

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

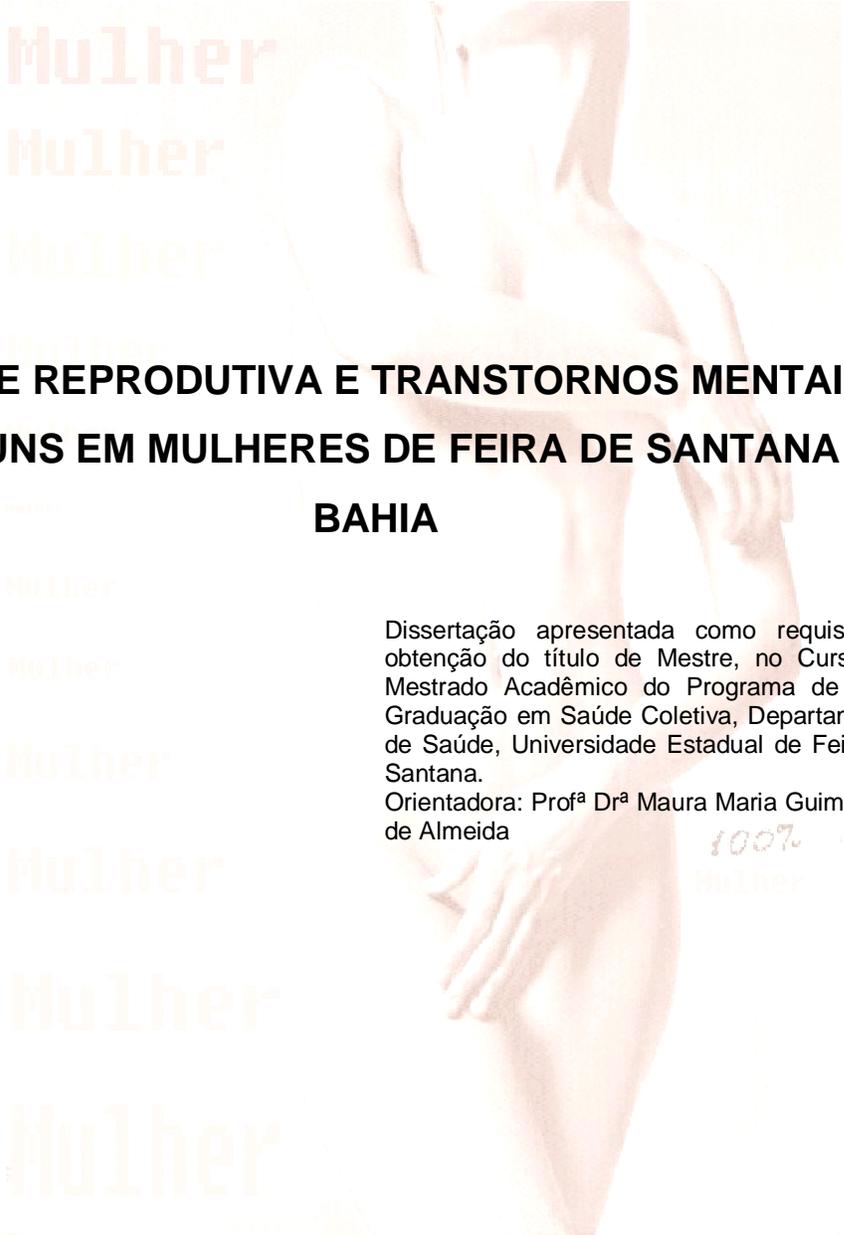
HAYANA LEAL BARBOSA

**SAÚDE REPRODUTIVA E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM MULHERES DE FEIRA DE SANTANA -
BAHIA**

FEIRA DE SANTANA-BA

2007

HAYANA LEAL BARBOSA



**SAÚDE REPRODUTIVA E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM MULHERES DE FEIRA DE SANTANA -
BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre, no Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.

Orientadora: Profª Drª Maura Maria Guimarães de Almeida

FEIRA DE SANTANA-BA

2007

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Barbosa, Hayana Leal
B197s Saúde reprodutiva e transtornos mentais comuns em
mulheres de Feira de Santana - Bahia / Hayana Leal Barbosa. –
Feira de Santana - BA, 2007.
96 f. : il.

Orientadora: Maura Maria Guimarães de Almeida

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007

1. Saúde da mulher. 2. Saúde reprodutiva. 3. Transtornos
mentais. I. Almeida, Maura Maria Guimarães de. II. Universidade
Estadual de Feira de Santana. IV. Departamento de Saúde. V.
Título.

CDU: 612.6

Hayana Leal Barbosa

**SAÚDE REPRODUTIVA E TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM MULHERES DE FEIRA DE SANTANA -
BAHIA**

Banca Examinadora

Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida - Orientadora

Departamento de Saúde, UEFS-BA

Dra. Mirian Santos Paiva

UFBA-BA

Dra. Greice Maria de Souza Menezes

Instituto de Saúde Coletiva, UFBA-BA

Feira de Santana – BA, ____/____/____

A meus filhos Pedro Henrique, Laio Luis e Maria Vitória que em nosso cotidiano me ensinam a ser mãe, o valor do amor e dedicação, sem vocês jamais chegaria onde estou hoje.

A meus pais pelo apoio incondicional nos momentos decisivos de minha vida.

A minha irmã Hyrlana, companheira de mestrado, pois sem sua ajuda não teria conseguido continuar essa jornada.

AGRADECIMENTOS

O Deus em primeiro lugar pela minha existência, força e ousadia.

Expresso imensa gratidão as pessoas que tem colaborado direta ou indiretamente na minha trajetória profissional.

Dr.a. Maria Lúcia Silva Servo por seu exemplo de dedicação profissional, mulher vitoriosa na construção de sua família e profissão, com sua experiência e visão de mundo me incentivou (e me ajudou) a trilhar novos caminhos.

A companheira de trabalho Marluce Nunes que soube em momento decisivo de minha vida ajudar a tomar a decisão certa com mensagens de otimismo e fé em Deus.

Dr.a. Maura Maria de Guimarães, minha orientadora muito obrigada pela compreensão, paciência em todos os momentos, seu apoio foi fundamental na conclusão do mestrado.

As minhas irmãs Cristiane e Juliana por compartilhar o cuidado à minha filha quando precisava escrever a dissertação.

Aos colegas de mestrado Viviane, karine Emanuelle, Kionna – pelo carinho e solidariedade.

A Dra Tânia Araújo Coordenadora do PPGSC, obrigada pela paciência e por compartilhar seu conhecimento e experiências.

As professoras Maria Ângela Nascimento e Marluce Assis exemplos de docente.

Aos companheiros Carmen Lieta e Heraldo Morais pela extrema confiança dedicada.

Aos e familiares que compartilharam as minhas conquistas.

A todos e todas que estiveram e estão presentes em minha vida.

Aos companheiros de Mestrado que compartilharam os desafios e angústias do curso.

Agradeço ao Núcleo de Epidemiologia que me cedeu o banco de dados para essa pesquisa;

Agradeço aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pela contribuição nos conhecimentos adquiridos.

Agradeço também às pedras no caminho, pois me ensinaram que as dificuldades existem para serem vencidas, e serviram de base para a construção dos degraus alcançados na escada da vida.

“Filho meu, se aceitares as minhas palavras,
e esconderes contigo os meus
mandamentos,
Para fazeres atento à sabedoria o teu
ouvido, e para inclinares o teu coração ao
entendimento,
E se clamares por entendimento, e por
inteligência alçares a tua voz,
Se como a prata a buscares e como a
tesouros escondidos a procurares,
Então entenderás o temor do Senhor, e
acharás o conhecimento de Deus.
Porque o Senhor dá a sabedoria; da sua
boca vem o conhecimento e o
entendimento”

(Provérbios 2: 1-6)

RESUMO

As mulheres têm vivido ao longo dos anos a função reprodutiva e o serviço doméstico no espaço privado. Entretanto com sua crescente entrada no mercado de trabalho pode ocasionar o aparecimento de doenças mentais. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) vêm se destacando, principalmente em mulheres que além dos fatores de risco referidos ao gênero, ainda estão expostas aos fatores inerentes a gestação, parto e puerpério. Associados aos componentes emocionais os fatores do ciclo da vida como idade, situação conjugal, número de filhos, chefia de família, lazer, trabalho informal, dupla jornada e o trabalho de cuidar da família podem intensificar o sofrimento psíquico entre a população feminina. No intuito de avaliar a associação entre as características de Saúde Reprodutiva e a ocorrência de TMC, foi realizado um estudo de corte transversal, incluindo mulheres residentes da zona urbana de Feira de Santana com idade igual ou superior a 15 anos. Os TMCs foram avaliados pelo Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Calcularam-se as razões de prevalência e realizou-se análise univariada e estratificada. A prevalência global de TMC foi 39,5%. Prevalências mais elevadas de transtornos mentais foram observadas nas mulheres com mais de 50 anos, com baixa escolaridade, negras, viúvas ou separadas, com início da atividade sexual antes dos 19 anos, com filhos, que não utilizavam métodos contraceptivos e estavam no climatério. Foi realizada análise estratificada da associação entre idade da primeira relação sexual, presença de filhos, aborto e climatério ao TMC e as covariáveis características sociodemográficas, ocupacionais e atividades de lazer. Infere-se que as políticas de saúde devem ampliar suas ações oferecendo atendimento à saúde sexual e mental das mulheres, promovendo atendimento de forma integral considerando sua individualidade e direitos sem discriminação de raça e classe social no município de Feira de Santana-Ba.

Palavras-chave: Mulher; Gênero; Saúde reprodutiva e transtornos mentais comuns.

ABSTRACT

Women have lived over the years and the reproductive function in private domestic service. However with their increasing entry into the labor market may cause the appearance of mental illness. Common Mental Disorders (CMD) have gained prominence, especially in women beyond the risk factors referred to gender, are still exposed to factors inherent in pregnancy, childbirth and postpartum. Emotional components associated with the life-cycle factors such as age, marital status, number of children, female headed households, recreation, informal working double shifts and work of family care may intensify the psychological distress among the female population. In order to evaluate the association between the characteristics of Reproductive Health and the MDP, we performed a cross-sectional study, including women living in urban areas of Feira de Santana aged over 15 years. The TMCs were assessed by the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Were calculated prevalence ratios and univariate analysis was performed and stratified. The overall prevalence of CMD was 39.5%. Higher prevalence of mental disorders were observed in women over 50 years, with low education, black, widowed or separated, with the onset of sexual activity before age 19, with children, who did not use contraceptive methods and were in the climacteric. Was performed stratified analysis of the association between age at first sex, presence of children, abortion and menopause to TMC and sociodemographic covariates, occupational and recreational activities. It is inferred that health policies should increase their activities providing assistance to sexual and mental health of women, providing care to fully considering their individuality and rights without discrimination of race and class in the municipality of Feira de Santana-Ba

Key words: Woman; Sort; Reproductive health and common mental disorders.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Prevalência de TMC, segundo características de saúde reprodutivas e cálculo do tamanho da amostra.	40
Quadro 2	Estudos sobre ponto de corte do SRQ-20 e prevalência de TMC, segundo autor e ano de publicação.	42
Quadro 3	Quadro síntese da análise entre idade da primeira relação sexual e TMC obtidos na análise estratificada.	62
Quadro 4	Quadro síntese da análise entre presença de filhos e TMC obtidos na análise estratificada.	65
Quadro 5	Quadro síntese da análise entre aborto e TMC obtidos na análise estratificada.	68
Quadro 6	Quadro síntese da análise entre climatério e TMC obtidos na análise estratificada.	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográficas de mulheres da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	48
Tabela 2	Caracterização segundo características ocupacionais e atividades de lazer de mulheres da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	49
Tabela 3	Distribuição das mulheres segundo atividades domésticas, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	50
Tabela 4	Características de Saúde Reprodutiva de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	52
Tabela 5	Características de Saúde Reprodutiva segundo escolaridade de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	53
Tabela 6	Características de Saúde Reprodutiva segundo cor da pele de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	54
Tabela 7	Características de Saúde Reprodutiva segundo renda mensal de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	55
Tabela 8	Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.	56
Tabela 9	Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	57
Tabela 10	Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características de saúde reprodutiva entre as mulheres, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	58
Tabela 11	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre idade da primeira relação sexual e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.	60
Tabela 12	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre idade da primeira relação sexual e transtornos mentais comuns segundo características	61

	ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.	
Tabela 13	Análise estratificada para avaliação de confundimento da associação entre a idade da primeira relação sexual e TMC entre os expostos e sadios e entre os não expostos e doentes, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.	61
Tabela 14	Associação entre idade da primeira relação sexual e TMC ajustados pelas variáveis confundidoras, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002	62
Tabela 15	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre presença de filhos e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana-Ba, 2002.	63
Tabela 16	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre presença de filhos e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.	64
Tabela 17	Análise estratificada para avaliação de confundimento da associação entre a co-variáveis e presença de filhos entre sadios (sem TMC) e entre co-variáveis e TMC entre os não expostos (sem filhos), Feira de Santana, Ba, 2002.	64
Tabela 18	Associação entre presença de filhos e TMC ajustados pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana, Ba, 2002	65
Tabela 19	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre aborto e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana-Ba, 2002.	66
Tabela 20	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre aborto e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, Feira de Santana-Ba, 2002.	67

Tabela 21	Análise estratificada para avaliação de confundimento da associação entre a co-variáveis e ter ou não ter aborto entre sadios (sem TMC) e entre co-variáveis e TMC entre os não expostos (não ter aborto), Feira de Santana - Ba, 2002.	67
Tabela 22	Associação entre aborto e TMC ajustados pelas variáveis confundidora, Feira de Santana, Ba, 2002	68
Tabela 23	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre climatério e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana-Ba, 2002.	68
Tabela 24	Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre climatério e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, Feira de Santana-Ba, 2002.	70
Tabela 25	Análise estratificada para avaliação de confundimento da associação entre a co-variáveis e climatério entre sadios(sem TMC) e entre co-variáveis e TMC entre os não expostos (sem climatério), Feira de Santana - Ba, 2002.	70
Tabela 26	Associação entre climatério e TMC ajustados pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana, Ba, 2002	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos Específicos	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	Saúde Reprodutiva	21
3.2	Gênero e Saúde da Mulher	26
3.3	Saúde Mental e Transtornos mentais comuns em mulheres	34
4	MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1	Tipo do estudo	37
4.2	Campo de Estudo	38
4.3	População de Estudo	38
4.3.1	Plano Amostral	39
4.4	Instrumentos de pesquisa	40
4.5	Definição das variáveis de estudo	41
4.5.1	Variável dependente	41
4.5.2	Variáveis independentes	43
4.6	Processamento e análise dos dados	44
4.7	Aspectos éticos da pesquisa	46
5	RESULTADOS	47
5.1	Distribuição das características sociodemográficas entre as mulheres	47
5.2	Distribuição das mulheres segundo características ocupacionais, atividades de lazer e atividades domésticas	33
5.3	Distribuição das características reprodutivas entre mulheres	50
5.4	Distribuição dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres	55
5.5	Análise estratificada	59
5.5.1	Análise estratificada da associação entre a primeira relação sexual e transtornos mentais comuns	59
5.5.2	Análise estratificada da associação entre presença de filhos e transtornos mentais comuns	62

5.5.3	Análise estratificada da associação entre aborto e transtornos mentais comuns	65
5.5.4	Análise estratificada da associação entre a climatério e transtornos mentais comuns	68
6	DISCUSSÃO	72
6.1	Limitações do Estudo	72
6.2	Síntese dos principais resultados	73
6.3	Características sociodemográficas, ocupacionais, atividade de lazer e reprodutivas em mulheres	73
6.4	Transtornos Mentais Comuns entre Mulheres uma preocupação da Saúde Coletiva.	75
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERENCIAS	81
	ANEXOS	88
	Anexo 1 –	89

1 INTRODUÇÃO

No século XX várias mudanças ocorreram no modo de vida da humanidade como: industrialização, avanços tecnológicos, científicos e urbanização. Entre as características das modificações sociais ocorridas, principalmente na metade do século passado, destaca-se a crescente participação das mulheres no processo produtivo, com importante relevância no desenvolvimento social e econômico do Brasil.

