

PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES RESIDENTES DA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

PEDRO SAN MARTIN SOARES

2016



PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES RESIDENTES DA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

PEDRO SAN MARTIN SOARES

RODRIGO DALKE MEUCCI

RIO GRANDE, RS, DEZEMBRO DE 2016

PEDRO SAN MARTIN SOARES

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES RESIDENTES DA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

**Projeto de pesquisa apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Rodrigo Dalke Meucci

RIO GRANDE, RS, DEZEMBRO DE 2016

PEDRO SAN MARTIN SOARES

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES RESIDENTES DA ZONA RURAL DE RIO GRANDE-RS**

Banca examinadora para a qualificação do projeto:

.....
Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci:
Orientador

.....
Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti
Examinador externo

.....
Prof^a. Dr^a. Simone dos Santos Paludo
Examinador interno

.....
Prof. Dr. Silvio Omar Macedo Prietsch
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, DEZEMBRO DE 2016

LISTA DE SIGLAS

TMC	Transtornos Mentais Comuns
GHQ-12	General Health Questionnaire – 12
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire – 20
CIS-R	Clinical Interview Schedule – Revised
OMS	Organização Mundial da Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em mulheres residentes da zona rural de Rio Grande-RS

Resumo

O presente trabalho possui o objetivo de estudar a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns (TMC) em mulheres. Será conduzido um estudo transversal de base populacional com mulheres de 18 a 49 anos residentes da zona rural da cidade de Rio Grande-RS. Para avaliar a presença dos TMC será aplicado o questionário GHQ-12, definido como ponto de corte ≥ 3 pontos. Serão visitados 80% dos domicílios da zona rural de Rio Grande-RS, sendo necessário para a realização desse estudo uma amostra de no mínimo 846 mulheres. Os dados serão coletados em questionários eletrônicos através de tablets e posteriormente analisados através do software Stata 11. Será utilizado o teste qui-quadrado para a análise bivariada e a regressão de Poisson para a análise multivariada. Se espera encontrar uma prevalência de TMC nas mulheres em torno de 35%. Serão fatores associados ao desfecho: idade mais avançada, cor de pele preta, viver sem companheiro, menor escolaridade, nível econômico mais baixo, não trabalhar, tabagismo e alcoolismo.

Descritores: Transtornos Mentais Comuns; Mulheres; Rural; Prevalência; Epidemiologia

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto	10
2.	Anexos	38
3.	Apêndices	47

SUMÁRIO

1	Introdução	10
1.1	Transtornos Mentais Comuns	11
1.2	Instrumentos de mensuração dos Transtornos Mentais Comuns	12
1.3	Revisão de literatura	13
1.4	Prevalência de TMC em mulheres	14
1.5	Fatores associados aos TMC em mulheres	16
1.5.1	Fatores associados aos TMC em estudos ocupacionais e em serviços de saúde	17
2	Justificativa	18
3	Objetivos	19
3.1	Objetivo geral	19
3.2	Objetivos específicos	19
4	Hipóteses	19
5	Metodologia	20
5.1	O município de Rio Grande	20
5.2	Delineamento	20
5.3	População alvo	21
5.4	Critérios de inclusão	21
5.5	Critérios de exclusão	21
5.6	A amostra	21
5.7	Amostragem	23
5.8	Instrumentos	23
5.8.1	Questionário geral	23
5.8.2	GHQ-12	23
5.9	Definição do desfecho	24
5.10	Definição das exposições	24
5.11	Seleção e treinamento de entrevistadores	25
5.12	Logística e coleta	26
5.13	Controle de qualidade	26

5.14	Processamento e coleta de dados	27
5.15	Aspectos éticos	28
6	Orçamento	29
7	Fontes de financiamento	30
8	Cronograma	31
9	Referências	32
10	Anexos	38
10.1	Anexo 1: Questionário Geral	38
10.2	Anexo 2: Questionário Geral - Mulheres	43
10.3	Anexo 3: General Health Questionnaire – 12 (GHQ-12)	45
11	Apêndice	47
11.1	Apêndice 1: Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Mulheres em estudos de base populacional	47
11.2	Apêndice 2: Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em mulheres em estudos de base populacional	49

1 INTRODUÇÃO

Saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro e ser produtivo. É constituída por diversos conceitos que abrangem o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa, não se restringindo apenas a ausência de transtornos mentais (OMS, 2001).

A saúde mental, a saúde física e a saúde social estão profundamente ligadas e interdependentes, de modo que transtornos à saúde mental podem ter impacto em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Estudos evidenciam a associação entre transtornos mentais e a ocorrência de doenças cardíacas e cerebrovasculares, assim como doenças infecciosas. Além de serem fatores de risco para diversas doenças, estes transtornos podem comprometer a aderência ao tratamento, ou piorar o prognóstico. (Prince M et al., 2007). Por este motivo, torna-se cada vez mais evidente e indispensável compreender a magnitude dos transtornos mentais na população. (OMS, 2001).

Os transtornos mentais são distúrbios definidos através de critérios estabelecidos pela CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos) e pelo DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)(Araújo, ÁC.; Neto, 2014). São caracterizados por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a depressão, a ansiedade, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2001). Existem ainda transtornos mentais caracterizados por sintomas psicóticos, tais como: delírios, alucinações, desorganização do pensamento e da comunicação, e isolamento social. Dentre os transtornos psicóticos, o mais conhecido é a esquizofrenia. (Assis JC; Villares CC; Bressan RA, 2013).

De acordo com a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) os transtornos mentais correspondem a 12% da carga global de doenças, e a 1% da mortalidade, sendo que a maioria das manifestações psiquiátricas referem-se à depressão e ansiedade (OMS, 2001; Prince M et al, 2007).

No Brasil, dados do Ministério da Previdência Social do ano de 2014 mostram que os transtornos mentais e comportamentais são responsáveis por 7% das aposentadorias por invalidez e por 10,3% dos auxílios-doença (MTPS, 2014).

1.1 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

Existem situações de saúde em que o indivíduo apresenta sintomas de depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes (sintomas físicos relacionados a fatores psicológicos), em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias, mas que não necessariamente preenchem os critérios formais da CID- 10 ou do DSM-V. Para essas situações é utilizado o termo “Transtorno Mental Comum (TMC)” e seus principais sintomas são: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade (Goldberg & Huxley, 1992).

Estudos epidemiológicos de base populacional sobre os TMC foram conduzidos em diferentes países nas últimas duas décadas. Embora as prevalências variem dependendo do instrumento, da população e da faixa etária avaliada, a sua elevada prevalência se mostra uma característica mundial. A menor prevalência de TMC se encontra no sudeste asiático, sendo de 5,3%. Nos países europeus as prevalências de TMC variam entre 17,4% a 33,5% (Krishnaswamy S et al, 2012; Oliver MI et al, 2005; Rajmil L et al, 1997; Weich S et al, 2004).

No continente africano a prevalência variou de 10,8% a 31% (Jenkins R et al, 2010; Jenkins R. et al, 2012). Nos países latinos as prevalências se assemelham aos países europeus, variando de 26,7% a 39,4% (Araya R et al., 2001; Loret de Mola C et al., 2012; Puertas G; Rios; Del Valle H, 2006).

No Brasil, estudos de base populacional demonstram que a prevalência de TMC varia entre 17% a 36%, (Costa AG; Ludermir AB, 2005; Lopes CS et al, 2016; Marin-Leon L et al, 2007; Rocha SV et al, 2010). Na zona urbana, as prevalências encontradas variam entre 17% a 29,9% nos indivíduos entre 14 a 64 anos e 33,7% a 36% em idosos com mais de 75 anos (Lima-Costa MF; Firmo JO; Uchoa E, 2011; Lopes CS et al, 2016; Lopes CS. et al, 2008; Maragno et al, 2006; Marin-Leon L et al, 2007; Mendoza-Sassi RA; Béria JU, 2007; Pinheiro KA et al, 2007; Rocha TM et al, 2010).

1.2 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Diante do impacto dos TMC à saúde pública, foram criados diversos instrumentos para sua triagem. Entre os mais utilizados estão o Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R), o General Health Questionnaire (GHQ-12), e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

O Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R) é considerado o padrão ouro em estudos de validade de instrumentos mais simples, como o GHQ-12 e o SRQ-20. É constituído por 15 seções que avaliam tipos específicos de sintomas (sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, problemas de sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão, ideias depressivas, ansiedade, fobia, pânico, compulsões e obsessões). O CIS-R avalia os TMC com a possibilidade de medir a frequência e a intensidade do sintoma, bem como pode ser administrado por entrevistadores leigos. Além disso, permite classificação diagnóstica de acordo com critérios da CID-10 (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão, transtorno depressivo, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico)(Nunes MA, 2011).

