



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

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE
RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2009

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE
RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
- Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual de Feira de Santana
como pré-requisito para obtenção do grau de
mestre em saúde coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maura Maria Guimarães de Almeida

FEIRA DE SANTANA-BA

2009

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Rocha, Saulo Vasconcelos
R 576t Transtornos mentais comuns e atividade física no lazer
entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana – Bahia
/ Saulo Vasconcelos Rocha. – Feira de Santana, 2009.
119 f. : il.

Orientadora: Maura Maria Guimarães de Andrade

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde,
Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009.

1. Saúde mental. 2. Saúde – População urbana. 3.
Transtornos mentais - Atividade física. I. Andrade, Maura Maria
Guimarães. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III.
Departamento de Saúde. IV. Título.

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE
RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para obtenção do grau de mestre em saúde coletiva

Área de Concentração: Epidemiologia

Feira de Santana - BA, ____/____/____

Banca examinadora

Prof^a Dr^a Maura Maria Guimarães de Almeida
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM)

Prof^a Dr. Nelson Fernandes Oliveira
(Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS)

Agradecimentos

Agradeço a **Deus** por ter me dado força, inteligência e paciência para superar esta etapa da minha formação.

A minha família: meus pais **Henrique e Bernadete**, minha Tia **Ana Rita**, minha avó **Lourdes** e principalmente a vocês **Sofia e Renata** que suportaram muitas ausências, mas sempre me deram a força que precisava para continuar a caminhada

Ao professor Dr. **Jair Sindra Virtuoso Junior** por todos os ensinamentos passados, obrigado pelo apoio e ajuda desde os tempos da graduação.

Aos colegas da turma 2008 pelo convívio e troca de experiências, e em especial a **Camila, Naiara e Ana Cláudia** pelo apoio e pelas inúmeras caronas, mais do que colegas vocês se tornaram minhas amigas.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva **Davi Félix, Edna Araújo, Geralda Aguiar, Marluce Assis, Maria Ângela Nascimento, Marinalva, Nelson Oliveira e Rosely Carvalho** pelos momentos de aprendizado, vocês são fontes inesgotáveis de sabedoria.

Ao **NEPI (Núcleo de Epidemiologia)** e em especial a professora **Tânia Araújo** por ter disponibilizado o banco de dados da pesquisa, pelas brilhantes contribuições na construção e na finalização do trabalho.

Aos amigos: **Nelba, Clarice, Milena Moncôrvo, Cristiano Dias, Cácio Costa**. que torceram de longe, mais que ofereceram sempre palavras de incentivo em todos os momentos.

Em especial ao amigo **Jefferson Cardoso**, pela ajuda em todos os momentos do mestrado, desde a inscrição para aluno especial até a conclusão da dissertação. **Um especial muito obrigado!**

E por fim a minha orientadora: **Maura Maria Guimarães de Almeida** pela sabedoria e paciência na orientação do trabalho.

RESUMO

Introdução. Os transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, constituem-se importante problema de saúde pública. A investigação sobre os transtornos mentais comuns levanta questões importantes sobre o entendimento, a natureza e curso desses transtornos, além da possibilidade de inclusão de outros mecanismos auxiliares na prevenção e tratamento como, por exemplo, a prática regular de atividade física. **Objetivo.** Analisar a relação entre a prática atividade física no lazer e transtornos mentais comuns e estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas, comportamentais e condições clínicas entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Métodos.** Estudo epidemiológico de corte transversal com amostra representativa constituída de 3597 indivíduos, 71,4% do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana de Feira de Santana-BA com idade acima de 15 anos. Foi utilizado um formulário contendo informações sociodemográficas, doenças referidas, triagem para Transtornos Mentais Comuns e hábitos de vida. A análise estatística foi realizada com nível de significância $p \leq 0,05$, com cálculo da respectiva razão de prevalência e intervalos de confiança. **Resultados.** Encontrou-se uma freqüência de 27,7% de indivíduos considerados ativos no lazer. A prevalência de TMC foi de 29,9%. A partir de análise estratificada, verificaram-se associação significativa dos TMC com as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas. **Conclusão.** Entre as mulheres, indivíduos fumantes, que referem tempo insuficiente para o lazer e entre os inativos fisicamente no lazer ocorrem uma maior prevalência de TMC. Estes achados fomentam a discussão sobre a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde e a criação de espaços de prática do lazer ativo, além de campanhas de combate ao uso do tabaco.