Essas mudanças refletem no processo saúde-doença das mulheres que passaram a adquirir hábitos e comportamentos antes mais freqüentes entre os homens como: fumar, beber, dirigir e maior liberdade sexual. Adicionalmente, condições de alimentação, moradia, educação, trabalho, cultura e lazer interferem, determinam e/ou agravam as condições biológicas e psicológicas que põem em risco a saúde da mulher, sua vida e seu bem-estar, sendo de fundamental importância para analisar questões relativas à saúde feminina.

Nesse cenário, as mulheres têm vivido ao longo dos anos a função reprodutiva e o serviço doméstico no espaço privado. Entretanto, com o movimento internacional de mulheres cujo lema “nosso corpo nos pertence” traz não só a questão biológica feminina, marcada por relações de poder e de controle de seu corpo, como também reivindicações nas questões referentes à reprodução e à sexualidade (CFEMEA, 2005).

O movimento feminista aponta sua dimensão social quando procura separar a sexualidade da função reprodutiva fundamental na luta da igualdade de gênero (BRITO, 1999). Nesse sentido, vale destacar que um número cada vez maior de mulheres vem assumindo a chefia da família, conquistando o acesso ao emprego e à licença maternidade.

Os avanços na busca de igualdade com os homens são evidentes, mas, ainda assim, a possibilidade de que as mulheres venham a sofrer, adoecer e morrer em consequência dos problemas gerados pela desigualdade de gênero é muito grande, e se somam às exposições a situações de estresse e outros riscos associados às doenças crônicas, AIDS, bem como, acidentes e outros tipos de violência. Estes problemas colocam na agenda internacional, nacional e política, os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres.

As políticas de saúde da mulher não podem restringir suas ações apenas ao atendimento reprodutivo ou as doenças de transmissão sexual, mas devem oferecer atendimento à saúde sexual e mental das mulheres, promovendo atendimento de forma integral às suas necessidades, considerando sua individualidade e direitos, sem nenhum tipo de discriminação.

Contudo, as políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, no que se refere à mulher, foram limitadas as demandas relativas à gravidez e ao parto, priorizando o grupo materno infantil nas políticas públicas sanitárias, fragmentando a assistência prestada, com ações verticalizadas e sem interação com os demais programas e ações propostas pelo governo federal, sem considerar as diferenças regionais dos estados e municípios que possuem indicadores de saúde diferenciados.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Este programa definiu uma política especial de atenção à população feminina, incorporando os princípios e diretrizes concebidos paralelamente ao Movimento Sanitário e que culminaram com o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

Em consequência da dificuldade de implantação das diversas ações do PAISM, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007, com base em dados epidemiológicos e reivindicações de diversos movimentos sociais, a fim de atingir a mulher em todos os ciclos de vida e contemplar as lacunas referentes à atenção ao climatério e menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça (BRASIL, 2004a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004a p.74),

“Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados; na satisfação das usuárias; no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas; no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do auto cuidado”.

Salienta-se que, esta política propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção a saúde das mulheres como as lacunas referentes ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida saúde da mulher na adolescência, doença crônico-degenetativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça.

Paralelamente à evolução das políticas de saúde voltadas para as mulheres, destaca-se uma queda na fecundidade que vem ocorrendo desde os anos 60, podendo ser relacionada não apenas a esterilização maciça de

mulheres, mas também por uso de métodos contraceptivos orais. (BRASIL, 2004b).

Além destas doenças, a sobrecarga do trabalho profissional remunerado, em paralelo com a responsabilidade e ocupação permanente com a educação e atendimento aos filhos, pode levar a formas inespecíficas de adoecimento feminino, com destaque para o estresse e a hipertensão arterial, entre outros agravos (BRITO, 1999).

Diante dos agravos à saúde da mulher que podem ser identificados, os Transtornos Mentais Comuns (TMC), caracterizados para Goldberg e Huxley (1992), por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas psicossomáticas, vêm se destacando, principalmente, em mulheres que além dos fatores de risco referentes às desigualdades de gênero, ainda estão expostas aos problemas inerentes à gestação, parto e puerpério.

Dados do Banco Mundial revelam que os transtornos depressivos respondem por cerca de 30% da incapacidade causada pelas doenças mentais em mulheres de países em desenvolvimento (OMS, 2001). Além disso, tais dados ressaltam que a prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade entre mulheres é mais elevada do que entre homens, sobretudo aqueles ligados aos fatores psicossociais e ambientais.

Vale ressaltar, que associados a componentes emocionais, idade, situação conjugal, número de filhos, chefia de família, lazer, trabalho informal, dupla ou tripla jornada e o trabalho de cuidar da família, podem intensificar o sofrimento psíquico entre a população feminina.

Os determinantes sociais referidos ao gênero devem ser incorporados na reflexão da prática cotidiana dos profissionais de saúde no intuito de planejar o cuidado individual adequado em substituição à fragmentação do ser humano no contexto atual apontando a necessidade de ter a perspectiva de gênero na análise e formulação de políticas de saúde, a partir de uma atenção integral e humanizada.

Diante desta realidade, podemos caracterizar os transtornos mentais comuns e as características de saúde reprodutiva como uma questão social, política, econômica e cultural que envolve toda a sociedade.

Na literatura, ainda, é restrita a avaliação de estudos que associam gênero, transtornos mentais comuns e saúde reprodutiva, e para tanto, esta pesquisa poderá contribuir na produção de conhecimento na área temática abordada, permitindo comparações com outros grupos, além de oferecer subsídios para o planejamento de ações do Programa de Saúde à Mulher no município de Feira de Santana, a partir de elementos relevantes para promoção de ações de prevenção e intervenção. Pretende-se ainda, ampliar o conhecimento sobre os transtornos mentais comuns nessa população avaliando sua distribuição e fatores associados, contribuindo para melhor avaliação de questões ainda pouco exploradas no campo de saúde reprodutiva e saúde mental.

Em virtude do exposto, através deste estudo, procuramos explorar a relação entre Transtornos Mentais Comuns e características reprodutivas a partir do seguinte questionamento: Existe associação entre características reprodutivas e transtornos mentais comuns em mulheres de Feira de Santana?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a associação entre características de Saúde Reprodutiva e ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres de Feira de Santana - BA.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever características sociodemográficas das mulheres de Feira de Santana, Ba.
- Descrever características reprodutivas das mulheres de Feira de Santana incluindo aborto, gestação, métodos contraceptivos, idade da primeira relação sexual, número de filhos e tipo do último parto.
- Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns – segundo as características de saúde reprodutiva de interesse neste estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SAÚDE REPRODUTIVA

O crescente processo de transição democrática que ocorreu no plano político e normativo no Brasil, por volta das décadas de 1970 e 1980, consolidou-se por meio da Constituição Federal de 1988, com o resgate formal da cidadania e das instituições brasileiras. Dessa forma, a Constituição de 1988 pode ser considerada como o marco político-institucional e jurídico que reordenou todo o sistema brasileiro e impôs a adequação das normas legais aos parâmetros dos direitos humanos.

A nova Constituição incorporou, paralelamente, a maioria significativa das reivindicações do movimento da reforma sanitária brasileira e do ascendente segmento feminista, no que se refere às questões do direito à saúde e a idéia de direitos reprodutivos.

A saúde não se deve restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada, também, no contexto cultural, histórico e antropológico, o que é fundamental ao se analisar a questão de saúde da mulher (BRASIL, 2001). Em um sentido amplo e

contemporâneo, saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e de justiça social, e não apenas um estado biológico.

O direito à saúde é definido constitucionalmente e garantido por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), modelo que se estrutura na forma de uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, sob a responsabilidade dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e que adota como diretrizes operacionais a descentralização do atendimento integral e a participação da comunidade. O SUS é regulamentado pelas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, sendo que o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal, gratuito e igualitário (VENTURA, 2005; BRASIL, 2005; BRASIL, 2004b).

No que se referem aos direitos reprodutivos, estes estão expressos nos dispositivos constitucionais que dizem respeito: à vida digna; à integridade física e psicológica; à igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, em geral, e na sociedade conjugal, em particular; à igualdade entre os filhos; ao reconhecimento de várias formas de família; à inviolabilidade da intimidade e privacidade; à proteção à maternidade na esfera da seguridade social e do trabalho; ao direito à saúde com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação e ao direito ao planejamento familiar (CFEMEA, 2005; ADVOCACI, 2005; BRASIL, 2004a).

Adicionalmente, é importante ressaltar que Constituição Federal (BRASIL, 1989) assegura que cada mulher e cada casal tem o direito de decidir livremente qual o número de filhos que deseja vir a ter, não devendo ser determinado ou influenciado pelo Estado ou políticas de controle populacional.

O conceito de direitos reprodutivos nasceu no início dos anos 1980 como discurso das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva, como também à igualdade entre os gêneros no que diz respeito às responsabilidades contraceptivas e reprodutivas, ao acesso à informação e aos meios para o controle da própria fecundidade, e à liberdade sexual e reprodutiva sem discriminação, coerção ou violência (BERQUÓ, 2003).

Cabe ressaltar que a atual concepção referente aos direitos reprodutivos não se limita à assistência à saúde sexual e reprodutiva, mas abrange um conjunto de direitos humanos, individuais e sociais, que deve interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e da reprodução. Dessa forma, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres consistem na probabilidade de decidir livremente sobre o número de gestações, viver uma vida sexual satisfatória livre de violência, risco de doenças e de gravidez não desejada, ter filhos sem risco injustificado de complicações ou morte (BRASIL, 2004a; BERQUÓ, 2003; MONTENEGRO, 2003).

Para Berquó (1999), saúde reprodutiva é um conceito que adquiriu expressão como área de conhecimento em 1994, e envolve os eventos biológicos, psicológicos e sociais relacionados à reprodução humana.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, define Saúde Reprodutiva, em seu Capítulo VII, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade.

Esta mesma Conferência e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, afirmam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e recomendam aos Estados atenção de qualidade a todas as pessoas para que possam exercer tais direitos. Segundo essa concepção, a promoção da igualdade e da equidade nas relações de gênero, a defesa dos direitos das mulheres e das responsabilidades masculinas são os elementos essenciais para o pleno exercício da saúde sexual e reprodutiva feminina.

De acordo com Ventura (2005), no campo da saúde sexual e reprodutiva, entre as leis federais mais importantes está a de número 9.263, de 12/01/96, que regulamentou o direito ao planejamento familiar, estabelecendo um rol de serviços a serem disponibilizados para a assistência à concepção e à contracepção; o atendimento pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, de mama e de pênis, sem excluir outros serviços necessários para a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva.

Ainda segundo Ventura (2005) outras leis importantes são: a 7.853, de 24/10/89, que dispõe sobre a política nacional para deficientes e prevê, entre outras, ações específicas de saúde reprodutiva para as pessoas com deficiência; a 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que prevê um conjunto de obrigações do Estado no atendimento à gestante e à criança pelo SUS; a 9.797, de 06/05/1999, e a 10.223, de 15/05/2001, que obrigam o SUS e os seguros privados a realizarem a cirurgia plástica reparadora da mama decorrente de mutilação de tratamento de câncer; e a 10.778, de 15/4/2003, que estabelece a notificação compulsória do caso de violência

contra a mulher que for atendida em serviços públicos ou privados(VENTURA,2005).

Além disso, o Código Penal brasileiro considera como crime a transmissão de doença sexualmente transmissível (DST) e, também, o aborto voluntário, exceto nos casos em que a gestante corre risco de morte ou em que a gravidez resulta de violência sexual (VENTURA, 2005).

Destaca-se a Lei Maria da Penha inspirada na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, que assegura uma serie de medidas para proteger a mulher agredida ou que está em situação de agressão ou cuja vida corre riscos.

A Lei prevê a obrigação do Estado atuar preventivamente contra expressões de violência por meio da inclusão das agredidas em programas sociais, e inova, pois, amplia o conceito de violência de gênero; incorpora a perspectiva psicológica, traz inovações em relação ao código penal; estabelece que os processos e os julgamentos relativos à violência devem ter preferência nas varas criminais; além de ampliar o conceito de sexualidade, contemplando a violência ocorrida nas uniões homoafetivas, pois estas também constituem entidade familiar.(PARÁ, 2005;BRASIL,2007).

Considera-se que esta Lei representa um avanço nas políticas publicas voltadas a atenção a saúde da mulher, no momento que o estado cria mecanismos e estratégias para proteger as mulheres, através da implementação de redes de serviços interinstitucionais, assim como a implementação de centros de atendimento multidisciplinar; e facilitando o

acesso das vítimas à justiça e às necessárias medidas preventivas de urgência.

Não há, no sistema público brasileiro, um setor responsável, exclusivamente, pelas questões de saúde sexual e reprodutiva. As ações e programas desse campo se concentram, no âmbito federal, na Área Técnica de Saúde da Mulher, na Coordenação de DST/Aids, e no Programa de Saúde da Família (PSF).

Conforme dados do relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, o município dispõe dos seguintes serviços que contribuem para o atendimento na área da saúde da mulher: Centro de Referência DST/HIV/AIDS, com laboratório e serviço de assistência especializada, Centro de Referência para Capacitação, Treinamento e Atenção à Saúde Reprodutiva e Centro Municipal de Assistência e Proteção de Câncer Cérvico-Uterino (FEIRA DE SANTANA, 2003).

Deste modo, em sentido amplo, a saúde reprodutiva deve abordar temas como: saúde materna (gestação, parto, puerpério), aborto, saúde perinatal, climatério, contracepção, planejamento familiar, violência sexual e doméstica, além de direitos reprodutivos e gênero.

Além das necessidades básicas que interferem na saúde e no bem estar, na situação das mulheres, ainda, acrescentam-se questões relacionadas ao gênero que não são de simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade.

A reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: educação, trabalho, envolvimento político e social, saúde e sexualidade.

3.2 GÊNERO E SAÚDE DA MULHER

Segundo Ramos (2000), desde o nascimento em que a criança recebe um nome, primeiro elemento de identidade que refere à condição biológica sexual – homem/mulher – inicia-se a socialização da criança, submetida a uma série de estereótipos ligados à identidade masculina e feminina dando a construção do sexo social (gênero). Portanto, a construção da identidade feminina e masculina se realiza dentro do que é aceito para cada um dos atores sociais, com atitudes e comportamentos próprios de homens e mulheres.

O mesmo autor (apud, Scott) traz que o termo gênero faz parte da tentativa empreendida pelas feministas para tentar explicar as persistentes desigualdades entre homens e mulheres em um novo paradigma, menos preocupado com as causas e mais com o significado.

O conceito de gênero pressupõe as relações entre homens e mulheres justapondo-se com aspectos psicológicos, sociais e culturais e não somente aos componentes biológicos e anatômicos do sexo. O campo de estudos de gênero consolidou-se no Brasil no final dos anos 1970, concomitantemente ao fortalecimento do movimento feminista no país.

A diferença de gênero é universal e representa diferença biológica invariável, a diferença sexual.

O processo de incorporar a questão de gênero nas políticas públicas é relativamente recente e está relacionado às demandas colocadas por movimentos organizados e pelos organismos internacionais, com destaque

para as Conferências Mundiais das Mulheres, em 1975, no México; em 1985, em Nairobi; e em 1995, em Pequim.