O GHQ-12 foi desenvolvido por Goldberg & Huxley (1992), para detectar doenças psiquiátricas não severas. Inicialmente formado por 60 itens, foi posteriormente apresentado em versões alternativas, mais breves, contendo 30, 20 e, finalmente, 12 itens. O GHQ-12 é um instrumento autoaplicável composto por 12 itens, respondidos em uma escala tipo Likert de frequência. No caso dos itens negativos, as respostas variam de 1 (absolutamente não) a 4 (muito mais que de costume); e no caso de itens positivos, as respostas variam entre 1 (mais que de costume) a 4 (muito menos que de costume). Estudos mostram que este instrumento é apropriado para estudos com populações de zona rural e amostras de baixa escolaridade, sendo amplamente utilizado nesse tipo de cenário (Laaksonen E et al., 2007; Laaksonen E et al., 2009; Lahelma E et al., 2006; Loret de Mola et al., 2012; Weich S; Twigg L; Lewis G, 2006; Weich S et al., 2005).

A validação brasileira do GHQ-12 apresentou sensibilidade de 85%, especificidade de 79%, acurácia de 82% e alfa de Cronbach de 0,88. O indivíduo que

apresenta escore igual ou maior a três é considerado positivo para sintoma de transtorno psíquico (Gorenstein C; Wang YP; Hungerbuhler I, 2016).

O SRQ-20 é um instrumento criado pela OMS para avaliar os transtornos mentais comuns em países em desenvolvimento, onde o nível de alfabetização pode comprometer o uso de questionários de autoavaliação. Sua principal versão reúne 20 itens com respostas tipo “sim” ou “não” sobre sintomas físicos e emocionais. A validação brasileira do SRQ-20, possuindo como padrão ouro a quarta edição da entrevista clínica estruturada para DSM-IV-TR (SCID-IV-TR), encontrou como ponto de corte ideal 7 ou mais respostas positivas, que resultou em sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%. O poder discriminante para diagnóstico psiquiátrico do SRQ-20 foi 0,91 e o coeficiente Cronbach alfa foi 0,86 (Gonçalves DM; Stein AT; Kapczinski F, 2008).

Alguns estudos relatam que o GHQ-12 e o SRQ-20 são semelhantes em relação à sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TMC quando comparados com o CIS-R. Um estudo realizado numa clínica de atenção primária em Santiago, Chile, mostrou que a sensibilidade e a especificidade do GHQ-12 e do SRQ-20 foram respectivamente de 76% e 74% e 73% e 77%. A taxa de erro de classificação global foi estimada em 26% para o GHQ-12 e 25% para o SRQ-20. (Carlotto M et al., 2011). Em um estudo semelhante realizado no Brasil, a sensibilidade e a especificidade do GHQ-12 e do SRQ-20 foram respectivamente, de 85% e 83% e 79% e 80%. A taxa de erro de classificação global foi de 18% para o GHQ-12 e 19% para o SRQ-20 (Mari JJ & Williams P, 1985).

1.3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção está organizada da seguinte forma: breve revisão sobre a prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) no mundo, no Brasil e na população feminina, assim como seus fatores associados. Foi realizada inicialmente, uma busca de palavras-chave nas bases de dados Pubmed e Lilacs. Foram selecionadas palavras-chave utilizadas na literatura relacionadas ao tema, não se restringindo aos Medical Subject Headings (MeSH) (Quadro 1). Os termos de busca foram: “common mental disorders”, “common mental disorders” AND “prevalence”, “minor psychiatric disorders” e “minor psychiatric disorders” AND “prevalence”. Das

2913 referências encontradas foram excluídas as repetidas e os resumos que não avaliavam a prevalência de transtornos mentais comuns ou não eram de base populacional. Após a leitura dos artigos, foram selecionados apenas os relataram a prevalência de TMC em mulheres.

Portanto, foram incluídos nessa revisão 26 estudos que expõem a prevalência dos transtornos mentais comuns em mulheres nos últimos 20 anos (Apêndice 1).

Quadro 1- Termos buscados para revisão da literatura, na base de dados do Pubmed e Lilacs, referências recuperadas, seleção pelo resumo e artigos na íntegra.

Fonte	Termos utilizados e estratégia da busca	Total de referências recuperadas	Seleção pelo resumo	Artigo na íntegra
Pubmed	“common mental disorders”	1290	44	8
	"common mental disorders" AND "prevalence"	518	17	4
	“minor psychiatric disorders”	121	8	3
	"minor psychiatric disorders" AND "prevalence"	56	1	1
Lilacs	common mental disorders	539	18	5
	common mental disorders prevalence	276	9	2
	minor psychiatric disorders	76	5	2
	minor psychiatric disorders prevalence	37	1	1
Total		2913	101	26

1.4 PREVALÊNCIA DE TMC EM MULHERES

De acordo com a literatura o sexo feminino possui um maior risco de ter transtornos mentais comuns em diversos países. Na Colômbia, Chile e Malásia, assim como nos municípios brasileiros de Feira da Santana-BA, Pelotas-RS, Rio Grande-RS, Campinas-SP, Monte Carlos-MG e São Paulo-SP, a prevalência de TMC nas mulheres é de duas a três vezes maior em relação aos homens (Araya R et al, 2001; Jansen K et al, 2011; Krishnaswamy S et al, 2012; Maragno L et al, 2006;

Marin-Leon L et al, 2007; Mendoza-Sassi RA; Béria JU, 2007; Pinheiro KA et al, 2007; Puertas G et al, 2006; Rocha SV et al, 2010).

De acordo com estudos que utilizaram o GHQ-12, a prevalências de TMC entre as mulheres maiores de 15 anos foram de 19,8% e de 35,2% na zona urbana da Catalunha e Inglaterra respectivamente, e de 10,7% na zona rural da Índia (Oliver MI et al, 2005; Rajmil L et al, 1997; Shidhaye R; Patel V, 2010). Através do SRQ-20, entre a mesma faixa etária, as prevalências na zona urbana variaram de 24,4% a 35,3% (Araújo TM; Pinho PS; Almeida MG, 2005; Lima MS et al., 1996; Ludemir AB; Lewis G, 2001; Ludemir AB et al., 2008; Maragno L et al., 2006; Marin-Leon L et al., 2007; Mendoza-Sassi RA; Béria JU, 2007; Pinho PS; Araújo TM, 2012; Tawar S; Bhatia SS; Ilankumaran M, 2014). Em relação a zona rural, na Zona da Mata-PE, a prevalência em indivíduos entre 15 a 49 anos foi de 34,5% (Costa AG & Ludermir AB, 2005).

Estudos que utilizaram o CIS-R na zona urbana mostram prevalências variadas de TMC em mulheres maiores de 16 anos. Prevalências maiores foram encontradas no Chile e na Inglaterra, de 15,7% e de 19,9% respectivamente, e a menor prevalência foi de 3,6%, obtida na Tanzânia (Araya R et al, 2001; Jenkins R et al, 2010; Weich S et al, 2004). Na zona rural do Quênia, em mulheres de mesma faixa etária, a prevalência foi de 10,8% (Jenkins, R. et al, 2012). Em mulheres com mais de 30 anos do sudeste asiático a prevalência encontrada foi de 7% (Krishnaswamy S et al, 2012).

De acordo com a literatura, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. Os esteroides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, agem na modulação do humor, o que, em parte, explicaria a maior prevalência dos transtornos do humor e de ansiedade na mulher. A flutuação dos hormônios gonadais teria alguma influência na modulação do sistema neuroendócrino feminino, da menarca à menopausa (Andrade LH; Viana MC; Silveira CM, 2006). Steiner et al (2000) propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Segundo esses autores,

haveria, na mulher, um desbalanço na interação entre o eixo hipotálamo-hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. O ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos (Steiner M; Dunn E; Born L, 2000).

1.5 FATORES ASSOCIADOS AOS TMC EM MULHERES

Dos artigos de base populacional encontrados, apenas seis investigaram fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em mulheres (Apêndice 2). De quatro estudos que investigaram a associação entre idade e TMC, em dois a idade se mostrou associada ao desfecho. Em ambos os estudos, mulheres de 33 a 39 anos residentes da zona rural, assim como mulheres acima de 40 anos da zona urbana apresentaram uma prevalência duas vezes maior de TMC em relação a faixas etárias inferiores (Araújo TM et al, 2005; Shidhaye R; Patel V, 2010).

A baixa escolaridade se mostrou um fator associado aos TMC em nos cinco estudos que avaliaram essa associação. Possuir escolaridade inferior ao ensino médio representa um risco até três vezes maior para TMC em relação ao nível de escolaridade superior, tanto na zona rural como na zona urbana (Araújo TM. et al, 2005; Costa AG & Ludermir AB, 2005; Patel V et al, 2006; Pinho PS & Araújo TM, 2012; Shidhaye R & Patel V, 2010).