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde da População Urbana, Transtornos Mentais, Atividade motora

ABSTRACT

Introduction. Common mental disorders characterized by symptoms such as insomnia, fatigue, irritability, forgetfulness, difficulty concentrating, and somatic complaints, constitute a major public health problem. Research on mental disorders raises important questions about the understanding, nature and course of these disorders and the possibility of including other mechanisms aids in the prevention and treatment, for example, the practice of regular physical activity. **Objective.** To analyze the relationship between physical activity during leisure time and mental disorders and to describe the prevalence of common mental disorders according to sociodemographic characteristics, behavioral and medical conditions among residents in urban areas of Feira de Santana, Bahia.. **Methods.** Epidemiological study of cross-sectional representative sample of 3597 individuals, 71.4% female and 28.6% of male urban population of Feira de Santana-BA over the age of 15 years. We used a standardized questionnaire containing sociodemographic information, diseases, screening for mental disorders and lifestyle habits. Statistical analysis was performed with significance level $p \leq 0.05$, with calculation of their prevalence ratios and confidence intervals. **Results.** We found a frequency of 72.3% of individuals considered insufficiently active leisure. The prevalence of CMD was 29.9%, From the stratified analysis, there was a significant association of CMD with sociodemographic variables, lifestyle and medical conditions. **Conclusion.** The use of tobacco, enough time for leisure and leisure-time physical inactivity are associated with higher prevalence of CMD. These findings stimulate discussion about the need to implement public policies to create spaces for the practice of leisure activities and campaigns to combat tobacco use.

Keywords: Mental Health, Urban Health, Mental Disorders, Motor activity

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
2	OBJETIVOS	13
3	ARTIGOS	12
3.1.	Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia	12
3.2.	Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre residentes em Áreas Urbanas de Feira de Santana, Bahia	33
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	60
	APÊNDICE A- Projeto de Pesquisa	61
	ANEXO	104
	ANEXO 01- Formulário utilizado na Pesquisa.....	105
	ANEXO 02- Carta de aprovação do comitê de ética	119

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A atividade física pode ser entendida como um atributo essencial ao ser humano representando um tema interdisciplinar que desperta o interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, da mídia e da saúde pública.

A atividade física regular é um comportamento importante na vida das pessoas e apresenta um impacto significativo na prevenção e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Do ponto de vista psicossocial, auxilia no controle do estresse, da ansiedade e dos sintomas depressivos, sendo a atividade física responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos (distração, auto-eficácia e interação social) e nos fatores fisiológicos (aumento da transmissão sináptica das endorfinas) (PELUSO, ANDRADE; 2005).

No entanto, ainda não estão totalmente esclarecidos os mecanismos controladores da secreção das β endorfinas. Contudo, são fortes os indícios de que o exercício físico tem um papel fundamental nesse processo, as alterações nas concentrações de β endorfinas em resposta ao exercício são influenciadas pela intensidade/volume do esforço (CUNHA, RIBEIRO, OLIVEIRA; 2008).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a inatividade física (tipo de comportamento em que os indivíduos não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas), é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto.

O aumento do número de pessoas inativas fisicamente é um problema de saúde pública. A adoção de um estilo de vida sedentário têm contribuído significativamente com o aumento dos sintomas de ansiedade e alterações mentais, transitórias ou permanentes.

Assim como as DCNT a saúde mental é uma das principais preocupações na atualidade, pois o adoecimento psíquico está se tornando cada vez mais prevalente, representando impacto considerável no sistema de saúde.

Estudos sobre saúde mental foram realizados pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI) com a população de Feira de Santana (ARAÚJO, PINHO, ALMEIDA, 2005; ARAÚJO, et al., 2006; ARAÚJO, et al., 2007), porém a atividade física não foi o enfoque principal dessas pesquisas.

Os desafios e as necessidades sociais da população brasileira geraram dentro da Saúde Coletiva o reconhecimento de que existe uma urgência em se discutir problemas comuns à Educação Física, particularmente os assuntos referentes ao Corpo e ao Lazer (LUZ; 2007).

Espera-se que esta pesquisa permita uma melhor compreensão da relação entre a atividade física e a saúde mental, oferecendo assim subsídios para um melhor direcionamento das ações e das políticas de atenção a saúde mental no município.