Na promulgação da Constituição de 1988, o país ratificou importantes tratados internacionais e elaborou diversas leis, entre as quais se destacam a legislação que estipula o mínimo de 30% e o máximo de 70% para candidaturas de cada sexo e a reformulação do Código Civil. Mais recentemente, foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, em 2002, – transformada, em 2003, em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) – que por si só já sinaliza avanços institucionais importantes, pois mostra um compromisso das políticas do Estado com as questões de gênero.

As relações sociais de gênero expõem homens e mulheres, diferentemente, a situações de risco, como também, a perfis epidemiológicos diferentes que revelam o fato de que as condições de vida e trabalho as quais as mulheres estão submetidas produzem formas diferenciadas de pensar, sentir e agir com relação à saúde e a doença.

Aos problemas de saúde que as mulheres sofrem e que afetam, também, dos homens somam-se àqueles diretamente ligados à reprodução e diferentes momentos da vida, bem como, as atividades domésticas, violência e agressão sexual.

Para Rios (2000), o conceito de gênero é relacional, ou seja, considera um em relação ao outro e pressupõe que essas relações são de poder, numa hierarquia na qual as mulheres estão abaixo dos homens; palavra escolhida para diferenciar a construção social de masculino e feminino do sexo biológico. A autora, ainda, destaca algumas contribuições do conceito de gênero:

- As identidades e papéis masculino e feminino não são um fato biológico, da natureza, mas são construídos historicamente e podem ser modificados;

- Existência de práticas diferentes segundo o sexo;
- Possibilidade de ver o que há de comum entre as mulheres, mostrando como elas e os homens estão no conjunto da sociedade, e como cada mulher, individualmente, vive essa condição.

Segundo Farah (2004), estudos sobre diferenças de gênero na saúde, em sociedades industrializadas, apontam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde. Esta aparente contradição reduz-se quando se levam em consideração diferenças no padrão de doenças, em diferentes faixas etárias.

A presença de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo sexo (MONTENEGRO, 2003; GIFFIN, 2002; OSSIS et al, 1993; AQUINO et al, 1992). Enquanto a obesidade, o estresse, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças neste grupo, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento de riscos de problemas (MONTENEGRO, 2003).

Pesquisas recentes apontam que em áreas urbanas de baixa renda no Brasil, mostram que com a dificuldade crescente dos homens garantirem uma renda familiar adequada, ou mesmo manter um trabalho minimamente estável, ocasiona a entrada da mulher no mercado de trabalho para não somente

completar a renda familiar, como também para ser responsabilizada, e se considerar responsáveis, pela provisão de renda, mesmo (ou, principalmente) tendo filhos menores (GIFFIN, 1994a; LUZ, 1999).

Estudos mostram que as famílias chefiadas por mulheres representaram 20% das famílias brasileiras em 1996 (BEMFAM, 1999). Segundo Brito (2000), as mulheres da classe média, também, entraram no mercado de trabalho, em condições e salários melhores, o que obviamente não quer dizer em igualdade com os homens. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 1998 apud BRITO, 2000) em 1995, as trabalhadoras domésticas representavam cerca de 30% das assalariadas no Brasil, e apenas 2,7% tinham registro em carteira. Segundo Brito (2000), atualmente, 70% dos 1,3 bilhão de pessoas que vivem em condições de pobreza no mundo são mulheres.

Este panorama de desigualdade pode influenciar e ser consequência das escolhas reprodutivas das mulheres condicionadas pela pobreza, condições de parto, pílula tomada de forma irregular e ou incorreta, comprada nas farmácias sem receita médica, em dosagens inadequadas, e usada durante muitos anos seguidos, inclusive por mulheres com problemas cardiovasculares e fumantes, gerando outras consequências na saúde física e mental dessas mulheres (COSTA et al, 1990; GIFFIN; COSTA, 1995).

Em relação às diferenças de mortalidade entre homens e mulheres, Nos países desenvolvidos, e também no Brasil, é sabido que, atualmente, as mulheres vivem mais do que os homens.

Enquanto as novas tendências de mortalidade entre mulheres em idade reprodutiva refletem o crescimento da AIDS e da violência (PINHEIRO, 2002),

a mortalidade masculina continua a registrar alta nos coeficientes de mortes violentas.

No Brasil, o início da atividade sexual é cada vez, mais precoce, com um aumento da gestação na adolescência, o que apresenta grandes riscos para essa faixa etária em relação às outras podendo ocorrer importantes alterações psicológicas e no quadro de morbi-mortalidade para as adolescentes. Destaca-se o abortamento como alternativa para interrupção da gravidez, esta decisão muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina, ou sobre pressão dos parceiros ou familiares. Por ser proibido, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grandes, sendo carregado de medo, culpa, censura, vergonha, e estas adolescentes ainda enfrentam o desprezo, a humilhação e o julgamento dos profissionais de saúde (Souza, et al, 2001).

No período gestacional a mulher vivencia grandes modificações, tanto físicas como psíquicas, bem como seu papel na família e na sociedade, vivenciando alterações em sua auto-estima.

Em relação ao número de consultas realizadas pelas mulheres no Pré-natal, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), na região Nordeste 36% das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, enquanto que na região Sul esta mesma quantidade de consultas foram realizadas por 63% das gestantes. Na Bahia esse percentual é de 30% e em Feira de Santana de 45,3% (BRASIL, 2006).

Cabe destacar a possibilidade de sub-notificação no cadastramento de gestantes no SISPRENATAL, fato presente em muitas outras situações relativas a informação em saúde e com divergências entre regiões do país que sempre apontam para melhor nível de informação na região sudeste.

Quanto ao tipo de parto, o percentual de cesáreas realizadas no Brasil, em 1996, foi de 36%, uma das mais altas do mundo, embora constitua um risco a saúde. Em 2001, do total de nascidos vivos declarados 3.106.525, 38% nasceram de parto cesáreo (BRASIL, 2004). O rápido aumento nas taxas de cesáreas, observado no Brasil a partir da década de 1970, tem sido motivo de discussão tanto entre os especialistas quanto entre pessoas preocupadas com os aspectos sociais, psicológicos e antropológicos desse fenômeno.

A indicação correta de cesáreas traz vantagens, porém sua indicação indiscriminada, sem critérios, envolve riscos adicionais para mães e recém-nascidos. Como qualquer outra cirurgia, essa não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados com transfusão de sangue, além daquelas que podem incidir nos cuidados com os recém-nascidos devido à fragilidade física, assim como a interferência nas relações mãe-filho (BRASIL, 2005a). Observa-se um aumento progressivo, principalmente nas camadas socioeconômicas elevadas e que têm planos de saúde privado, enquanto que entre as classes menos favorecidas da população esses percentuais são menores e ocorrem principalmente nos hospitais públicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), 85,2% dos partos vaginais são de mães sem nenhuma escolaridade ou de um a três anos de estudo e as proporções de parto cesárea ocorreram naquelas com maior grau de escolaridade sendo que 47,7% tinham entre oito e onze anos de estudo e 65,3% com mais de onze anos de estudo.

Adolescentes de 10 a 19 anos de idade respondem a 22% dos 668 mil partos, ocorridos em 2006. Na faixa etária de 10 a 14 anos ocorreram 28 mil

partos em todo o país e na Bahia este percentual alcança 18,8% de grávidas na adolescência.

Em 2003, das 48,3 milhões de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos de idade) 63% tinham pelo menos 1 filho. Este resultado é efeito da redução na taxa de fecundidade, em que a média do número de filhos por mulher vem decaindo ao longo dos anos, principalmente nas regiões Sudeste e Sul, o que pode ser explicado pela maior participação das mulheres no mercado de trabalho, combinada aos elevados encargos da maternidade, fazendo com que as mulheres optem por ter menos filhos (PNAD, 2004). Em Feira de Santana, a população para o ano de 2005, dos 527.625 habitantes, 251.945 são homens e 275.680 mulheres, sendo que 185.847 em idade fértil (10-49 anos) numa proporção de 67,4% de população feminina (IBGE,2003).

A Organização Mundial de Saúde – OMS define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10)¹, como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez ,devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais(BRASIL,2007)

O coeficiente de mortalidade materna em 1997, era de 52,3% para partos cesáreos e 25,7% para partos normais (HOTIMSKY, 2002). As taxas de parto cesárea se apresentaram maiores em hospitais privados e em regiões e grupos de maior renda, ou seja, de gestantes em melhores condições sociais e de saúde (FAUNDES, 2004; MORAES, 2001; TOMASI, 1996). Em 1995, 25% das cesárias pagas eram feitas pelo SUS.

O número de mortes maternas no período de 2000 a 2004 na região nordeste passou de 57,66%, em 2000, para 63,79%, em 2004, e ainda com relação aos óbitos ocorridos por causas diretas, o aborto apareceu, de acordo com diferenciais de raça/cor, em 7,62% na raça branca, 14,19% na negra e 11,04% para a parda.(BRASIL,2006).

Em pesquisa realizada em Fortaleza, Fonseca (1998) destaca que dados de serviço nas duas maiores maternidades públicas de Fortaleza apontam para o aborto provocado como um importante problema de saúde pública, responsável por cerca de 30 a 40% do total de internamentos obstétricos nas maternidades. Estimativas variadas apontam que entre 300.000 e 3,3 milhões de abortos ilegais são feitos a cada ano no Brasil

A distribuição dos casos de abortos provocados em Fortaleza de acordo com características sócio demográficas mostra que mais da metade (59,7%) foram em mulheres entre 20 a 29 anos de idade e 22,6% tinha idade inferior a 20 anos. Apenas uma pequena proporção delas (4,3%) era analfabeta, e 73,2% tinham até 8 anos completos de estudo. A maioria (91,6%) se identificava como católica. A proporção que vivia sozinha ou não tinha uma união estável alcançou 61,5%. A ocupação mais freqüente neste grupo era "dona de casa" (34,0%) e cerca de 10% se declararam estudantes (FONSECA, 1998).

3.3 SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES

Segundo o *Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, realizada pela OMS (2001), os conceitos de saúde mental abrangem, entre outros aspectos, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Deste modo, a saúde mental é considerada como mais do que a ausência de transtornos mentais.

Ainda de acordo com o relatório elaborado pela OMS (2001), uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente de um transtorno mental ou comportamental, que apresentam um quadro variado e heterogêneo e que podem persistir por semanas ou durar a vida inteira.

A OMS indica estimativas de transtornos mentais e comportamentais em torno de 12% da carga total de doenças no mundo e que, atualmente, 450 milhões de pessoas sofrem de problemas mentais, neurológicos ou psicossociais como os relacionados ao abuso de álcool e drogas, sendo que uma a cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida (OMS, 2001).

Vale ressaltar que, além das repercussões negativas sobre a saúde, ocasionando adoecimento psíquico, aspectos associados à saúde mental crescem quando avaliadas nos diversos estágios do desenvolvimento do ser humano (ARAÚJO et al, 2005).

Outro aspecto a ser considerado, é que as mulheres vêm apresentando mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens (ARAÚJO et al, 2005), com estimativas para o ano de 2020 de que a

depressão representará a segunda causa de morbidade em mulheres (OMS, 2001 apud LUDEMIR, 2005).

De acordo com o relatório sobre saúde mental da OMS (2001), a prevalência de transtornos mentais e comportamentais como ansiedade e depressão são mais comuns em mulheres na proporção de 1,5:1 a 2:1, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. O relatório, também, destaca que as diferenças sexuais quanto aos índices de depressão correlacionam com a idade tendo diferenças maiores na vida adulta e sem diferenças na infância e poucas na velhice.

De acordo com Bertolote (2001), dentre os transtornos mentais que predominam nas mulheres encontram-se aqueles ligados a fatores psicossociais e ambientais, transtornos de ajustamento, insônia, a reação protaída ao estresse, bem como certos transtornos da alimentação, como anorexia nervosa, os transtornos somatoformes e as reações de somatização.

Outro ponto a ser levantado diz respeito aos esteróides sexuais femininos, particularmente o estrógeno, que agem na modulação do humor, e que poderiam explicar 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.

Em 2001, Thara e Patel apontaram em seu estudo a existência de diferenciais de gênero no que concerne à saúde mental. De acordo com estes autores, as mulheres apresentam um maior risco de sofrer de transtornos mentais comuns, sendo que este diferencial pode estar relacionado a questões como violência contra a mulher.

Segundo Ludermir (2000), transtornos mentais comuns é uma expressão criada por Goldberg e Huxley que os descrevem como sendo transtornos comumente encontrados na população e que sinalizam uma interrupção do funcionamento normal.

Os transtornos mentais comuns geram impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades, não só por apresentarem sintomas inquietadores do seu distúrbio, mas também pelo sofrimento de estarem incapacitados de participar de atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude de discriminação (OMS, 2001).

Ludemir (2005) traz que, em estudos de base populacional realizados em países industrializados, os transtornos mentais comuns têm sua prevalência de 7% a 30%. No Brasil, a autora indica que, em estudos realizados no Rio Grande do Sul e em Pernambuco, tal prevalência alcança 22,7% e 35% da população adulta, respectivamente.

Estudos no Brasil mostram elevadas prevalências de TMC com um importante diferencial quando se avalia o gênero, a exemplo do que foi encontrado em Salvador-Ba uma prevalência de 33,3% em trabalhadoras de enfermagem (Araújo et al 2003), no estudo de Costa et al (2002), verificaram prevalência de distúrbios mentais entre os homens de 21,0%, contra 34,2% entre as mulheres, já no estudo realizado Pelotas-RS, por Lima et al (1996), identificaram prevalência de TMC de 17,9% em homens e 26,5% em mulheres, e que no geral a prevalência correspondia a 22,7% e aumentava com a idade e Ludermir (2000) encontrou prevalência de TMC de 20,7% em homens e de 45,4% em mulheres; Olinda-PE

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é um recorte da Pesquisa “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20)” desenvolvida pelo Núcleo de Epidemiologia do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. A referida pesquisa constituiu-se de duas etapas. Na Iª etapa foi realizada uma triagem dos casos suspeitos de TMC, utilizando o SRQ- 20; na IIª etapa, foi selecionada subamostra para entrevistas clínicas para validação do SRQ- 20.

Este estudo utilizou informações coletada na Iª etapa do referido estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo de corte transversal produz instantâneos da situação de saúde, pois examina a relação exposição/doença, em uma população, em um mesmo período de tempo (PEREIRA, 1995).

Para Pereira (1995), o estudo transversal constitui-se em um método satisfatório para detectar freqüências da doença e de fatores de risco, assim como identificar os grupos na população que estão mais ou menos afetados, tendo como vantagens a objetividade na coleta de dados, rapidez e simplicidade do estudo.

De acordo com Medronho (2004), o estudo transversal/seccional é uma estratégia de estudo epidemiológico caracterizada pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, com unidades de observação selecionadas aleatoriamente.

Uma questão importante que pode ficar sem resposta nesse tipo de estudo é a definição de que evento ocorreu primeiro: o fator de exposição ou a doença.

O presente estudo tem um caráter exploratório, e destina-se a avaliar a associação entre características reprodutivas e transtornos mentais comuns.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do Estado da Bahia, localizada no maior e mais importante entroncamento rodoviário da região Norte-Nordeste, situada no centro norte do Estado da Bahia, com população estimada de 527.625 habitantes constituída de 275.680 (52,25%) mulheres, sendo 188.803 em idade fértil (10 a 49 anos). Possui uma área territorial de 1.344 km (DATASUS, 2005).