Foram encontradas associações entre renda e TMC em quatro de cinco estudos que investigaram essa associação. Na Índia, as mulheres que relataram apresentar um baixo padrão de vida possuíam prevalências de TMC de duas a quatro vezes maior em relação as que possuíam um alto padrão de vida. No Brasil dois estudos constataram que as mulheres que possuíam renda mensal inferior a um salário mínimo tinham maior prevalência de TMC em relação às de maior renda (Araújo TM. et al, 2005; Patel V et al, 2006; Pinho PS & Araújo TM, 2012; Shidhaye R & Patel V, 2010).

A cor de pele se mostrou um fator associado no único estudo que avaliou essa associação, sendo a prevalência de TMC quase duas vezes maior nas mulheres de cor de pele preta, quando comparadas às de pele branca (Araújo TM et al, 2005). Em relação ao estado civil, não possuir um companheiro se mostrou associado aos

TMC em três dos quatro estudos que avaliaram essa associação. Nos estudos Brasileiros, estar viúva, separada ou divorciada representou um risco quase duas vezes maior em relação ao grupo de referência (Araújo, TM et al, 2005; Costa AG; Ludermir AB, 2005). Entretanto, na Índia, mulheres casadas ou divorciadas tem maior risco de TMC (Patel V et al, 2006).

O uso de álcool e tabaco se mostrou um fator de risco aos transtornos mentais comuns nos dois artigos que avaliaram essa associação. Tanto as mulheres que utilizavam álcool como as que fumavam apresentavam prevalências quase quatro vezes maior do que as que não utilizavam estas substâncias (Patel V et al, 2006; Shidhaye R & Patel V, 2010).

Mulheres desempregadas e donas de casa possuem uma prevalência quase três vezes maior de transtornos mentais comuns quando comparadas àquelas que trabalham fora (Ludermir AB & Melo Filho DA, 2002).

1.5.1 FATORES ASSOCIADOS AOS TMC EM ESTUDOS OCUPACIONAIS E EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Devido ao fato dos estudos de base populacional sobre TMC em mulheres serem escassos, esse tópico tem por objetivo expandir a revisão para estudos ocupacionais e estudos realizados em serviços de saúde, proporcionando uma visão mais ampla dos fatores associados a este desfecho nesta população.

Um estudo realizado com funcionárias de uma empresa de Porto Alegre-RS e um estudo realizado com donas de casa da zona urbana de Feira da Santana-BA mostraram que maior escolaridade representa um fator de proteção para TMC (Araújo TM et al, 2006; Carlotto M et al, 2011). Não realizar atividades de lazer se mostrou um fator de risco para TMC tanto nas donas de casa como em trabalhadoras remuneradas (Araújo TM et al, 2006).

Mulheres trabalhadoras de cor parda e negra apresentam a prevalência de TMC quase 3 vezes maior do que as brancas. Do mesmo modo, trabalhadoras com maior paridade apresentam maior prevalência de TMC (Araújo TM et al, 2006).

Em relação a estudos com usuárias de serviços de saúde, foram fatores associados a idade, escolaridade, renda e tabagismo. Mulheres com mais de 40 anos,

com menores salários, menor escolaridade e que fumavam apresentaram maior risco para TMC (Lawson E; Craig T; Bhugra D, 2005; Vidal CL et al, 2013).

2. JUSTIFICATIVA

O conceito de saúde envolve tanto o bem-estar físico como o mental, estima-se que os transtornos relacionados à saúde mental representam 12% da carga global de doenças (OMS, 2001). Nem todos os eventos clínicos tem claro diagnóstico, pelas mulheres serem mais suscetíveis, o não enquadramento em determinada entidade nosológica não minimiza seus sofrimentos, além de ser uma condição que não é devidamente reconhecida pelos profissionais de saúde. Quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países subdesenvolvidos, depois de causas maternas e de algumas doenças transmissíveis. Estes transtornos contribuem ainda para um terço dos dias perdidos por doença no trabalho e um quinto de todas as consultas de atenção primária (Lopes CS; Faerstein E; Chor D, 2003).

Por outro lado, a zona rural tende a ter uma menor renda, baixa escolaridade, poucas opções de lazer e ocupação, sendo caracterizada pelo isolamento e distanciamento de outras realidades. Nesse cenário tudo contribui para o surgimento de transtornos de ansiedade, depressão e somatizações (Costa AG & Ludermir AB, 2005).

Embora as localidades de difícil acesso, onde as condições de infraestrutura (estradas, transporte, postos de saúde), frequentemente prejudiquem uma oferta qualificada de serviços de saúde, na zona rural do município de Rio Grande-RS a Estratégia da Saúde da Família (EsF) alcança uma cobertura de 100% dos moradores. De forma integrada à Estratégia da Saúde da Família atuam equipes multiprofissionais denominadas Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A zona rural de Rio Grande-RS possui dois NASF, sendo esses, além das UBS, responsáveis pelo encaminhamento aos serviços de saúde mental. Devido à alta cobertura de atendimento, a conscientização sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC) traria melhorias expressivas a saúde mental das mulheres dessa população.

O estudo dos TMC em mulheres em idade fértil se mostra fundamental para uma organização mais efetiva do sistema de saúde e planejamento de promoção em

saúde devido ao impacto na qualidade de vida e sua elevada ocorrência na atenção básica e nas comunidades (Fonseca MLG & Vasconcelos EM, 2008). Ainda existem poucos estudos de base populacional que investiguem a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres, e principalmente que contemplem indivíduos da zona rural. As mulheres representam a maior parcela dos usuários que frequentam os serviços de saúde. Quantificar os TMC nessa população irá colaborar para que os serviços de saúde fiquem atentos a saúde mental das mulheres, o que trará uma melhor prestação de cuidados nessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência e os fatores associados os transtornos mentais comuns em mulheres de 18 a 49 anos residentes da zona rural da cidade de Rio Grande-RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Verificar a associação dos transtornos mentais comuns com:

- Variáveis demográficas: idade e estado civil;
- Variáveis socioeconômicas: escolaridade, indicador de renda e trabalho;
- Variáveis comportamentais: tabagismo e consumo de álcool.

4. HIPÓTESES

- A prevalência de TMC será em torno de 35%.
- Serão associados aos TMC:
 - Mulheres com idade mais avançada;
 - Mulheres de cor de pele preta;
 - Mulheres divorciadas, separadas ou viúvas;
 - Mulheres com menor escolaridade e nível econômico mais baixo;

- Mulheres que não trabalham;
- Tabagistas;
- Alcoolistas.

5. METODOLOGIA

5.1 O MUNICÍPIO DE RIO GRANDE

O presente estudo será desenvolvido na área rural de Rio Grande, município localizado na chamada Metade Sul do Rio Grande do Sul, distante 320 km da capital, Porto Alegre. Em 2010, Rio Grande tinha 197.228 habitantes, sendo que destes, 7800 residiam na área rural (IBGE, 2011). Destes, 22,1% correspondiam a mulheres em idade fértil (15 a 49 anos). Para o ano de 2016, o IBGE estima uma população riograndina de 208.641 habitantes. Deste modo, mantendo-se a proporcionalidade encontrada em 2010, na qual 3% da população residia em área rural, são estimados 8250 habitantes.

5.2 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal realizado com mulheres da zona rural de Rio Grande-RS. Este tipo de delineamento permite estudar diversas exposições e desfechos de forma simultânea a partir de abordagem única. Além disso, é rápido, de baixo custo, relativamente fácil de analisar e adequado para estudar doenças com alta prevalência na população, como é o caso dos transtornos mentais comuns. A principal desvantagem está relacionada à possibilidade de ocorrência de viés de causalidade reversa em virtude de exposição e desfecho serem coletadas em um mesmo momento, o que pode ser reduzido identificando o momento de início de cada uma das exposições e desfechos a serem investigados.

5.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo desse estudo será constituída por mulheres de 18 a 49 anos residentes da zona rural de Rio Grande-RS

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas mulheres com idade de 18 a 49 anos, residentes na zona rural de Rio Grande-RS

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas mulheres com incapacidade de comunicação verbal, incapacidade cognitiva ou mental. Também serão excluídas mulheres institucionalizadas (hospitalizadas ou encarceradas).

5.6 A AMOSTRA

Os calculos específicos para o estudo das prevalencias e fatores associados aos transtornos mentais comuns nas duas últimas semanas foram realizados para verificar a factibilidade do presente projeto. A seguir são apresentados os parâmetros utilizados e os cálculos para o estudo das prevalência dos transtornos mentais comuns.