Esta dissertação está apresentada sob a forma de artigos, contendo dois artigos intitulados “Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia” e “Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia”. O primeiro artigo tem como objetivo analisar a relação entre a prática de atividade física no lazer e os transtornos mentais comuns entre residentes

de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia e o segundo artigo tem como objetivo descrever a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas , hábitos de vida e condições clínicas entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Os resultados desta pesquisa são oriundos do Projeto “Caracterização da saúde mental em Feira de Santana, Bahia” realizado entre indivíduos residentes em áreas urbanas no município de Feira de Santana, Bahia no ano de 2007. No apêndice é apresentado o projeto de pesquisa e nos anexos o instrumento de coleta de dados e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), parecer nº 042/2002 (CAAE - 0037.0.059.000-06).

2. OBJETIVOS

- Estimar a prevalência de inatividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana-BA, 2007.
- Estimar a prevalência de TMC entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana-BA, 2007.
- Analisar a associação entre atividade física no lazer e os transtornos mentais comuns entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana-BA, 2007.
- Descrever a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana-BA, 2007.

3. ARTIGOS

ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE RESIDENTES EM ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA

Saulo Vasconcelos Rocha

Mestrando em Saúde Coletiva- UEFS
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
sauloedfisica@yahoo.com.br

Maura Maria Guimarães de Almeida

Doutora em Enfermagem
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
mesauco@uefs.br

Tânia Maria Araújo

Doutora em Saúde Pública
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
mesauco@uefs.br

Jair Sindra Virtuoso Júnior

Doutor em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
virtuosojr@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Epidemiologia
BR 116, Km 03
CEP: 44031-460
Feira de Santana - Bahia

Resumo

Introdução. A atividade física é uma importante ferramenta da saúde pública utilizada no tratamento e na prevenção de várias enfermidades assim como no tratamento de doenças psíquicas como a ansiedade e a depressão. No entanto, embora muitos estudos tenham identificado os efeitos positivos da atividade física e /ou exercício físico na saúde mental, nota-se uma escassez de informações a respeito da associação entre a atividade física e os transtornos mentais comuns.

Objetivo. Analisar a relação entre a prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia.

Métodos. Estudo epidemiológico de corte transversal com amostra representativa constituída de 3597 indivíduos, 71,4% do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana com idade acima de 15 anos. Foi utilizado um formulário contendo informações sociodemográficas, doenças referidas, triagem para Transtornos Mentais Comuns e hábitos de vida. A análise estatística foi realizada com nível de significância $p \leq 0,05$, com cálculo das respectivas razões de prevalência e intervalos de confiança. **Resultados.** Encontrou-se uma frequência de 27,7% de indivíduos considerados ativos no lazer. A prevalência de TMC foi menor entre os indivíduos ativos no lazer, de acordo com a análise bruta e após o ajuste num modelo de regressão logística múltipla. **Conclusão.** A população do município de Feira de Santana apresenta uma elevada frequência de indivíduos inativos no lazer, e essa condição está associada à maior prevalência de TMC. Ações direcionadas a saúde mental devem priorizar programas que favoreçam o incentivo a prática de atividade física entre a população do município, tendo em vista a contribuição desse comportamento no tratamento e na prevenção de morbidades psíquicas.

Palavras-chave: Atividade motora, Saúde mental, Aptidão física, Atividades de Lazer, População Urbana

Abstract

Introduction. Physical activity is an important public health tool used in the treatment and prevention of various diseases and treatment of mental illnesses such as anxiety and depression. However, although many experimental and cross-sectional surveys have identified the positive effects of physical activity and / or exercise on mental health, there is a dearth of information about the association between physical activity and common mental disorders. **Objective.** Analyze the relationship between physical activity during leisure time and common mental disorders among residents of urban areas of Feira de Santana, Bahia. **Methods.** Epidemiological study of cross-sectional representative sample of 3597 individuals, 71.4% female and 28.6% of male urban population over the age of 15 years. We used a standardized questionnaire containing sociodemographic information, diseases, screening for mental disorders, lifestyle. Statistical analysis was performed with significance level $p \leq 0.05$, with calculation of their prevalence ratios and confidence intervals. **Results.** We found a frequency of 27.7% of individuals considered active leisure. The prevalence of CMD was lower among physically active during leisure time, according to the crude analysis and after adjustment in a model of multiple logistic regression. **Conclusion.** The population of the municipality of Feira de Santana has a high frequency of individuals insufficiently active during leisure, and this condition is associated with higher prevalence of CMD. Actions directed to mental health must prioritize programs to encourage the promotion of physical activity among the population of the city, in view of the contribution of this behavior in the treatment and prevention of mental illness.