Feira de Santana é também conhecida como a Princesa do Sertão. Está localizada numa zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste brasileiro, distando 108 km de Salvador, sendo considerada um dos mais importantes centros regionais do Estado da Bahia (IBGE 2001).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídas neste estudo, todas as mulheres com 15 anos ou mais anos de idade, investigadas na pesquisa “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20)”

4.3.1 PLANO AMOSTRAL

O tamanho da amostra para o projeto-mãe foi calculado assumindo-se prevalência estimada de Transtornos Mentais Comuns de 25% (OMS, 2001), erro amostral de 3%, com intervalo de confiança de 95%. Através desses parâmetros obteve-se tamanho da amostra estimando em 800 indivíduos. Considerando o efeito do desenho do estudo (por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra. Acrescentou-se mais 20% em função de possíveis perdas e recusas. O tamanho final da amostra foi em 1920 indivíduos com idade igual ou maior que 15 anos.

Para verificar o poder do estudo em avaliar a associação entre Transtorno Mental Comum e características de saúde reprodutiva das mulheres, foi recalculado o n amostral, pois a amostra inicial não foi desenhada para essa finalidade. Assumiu-se os parâmetros de frequência esperada de TMC e características de saúde reprodutiva para cada uma das variáveis de interesse adotando-se intervalo de 95% e poder de 80%. Os n amostrais estimados estão descritos no Quadro 01. O número de mulheres entrevistadas foi superior à estimativa esperada para todas as características investigadas. Foram entrevistadas 2057 mulheres. As estimativas de TMC entre expostos e não expostos foram obtidas no estudo realizado, uma vez que não se encontrou referenciais na literatura.

Portanto, segundo os parâmetros anteriormente mencionados, observou-se que o estudo tinha poder para analisar, satisfatoriamente, a associação de interesse.

Quadro 1 Prevalência de TMC, segundo características de saúde reprodutiva e cálculo do tamanho da amostra.

Características de saúde reprodutiva	Exposto	Não exposto	n amostral estimado
Método anticoncepcional	39,0	44,5	1297
Gravidez	34,1	42,9	501
Climatério	47,8	35,9	570
Aborto	48,0	35,8	478
Presença de filhos	45,0	27,7	1067

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os dados foram coletados através de uma ficha domiciliar e de um questionário contendo os seguintes critérios (Anexo 1):

FICHA DOMICILIAR – endereço, nome, sexo, idade, condição na família dos residentes na casa e informações gerais sobre o domicílio.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL – contendo 12 blocos de questões: Características sociodemográficas; Características do trabalho profissional; Aspectos psicossociais do trabalho; Saúde reprodutiva; Atividades domésticas; Atividades de lazer; Padrões de sono; Self-Reporting Questionnaire – SRQ-20;

Uso de medicamentos; Uso de bebidas alcoólicas; Hábitos de fumar e Atos de violência – vitimização.

Para este estudo serão utilizados os seguintes blocos:

Características sociodemográficas;

Características do trabalho profissional;

Saúde reprodutiva

Atividades de lazer;

Self-Reporting Questionnaire-SRQ-20

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis utilizadas neste estudo foram categorizadas segundo critérios de agregação conforme o interesse e de acordo com os objetivos do estudo.

4.5.1 Variável dependente

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram avaliados utilizando-se o SRQ-20. É um questionário de identificação de transtornos mentais não psicóticos. Foi desenvolvido por Harding et al (1980), e validado no Brasil por Mari e Willians (1986), em serviços de atenção primária. Nos centros de atenção primária, o SRQ é útil como o primeiro estágio no processo diagnóstico, tendo em vista sua alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%) (LUDEMIR,2005).

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ) é validado por uma série de estudos internacionais conduzidos pela Organização Mundial da Saúde, para uso em países em desenvolvimento e tem se mostrado eficaz na detecção de transtornos Mentais comuns (TMC), sendo inclusive superior ao próprio exame clínico realizado por médicos generalistas. É um instrumento constituído de 20 perguntas (SRQ-20) que podem ser respondidas através de auto preenchimento ou de entrevista, que permite fazer o rastreamento de transtornos mentais comuns, (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia), mais do que estabelecer categorias diagnósticas como na Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10).

O SRQ-20 é um instrumento que vêm sendo utilizado em estudos populacionais e de grupos ocupacionais (ARAÚJO et al., 2003; LUDEMIR, 2002).

Neste estudo será considerado um ponto de corte 7 ou mais respostas positivas para suspeição de TMC, por ser o critério indicado por outros estudos que utilizaram o SRQ-20, conforme Quadro 2.

Quadro 02 Estudo sobre ponto de corte do SRQ-20 e prevalência de TMC, segundo autor e ano de publicação.

Autor	Ano	Ponto de corte SRQ-20	Prevalência de TMC
LIMA, MCP et AL	2006	≥ 6 (homens) ≥ 8 (mulheres)	44,7% (homens - 39,7%) (mulheres - 47,6%)
LIMA, MS et AL	2006	5/6 (homens) 7/8 (mulheres)	22,7% (homens - 17,9%) (mulheres - 26,5%)
PORTO, LA et AL	2006	≥ 8 ⁺	44% ⁺
SOBRINHO, CLN et AL	2006	≥ 7 ⁺	26,0% ⁺
ARAÚJO, TM et AL	2005	≥ 7 [*]	39,4% [*]
COSTA, AG; LUDERMIR, AB	2005	≥ 6 ⁺	36,0% (homens - 24,5%) (mulheres - 44,2%)
CRUZ, EBS et AL	2005	≥ 8 [*]	37,1% [*]
FACUNDES, VLD; LUDERMIR, AB	2005	≥ 6 (homens) ≥ 8 (mulheres)	34,1% (homens - 32,1%) (mulheres - 35,0%)
REIS, EJFB et AL	2005	≥ 7 ⁺	55,9% (homens - 34%) (mulheres - 57,2%)
BRANT, LC; DIAS, EC	2004	≥ 7 ⁺	23,9% (homens - 16,1%) (mulheres - 53,3%)
DELCOR, NS et AL	2004	≥ 7 ⁺	41,5% ⁺
COSTA, JSD et AL	2002	≥ 6 (homens) ≥ 7 (mulheres)	28,5% (homens - 21,0%) (mulheres - 34,2%)
FERNANDES, RCP et AL	2002	≥ 7 ⁺	30,7% ⁺
LUDERMIR, AB; MELO-FILHO, DA	2002	≥ 8 ⁺	35,0% ⁺
ARAÚJO, TM et AL	2003	≥ 7 [*]	33,3% [*]
VOLCAN, SMA et AL	2003	≥ 8 ⁺	18,5% ⁺
LUDERMIR, AB	2000	5/6 ⁺	** (homens - 20,7%) (mulheres - 45,4%)
ALMEIDA, OP	1999	≥ 8 ⁺	45,3% ⁺ (homens - 13,1%) (mulheres - 23,4%)

⁺ Sem especificação de diferença entre gêneros

^{*} Somente mulheres foram avaliadas

^{**} Sem informação da prevalência total de TMC encontrada

4.5.2 Variáveis independentes

Neste estudo, foram avaliadas as seguintes características de Saúde

Reprodutiva:

- Idade da primeira relação sexual;
- Número de gestações;
- Número de partos;
- Tipo do último parto (normal, cesárea, fórceps);
- Número de filhos;
- Número de abortos;
- Uso e tipo de métodos contraceptivos;
- Climatério.

Além dessas variáveis, foram também avaliadas:

- Características sociodemográficas – idade, escolaridade, cor (auto referida pelas entrevistadas); renda, situação conjugal, chefia de família;
- Características ocupacionais – situação profissional, ocupação principal e atividades domésticas
- Atividade de lazer

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Gil (1999), a análise tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação.

Os dados foram processados e classificados utilizando o programa estatístico “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, na versão 10.0. Para análise e processamento dos dados também foram utilizados o Epi Info versão 6.0

A análise foi realizada nas seguintes etapas:

1 Descrição das variáveis e cálculo das frequências relativas, visando a caracterização da população estudada;

2 Cálculo de estimativas de prevalência de TMC segundo variáveis de interesse

3 Cálculo de razões de prevalência (RP)

Por ser um estudo de caráter exploratório as características de saúde reprodutiva tiveram a associação com os TMC avaliada separadamente.

4 Análise estratificada para identificar possíveis modificadores de efeito e potenciais confundidoras da associação principal

A análise estratificada permite estudar a associação entre três ou mais variáveis categóricas (MEDRONHO, 2006).

Para avaliação da associação entre as variáveis foram calculados o teste qui-quadrado de Pearson e razões de prevalência. Para a avaliação adotou-se um nível de significância de 5%, para as medidas de associação.

Quando um modificador de efeito está presente significa que há interdependência entre dois ou mais fatores para alterar a magnitude de um dado efeito. Para avaliar a existência de modificador de efeito, neste estudo, foi observado se a razão de prevalência de cada nível de exposição de um estrato-específico estava contido ou não no intervalo de confiança obtido para a razão de prevalência do estrato oposto (MEDRONHO,2006)

O confundimento pode ser definido como um erro ou distorção em medida de associação ou efeito, causado pela mistura de efeitos de outras exposições também associadas ao fator estudado ou como um terceiro fator de risco para o efeito em estudo (KLEIBAUM,1982).

A verificação dos potenciais confundidores foi efetuada segundo os critérios de Rothman e Greenland,(1998) onde seriam consideradas confundidoras as variáveis que atendessem aos seguintes critérios : a variável potencialmente confundidora estava associada “a doença entre as não expostas; associada a exposição entre sadios; e não deve se apresentar no caminho da causalidade da associação do estudo.

Através destes critérios, para determinar se uma variável é confundidora ou não, primeiro, é preciso avaliar a associação entre o confundidor e a doença para expostos e não expostos. Uma vez verificada a associação, deve-se avaliar a associação entre confundidor e exposição. Se existir associação, o confundimento está presente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A Pesquisa Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20), atendendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 (VIEIRA; HOSSNE, 2001) foi previamente apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Rafael (Projeto de Pesquisa de nº 17/01) e realizada mediante o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos da pesquisa e/ou seu representante legal, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes. Nesse sentido, foram respeitadas as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE AS MULHERES

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica das mulheres, por faixa etária. Observou-se um predomínio de mulheres jovens na faixa etária de 21 a 30 anos e 21,1% até 20 anos de idade.

No que se refere a escolaridade 44,2% das mulheres estudadas concluíram o ensino fundamental e 39,1% o ensino médio, notou-se também que 13,0% nunca foram a escola ou apenas lia e ou escrevia o nome. Em relação a cor da pele, 58,5% pardas, com relação ao estado civil, houve predomínio das casadas (46,7%) e 46,4% são migrantes. Foi observado que 16,4% das mulheres assumem a chefia da família (Tabela 1).

No momento da pesquisa 57,8% das mulheres recebiam até um salário mínimo e 32,6% entre 1 e 3 salários mínimos que no período era de R\$ 200,00.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica de mulheres da zona urbana de Feira de Santana, Ba, 2002

Características sociodemográficas	N	%
Faixa etária (n=2057)		
Até 20 anos	434	21,1
21 – 30 anos	471	22,9
31 – 40 anos	392	19,1
41 – 50 anos	274	13,3
51 – 60 anos	223	10,8
Mais de 60 anos	263	12,8
Escolaridade* (n=2040)		
Nunca foi à escola/Lê e escreve	266	13,0
Ensino fundamental	901	44,2
Ensino médio	797	39,1
Superior	76	3,7
Cor da pele* (n=1953)		
Parda	1143	58,5
Preta	351	18,0
Branca	435	22,3
Amarela/Indígena	24	1,2
Chefe de família (n=2022)		
Sim	331	16,4
Não	1691	83,6
Migração* (n=2035)		
Sim	944	46,4
Não	1091	53,6
Situação conjugal* (n=2049)		
Casada/União Livre	956	46,7
Solteira	738	36,0
Viúva	192	9,4
Divorciada/Separada/Desquitada	163	7,9
Renda mensal*,** (n=823)		
Até 1 SM	476	57,8
>1 a 3 SM	268	32,6
>3 SM	79	9,6

* Foram perdidas informações em: 71 casos para a variável religião, 17 casos para a variável escolaridade, 104 casos para a variável cor da pele, 22 casos para migração, 8 casos para a variável situação conjugal e 1234 casos para a variável renda mensal.

** Salário mínimo (SM) vigente de R\$ 200,00.

5.2 DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS E ATIVIDADES DE LAZER

Na variável trabalho atual, 68,2% das mulheres estudadas não exercem atividade remunerada e 67,6% não tinham carteira assinada. De acordo com os dados da Tabela 2, identificou-se que 42,7% das mulheres sempre foram donas de casa, 21,7% eram estudantes, 17,1% no momento da pesquisa estavam desempregadas.

Observou-se que 54,9% das mulheres estudadas realizavam atividades de lazer (Tabela 2).

Tabela 2 Caracterização segundo características ocupacionais e atividades de lazer de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Variáveis	N	%
Trabalho atual (n=2052)		
Sim	653	31,8
Não	1399	68,2
Possui carteira assinada (n=698)		
Sim	226	32,4
Não	472	67,6
Situação de quem não trabalha (n=1367)		
Dona-de-casa	584	42,7
Estuda	297	21,7
Desempregada	234	17,1
Aposentada	175	12,8
Afastada	32	2,3
Outros	24	1,8
Vive renda	21	1,5
Atividades regulares de lazer (n=2056)		
Sim	1129	54,9
Não	927	45,1

* Foram perdidas informações em: 5 casos para a variável trabalho atual, 58 casos para a variável carteira assinada, 37 casos para a variável situação de quem não está trabalhando e 1 caso para a variável lazer.

De acordo com a Tabela 3, as mulheres realizavam, a maior parte ou integralmente, as atividades domésticas como: 46,1% cuidavam das crianças, 44,0% cuidavam da limpeza 46,6% cozinhavam, 42,3% lavavam roupa e 40,5% passavam roupa, sem ajuda de outra pessoa.

Tabela 3 Distribuição das mulheres segundo atividades domésticas, da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Atividades	Não/Menor parte		Divide igualmente		Maior parte/Int.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuidar das crianças	402	34,2	231	19,7	541	46,1	1174	100,0
Cuidar da limpeza	608	29,6	543	26,4	903	44,0	2054	100,0
Cozinhar	669	32,6	426	20,7	958	46,6	2055	100,0
Lavar roupa	744	36,2	442	21,5	868	42,3	2054	100,0
Passar roupa	800	38,9	422	20,5	832	40,5	2054	100,0

5.3 DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS ENTRE AS MULHERES

Considerando-se dados da Tabela 4, 67,9% das mulheres tinham filhos 53,4% das mulheres tiveram a primeira relação sexual na faixa etária de 15 a 19 anos, 10,7% das mulheres tiveram relação sexual antes dos 15 anos e 22,6% entre 20 a 24 anos.

Entre as mulheres estudadas, 38,6% tiveram até três gestações. Com relação ao número de filhos nascidos vivos, 45,7% tiveram de 1 a 2 filhos, 28,2% de 3 a 4 filhos.

Em relação ao tipo de parto 50,7% tiveram parto normal e 16,7% parto cesário.

Das mulheres estudadas 54,2% não realizaram aborto, 45,8% realizaram aborto sendo que 90,6% por até três processos abortivos.