- Estudo da prevalência dos transtornos mentais comuns
- 95% de confiança
- Prevalência estimada de transtornos mentais comuns: 35%
- Diferença mínima a ser detectada: 3 pontos percentuais
- Tamanho: 590 individuos
- Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 649 individuos

Conforme os cálculos apresentados, a amostra final de 649 mulheres é suficiente para o estudo da prevalência de Transtornos Mentais Comuns. Para o estudo das associações, será apresentado o cálculo de tamanho amostral necessário para atingir um poder mínimo de 80%, num nível de significância de 95%, tomando como parâmetros a razão não expostos/expostos. Acrescentou-se ao tamanho da amostra mais 15% para possíveis fatores de confusão (Quadro 2).

Quadro 2 – Cálculo do tamanho de amostra para o estudo da associação segundo as variáveis independentes.

Transtornos mentais comuns	Razão Não Expostos/Expostos	Prevalência não expostos	Risco Relativo	Subtotal	N total*
Idade (≥40)	2:1	25%	1,5	512	589
Cor da pele (Cor Negra)	18:1	20%	2	730	840
Situação conjugal (Solteira, Divorciada ou Viuva)	5:1	20%	2	308	355
Escolaridade (0-4 anos)	1:4	25%	1,5	735	846
Renda (≤ de 2 salários mínimos)	1:7	15%	2	616	708
Trabalho	1:1	25%	1,5	462	531
Tabagismo	10:1	25%	2	369	425
Álcool	20:1	25%	2	664	764

*acrescido de 15% para controlar fator de confusão

As estimativas de frequências das exposições foram encontradas segundo os dados do censo de 2010 (IBGE, 2011) e da literatura. O risco relativo para cada exposição foi estipulado através dos valores encontrados na revisão de literatura, variando de 1,5 a 2. Conforme os dados apresentados, para investigar os fatores associados será necessário um tamanho amostral mínimo de 846 mulheres.

5.7 AMOSTRAGEM

O processo de amostragem será baseado no Censo Demográfico 2010 (IBGE 2011). Será feita uma listagem dos domicílios particulares dos 24 setores rurais do município de Rio Grande. Estima-se que existam aproximadamente 3.356 domicílios na área rural de Rio Grande, sendo que, para realização deste estudo, serão visitados 4 de cada 5 domicílios (80%). Deste modo, prevendo um aumento de 5,5% dessa população desde o último censo, estima-se que 1820 mulheres em idade fértil residam na área rural de Rio Grande. Destas, serão amostradas aproximadamente 1255.

5.8 INSTRUMENTOS

5.8.1 QUESTIONARIO GERAL

O questionário geral será constituído por duas partes. A primeira parte será composta por um bloco domiciliar que será respondido pelo chefe da família ou responsável do domicílio no momento da entrevista, com o objetivo de avaliar suas características demográficas e socioeconômicas, assim como as condições de moradia.

A segunda parte consiste em um bloco específico que buscará avaliar fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais das mulheres.

5.8.2 GHQ-12

O GHQ é um instrumento composto com 12 itens/perguntas que avalia a presença de Transtornos Mentais Comuns nas duas últimas. Seu uso é bem estabelecido e amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais. Esse questionário autopercebível foi validado na sua versão brasileira (Gouveia VV et al, 2003; Mari JJ & Williams P, 1985), tendo o Clinical Interview Schedule como padrão-ouro.

Mari & Williams (1985) encontraram, em aplicação do referido questionário na versão brasileira, uma sensibilidade igual a 85%, e especificidade de 79%. Cada item do instrumento é definido como ausente ou presente (0 ou 1). Aqueles que

pontuarem 3 itens positivos do GHQ-12 (em 12 itens) serão classificados como casos de TMC (Goldeberg D & Willams P, 1988).

5.9 DEFINIÇÃO DO DESFECHO

O desfecho estudado é a presença de Transtornos Mentais Comuns. Para estimar a prevalência do desfecho será utilizado uma variável dicotômica (sim/não) utilizando como ponto de corte 3 itens positivos do “General Health Questionaire-12” (GHQ-12).

5.10 DEFINIÇÃO DAS EXPOSIÇÕES

A seguir, é apresentado o quadro com a descrição das variáveis independentes, sua definição e forma de coleta.

	Variáveis	Forma da coleta (Definição)	Tipo da Variável
Demográficas	Idade	Referida (anos completos)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Cor da pele	Observada pelo entrevistador (Branca, Preta, Amarela, Indígena, Parda)	Categórica nominal
	Situação conjugal	Referida (casado/companheiro) (solteiro/sem companheiro) (separado) (viúvo)	Categórica nominal

Socioeconômicas	Escolaridade	Referida (anos completos de estudo)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Renda familiar	Referida (total da renda familiar em reais, R\$, no mês anterior a entrevista)	Numérica contínua e posteriormente será categorizada
	Trabalho	Referida (trabalhando atualmente, não trabalhando)	Categórica dicotômica
Comportamentais	Tabagismo	Referida não tabagista ex-tabagista (indivíduos que não é tabagista atual, mas já foi tabagista no passado) tabagista atual (indivíduo que fumou, pelo menos, um cigarro nos 30 dias anteriores a entrevista)	Categórica nominal
	Álcool	Referida Uso de alguma bebida alcoólica nos 30 dias anteriores a entrevista.	Categórica dicotômica

5.11 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORES

Para a realização das entrevistas serão treinados 20 candidatos durante 40 horas em cinco dias consecutivos. Este treinamento consistirá de leitura de cada um dos questionários e dos respectivos manuais de instrução e aplicação do questionário em duplas e perante todos os treinandos. Esta etapa deverá incluir o manejo das duas versões do questionário: papel e eletrônica. No caso da versão eletrônica, os treinandos deverão familiarizar-se com especificidades da operação dos tablets. Em seguida, será realizado estudo piloto na área urbana de Rio Grande com indivíduos das mesmas faixas etárias que serão avaliadas na área rural. Esta etapa tem por objetivo testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário/tablets e reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo a fim de melhor definir sua logística.

Ao final desta etapa, cerca de seis entrevistadores serão contratados para realizar a coleta de dados. Os demais permanecerão como suplentes para a eventualidade de alguma substituição.

5.12 LOGÍSTICA E COLETA

Este estudo será coordenado por dois professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e será supervisionado por 15 alunos do mestrado em Saúde Pública da turma 2016-2017 e por 2 doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG. A coleta de dados será em regime de consórcio, no qual cada um dos mestrandos e doutorandos terá seu desfecho de interesse coletado de acordo com os objetivos gerais propostos neste projeto.

Serão formadas três equipes, sendo cada uma delas compostas por um supervisor e dois entrevistadores, além do motorista. As equipes irão se deslocar no município utilizando-se de veículos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande e pela Universidade Federal do Rio Grande. Neste veículo serão ainda transportadas balanças e estadiômetros, material necessário para obtenção do peso e da altura dos participantes do estudo.

5.13. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade será realizado por meio de repetição de 5% de parte das entrevistas pelos supervisores do estudo. Estas entrevistas serão escolhidas de forma aleatória e o grau de concordância entre a resposta obtida pelo entrevistador e pelos supervisores será avaliado utilizando-se do teste kappa.

5.14 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão coletados através de um amplo questionário a ser aplicado em tablets, através do programa RedCap (Research Electronic Data Capture). Serão obtidas informações sobre as seguintes características das famílias: renda nominal e ocupação de todos os residentes no domicílio que trabalharam no mês anterior a entrevista, nível de escolaridade das mulheres em idade fértil, do chefe da família e dos idosos, condições de habitação e saneamento, aglomeração familiar, classe econômica segundo ABEP e recebimento de benefício de programas sociais governamentais. Os desfechos de interesse para cada população também serão avaliados através de questionário.

Considerando que os dados serão coletados em tablets, o passo seguinte, ao final de cada dia de entrevistas será o envio dos dados armazenados nos tablets para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão wifi. Posteriormente, no próprio servidor, será realizada uma revisão dos dados para identificar possíveis erros e inconsistências. Além disso, será realizado backup do banco de dados em planilha do Microsoft Excel para garantir que não haja perda das informações. Ao final da etapa de entrevistas, um banco de dados limpo e sem informações que permitam a identificação dos indivíduos será exportado para o programa estatístico Stata14 (Data Analysis and Statistical Software) para fins de análise.

