: 06/12/2013