No que se refere ao uso de métodos contraceptivos (MAC), 57,4% das mulheres usavam algum tipo de MAC sendo que 39,6% fizeram ligadura de trompas, 33,8% tomavam pílula anticoncepcional/injetável (contraceptivo hormonais) e 17% usavam camisinha (Tabela 04),

Tabela 4 Características de saúde reprodutiva de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Características reprodutivas	n	%
Filhos* (n=2052)		
Sim	1394	67,9
Não	658	32,1
Número de filhos (n=2035)		
Sem filhos	660	32,4
1 a 2 filhos	637	31,3
3 a 4 filhos	394	19,4
5 a 7 filhos	222	10,9
Mais que 8 filhos	122	6,0
Idade na 1ª relação sexual (n=1631)		
< 15 anos	175	10,7
15 a 19 anos	871	53,4
20 a 24 anos	368	22,6
25 a 39 anos	116	7,1
≥ 40 anos	5	0,3
Não se lembra	96	5,9
Número de gestações* (n=2011)		
≤ 3	777	38,6
≥ 4	639	31,8
Não se aplica	595	29,6
Número de filhos nascidos vivos* (n=1373)		
0	7	0,5
1-2	627	45,7
3-4	387	28,2
5-7	230	16,7
≥ 8	122	8,9
Tipo do último parto* (n=1332)		
Normal	997	74,8
Cesáreo	327	24,6
Fórceps	8	0,6
Aborto* (n=1180)		
Sim	540	45,8
Não	640	54,2
Número de abortos* (n=540)		
≤ 3	489	90,6
≥ 4	51	9,4
Uso de método anticoncepcional (MAC)* (n=1507)		
Sim	865	57,4
Não	642	42,6
Tipo de método anticoncepcional (MAC)* (n=867)		
Ligadura tubária	344	39,6
Pílula/Injetável	293	33,8
Camisinha	147	17,0
DIU/Diafragma	47	5,4
Tabelinha/Coito interrompido	30	3,5
Outros	6	0,7
Climatério* (n=1897)		
Sim	642	33,8
Não	1255	66,2
Gravidez atual* (n=1537)		
Sim	44	2,9
Não	1493	97,1

* Foram perdidas informações em: 7 casos para a variável filhos, 22 casos para a variável número de filhos, 81 casos para a variável idade na 1ª relação sexual, 46 casos para a variável número de gestações, 52 casos para a variável número de filhos nascidos vivos, 92 casos para a variável tipo do último parto, 55 casos para a variável aborto, 55 casos para a variável número de abortos, 548 casos para a variável uso de método anticoncepcional, 1185 casos para a variável tipo método anticoncepcional, 40 casos para a variável climatério e 287 casos para a variável gravidez atual.

De acordo com os dados da tabela 5, das mulheres sem filhos, 60,8

tinham ensino médio, 30,7% ensino fundamental e 5,2% superior. 52,1% das

mulheres do nível de escolaridade “Nunca foi à escola/Lê ou escreve” tinham mais que 8 filhos, as mulheres com ensino médio 3,3% e superior 1,7% tinham mais que 8 filhos.

Entre as mulheres que utilizavam métodos 49,8% tinham ensino fundamental e 3,4 nível superior semelhantes proporções foram observadas entre as que não utilizavam MAC.

O número de gestações nas mulheres com ensino fundamental 53,1% tiveram mais que 4 gestações e nível de escolaridade “Nunca foi à escola/Lê ou escreve” 32,5%.

Em relação ao nível de escolaridade e a realização de aborto a tabela 5 mostra que 51,0% das mulheres com ensino fundamental e 39,2% das mulheres que nunca foi à escola/Lê ou escreve fizeram mais de quatro abortos.

Tabela 5 Características de saúde reprodutiva segundo escolaridade de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Variáveis	Escolaridade									
	Nunca foi à escola/Lê ou escreve		Ensino fundamental		Ensino médio		Superior		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Número de filhos</i>										
Sem filhos	22	3,4	201	30,7	398	60,8	34	5,2	655	100,0
1 a 2 filhos	37	5,9	315	50,1	248	39,4	29	4,6	629	100,0
3 a 4 filhos	60	15,3	209	53,3	114	29,1	9	2,3	392	100,0
5 a 7 filhos	81	36,7	120	54,3	18	8,1	2	0,9	221	100,0
Mais que 8 filhos	63	52,1	52	43,0	4	3,3	2	1,7	121	100,0
Total	263	13,0	897	44,0	782	38,8	76	3,8	2018	100,0
<i>Uso de MAC</i>										
Sim	127	19,8	319	49,8	172	26,9	22	3,4	640	100,0
Não	46	5,4	407	47,7	368	43,1	33	3,9	854	100,0
Total	173	11,6	726	48,6	540	36,1	55	3,7	1494	100,0
<i>Número de gestações</i>										
≤ 3	37	4,8	378	49,2	321	41,8	32	4,2	768	100,0
≥ 4	207	32,5	338	53,1	81	12,7	11	1,7	637	100,0
Total	244	17,4	716	51,0	402	28,6	43	3,0	1405	100,0
<i>Número de abortos</i>										
≤ 3	100	20,5	256	52,5	123	25,2	9	1,8	488	100,0
≥ 4	20	39,2	26	51,0	5	9,8	-	-	51	100,0
Total	120	22,3	282	52,3	128	23,7	9	1,7	539	100,0

Observou-se na tabela 6 as mulheres sem filhos uma proporção de 55,4% eram pardas, 23,9% brancas e 19,6% negras, com mais de 8 filhos 62,6% eram pardas, 19,1% pretas e 17,4% brancas (Tabela 6).

Notou-se no estudo que em relação ao uso de MAC, 60,6% eram pardas, 20,3% brancas e 18,0% pretas semelhantes proporções foram observadas nas mulheres que não utilizavam métodos contraceptivos, (Tabela 6).

Neste estudo foi observado uma proporção de 66,7% de mulheres pardas realizaram mais de quatro abortos, 17,8% eram pretas e 15,6% brancas (Tabela 6).

Tabela 6 Características de saúde reprodutiva segundo cor da pele de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Variáveis	Cor da pele									
	Parda		Preta		Branca		Amarela/Indígena		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Número de filhos</i>										
Sem filhos	345	55,4	122	19,6	149	23,9	7	1,1	653	100,0
1 a 2 filhos	363	60,0	105	17,4	132	21,8	5	0,8	633	100,0
3 a 4 filhos	239	62,7	61	16,0	74	19,4	7	1,8	392	100,0
5 a 7 filhos	115	55,0	40	19,1	51	24,4	3	1,4	218	100,0
Mais que 8 filhos	72	62,6	22	19,1	20	17,4	1	0,9	121	100,0
Total	1134	58,7	350	18,1	426	22,0	23	1,2	2017	100,0
<i>Uso de MAC</i>										
Sim	368	60,6	109	18,0	123	20,3	7	1,2	607	100,0
Não	501	61,3	140	17,1	166	20,3	10	1,2	807	100,0
Total	869	61,0	249	17,5	289	20,3	17	1,2	1424	100,0
<i>Número de gestações</i>										
≤ 3	446	59,9	119	16,0	171	22,9	9	1,2	745	100,0
≥ 4	357	59,3	119	19,8	118	19,6	8	1,3	602	100,0
Total	803	59,6	238	17,7	289	21,5	17	1,3	1347	100,0
<i>Número de abortos</i>										
≤ 3	277	59,6	94	20,2	87	18,7	7	1,5	465	100,0
≥ 4	30	66,7	8	17,8	7	15,6	-	-	45	100,0
Total	307	60,2	102	20,0	94	18,4	7	1,4	510	100,0

As mulheres do estudo sem filhos 58,2% com renda de até um salário mínimo 36,0% de um a três salários mínimos e com mais de 8 filhos tinham

72,7% com renda de até um salário mínimo 25,0% entre um a três salários mínimos.(Tabela 7).

Em relação ao uso de MAC observa-se na tabela 7 que as mulheres com renda de até um salário 69,1% usavam MAC, 21,5% de um a três salários mínimos e entre as mulheres que não utilizavam MAC uma proporção de 48,6% delas tinham renda de até um salário mínimo.

Através dos dados da Tabela 7 as mulheres numa proporção de 77,3% com ganhos de um salário mínimo realizavam mais que quatro abortos e entre um e três salários mínimos 22,7% das mulheres realizaram aborto.

Tabela 7 Características reprodutivas segundo renda mensal de mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Variáveis	Renda Mensal							
	Até 1 SM		>1 a 3SM		>3SM		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%
<i>Número de filhos</i>								
Sem filhos	131	58,2	81	36,0	13	5,8	225	100,0
1 a 2 filhos	140	50,9	93	33,8	42	15,3	275	100,0
3 a 4 filhos	87	52,4	61	36,7	18	10,8	166	100,0
5 a 7 filhos	81	77,9	18	17,3	5	4,8	104	100,0
Mais que 8 filhos	32	72,7	11	25,0	1	2,3	44	100,0
Total	471	57,9	264	32,4	79	9,7	814	100,0
<i>Uso de MAC</i>								
Sim	170	69,1	53	21,5	23	9,3	246	100,0
Não	190	48,6	157	40,2	44	11,3	391	100,0
Total	360	56,5	210	33,0	67	10,5	637	100,0
<i>Número de gestações</i>								
≤ 3	170	50,6	118	35,1	48	14,3	336	100,0
≥ 4	186	68,4	70	25,7	16	5,9	272	100,0
Total	356	58,6	188	30,9	64	10,5	608	100,0
<i>Número de abortos</i>								
≤ 3	132	64,1	61	29,6	13	6,3	206	100,0
≥ 4	17	77,3	5	22,7	-	-	22	100,0
Total	149	65,4	66	28,9	13	5,7	228	100,0

5.4 PADRÃO DE OCORRÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC) ENTRE AS MULHERES

Encontrou-se uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) bastante elevada: 39,5%, atingindo 811 das 2057 mulheres estudadas.

Evidenciou-se uma prevalência maior na faixa etária de mulheres acima de 60 anos (49,4%).

Foi verificada uma maior prevalência de TMC entre as mulheres pertencentes ao grupo “nunca foi à escola/lê e escreve o nome”. A prevalência de TMC, considerando-se a cor da pele foi maior entre as mulheres pretas (46,2%). Em relação a situação conjugal as mulheres divorciadas/separadas/desquitadas apresentaram prevalência maior (49,7%), a menor prevalência de TMC foi observada no grupo de solteiras (31,4%). Em relação a renda observou-se alta prevalência naquelas com ganhos de até um salário mínimo (49,2%) e baixa prevalência entre as mulheres com ganhos maiores que três salários mínimos 12,3%.

Verificou-se uma proporção maior de TMC entre as mulheres que exerciam a chefia da família (46,5%). Os TMC em mulheres foram maiores (42,4%) entre aquelas que migraram para Feira de Santana.

Tabela 8 Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres da Zona Urbana de Feira de Santana, Ba, 2002.

Características sociodemográficas	n	%	RP	IC 95%
Faixa etária				
Até 20 anos (434)	131	30,2	-	-
21 – 30 anos (471)	165	35,0	1,16	0,96-1,40
31 – 40 anos (392)	167	42,6	1,41	1,17-1,70*
41 – 50 anos (274)	118	43,1	1,43	1,17-1,74*
51 – 60 anos (223)	100	44,8	1,48	1,21-1,82*
Mais de 60 anos (263)	130	49,4	1,64	1,36-1,98*
Escolaridade				
Nunca foi à escola/Lê e escreve (266)	151	56,8	3,08	1,90-5,00*
Ensino fundamental (901)	421	46,7	2,54	1,57-4,09*
Ensino médio (797)	220	27,6	1,50	0,92-2,44
Superior (76)	14	18,4	-	-
Cor da pele				
Parda (1143)	460	40,2	1,26	1,08-1,47*
Preta (351)	163	46,2	1,44	1,22-1,74*
Branca (435)	139	32,0	-	-
Amarela/Indígena (24)	12	50,0	1,56	1,03-2,39*
Chefe de família				
Sim	331	46,5	1,22	1,07-1,39*
Não	1691	38,1	-	-
Migração				
Sim (944)	944	42,4	1,18	1,06-1,31*
Não(1091)	1091	36,0	-	-
Situação conjugal				
Casada/União Livre (956)	406	42,5	1,35	1,19-1,54*
Solteira (738)	232	31,4	-	-
Viúva (192)	90	46,9	1,49	1,24-1,79*
1Divorciada/Separada/Desquitada (163)	81	49,7	1,58	1,31-1,91*
Renda mensal				
Até 1 SM (476)	234	49,2	2,99	1,80-4,95*
>1 a 3 SM (268)	80	29,9	1,81	1,07-3,08*
>3 SM (79)	7	12,3	-	-

Encontrou-se uma prevalência de 40,5% de TMC nas mulheres que não trabalhavam (Tabela 9) e sem carteira assinada uma prevalência de 40,7%, as donas de casa 43,5% apresentaram prevalência de TMC.

Notou-se maior prevalência de 48,9% de TMC entre as mulheres que não tinham atividades regulares de lazer (Tabela 9).

Tabela 9 Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, da Zona Urbana de Feira de Santana, BA, 2002.

Variáveis	n	%	RP	IC 95%
Trabalho atual				
Sim (653)	239	36,6	-	-
Não (1399)	567	40,5	1,11	0,98-1,25
Possui carteira assinada				
Sim (226)	67	29,6	-	-
Não (472)	192	40,7	1,37	1,09-1,72*
Situação de quem não trabalha				
Dona-de-casa (584)	254	43,5	1,64	1,32-2,02*
Estuda (297)	79	26,6	-	-
Desempregado (234)	97	41,5	1,56	1,22-1,99*
Aposentado (175)	94	53,7	2,02	1,60-2,55*
Afastado (32)	16	50,0	1,88	1,27-2,79*
Outros (24)	12	50,0	1,88	1,21-2,93*
Vive renda (21)	7	33,3	1,25	0,66-2,36
Atividades regulares de lazer				
Sim (1129)	357	31,6	-	-
Não (927)	453	48,9	1,55	1,39-1,72*

A prevalência de TMC foi mais elevada entre as mulheres com filhos (45,0%), e elevava-se a prevalência de acordo com o aumento do número de filhos, 1 a 2 filhos (40,7%), 3 a 4 filhos (46,2%) e mais que 8 filhos (52,5%). (Tabela 10).

De acordo com as características reprodutivas notou-se que mulheres que iniciaram atividade sexual antes dos 15 anos tiveram uma maior prevalência de TMC (58,3%), seguidas daquelas na faixa etária de 15 a 19 anos (42,1%). (Tabela 10). Observando-se a prevalência de TMC em relação ao número de gestação as mais elevadas foram encontradas entre aquelas com mais de quatro gestações (51,2%). No que se refere ao tipo de parto, foram encontrados percentuais maiores de TMC entre aquelas que tiveram parto normal 45,2% e 68,6% de prevalência entre as mulheres que realizaram mais de quatro abortos. (Tabela 10). Foram observadas as maiores prevalências de transtornos mentais entre as mulheres, que não utilizavam métodos contraceptivos (44,5%) ou estavam no climatério (48%), (Tabela 10).

Tabela 10 Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características de saúde reprodutiva entre as mulheres, da Zona Urbana de Feira de Santana, BA, 2002.