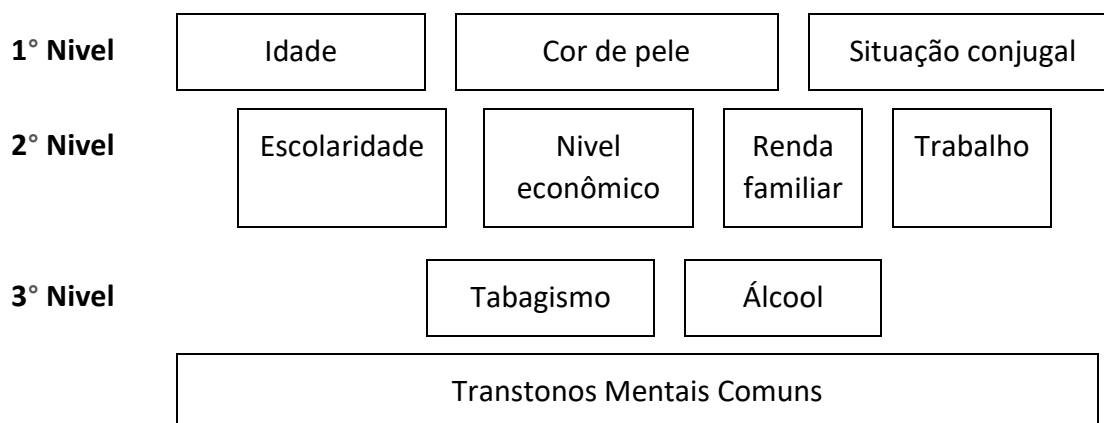
Em relação à análise, será realizada a descrição das principais características da amostra, incluindo todas as variáveis independentes do estudo e apresentando suas proporções e intervalos de confiança de 95%. Será calculada a prevalência dos transtornos mentais comuns e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

Posteriormente serão realizadas análises bivariadas, para comparar as proporções das variáveis independentes (categóricas) em relação ao desfecho

(dicotômico), através do teste estatístico qui-quadrado de heterogeneidade ou de tendência linear. As associações entre as variáveis independentes e o desfecho serão calculadas através da Regressão de Poisson para estimativa das razões de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise multivariável será baseada em um modelo hierarquizado conforme a Figura 1 (Victora CG et al, 1997), sendo calculadas razões de prevalências ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% , através da regressão de Poisson. Serão mantidas na análise todas as associações que apresentarem um p de significância menor ou igual a 0,2 e consideradas associadas ao desfecho apenas aquelas cujo o p de significância seja menor ou igual a 0,05.

Figura 1– Modelo hierarquizado de análise



5.15 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa, considerado de risco mínimo, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande. Além disso, garantir-se-á a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Todos os participantes (ou seus responsáveis) assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de o questionário ser aplicado.

Indivíduos que forem identificados com Transtornos Mentais Comuns serão comunicados e orientados a procurarem os serviços de saúde referência.

6 ORÇAMENTO

Este projeto de pesquisa foi orçado em R\$ 49.119,00 (quarenta e dois mil novecentos e dezenove reais). Os tablets serão utilizados para entrada imediata de dados provenientes da aplicação dos questionários. Este equipamento permite a entrada imediata de dados e elimina a contração de digitadores e a impressão de questionários. O restante será utilizado principalmente no pagamento de pessoal, aquisição de material de consumo e compra de combustível a ser utilizado em veículo cedido pela prefeitura municipal de Rio Grande para deslocamento até os domicílios da área rural.

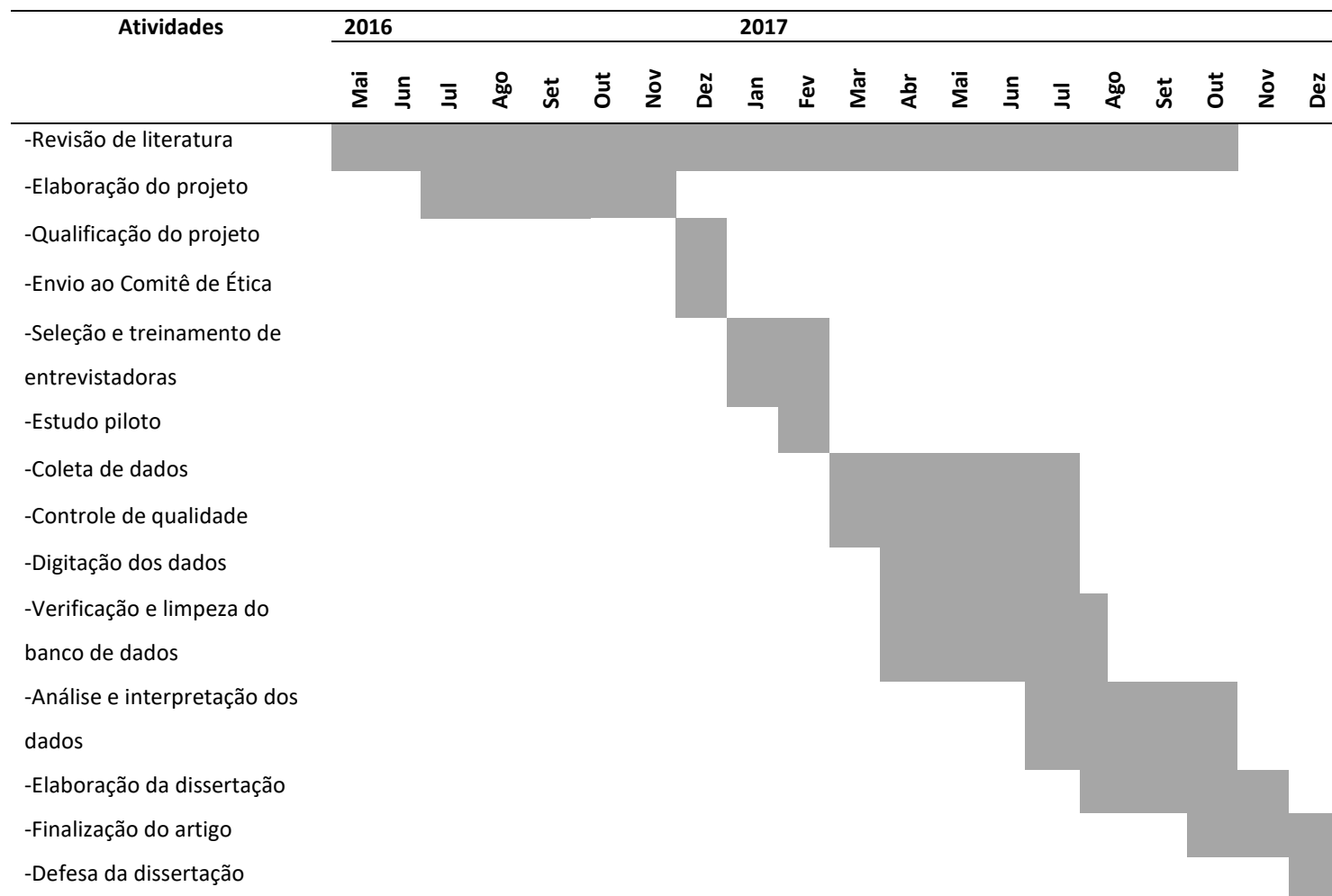
CAPITAL	Custo em R\$	
	Unitário	Total
• <u>Material permanente:</u>	800,00	6.400,00
- 8 tablets RAM 1.5 GB, MEMÓRIA 8GB, Processador 1.3 GHZ, tela LED 9.6'		
Subtotal (a)		6.400,00
CUSTEIO	Custo em R\$	
	Unitário	Total
• <u>Material de consumo:</u>	15,00	180,00
- 12 manuais de instrução	12,60	630,00
- 50 pacotes papel sulfite 75g 210x297	221,00	884,00
- 04 cartuchos de toner laserjet	15,00	225,00
- 15 pranchetas poliestireno com prendedor	4,00	12.000,00
- 3.000 litros de combustível		
Subtotal (b)		13.919,00
• <u>Serviços de terceiros:</u>	6 x 4 x 1.200,00	28.800,00
- 06 entrevistadores (4 meses)		
Subtotal (c)		28.800,00

ITEM	Custo em R\$
• <u>Capital:</u>	
- Material permanente (a)	6.400,00
• <u>Custeio:</u>	
- Material de consumo (c)	13.919,00
- Serviços de terceiros (d)	28.800,00
Total geral (a + b + c)	49.119,00

7 FONTES DE FINANCIAMENTO

Este projeto será financiado pela Pastoral da Criança, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por alunos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde da FURG.

8 CRONOGRAMA



9 REFERÊNCIAS

1. OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 2001.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
3. Araújo AC, Neto FL. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Rev bras ter comport cogn*. 2014.
4. Assis JC, VILLARES CC, Bressan RA. Entre a Razão e a Ilusão: Desmistificando a Esquizofrenia. 2a Ed. ed. São Paulo. 2013.
5. Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Anuário estatístico. Brasília. 2014. 1-890 p.
6. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders. A Bio-social Model. . London. 1992. 44-9 p.
7. Weich S, Nazroo J, Sproston K, McManus S, Blanchard M, Erens B, et al. Common mental disorders and ethnicity in England: the EMPIRIC study. *Psychological medicine*. 2004;34(8):1543-51.
8. Rajmil L, Magarolas RG, Gamisans MR, Rodríguez PEM, Benedicto AS. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria*. 1997;12(4):153-9.
9. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2005;186:297-301.
10. Krishnaswamy S, Subramaniam K, Jemain AA, Low WY, Ramachandran P, Indran T, et al. Common mental disorders in Malaysia: Malaysian mental health survey, 2003–2005. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2012;4(3):201-9.
11. 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. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(5):1810-9.

12. Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common Mental Disorders and Risk Factors in Urban Tanzania. *International journal of environmental research and public health*. 2010;7(6):2543-58.
13. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001;178:228-33.
14. Loret de Mola C, Stanojevic S, Ruiz P, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. The effect of rural-to-urban migration on social capital and common mental disorders: PERU MIGRANT study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(6):967-73.
15. Puertas G, Rios C, Del Valle H. The prevalence of common mental disorders in urban slums with displaced persons in Colombia. *Pan American journal of public health*. 2006;20(5):324-30.
16. Costa AG, Ludermir AB. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de saúde publica*. 2005;21(1):73-9.
17. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KM, Cunha CF, et al. Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de saúde pública*. 2016;50(1).
18. Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgarrondo P, Botega NJ. Perception of community problems: the influence of socio-demographic and mental health factors. *Cadernos de saúde publica*. 2007;23(5):1089-97.
19. Rocha SV, de Almeida MM, de Araujo TM, Virtuoso JS, Jr. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Brazilian journal of epidemiology*. 2010;13(4):630-40.
20. Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgarrondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2007;29(3):250-3.
21. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil. *Cadernos de saúde pública*. 2006;22(8):1639-48.

22. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cadernos de saúde pública*. 2007;23:341-6.
23. Lopes CS, Faerstein E, Chor D, Werneck GL. Higher risk of common mental disorders after experiencing physical violence in Rio de Janeiro, Brazil: the Pro-Saude Study. *The International journal of social psychiatry*. 2008;54(2):112-7.
24. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E. The Bambui Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cadernos de saude publica*. 2011;27(3):327-35.
25. Pinheiro KA, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2007;29(3):241-5.
26. Nunes MA. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule - Revised Version) para o português no estudo longitudinal de saúde do adulto (ELSA). *Clinical and Biomedical Research*. 2011;31(4).
27. Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E, Lallukka T, Rahkonen O, Head J, et al. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *International journal of epidemiology*. 2007;36(4):776-86.
28. Laaksonen E, Martikainen P, Lallukka T, Lahelma E, Ferrie J, Rahkonen O, et al. Economic difficulties and common mental disorders among Finnish and British white-collar employees: the contribution of social and behavioural factors. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(6):439-46.
29. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lahteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social science & medicine*. 2006;63(5):1383-99.
30. Weich S, Twigg L, Lewis G. Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain: prospective multilevel cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2006;188:51-7.

31. Weich S, Twigg L, Lewis G, Jones K. Geographical variation in rates of common mental disorders in Britain: prospective cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2005;187:29-34.
32. Gorenstein C, Wang; YP, Hungerbuhler I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.
33. 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. *Cadernos de saude publica*. 2008;24:380-90.
34. Carlotto M, Amazarray M, Chinazzo I, Taborda L. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cad saúde colet*. 2011;19(2):172-8.
35. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological medicine*. 1985;15(3):651-9.
36. Jansen K, Mondin TC, Ores Lda C, Souza LD, Konradt CE, Pinheiro RT, et al. Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de saúde pública*. 2011;27(3):440-8.
37. Shidhaye R, Patel V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *International journal of epidemiology*. 2010;39(6):1510-21.
38. Tawar S, Bhatia SS, Ilankumaran M. Mental health, are we at risk? *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2014;39(1):43-6.
39. Pinho PDS, Araújo TMD. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15:560-72.
40. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social science & medicine*. 2008;66(4):1008-18.

41. Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2001;36(3):101-7.
42. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *International journal of psychiatry in medicine*. 1996;26(2):211-22.
43. Araújo TMD, Pinho PDS, Almeida MMD. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005;5:337-48.
44. Costa AGD, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de saude publica*. 2005;21:73-9.
45. Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2006;33:43-54.
46. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of affective disorders*. 2000;74(1):67-83.
47. Patel V, Kirkood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. *Population-based longitudinal study*. 2006;189(6):547-55.
48. Ludermir AB, Melo Filho DA. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. *Revista de saúde pública*. 2002;36(2):213-21.
49. Araujo TM, Almeida MG, Santana CR, Araújo EM, Pinho PS. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. *R Enferm UERJ, Rio de Janeiro*. 2006;14(2):260-9.
50. Vidal CL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2013;21:457-64.
51. Lawson E, Craig T, Bhugra D. Psychological symptoms in women in a primary care setting in Tamil Nadu. *Indian journal of psychiatry*. 2005;47(4):229-32.

52. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de saúde pública*. 2003;19:1713-20.
53. Fonseca MLG, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS* 2008;11(3):285-94.
54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011
55. Gouveia VV, Chaves SSS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2003;19:241-8.
56. Goldberg D, Williams P. The users guide to General Health Questionnaire. Windsor: Nfer-Nelson. London. 1988. 44-9 p.
57. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International journal of epidemiology*. 1997;26(1):224-7.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário Geral

BLOCO A: GERAL	IDENTIFICAÇÃO
Número do setor: __ __ Número do domicílio: _ _ _ _ _ Logradouro: _____ Data da entrevista: __/__/____ Entrevistadora: _____	ASET __ __ ANUM __ __ ALOG __ __ __ ADAT __ __ / __ __ / __ __ AENT __ __
x) Qual o seu nome? _____ x) Qual sua idade? __ __ anos completos x) Qual sua cor de pele ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarelo (5) indígena (9)IGN	AIDADE __ __ ACORPEL _
x) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato? (0) Não (1) Sim → QUAL? _____ x) Existe algum outro telefone ou número de celular que podemos entrar em contato com o Sr.(a)? (0) Não (1) Sim → QUAL? _____	FONE _ _ _ _ _ _ . _ _ _ FONE2 _ _ _ _ _ _ . _ _ _
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS DO DOMICÍLIO PARA EFEITO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA. TODOS OS ITENS DE ELETRODOMÉSTICOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, CONSIDERE APENAS SE TIVER INTENÇÃO DE CONSERTAR OU REPOR NOS PRÓXIMOS SEIS MESES. LEMBRANDO QUE OS DADOS DESSE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS.	
Sobre os bens que o(a) Sr.(a) tem em casa. No domicílio tem...	
x) Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (0) (1) (2) (3) (4+)	AAUTO _
x) Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana (0) (1) (2) (3) (4+)	AEMPR _
x) Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho (0) (1) (2) (3) (4+)	AROUPA _
x) Quantidade de banheiros (0) (1) (2) (3) (4+)	ABANNHO _

x) DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel (0) (1) (2) (3) (4+)	ADVD _
x) Quantidade de geladeiras (0) (1) (2) (3) (4+)	AGELA _
x) Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex (0) (1) (2) (3) (4+)	AFREZ _
x) Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones (0) (1) (2) (3) (4+)	ACOMP _
x) Quantidade de lavadora de louças (0) (1) (2) (3) (4+)	ALAVA _
x) Quantidade de fornos microondas (0) (1) (2) (3) (4+)	AMICR _
x) Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional (0) (1) (2) (3) (4+)	AMOTO _
x) Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca (0) (1) (2) (3) (4+)	ASECA _
x) Até que série/ano o(a) Sr. (a) estudou? Anotação: _____ (Codificar quando encerrar o questionário) Anos completos de estudo: __ anos (88) NSA (99) IGN	AESC __
x) Qual sua situação conjugal? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN	ASICO _
x) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não recebe renda	ARF1: _____ ARF2: _____ ARF3: _____ ARF4: _____ ARF5: _____

(88888) NSA (99999) IGN	
x) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → QUANTO? R\$ _ _ _ _ _ por mês (88888) NSA (99999) IGN	AROU _ AQUA _ _ _ _ _
x) Com quem o(a) Sr.(a) vive? (1) Sozinho(a)/sem companheiro(a) (2) Esposo(a)/com companheiro(a) (3) Pai e mãe (4) Filho/Filha (5) Outros _____ (8) NSA (9) IGN	AVIVE _ AVIOU _
x) Quantas pessoas moram no domicílio? Nº _ _ (88) NSA (99)IGN	AMODO _ _
x) Alguém no domicílio recebe algum auxílio/ajuda como Programa Bolsa família? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado	APBF _
AGORA VOU CONVERSAR COM O(A) SENHOR(A) SOBRE SEU TRABALHO.	
x) O(A) Sr. (a) está trabalhando? (0) Não → Pule para a questão x (1) Não, mas já trabalhei (2) Sim → Pule para a questão x (9) IGN	ATRAB _
x) Se já trabalhou mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho? <i>(Pule para a questão x)</i> (1) Desempregado (2) Aposentado (3) Encostado (4) Pensionista (5) Outro _____ (8) NSA (9) IGN	ANTR _ AOUTR _
X) Se está trabalhando qual é sua ocupação? Ocupação: _____	AOCUP _ _ _ _ _
X) Qual sua forma de vínculo com o seu trabalho?	