Características reprodutivas	n	%	RP	IC 95%
Filhos				
Sim (1394)	627	45,0	1,63	1,42-1,86*
Não (658)	182	27,7	-	-
Número de filhos				
Sem filhos (660)	185	28,0	-	-
1 a 2 filhos (637)	259	40,7	1,45	1,24-1,69*
3 a 4 filhos (394)	182	46,2	1,65	1,40-1,94*
5 a 7 filhos (222)	114	51,4	1,83	1,53-2,19
Mais que 8 filhos (122)	64	52,5	1,87	1,52-2,31*
Idade na 1ª relação sexual				
≤ 19 anos (1046)	469	44,8	1,26	0,98-1,62*
20 a 24 anos (368)	134	36,4	1,02	0,78-1,35
≥ 25 anos (121)	43	35,5	-	-
Número de gestações				
≤ 3 (777)	302	38,9	-	-
≥ 4 (639)	327	51,2	1,32	1,17-1,48*
Tipo do último parto				
Normal (997)	451	45,2	1,05	0,91-1,20
Cesáreo/Fórceps (335)	145	43,3	-	-
Aborto				
Sim (540)	269	49,8	1,21	1,07-1,37*
Não (640)	264	41,3	-	-
Número de abortos				
≤ 3 (489)	234	47,9	-	-
≥ 4 (51)	35	68,6	1,43	1,01-1,29*
Uso de método anticoncepcional (MAC)				
Sim (865)	337	39,0	*	-
Não (641)	285	44,5	1,14	1,01-1,29*
Climatério				
Sim (642)	308	48,0	1,34	1,20-1,50*
Não (1255)	449	35,8	-	-

5.5 ANÁLISE ESTRATIFICADA

Foi realizada uma avaliação mais aprofundada da associação entre TMC e características reprodutivas através da análise estratificada e regressão logística múltipla conforme descrito anteriormente.

Foram selecionadas as variáveis independentes: idade da primeira relação sexual, presença de filhos, uso de MAC, aborto e climatério como possíveis intensificadoras dos TMC, associadas as covariáveis sociodemográficas, características ocupacionais e atividades de lazer.

5.5.1 Análise estratificada da associação entre a primeira relação sexual e transtornos mentais comuns

5.5.1.1 Análise estratificada

Para essa associação foi considerado o grupo de referencia as mulheres com até 24 anos.

A associação entre idade da primeira relação sexual e transtornos mentais comuns, segundo características sociodemográficas mostrou que não foram encontrados modificadores de efeito da associação entre a idade da primeira relação sexual e transtornos mentais (Tabela11).

Tabela 11 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre idade da primeira relação sexual e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, da Zona Urbana de Feira de Santana, BA, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não-ajustada</i>	1535	1,20	0,94-1,54
Faixa etária			
Até 30 anos	539	1,35	0,51-3,58
31 anos e mais	996	1,27	0,98-1,64
Escolaridade			
Ensino médio/Superior	571	1,04	0,68-1,59
Até o ensino fundamental	950	1,15	0,85-1,54
Cor da pele			
Parda/Preta	1116	1,37	0,98-1,92
Branca/Amarela/Indígena	346	0,98	0,65-1,50
Migração			
Sim	915	1,10	0,84-1,44
Não	602	1,79	0,93-3,45
Situação conjugal			
Casada/União Livre	888	1,34	0,96-1,88
Solteira/Viúva/Separada	639	1,03	0,72-1,47
Renda mensal			
Até 1 SM	373	1,10	0,74-1,65
Mais de 1 SM	298	1,16	0,65-2,07

Na associação entre idade da primeira relação sexual e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividade de lazer não foram encontrados modificadores de efeito dessa associação (Tabela 12).

Tabela 12 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre idade da primeira relação sexual e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, da Zona Urbana de Feira de Santana - BA, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
Não-ajustada	1535	1,20	0,94-1,54
Trabalho atual			
Sim	516	1,48	0,93-2,35
Não	1015	1,03	0,77-1,37
Possui carteira assinada			
Sim	177	1,16	0,58-2,29
Não	379	1,39	0,80-2,44
Atividades regulares de lazer			
Sim	803	1,15	0,79-1,66
Não	731	1,20	0,87-1,67

No que se refere a associação entre idade da primeira relação sexual e TMC, foram encontradas como potenciais confundidoras: faixa etária, escolaridade, chefia de família, lazer e trabalho atual (Tabela 13).

Tabela 13 Análise estratificada para avaliação de confundimento da associação entre idade da 1ª relação sexual e transtornos mentais comuns entre os expostos e sadios e entre os não-expostos e doentes, Feira de Santana - Ba, 2002.

Co-variável	Sadios		Não expostos	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Faixa etária	0,66	0,57-0,77	1,17	1,08-1,27
Escolaridade	0,73	0,63-0,85	1,41	1,31-1,53
Cor da pele	0,98	0,91-1,06	1,10	1,04-1,16
Migração	0,64	0,55-0,74	1,04	0,95-1,13
Situação conjugal	0,41	0,33-0,50	1,05	0,96-1,15
Chefia de família	0,67	0,47-0,97	1,28	1,03-1,59
Lazer	0,83	0,70-0,99	1,40	1,26-1,55
Renda Mensal	0,88	0,66-1,18	1,45	1,29-1,64
Trabalha atualmente	0,28	0,21-0,38	0,84	0,73-0,95

O ajuste pela co-variáveis apenas a variável escolaridade, identificada como potencial confundidora, manteve associação positiva e em níveis estatisticamente significativa (Tabela 14).

Tabela 14 Associação entre Idade da 1ª relação sexual e transtornos mentais comuns ajustados pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana - Ba, 2002.

Co-variável	RP ajustada	IC (95%)
Faixa etária	0,97	0,90-1,04
Escolaridade	1,14	1,06-1,22
Chefe de família	1,04	0,86-1,24
Lazer	1,18	1,08-1,29
Trabalha atualmente	0,61	0,54-0,69

Após análise estratificada foram encontrados os principais achados da associação entre idade da primeira relação sexual e TMC (Quadro 3), mostrando que as condições sociodemográficas e atividade de lazer apresentam-se como variáveis importantes para o estudo da situação feminina, pois as condições de vida podem influenciar o aparecimento de TMC.

QUADRO 3 – Síntese dos principais achados na associação entre idade da primeira relação sexual e os transtornos mentais comuns obtidos na análise estratificada.

Características de saúde reprodutivas	Análise estratificada
Primeira relação sexual	
Modificadores	➤ Ausente
Confundidores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faixa etária ➤ Escolaridade ➤ Chefia da família ➤ Lazer ➤ Trabalho atual

5.5.2 Análise estratificada da associação entre a presença de filhos e transtornos mentais comuns

A categoria de referencia para esta análise foi utilizada as mulheres com filhos.

As co-variáveis migração e situação conjugal se mostraram como modificadoras de efeito da associação principal (Tabela 15).

Tabela 15 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre presença de filhos e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não-ajustada</i>	2052	1,63	1,42-1,86
Faixa etária			
Até 30 anos	902	1,52	1,26-1,83
31 anos e mais	1150	1,50	1,15-1,97
Escolaridade			
Ensino médio/Superior	869	1,40	1,12-1,75
Até o ensino fundamental	1166	1,32	1,11-1,58
Cor da pele			
Parda/Preta	1492	1,56	1,34-1,81
Branca/Amarela/Indígena	457	1,67	1,21-2,31
Migração*			
Sim	1090	1,34	1,10-1,64
Não	941	1,82	1,51-2,20
Situação conjugal*			
Casada/União Livre	954	1,22	0,91-1,65
Solteira/Viúva/Separada	1090	1,81	1,54-2,13
Renda mensal			
Até 1 SM	474	1,48	1,15-1,90
Mais de 1 SM	347	2,25	1,32-3,85

* modificadores de efeito

Foi encontrada como modificador de efeito da associação entre a presença de filhos e TMC entre a covariável possui carteira assinada (Tabela 16).

Tabela 16 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre presença de filhos e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
Não-ajustada	2052	1,63	1,42-1,86
Trabalho atual			
Sim	650	1,54	1,20-1,99
Não	1397	1,68	1,42-1,97
Possui carteira assinada*			
Sim	225	2,16	1,32-3,55
Não	471	1,25	0,96-1,63
Atividades regulares de lazer			
Sim	1125	1,54	1,28-1,86
Não	926	1,39	1,13-1,70

Em relação a associação entre presença de filhos e TMC foram encontrados como variáveis confundidoras, escolaridade e lazer (Tabela 17).

Tabela 17 Análise estratificada para avaliação de confundimento considerando-se a associação entre co-variáveis e presença de filhos entre sadios (sem TMC) e entre co-variáveis e TMC entre os não-expostos (sem filhos), Feira de Santana, 2002.

Co-variável	Sadios		Não expostos	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Faixa etária	3,91	3,22-4,75	1,15	0,86-1,55
Escolaridade	2,11	1,81-2,46	1,75	1,38-2,23
Cor da pele	1,01	0,94-1,09	1,33	0,96-1,83
Renda Mensal	0,94	0,78-1,14	2,61	1,50-4,53
Trabalha atualmente	0,97	0,89-1,05	1,04	0,79-1,36
Lazer	2,02	1,69-2,42	1,55	1,21-1,98

O ajuste pelas co-variáveis escolaridade e lazer, identificadas como potenciais confundidoras, manteve associação positiva e em níveis estatisticamente significantes (Tabela 18).

Tabela 18 Associação entre presença de filhos e transtornos mentais comuns ajustados pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	RP ajustada	IC (95%)
Escolaridade	2,01	1,76-2,29
Lazer	1,87	1,62-2,17

QUADRO 4 Síntese dos principais achados na associação entre presença de filhos e os transtornos mentais comuns.

Características de saúde reprodutivas	Análise estratificada
Presença de filhos	
Modificadores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Migração ➤ Situação conjugal ➤ Possui carteira assinada
Confundidores	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escolaridade ➤ Lazer

5.5.3 Análise estratificada da associação entre o número de abortos e transtornos mentais comuns

Este modelo a categoria de referencia foi mulheres que realizaram aborto. Não foi observada nenhuma interação estatística entre número de abortos e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas nas mulheres estudadas (Tabela 19).

Tabela 19 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre aborto e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não-ajustada</i>	1180	1,21	1,07-1,37
Faixa etária			
Até 30 anos	313	1,39	1,07-1,81
31 anos e mais	867	1,14	0,99-1,31
Escolaridade			
Ensino médio/Superior	350	1,22	0,89-1,67
Até o ensino fundamental	822	1,15	1,01-1,32
Cor da pele			
Parda/Preta	872	1,22	1,06-1,40
Branca/Amarela/Indígena	250	1,09	0,79-1,51
Migração			
Sim	721	1,22	1,05-1,43
Não	445	1,18	0,96-1,46
Situação conjugal			
Casada/União Livre	726	1,21	1,03-1,43
Solteira/Viúva/Separada	447	1,17	0,96-1,42
Renda mensal			
Até 1 SM	293	1,20	0,97-1,49
Mais de 1 SM	199	1,04	0,69-1,57

Não foram encontrados modificadores de efeito entre associação de TMC e a realização de aborto segundo características ocupacionais e atividades de lazer.

Tabela 20 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre ter ou não ter abortos e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não-ajustada</i>	1180	1,21	1,07-1,37
Trabalho atual			
Sim	368	1,19	0,93-1,52
Não	809	1,21	1,04-1,40
Possui carteira assinada			
Sim	116	1,18	0,72-1,96
Não	283	1,16	0,89-1,52
Atividades regulares de lazer			
Sim	549	1,09	0,88-1,35
Não	631	1,25	1,08-1,46

Apenas a variável renda mensal foi identificada nesse estudo como confundidora entre TMC e ter ou não realizado aborto.

Tabela 21 Análise estratificada para avaliação de confundimento considerando-se a associação entre co-variáveis e ter ou não ter abortos entre sadios (sem TMC) e entre co-variáveis e TMC entre os não-expostos (não ter aborto), Feira de Santana, 2002.

Co-variável	Sadios		Não expostos	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Faixa etária	1,21	1,10-1,33	1,23	0,99-1,52
Escolaridade	1,13	1,00-1,28	1,70	1,34-2,15
Cor da pele	1,04	0,94-1,14	1,18	0,93-1,50
Migração	1,02	0,90-1,16	1,02	0,85-1,24
Situação conjugal	0,88	0,78-1,00	0,89	0,74-1,08
Renda Mensal	0,82	0,68-0,99	1,54	1,12-2,10
Trabalha atualmente	1,02	0,92-1,14	1,14	0,92-1,40
Possui carteira assinada	1,22	1,03-1,44	1,20	0,83-1,74
Lazer	1,02	0,86-1,20	1,27	1,05-1,53

O ajuste da associação entre aborto e TMC feito pela co-variável renda mensal manteve a associação positiva e estatisticamente significativa (Tabela 22).

Tabela 22 Associação entre ter ou não ter abortos e transtornos mentais comuns ajustado pela variável confundidora, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	RP ajustada	IC (95%)
Renda Mensal	1,30	1,07-1,57

QUADRO 5 – Síntese dos principais achados na associação entre aborto e os transtornos mentais comuns.

Características de saúde reprodutivas	Análise estratificada	Análise multivariada
Aborto		
Modificadores	➤ Ausente	➤ Ausente
Confundidores	➤ Renda mensal	➤ Renda Mensal

5.5.4 Análise estratificada da associação entre climatério e transtornos mentais comuns.

Considerou-se para como referência a categoria de mulheres no climatério para esta associação.

Não foram encontrados modificadores de efeito entre a associação TMC e climatério.

Tabela 23 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre climatério e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não-ajustada</i>	1897	1,34	1,20-1,50
Faixa etária			
Até 30 anos	792	1,51	0,56-4,04
31 anos e mais	1105	1,19	1,04-1,37
Escolaridade			
Ensino médio/Superior	783	1,06	0,78-1,44
Até o ensino fundamental	1098	1,15	1,02-1,30
Cor da pele			
Parda/Preta	1373	1,29	1,14-1,46
Branca/Amarela/Indígena	427	1,47	1,13-1,91
Migração			
Sim	1023	1,27	1,10-1,46
Não	854	1,34	1,10-1,64
Situação conjugal			
Casada/União Livre	907	1,24	1,07-1,45
Solteira/Viúva/Separada	982	1,45	1,24-1,70
Renda mensal			
Até 1 SM	442	1,25	1,03-1,50
Mais de 1 SM	328	1,67	1,19-2,35

As variáveis de características ocupacionais e atividades de lazer nessa associação (Tabela 24), não foi revelada como modificador de efeito entre a associação climatério e TMC.

Tabela 24 Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito da associação entre climatério e transtornos mentais comuns segundo características ocupacionais e atividades de lazer entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
Não-ajustada	1416	1,32	1,17-1,48
Trabalho atual			
Sim	449	1,31	1,05-1,64
Não	964	1,29	1,12-1,48
Possui carteira assinada			
Sim	138	1,25	0,76-2,04
Não	344	1,31	1,03-1,67
Atividades regulares de lazer			
Sim	659	1,40	1,15-1,70
Não	756	1,21	1,05-1,39

Quanto ao climatério e TMC foi encontrado como potenciais confundidoras a idade, escolaridade e lazer, conforme Tabela 25.

Tabela 25 Análise estratificada para avaliação de confundimento considerando-se a associação entre co-variáveis e climatério entre sadios (sem TMC) e entre co-variáveis e TMC entre os não-expostos (sem climatério), Feira de Santana, 2002.

Co-variável	Sadios		Não expostos	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Faixa etária	2,87	2,61-3,16	1,25	1,07-1,45
Escolaridade	1,87	1,68-2,08	1,69	1,45-1,97
Cor da pele	0,92	0,85-1,00	1,35	1,10-1,67
Migração	1,73	1,56-1,91	1,12	0,96-1,29
Situação conjugal	1,09	0,95-1,25	1,18	1,02-1,37
Renda Mensal	1,15	0,95-1,39	1,97	1,49-2,60
Trabalha atualmente	1,20	1,11-1,30	1,09	0,93-1,27
Possui carteira assinada	1,05	0,88-1,24	1,32	1,00-1,74
Lazer	1,22	1,05-1,42	1,38	1,19-1,60

O ajuste da associação entre climatério e TMC pelas co-variáveis faixa etária, escolaridade e lazer, identificadas como potenciais confundidoras,

manteve associação positiva e em níveis estatisticamente significantes (Tabela 26).