(1) Contrato por prazo indeterminado (2) Contrato por prazo determinado (3) Autônomo (8) NSA (9) Ignorado	AVINC _
x) O(A) Sr.(a) tem propriedade rural? (0) Não → <i>Pule para a questão x</i> (1) Sim (9) Ignorado	APRU _
x) O que o(a) Sr.(a) é da propriedade rural? (1) Proprietário(a) (2) Marido / esposa / companheiro(a) ou filho(a) de proprietário(a) (3) Outro familiar do proprietário (4) Arrendatário(a) (5) Empregado(a) (6) Empreiteiro/diarista (7) Safrista ou empregado temporário (9) IGN	APRORU _
x) Quantos m² ou hectáres tem a propriedade? (1) m ² (2) Hec. _____ m ² /hec (8888) NSA (9999) IGN	ATAMA _ AMEHE _____
x) Possui animais na propriedade para o consumo familiar? (0) Não, não possuo (1) Sim → Quantos? _ _ _ (8) NSA (9) Ignorado	AANI _ AAQ _ _ _
x) Possui horta ou plantação de alimentos para o consumo familiar? (0) Não, não possuo (1) Sim (8) NSA (9) Ignorado	AHORTA _
x) Qual o rendimento anual da propriedade? R\$ _____	AREP _____
AGORA VOU CONVERSAR COM O SENHOR ALGUNS ASPECTOS DE SUA MORADIA	
x) Qual o tipo de construção da moradia? (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Mista (8) NSA (9) Ignorado	AMORA _
x) A moradia possui algum tipo de fogão à lenha para cozinhar? (0) Não (1) Sim (2) Sim, mas não é utilizado com frequência (8) NSA	ALENHA _

(9) Ignorado	
x) A água utilizada nesse domicílio é proveniente de? (1) Rede geral de distribuição (2) Poço ou nascente (3) Outro meio _____ (8) NSA (9) Ignorado	AAGUA _ AOUM _ _
x) O domicílio possui rede de tratamento de esgoto? (0) Não (1) Sim (9) IGN	AESGO _
AGORA VOU LER PARA O(A) SENHOR(A) ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO EM CASA. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OU SEJA, DE <MÊS> ATÉ <MÊS> DE 2017. AS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS UMAS COM AS OUTRAS, MAS É IMPORTANTE QUE O(A) SENHOR(A) RESPONDA CADA UMA DELAS.	
x) Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	IA01 _
x) Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais? (0) Não (1) Sim (9) IGN	IA02 _
x) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (0) Não (1) Sim (9) IGN	IA03 _
x) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	IA04 _
x) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	IA05 _

Anexo 2: Questionário Geral - Mulheres

BLOCO B MULHERES – SEÇÃO GERAL	
<p>X) Qual é o seu nome? _____</p> <p>X) Qual é a sua idade? ___ anos completos</p> <p>X) Qual é sua data de nascimento? ___ / ___ / _____</p> <p>X) Qual seu peso? __kg</p> <p>X) Qual a sua altura? ___ m</p>	<p>BIDADE ___</p> <p>BNASC</p> <p>___ / ___ / ___</p> <p>BPESO</p> <p>BALTURA</p>
<p><i>As perguntas B7 e B8 devem apenas ser observadas pela entrevistadora</i></p>	
<p>X) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____</p> <p>X) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino</p>	<p>BCORPEL __</p> <p>BSEXO __</p>
<p>X) Até que série a Sra. estudou? Anotação: _____ (codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: __ anos (88) NSA</p> <p>X) Qual a sua situação conjugal? (1) Casada (2) Solteira (3) Separada/Divorciada (4) Viúva (9) IGN</p> <p>X) Com quem a Sra. vive atualmente? (1) Sozinha (2) Com cônjuge (3) Com companheiro (a) (4) Somente com filho(s) (9) IGN</p> <p>X) Qual a sua religião? (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Candomblé/Umbanda (5) Não possui (6) Outra (9) IGN</p>	<p>BESCOLA __</p> <p>BCOMPAN __</p> <p>BQUEMVIVE__</p> <p>BRELIGIAO__</p>
AGORA VOU CONVERSAR COM A SENHORA SOBRE SEU TRABALHO	
<p>X) A Sra. trabalha fora de casa? (0) Não → Pule para a questão BX (1) Sim, está trabalhando (9) IGN</p> <p>X) Se está trabalhando ou já trabalhou qual é/foi a sua ocupação principal? Ocupação: _____</p>	<p>BTRAB __</p> <p>OCUP __</p>

<i>(No caso de ter mais de uma ocupação será considerado ocupação principal a que tiver maior carga horária, no caso de ter a mesma carga horária será considerado a de maior renda, se a renda for igual será registrada aquela que o trabalhador exercer a mais tempo)</i>	
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO	
X) A Sra. fuma? (0) Não, nunca fumou → <i>Pule para a questão BX</i> (1) Já fumou, mas parou → <i>Pule para a questão BX</i> (2) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)	BFUMA__
X) Há quanto tempo a Sra. fuma? __ anos __ meses (8) NSA (9) IGN	BFUMAQTP__
X) Quantos cigarros a Sra. fuma por dia? __ cigarros (88) NSA (99) IGN	BCIGDIA__
X) Por quanto tempo a Sra. fumou? __ anos __ meses (8) NSA (9) IGN	BFUMAVATPO__
X) Há quanto tempo a Sra. parou de fumar? __ anos __ meses (8) NSA (9) IGN	BFUMAVATPR__
X) Quantos cigarros a Sra. fumava por dia? __ cigarros (8) NSA (9) IGN	BFUMAVAQT__
AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE FREQUÊNCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE A SRA. CONSOME	
X) Nos últimos 30 dias, a Sra. consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida de álcool? (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão BX</i> (1) Sim (9) IGN	BALC__
X) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias por semana ou por mês, aproximadamente, a Sra. consumiu bebidas alcoólicas? __ Dias por semana __ Dias por mês (88) NSA (99) IGN	BALCDSEM__ BALCDMES__
CONSIDERAMOS QUE UMA DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA É IGUAL A UMA LATA DE CERVEJA, OU UMA TAÇA DE VINHO, OU UM DRINQUE OU COQUETEL OU UMA DOSE DE CACHAÇA OU DE UÍSQE.	
X) Sendo assim, nos dias em que a Sra. bebeu, quantas doses, em média, a Sra. ingeriu por dia? __ Doses por dia (88) NSA (99) IGN	BALCQTD__
AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER	
X) A Sra. realiza alguma atividade física por lazer ou por esporte por 30 minutos ou mais por dia? (0) Não ↔ <i>Pule para a questão X></i> (1) Sim (9) IGN	BATVFIS__

Anexo 3: General Health Questionnaire – 12 (GHQ-12)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO A SENHORA TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. ULTIMAMENTE...

X) A Sra. tem podido concentrar-se bem no que faz?
 (1) Mais do que o de costume
 (2) Menos que o de costume
 (3) Igual ao de costume
 (4) Muito menos que o de costume
 (9) IGN

*PMCONCETRA*_____

X) As preocupações da Sra. têm lhe feito perder muito sono?
 (1) Absolutamente, não
 (2) Um pouco mais do que o costume
 (3) Não mais que o de costume
 (4) Muito mais que o costume
 (9) IGN

*PMSONO*_____

X) A Sra. tem sentido que tem um papel útil na vida?
 (1) Mais útil que o de costume
 (2) Menos útil que o de costume
 (3) Igual ao de costume
 (4) Muito menos útil que o de costume
 (9) IGN

*PUTILVIDA*__

X) Tem se sentido capaz de tomar decisões?
 (1) Mais que de costume
 (2) Menos que o de costume
 (3) Igual ao de costume
 (4) Muito menos capaz que o de costume
 (9) IGN

*PMDECISOES*__

X) A Sra. tem notado que está constantemente agoniada e tensa?
 (1) Absolutamente, não
 (2) Um pouco mais do que o costume
 (3) Não mais que o de costume
 (4) Muito mais que o de costume
 (9) IGN

*PMTENSA*_____

X) A Sra. tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?
 (1) Absolutamente, não
 (2) Um pouco mais do que o de costume
 (3) Não mais que o de costume
 (4) Muito mais que o de costume
 (9) IGN

*PMDIFICUL*_____

X) A Sra. tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais

*PMATINORMAL*_____

<p>de cada dia?</p> <p>(1) Mais que o de costume (2) Menos que de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos capaz que de costume (9) IGN</p> <p>X) A Sra. tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?</p> <p>(1) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos capaz que o de costume (9) IGN</p> <p>X) A Sra. tem se sentido pouco feliz e deprimida?</p> <p>(1) Absolutamente, não (2) Um pouco mais que o costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (9) IGN</p> <p>X) A Sra. tem perdido confiança em si mesma?</p> <p>(1) Absolutamente, não (2) Um pouco mais do que o costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (9) IGN</p> <p>X) A Sra. tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?</p> <p>(1) Absolutamente, não (2) Um pouco mais do que o costume (3) Não mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume (9) IGN</p> <p>X) A Sra. se sente razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?</p> <p>(1) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume (3) Igual ao de costume (4) Muito menos que o de costume (9) IGN</p>	<p><i>PMENFRENTAR</i>____</p> <p><i>PMPOUCOFELIZ</i>____</p> <p><i>PMCONFIANÇA</i>____</p> <p><i>PMNAOSERVENADA</i>____</p> <p><i>PMFELIZCIRCUNS</i>____</p>
---	--

APÊNDICES

Apêndice 1 – Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Mulheres em estudos de base populacional.

Autor, ano e local	Delineamento	Instrumento	N	População	Prevalência nas mulheres
Shidhaye, R. Patel, V. 2010. Índia	Coorte	GHQ-12	5073	Mulheres casadas entre 15 a 39 anos residentes na zona rural.	10,7%
Oliver, M. I. et al. 2005. Inglaterra	Transversal	GHQ-12	10842	Indivíduos entre 16 a 64 anos residentes da zona urbana de Somerset	35,2%
Rajmil, L. et al. 1997. Madri.	Transversal	GHQ-12	5605	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de 9 cidades da Catalunha.	18,6%
Fezeu, L. K. et al. 2015. Reino Unido.	Coorte	GHQ-30	3375	Indivíduos de 35 a 55 anos residentes da zona urbana.	30,3%
Tawar, S. Bhatia, S. S. Ilankumaran, M. 2014. Índia.	Transversal	SRQ-20	132	Mulheres casadas com 18 a 45 anos residentes na zona urbana de Mumbai.	27,27%
Rocha, S. V. de Almeida, M. M. de Araujo, T. M. Virtuoso, J. S., Jr. 2010. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	3597	Indivíduos com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	35,3%
Araujo, T. M. et al. 2005. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2055	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	39,9%
Pinho, P. S. Araújo, T. M. 2002. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2057	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	39,4%
Puertas, G. Rios, C. del Valle, H. 2006. Colômbia.	Transversal	SRQ-20		Indivíduos maiores de 18 anos residentes da zona urbana.	31,0%
Marin-Leon, L. et al. 2007. Campinas-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	515	Indivíduos com 14 anos ou mais residentes da zona urbana.	24,4%
Ludermir, A. B. et al. 2008. São Paulo-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	2128	Mulheres de 15 a 49 anos residentes da zona rural e urbana das cidades de São Paulo e Zona da Mata-PE.	34,5%
Ludermir, A. B. et al. 2000. Olinda-PE. Brasil.	Transversal	SRQ-20	683	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de Olinda-PE.	45,4%
Jansen, K. et al. 2011. Pelotas-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1560	Indivíduos com 18 a 24 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas-RS.	32,2%
Costa, A. G. Ludermir, A. B. 2005. Zona da Mata-PE. Brasil.	Transversal	SRQ-20	483	Indivíduos com 19 anos ou mais residentes da zona rural da Zona da Mata-PE.	44,2%
Maragno, L. et al. 2006. São Paulo-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	2.337	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de São Paulo-SP.	27,99%
Costa, J. S. D. et al. 2002. Pelotas-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1954	Indivíduos com 20 a 69 anos residentes da zona urbana de Pelotas-RS.	34,2 %
Lima, M. S. et al. 1996.	Transversal	SRQ-20	1270	Indivíduos com 15 anos ou	26,5%

Pelotas-RS. Brasil.				mais residentes da zona urbana de Pelotas-RS.	
Mendoza-Sassi, R. A; Béria, J. U. 2007. Rio Grande-RS. Brasil.	Transversal	SRQ-20	1260	Indivíduos maiores de 15 anos residentes da zona urbana de Rio Grande-RS.	22,1%
Lima, P. J. P. 2015. Campinas-SP.	Transversal	SRQ-20	355	Indivíduos maiores de 18 residentes da zona rural de Atibaia-SP.	23,3%
Rodrigues-Neto, J. F. et al. 2008. Monte Carlos-MG. Brasil	Transversal	SRQ-20	3090	Indivíduos maiores de 18 anos residentes da zona urbana de Monte Carlos-MG.	30,9%
Krishnaswamy, S. et al. 2011. Malasia.	Transversal	CIS-R	3666	Indivíduos com 30 anos ou mais residentes da zona urbana.	7%
Araya. R. et al. 2001. Santiago, Chile.	Transversal	CIS-R	393	Indivíduos entre 16 a 64 anos residentes da zona urbana do Chile.	15,7%
Patel, V. et al 2006. India	Coorte	CIS-R	2166	Mulheres entre 18 a 50 anos residentes na zona rural.	Incidência 1,8% ao ano
Weich, S. et al. 2004. Inglaterra	Transversal	CIS-R	4281	Indivíduos de 16 a 74 anos residentes da zona urbana da Inglaterra.	19,9%
Jenkins, R. et al. 2010. Tanzania.	Transversal	CIS-R	899	Indivíduos maiores de 16 anos residentes da zona urbana.	3,6%
Jenkins, R. et al. 2012. Kenya.	Transversal	CIS-R	876	Indivíduos de 16 a 64 anos residentes da zona rural.	10,8%

Apêndice 2 – Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em mulheres em estudos de base populacional.

Autor, ano e local	Delineamento	Instrumento	N	População	Fatores associados
Shidhaye, R. Patel, V. 2010. India	Coorte	GHQ-12	5073	Mulheres casadas entre 15 a 39 anos residentes na zona rural.	Idade: 33 a 39 anos: OR 1.3 (1.1–1.6), Escolaridade: Baixa escolaridade: OR 2,5 (2,0–3,3) Renda: Baixa renda: OR 2,5 (1,6–5,0) Violência por parceiro íntimo: OR 2.0 (1,5-2,6), Fumantes: OR 1.7 (1.2–2.2) Álcool: OR 1,7 (1.2–2.5)
Patel, V. et al 2006. India	Coorte	CIS-R	2166	Mulheres entre 18 a 50 anos residentes na zona rural.	Escolaridade: Nenhuma escolaridade: OR 9,1 (8,2–9,3) 1-9 anos de escolaridade: OR 6,5 (1,9–9,0) 10-14 anos de escolaridade: OR 2,5 (1,3–3,0) Estado civil: Casada: OR: 6,6 (1,6-27,8) Divorciada: OR: 9,8 (1,4-71,1) Renda: Baixa renda: OR 4,4 (0,7-5,0) Fumantes: OR 3.8 (1.2–11.6) Álcool: OR 3,9 (0.9–18.0)
Tawar, S. Bhatia, S. S. Ilankumaran, M. 2014. India.	Transversal	SRQ-20	132	Mulheres casadas com 18 a 45 anos residentes na zona urbana de Mumbai.	Sem fatores associados
Araujo, T. M. et al. 2005. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2055	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	Idade: Acima de 40 anos: RP 1.28 (1.15-1.42) Estado civil: Viúva, separada ou divorciada: RP 1,52 (1,31-1,77) Cor de pele: Pele negra: RP 1,46 (1,22-1,74) Renda: ≤ 1 salário mínimo mensal: RP 1,84 (1,51- 2,23) Escolaridade: Sem acesso a escola: RP 3,05 (1,90-5,02) Ensino Fundamental: RP 2,54 (1,57-4,10) Número de filhos: 1 a 2 filhos: RP 1,44 (1,23-1,68) 3 a 5 filhos: RP 1,64 (1,40-1,93) 6 a 7 filhos: RP 2,34 (2,03-2,70)

Pinho, P. S. Araújo, T. M. 2002. Feira de Santana, Bahia.	Transversal	SRQ-20	2057	Mulheres com mais de 15 anos residentes da zona urbana.	Escolaridade: Ensino Fundamental: RP 1,58 (1,34-1,88) Atividade de lazer: RP 1,53 (1,31-1,78) Renda: ≤ 1 salário mínimo mensal: RP 1,36 (1,14- 1,62)
Ludermir, A. B. et al. 2008. São Paulo-SP. Brasil.	Transversal	SRQ-20	2128	Mulheres de 15 a 49 anos residentes da zona rural e urbana das cidades de São Paulo e Zona da Mata-PE.	Escolaridade: 0 a 4 anos de escolaridade: RO 3,30 (2.3-4.7) 5 a 8 anos de escolaridade: RO 2,38 (1.6-3.4) 9 a 11 anos de escolaridade: RO 1,41 (1.0-2,1) Estado civil: Vive sem companheiro: RO 2.38 (1.8-3.2)