Tabela 26 Associação entre climatério e transtornos mentais comuns ajustados pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana, 2002.

Co-variável	RP ajustada	IC (95%)
Faixa etária	1,97	1,82-2,14
Escolaridade	1,78	1,63-1,95
Lazer	1,31	1,18-1,45

Ainda que o climatério seja um fenômeno fisiológico, pode ter conseqüências negativas sobre vários sistemas, tanto no aspecto fisiológico quanto psicológico, portanto quando associados as características sociodemográficas, ocupacionais e atividades de lazer foram encontradas os principais achados (Quadro 5), referentes as variáveis potencialmente confundidoras e modificadoras de efeito para a associação principal.

QUADRO 6 Síntese dos principais achados na associação entre climatério e os transtornos mentais comuns obtidos na análise estratificada.

Características de saúde reprodutivas	Análise estratificada
Presença de filhos	
Modificadores	➤ Ausente
Confundidores	➤ Faixa etária ➤ Escolaridade ➤ Lazer

6 DISCUSSÃO

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesse estudo um limite encontrado refere-se a causalidade dos TMC em relação as mulheres, já que não é possível estabelecer com segurança se o aparecimento de TMC a das variáveis de saúde reprodutiva estudadas é causa ou conseqüência para o aparecimento dos TMC.

Outro limite encontrado refere-se a duração da exposição, pois em estudo transversal, as observações são feitas em cada individuo em uma única oportunidade e não se sabe a precedência temporal da exposição sobre os fatores de risco que podem intensificar os TMC na população estudada

A duração de TMC é outro problema que pode ser observado nesse estudo, já que em estudo transversais o tempo de exposição não é avaliado e assim as mulheres expostas a longo período com as supostas causas podem ser uniformizadas com aquelas cuja exposição se deu em tempo recente dessa forma os dados podem não representar a exposição passada.

A interpretação dos dados em estudos transversais é dificultada pela presença de fatores de confundimento.

Outro limite refere-se a escassez de dados na literatura sobre a temática aqui abordada associação entre saúde mental e saúde reprodutiva entre mulheres, dificultando a obtenção de parâmetros para comparação com os achados desta pesquisa.

6.2 SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Neste estudo, o perfil da população estudada foi a seguinte, mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental), pardas, casadas/união livre com filhos e baixo poder aquisitivo.

As mulheres estudadas moram em domicílio próprio, participam de atividade de lazer, trabalham sem carteira assinada e em sua maioria realizam atividades domésticas sem ajudam de outra pessoa.

Tiveram a primeira relação sexual na faixa etária de 15 a 19 anos com mais de três gestações e com 1 a 4 filhos nascidos vivos em sua maioria tiveram filhos de parto normal. Observou-se um grande número de abortos entre as mulheres, 56,4% realizaram até três abortos, 57,4 utilizavam algum tipo de MAC sendo que 39,6% ligadura de trompas e 33,8% faziam uso de pílula/injetável.

No climatério estavam 31,8% das mulheres e 84,3% não estavam grávidas no momento da pesquisa.

Em relação aos achados referentes a ocorrência de transtornos mentais comuns, observou-se prevalência de TMC elevadas em mulheres que estavam em mulheres com nível de escolaridade mais baixos, sem companheiro, amarelas e negras, renda mensal inferior a 1 salário mínimo, quanto mais filhos maiores foram as prevalências de TMC.

6.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, REPRODUTIVAS E OCUPACIONAIS E ATIVIDADES DE LAZER.

Os resultados apresentados no presente estudo não fogem a realidade do país onde o nível de ganhos dos brasileiros é reconhecidamente baixo, e as mulheres - como as de todo o mundo – ganham ainda menos que os homens, (DIEESE et al, 2004). O mesmo diferencial de gênero se repete quando se analisam os rendimentos segundo a posição na ocupação ou o tipo de vínculo de trabalho.

De acordo com Jácome (2001), a taxa de mães solteiras é quase o dobro da de mães casadas, e mais alta nas regiões mais pobres do país, o que também foi observado nesse estudo.

As características sociodemográficas são variáveis importantes, pois podem demonstrar a situação em que a população vive e esses estudos podem contribuir com as políticas públicas.

Outro achado do estudo refere-se ao número de domicílios chefiados por mulheres uma proporção de 16,4% das mulheres estudadas, dados referentes ao Brasil mostram que esse percentual vem aumentando no período entre 1992 e 2002 com um aumento da proporção de domicílios chefiados por mulheres. Em 1993, do total de residências do país, 22,3% eram chefiadas por mulheres; em 2002, estas eram responsáveis por mais de um quarto dos domicílios (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2003.)

Observou-se que entre as mulheres deste estudo apenas 31,8% trabalhavam com carteira assinada, 17,1% eram desempregadas, 42,7% sempre foram donas de casa. No Brasil, 42% da mão-de-obra feminina encontra-se inserida no trabalho formal e 57% no trabalho informal, 93,5% dos trabalhadores domésticos são mulheres, com uma taxa de desemprego 58% maior que a dos homens, e a das mulheres negras 20% maior que a das

mulheres brancas conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE/PNAD), 2003.

Os resultados obtidos no estudo apontam em relação ao início da atividade sexual, dado semelhante ao do Brasil. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996) mostrou que 14% das adolescentes entre 15 e 19 anos que iniciaram a vida reprodutiva (já eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho), o que amplia a vulnerabilidade aos agravos social e saúde reprodutiva neste grupo.

Outro destaque refere-se ao tipo do último parto das mulheres estudadas: 16,6% o parto foi cesária quando comparamos esses resultados com alguns estudos verificamos que em 1992, 35% dos partos eram cesarianas no país, em 1996, 36% dos partos foram cesáreas, índices de 39,9%, em 1997, e 38,1%, no ano 2001 (BRASIL, 2004b). Cabe ressaltar o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 15% (BRASIL, 2004b). Pode-se considerar este percentual elevado, resultando em graves riscos para a saúde das mulheres, tanto física quanto psicológica e inclusive à própria vida.

A pesquisa identificou um número elevado de abortos (56,4% até três abortos), de acordo com o Ministério da Saúde, no ano 2000, foram verificadas 247.884 internações por aborto no Brasil, deste total, 67 terminaram em óbito.

O tipo de MAC (ligadura tubária 39,6%, pílula/injetável 33,8%, camisinha 17%) utilizado pelas mulheres do presente estudo e semelhante aos encontrados no município de São Paulo: esterilização (42,9%), pílula (35,3%), enquanto a presença de outros tipos de MAC deu-se em menor proporção: o preservativo (5,2%), e o DIU (1,6%).

6.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE MULHERES UMA PREOCUPAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

De acordo com os resultados apresentados neste trabalho a prevalência de TMC encontrada (39,5%) aponta uma situação preocupante de saúde na população de mulheres, principalmente quando comparada à estimativa da Organização Mundial de Saúde (2000) que refere uma prevalência média de TMC em 24% na população indicando sofrimento psicológico das mulheres do estudo. Pode-se inferir a esse fato as dificuldades encontradas de ordem socioeconômica, de gênero e características específicas inerentes à população feminina (gestação/parto/puerpério), aliadas às atividades domésticas e do trabalho profissional.

Encontrou-se elevadas prevalência de TMC nas mulheres com faixa etária maior de 50 anos, baixa escolaridade, negras, viúva ou separada. Esses fatores se configuraram como possíveis situações de risco para TMC entre as mulheres de Feira de Santana, Bahia. Dados similares foram encontrados por Costa e Ludermir (2005), em que as prevalências também foram mais elevadas entre as mulheres com idade entre 40 e 59 anos, analfabetas e separadas, viúvas e divorciadas.

Coutinho (2002) encontrou resultados semelhantes aos nossos achados quando refere prevalências elevadas em situação de baixa escolaridade, gênero feminino, desemprego, separação, classe social baixa e maternidade sem companheiro como alguns dos fatores de risco associados a maior prevalência de problemas mentais. Reforçando a teoria de que as condições de vida das classes menos favorecidas podem ser determinantes do aparecimento de doenças mentais.

Ao associar-se migração e ocorrência de TMC, percebeu-se alta prevalência de TMC (47%) entre as mulheres migrantes podendo ser um fator que contribui na produção de sofrimento psíquico. Borges (2004), em análise dos processos subjetivos que a população vivencia em função dos movimentos migratórios, aponta que mudança de cultura, afastamento de familiares e medo do desconhecido podem contribuir no aparecimento de sofrimento psíquico.

Outro ponto refere-se ao estado de saúde física e mental da população que tende a se agravar com o aumento da idade. Sintomas físicos e psíquicos alterações de humor são observados na maioria das mulheres durante o climatério. Nas mulheres da pesquisa foram verificadas prevalências maiores nesta fase de vida e o aumento da faixa etária e nível de escolaridade podem intensificar o aparecimento de TMC nesse grupo de mulheres. Andrade (2006) refere que as alterações do humor mais prevalentes no período da perimenopausa e menopausa são irritabilidade, labilidade emocional, episódios frequentes de choro imotivado, ansiedade humor depressivo, falta de motivação, entre outros, podendo também ser influenciado por outros determinantes como fatores genéticos, sociais e culturais, estilo de vida atividade de lazer e alimentação.

Falcone (2005), utilizando o SRQ, verificou que a prevalência de transtornos afetivos em gestantes foi acentuada e sendo equivalente a encontrada no estudo realizado por Mari (1986), em três centros urbanos de atenção primária de saúde, entre a população de baixa renda do Estado de São Paulo. Esses dados apontam que a gravidez provoca na mulher alterações no humor, que desequilibram seu estado emocional e possivelmente dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-feto. Aqui, as mulheres com maior

número de gestações maior quantidade de filhos apresentaram prevalências maiores de TMC em relação a outras com situação diferente.

A literatura tem apontado algumas características que, quando presentes, associam-se ao risco aumentado de transtornos mentais comuns. Estudo transversal realizado por Coutinho (2002) em três áreas urbanas do Brasil encontrou os seguintes resultados:

- Gênero feminino apresentava um risco maior de TMC que o masculino, sobretudo a partir dos 30 anos de idade.
- Entre as pessoas de baixa escolaridade, encontrou-se, nos casados, uma ocorrência maior desses sintomas, em comparação aos solteiros.
- No grupo de escolaridade mais elevada, o conjunto de casados apresentou um risco reduzido desses transtornos mentais.
- Quanto a presença de três ou mais filhos com idade inferior a 14 anos aumentou o risco de TMC.

.Nesta pesquisa, observou-se, que independentemente de como as mulheres vivenciam as mudanças ocorridas ao longo dos anos, estas estão expostas a fatores de risco referentes a gênero e reprodução que associadas podem levar ao aparecimento de transtornos mentais comuns.

As relações sociais que estruturam e organizam a sociedade marcadas por questões diferentes culturalmente percebidas e elaboradas como sexo/gênero dentre outras permitem o aparecimento de desigualdades sociais que torna a mulher historicamente mais vulnerável ao adoecimento físico e mental como os Transtornos mentais comuns esses fatores de risco podem ser identificados e incluindo alterações físicas e psicológicas durante a gestação parto e puerpério, ausência de suporte social e ou familiar relacionamento

conjugal, ausência de parceiro, instabilidade financeira ou ocupacional também podem intensificar as prevalências de TMC entre as mulheres.

Mulheres com número elevado de filhos apresentavam prevalências maiores de TMC em relação as que não tinham filhos no momento da pesquisa. Destaca-se em relação a esse dado a necessidade da mulher conciliar as obrigações familiares com o trabalho profissional gerando incertezas referentes aos benefícios sociais. Este fato pode ser responsável pelo desenvolvimento dos TMC nessas mulheres ao gerar sentimento de angustia em relação a transferência do cuidados aos filhos.

7 Considerações Finais

A falta de articulação entre as diversas ações referentes a saúde da mulher, saúde mental e questões referentes ao trabalho doméstico e profissional é o desafio a ser enfrentado no sistema público para a promoção de uma assistência integral à saúde sexual e reprodutiva.

Os resultados desse estudo são ainda insuficientes do ponto de vista epidemiológico, pois de acordo com Falcone (2005), os fatores psicológicos podem acarretar complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, para a mulher bem como para o concepto. Para ser obter uma visão mais ampla quanto a problemática dos TMC entre as mulheres são necessários estudos que abordem questões referentes ao puerpério, câncer de mama e cervico-uterino, doenças sexualmente transmissíveis e entre outros fatores inerentes as mulheres.

Este estudo procurou incorporar questões relativas a gênero, saúde mental e saúde reprodutiva pouco discutidas na literatura visando preencher lacunas e estimular a elaboração de novas hipóteses para redefinição de conceitos e desconstrução do paradigma dicotomizado, feminino e masculino.

Outro ponto que merece ser destacado refere-se a entrada da mulher no mercado de trabalho, o envelhecimento da população, a queda na taxa de fecundidade e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornando-se imperiosa medidas que as mulheres possam articular sua vida pessoal, afetiva e profissional.

Observa-se também a necessidade de transformação das relações sociais entre os gêneros com relações sociais mais solidárias e menos

hierarquizadas já que fatores psicossociais podem interferir tanto na qualidade de vida das mulheres quanto de seus familiares e daqueles que com ela convivem. Assim, políticas públicas: renda, trabalho, educação, saúde e segurança com o reconhecimento das desigualdades sociais relativas ao acesso a bens e recursos sociais com são necessárias para oferecer uma melhor qualidade de vida a essas mulheres.

Essas políticas públicas devem articular as lacunas existentes nos programas voltados a saúde da mulher com projetos de promoção à saúde e controle dos riscos nas diferentes fases da vida.

Espera-se que a realidade apresentada através do estudo sirva de subsídios para as políticas públicas do município de Feira de Santana e para outros estudos sobre a temática abordada.

Este estudo deverá ser apresentado nas instituições que prestam assistência a saúde da mulher. Além de publicações sobre a temática abordada.

REFERÊNCIAS

ADVOCACI, Agende, Cepia, Cfemea, Cladem, Themis, UNFPA. **Marco Jurídico Normativo dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no Brasil**. Disponível em: <http://www.advocaci.org.br>. Acesso em 4/2/2005.

ARAÚJO, T. M. **Distúrbios Psíquicos Menores entre Mulheres Trabalhadoras de Enfermagem**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 1999.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-433, ago. 2003.

ARAÚJO, TM et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 5, n. 3: p. 337-348, 2005.

ALMEIDA, OP. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência em um serviço ambulatorial. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, n. 57, v. 4: p. 937-943, 1999.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista de Saúde Pública**, v.26, n.3, p.195-202, jun. 1992.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 113-26.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens Face a Nova Legislação Brasileira sobre Esterilização Voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.441-453, 2003.

BERTOLOTE, J. M. A Saúde Mental da Mulher. **Revista Medicis: Saúde Ciência e Cultura**, ano 02. edição 08, jan/fev., 2001

BENFAM, Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996. 2 ed. Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. *Constituição* (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto integral. São Paulo, Ática, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**, Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico da AIDS** 2002; 15: 14-8. Acesso em 4/2/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **"Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes"**, Brasília, março 2004-a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária. **"Saúde Brasil: 2004 - Uma análise da situação de saúde"**, Série G. Estatística e Informação em Saúde, Brasília, DF, 2004-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIS PRENATAL.. Disponível no site www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm. Acessado em Maio de 2006

BRANT, LC; DIAS, EC. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4: p. 942-949, 2004.

BRITO, J. C. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 1999.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 195-204, jan -mar, 2000

BRITO, Jussara. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.879-890, 2005.

CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Temas e Dados. **Poder e Política. Dados estatísticos**. Disponível em:<http://www.cfemea.org.br>. Acesso em 14 de janeiro de 2005.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 164-173, 2002.

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

COUTINHO, E. S. F. & ALMEIDA-FILHO, N. & MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, 26 (5), ANO.

CRUZ, EBS et al. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4: p. 181-188, 2005.

DATASUS – Indicadores de Saúde, 2005. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 15 ago. 2005.

DELCOR, NS et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1: p. 187-196, 2004.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS (DIEESE). **Equidade de gênero nas negociações coletivas**. Cláusulas relativas ao trabalho da Mulher no Brasil, 1998. Disponível em <<http://www.dieese.org.Br/esp/estout97.html>> Acessado em 04 de outubro de 2005.

DIEESE. Disponível em: <www.dieese.org.br/ped/ssa/pedssa0205.pdf>. Acesso em: 30 Mai. 2005.

FACUNDES, VLD; LUDERMIR, AB. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3: p. 194-200, 2005
FALCONE, V. M. et al . Multiprofessional care and mental health in pregnant women. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p.612-618, aug., 2005.
FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Revista de Estudos Feministas**, v.12, n.1, p.47-71, jan./abr. 2004.

FAUNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.4, p.488-494, ago. 2004.

FERNANDES, RCP et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da região metropolitana de Salvador, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3: p. 807-816, 2002.

FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl.2, p. 253-261, 2003.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.431-438, ago. 2002.

FLECK, Ana Cláudia; WAGNER, Adriana. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. spe, 2003.

FONSECA, W. et al. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, p.279-286, abr./jun.,1998.

FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Cad. de Saúde Pública**; São Paulo, v.30, n.1, p.13-18, fev., 1996.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**. 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, p207, 1995.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GOMES, K. R.O; TANAKA, A. C. A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Revista Saúde Pub. São Paulo*, v.37, n.1, p.75-82, 2003.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig, RATTNER, Daphne, VENANCIO, Sonia Isoyama et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1303-1311, set./out. 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de janeiro, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Anuário estatístico de Feira de Santana**. 2000.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de janeiro, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Rio de janeiro, 2003.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicol. Soc.**, v.15, n.1, p.97-116, jan./jun. 2003.

KLEIBAUM, D. G. et al. **Epidemiologic Research: principles and quantitative methods**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.6, 2003.

LIMA, M.S.; et al. _ Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional, **Cad. Saúde Pública**, 1998.

LIMA, MCP et al. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6: p. 1035-1041, 2006.

LIMA, MS et al. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 26, n. 5. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/artigo\(225\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/artigo(225).htm). Acesso em 03/07/2006

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, Gênero e Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.16, n.3, jul./set., 2000.

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

LUDEMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.54, n.3, p.198-204, 2005.

Luz, A.M. **Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade**. Porto Alegre: Edipucrs, 1999.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brit. Journal Psychiatry**, Londres, v. 148, p. 23-26, 1986.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006

MORAES, M. S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.17, n.3, p.509-519, maio/jun., 2001.

MONTENEGRO, Thereza. Diferenças de gênero e desenvolvimento moral das mulheres. **Revista de Estudos Feministas**, v.11, n.2, p.493-508, jul./dez., 2003

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Ratio of proportions and the use of the delta method for confidence interval estimation in logistic regression. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.1, p.90-99, feb., 1997

OSIS, M. J. D.; HARDY, E.; FAÚNDES A.; ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 49-53, 1993.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PORTO, LA et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5: p. 818-826, 2006.

RAMOS, S. O Papel das ONGS na construção de políticas de Saúde : a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.4, p. 1067-1078, 2000.

REIS, EJFB et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5: p. 1480-1490, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROTHMAN, K.J. **Modern Epidemiology**. USA: Little Brown and Company, 1986.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.5, p.593-600, set./out., 2003

SOBRINHO, CLN et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1: p. 131-140, 2006.

TOMASI, E.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. As mães e suas gestações: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, sup. 1, p. S21-S25, 1996.

VENTURA, M.; et al , D. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos - Síntese para Gestores, Legisladores e Operadores do Direito. Advocaci. Rio de Janeiro, outubro, 2005.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S.. **Metodologia científica para a área de saúde.**
Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VOLCAN, SMA et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4: p. 440-445, 2003.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha Domiciliar

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE Subdistrito: ____
 NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA Setor Censitário: ____
 PROJETO: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA Nº de ordem: ____

Data: ____/____/____

Hora de início: _____

1. Nº do domicílio: _____

2. Endereço:	Nº	Apto	Bairro
--------------	----	------	--------

3. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____ pessoas.

	Nome	Sexo 1=fem 2=mas	Idade (anos)	Condição na família	Horário na residência	Control e da entrevista
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						

CONDICÃO NA FAMÍLIA 1-Chefe 2-Cônjuge/Companheiro 3-Filho/Neto 4-Genitor(a) 5-Parente 6-hóspede 7-empregado, etc.	Controle da entrevista 1 -Não amostrado 2-Entrevista SIM 3- Entrevista NÃO 4. Recusou-se a participar
--	---

I - INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

O seu domicílio é: 1() próprio 3() cedido 2() alugado 4() outro _____	Quantos cômodos são usados como dormitório: ____ cômodos
Quantos cômodos possui? ____ cômodos	
O domicílio possui: 1() água encanada 2() luz elétrica 3() geladeira 4() TV 5() som/rádio 6() máquina de lavar roupa 7() lava-louças 10() telefone 11() computador 12() microondas 13() freezer	Têm empregados domésticos: 1() sim Quantos: _____ 2() não

Entrevistador: _____

ANEXO B - Questionário Individual

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA
PROJETO: SAÚDE

Setor Censitário: |
Subdistrito: ____
Nº de ordem: | | |

Data: ____/____/____ Hora de início: ____: ____ h

1. Nº do domicílio: _____ 2. Nº do morador: _____ 3. Bairro: _____

I - INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1() Feminino 2() Masculino	2. Idade: ____ anos	3. Tem filhos? 1()sim 2()não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1() Casado(a) 4() Viúvo/a 2() União livre 5() Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 3() Solteiro/a 9() Outras - Especifique: _____	5. Qual sua religião? 9() não sabe 1()Católica 2()Protestante 3() Candomblé 4() Espírita 5() Umbanda 6()sem religião	
6. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação () Nunca foi à escola () Lê e escreve um bilhete simples e entende o que lê () Iº grau () IIº grau () Superior		<input type="text"/>
7. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? 1() branca 2() amarela (oriental) 3() parda 4() origem indígena 5() preta 9() não sabe	Classificação (do entrevistador) da cor da pele (do entrevistado) ()	
8. Nasceu em (cidade): _____		UF: _____
9. Há quanto tempo (em anos) vive em Feira de Santana (sem interrupções)? ____ anos ____ meses		

II - TRABALHO PROFISSIONAL

1. Está trabalhando atualmente? 1()Sim 2()Não	2. Com que idade começou a trabalhar? ____ anos 8() não se aplica
--	---

3. HISTÓRIA OCUPACIONAL

Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos que você teve nos últimos 12 meses, começando pelo atual:

Emprego/Atividade	Período 2.Inicial; 3.Final	Setor	Carteira assinada?	Sofreu algum acidente de trabalho?	1..regular 2. .temporário 3. sazonal
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Código SETOR: 1. serviços domésticos; 2. Construção civil; 3. Indústria manufatureira; 4. Comércio; 5. Transporte; 6. Ensino; 7. Outros serviços (especificar)

4. Se não está trabalhando, você está: 1() Desempregado	5() Vivendo de rendas	5. Se estiver desempregado, quanto tempo está
---	------------------------	--

		Concordo fortemente	
Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas.			
1()Discordo fortemente		2() Discordo	
3() Concordo		4() Concordo fortemente	
* Autoridade de decisão no nível macro			
Há possibilidade de suas idéias serem consideradas na elaboração das políticas adotadas na empresa (contratação, nível salarial, demissão, compra de novos equipamentos etc.)		Seu trabalho inclui supervisão de outras pessoas.	
1()Discordo fortemente		2() Discordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
* Demandas psicológicas			
Seu trabalho é realizado sob ritmo acelerado.		Suas atividades incluem trabalho pesado.	
1()Discordo fortemente		2() Discordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
Você é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho.		O tempo para realização das suas tarefas é suficiente para concluí-las.	
1() Discordo fortemente		2() Discordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
Em seu trabalho, você está livre de demandas conflitantes.		Seu trabalho é frenético.	
1() Discordo fortemente		2() Discordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
Suas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua conclusão.		Seu trabalho exige longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa.	
1()Discordo fortemente		2() Discordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
Esperar pelo trabalho de outras pessoas, muitas vezes, torna mais lento o ritmo do seu trabalho.			
1()Discordo fortemente		2() Discordo	
3() Concordo		4() Concordo fortemente	
* Demandas físicas do trabalho			
Seu trabalho exige atividade física rápida e contínua.		Seu trabalho exige muito esforço físico.	
1() Discordo fortemente		2() Discordo	
3() Concordo		4() Concordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça e seus braços em posições fisicamente inadequadas e incômodas.		Muitas vezes, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente inadequadas e incômodas.	
1() Discordo fortemente		2() Discordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	
Você muitas vezes é solicitado, durante sua jornada de trabalho, a mover ou levantar cargas pesadas.			
1() Discordo fortemente		2() Discordo	
3() Concordo		4() Concordo	
* Suporte social proveniente do supervisor			
Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar da sua equipe de trabalho.		8() não possui supervisor/a	
1() Discordo fortemente		2() Discordo	
3() Concordo		4() Concordo	
Discordo		3() Concordo	
3() Concordo fortemente		4() Concordo fortemente	

<p>Você está exposto/a à situações de hostilidade e conflito com seu supervisor.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>Concordo fortemente</p> <p>Seu supervisor colabora com você na realização do seu trabalho.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p>Seu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>* Suporte social proveniente do colega de trabalho 8() Trabalho sozinho</p>							
<p>As pessoas com quem você trabalha são competentes em fazer suas atividades.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>As pessoas com quem você trabalha interessam-se pelo que acontece com você.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p>Você está exposto/a a hostilidade e conflitos com as pessoas com quem você trabalha.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>As pessoas no seu trabalho são amigáveis.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p>As pessoas com quem você trabalha são dispostas a colaborar, umas com as outras, na realização das atividades.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>As pessoas com quem você trabalha encorajam umas às outras a trabalharem juntas.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p>* Insegurança relativa à situação de trabalho</p>									
<p>Meu trabalho é estável (a segurança é relativamente boa).</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>Em 5 anos, minhas habilidades ainda serão valiosas.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p>* Autoridade de decisão no nível macro 8() Trabalho sozinho</p>									
<p>Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou setor/ unidade?</p> <p>2() 2 a 5 pessoas 3() 6 a 10 pessoas 4() 10 a 20 pessoas 5() 20 ou mais pessoas</p>		<p>Você tem influência significativa sobre as decisões em seu grupo de trabalho.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p>Seu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>Você é um membro do sindicato ou da associação de empregados.</p> <p>1() sim 2() não</p>							
<p>Sua opinião ou da associação de empregados tem influência sobre a política da empresa.</p> <p>8() Não sou um membro da associação 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>		<p>Você tem influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados.</p> <p>8() Não sou um membro da associação 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>							
<p align="center">V- SAÚDE REPRODUTIVA</p>									
Idade na 1ª relação sexual	Nº de gestações	Nº de partos	Último parto			Nº de filhos N. V.	Nº de abortos	Uso de M.A.C.	Climatério
			Normal	Cesárea	Fórceps			() Tipo ()	

M.A.C. = Método anti-concepcional - 1. sim; 2. não / Tipo: 1. pílula; 2. tabelinha; 3. camisinha; 4. DIU; 5. diafragma; 6. ligadura; 7. outro

2. Gravidez atual: 1()sim 2()não
 3. Há outra pessoa grávida residente na casa? 1()sim Idade: ____ anos 2()não

V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS

1. Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

	1 Não	2 Sim, a < parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 sem crianças pequenas
1. Cuidar das crianças ?						
2. Cuidar da limpeza?						
3. Cozinhar ?						
4. Lavar roupa ?						
5. Passar roupa ?						

6. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? tarefas domésticas De quem você recebe ajuda? 1() Ninguém 2 () Empregada (mãe/irmã/filha/vizinha) 3() Marido/ companheiro (pai/irmão/filho/vizinho)	1()sim 2()não 4() Esposa/ companheira 5() Outra mulher 6() Outro homem	7. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1() Todos os dias 8() não faz 2() de segunda a sexta 3() Nos finais de semana 4() Somente aos sábados 5() Somente aos domingos
---	--	---

VI - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades de lazer?
1() sim 2() não **siga para questão 4**

2. Qual o tipo de atividade? <u>Atividades sócio-culturais:</u> 1() jogos* 2() cinema/teatro 3() festa 4() seresta 5() barzinho 6() praia/piscina 7() visita a amigos <u>Atividades físicas:</u> 10() ginástica 11() caminhada 12() futebol/vôlei 13() natação 14() hidroginástica Outros:	8() não participa	3. Qual a frequência semanal das atividades de lazer realizadas? ____ vezes
---	--------------------	---

5. Qual a principal razão para sua participação em atividades de lazer? (Pode ser assinalado mais de uma resposta)

1() É obrigado	5() Por necessidade humana de convívio social
2() Para encontrar amigos	6() Para adquirir conhecimentos e habilidades
3() Para praticar esportes	7() Namorar
4() Divertir-se/ recrear-se)	9() não sabe

Outra _____

6. As atividades de lazer ajudam sua convivência com outras pessoas? 1() sim 2() não	7. Quantas horas você tem livre para se divertir ou descansar durante a semana? ____ horas
---	---

8. Em relação ao esforço físico, como classificaria suas atividades de lazer?
1() Leve (lê, ouve rádio, assiste TV)
2() Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais)
3() Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais)

* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

VII - PADROES DE SONO

Durante as ÚTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?

1. Dificuldade para pegar no sono. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	5. Cai no sono facilmente a qualquer hora durante o dia 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia
2. Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	6. Acorda muitas vezes, mas freqüentemente volta a dormir. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia
3. Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que você não pode resistir). 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	7. Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã. 1() nunca 2() raramente 2() algumas vezes 3() freqüentemente 4() quase todo dia
4. Tem dormido menos do que o habitual porque tem trabalho. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	

VIII- SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda **NÃO**.

Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	() sim	() não
2 - Tem má digestão?	() sim	() não
3 - Tem falta de apetite?	() sim	() não
4 - Tem tremores nas mãos?	() sim	() não
5 - Assusta-se com facilidade?	() sim	() não
6 - Você se cansa com facilidade?	() sim	() não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() sim	() não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	() sim	() não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	() sim	() não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	() sim	() não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	() sim	() não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	() sim	() não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	() sim	() não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	() sim	() não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	() sim	() não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	() sim	() não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() sim	() não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() sim	() não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	() sim	() não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	() sim	() não

IX - USO DE MEDICAMENTOS

1. Em relação a remédio calmante ou para dormir (por ex. diazepam, valium, lexotan, olcadil, nitrazepam, rivotril), você: 1() usa 2() costumava usar 3() nunca usou 9() não sabe	2. Você fazia uso do remédio ou calmante: 0() nunca usou 2() às vezes 1() raramente 3() freqüentemente
3. Quantas vezes no último mês você usou algum remédio calmante ou para dormir? 0() não usou 3() usou de 10 a 20 vezes 1() usou de 1 a 2 vezes 4() usei mais de 20 vezes 2() usou 3 a 9 vezes 5() não sabe	4. O remédio usado foi indicado por: 1() familiares 0() não usou 2() amigos 3() você próprio 4() vendedor da farmácia 5() médico através de receita