Key Words: Motor Activity, Mental health, Physical fitness, Leisure Activities, Urban Population.

INTRODUÇÃO

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde da população e constituindo elevado ônus para a saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) aponta que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida.

Os transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas somáticas (GOLDBERG, HUXLEY, 1992), vem se destacando como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes.

A população feminina, indivíduos com a idade avançada, de baixa renda, de cor negra ou parda, baixo nível de escolaridade e em estado de viuvez estão mais propensos a apresentarem esses agravos (ARAYA et.al.; 2001, LUDERMIR & MELO FILHO; 2002, PATEL & KLEINMAN; 2003, ARAÚJO et.al.; 2005, STAFFORD et al.; 2007). Esses transtornos alteram negativamente a saúde dos indivíduos, prejudicando seu desempenho na vida familiar, social, pessoal e no trabalho.

Estudos transversais e prospectivos têm evidenciado uma forte associação entre os problemas de saúde mental e os baixos níveis de atividade física (WILES et al.; 2007, BENEDETTI et al.; 2008, ADEMOLI, AZEVEDO; 2009).

A atividade física é conceituada como qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos resultando em significativo aumento do gasto energético, e a inatividade física no lazer consiste na não realização de atividades físicas nos momentos de lazer (CARPENSEN, POWELL, CHRISTENSAN; 1985). O

hábito de praticar atividades físicas pode ser determinado pela ocupação, deslocamento para o trabalho, cuidados domésticos e lazer (OMS;2003).

A atividade física apresenta-se como elemento responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos (distração, auto-eficácia e interação social) e nos fatores fisiológicos (aumento da transmissão sináptica das endorfinas) (PELUSO, ANDRADE; 2005).

Apesar dos benefícios da prática de atividade física para a preservação da saúde mental serem destacados na literatura, pouco se tem informação sobre a relação da atividade física com fatores conjugados relacionados á saúde mental. O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre a prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana-BA. Os resultados obtidos são úteis para a compreensão da relação entre a atividade física e a saúde mental, oferecendo assim subsídios para um melhor direcionamento das ações e das políticas de atenção á saúde mental no município.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de corte transversal no município de Feira de Santana, localizada a 116 km de Salvador, capital da Bahia, Região Nordeste do Brasil no período de Abril a Dezembro de 2007.

O município de Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31^a do País, está localizada na região da Zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano e tem uma população de 535.820 habitantes (IBGE,2006).

A seleção das áreas de estudo foi realizada por amostragem estratificada por subdistritos, adotando procedimentos aleatórios, a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006); tendo o domicílio como unidade amostral.

A amostra foi obtida assumindo a prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25% (OMS, 2001), erro amostral de 3% e 95% de confiança. A amostra estudada foi constituída de 3597 indivíduos, 71,4 % do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana com idade acima de 15 anos do município de Feira de Santana.

Para seleção da amostra foram adotados os seguintes procedimentos: determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana; definição de percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário; todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos

domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas realizou-se até três visitas por domicílio, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar do estudo e os indivíduos que não foram encontrados no domicílio, após as três visitas.

O efeito do desenho por conglomerado foi considerado no tamanho calculado da amostra.

Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado aos moradores dos domicílios sorteados. O instrumento continha questões sobre: informações sociodemográficas, características do trabalho profissional e doméstico, aspectos da saúde reprodutiva, informações sobre doenças auto-referidas e hábitos de vida, tais como: uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividades de lazer, práticas de atividades físicas e condição da saúde mental.

Para avaliação da prática atividade física no lazer foi questionado se os indivíduos participavam regularmente de atividades físicas no momento de lazer, qual o tipo e a classificação da intensidade da atividade: leve, moderada ou pesada. Foram considerados ativos no lazer aqueles entrevistados que classificaram seu esforço físico no lazer como esforços de intensidade moderada (caminhar, andar de bicicleta, aula de dança ou atividade física, por pelo menos 2 horas semanais) ou pesada (correr, fazer ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, por pelo menos 4 horas semanais), e inativo no lazer os que referiam não participar de atividades físicas ou participar de atividades físicas leves (Jogo de baralho, jogo de xadrez ou dominó, caminhada leve, por menos de 2 horas semanais) durante o lazer. O procedimento adotado foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura (MASSON et al.; 2005, GERBER, PUHSE; 2008, PITANGA, LESSA; 2008) .

O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Este instrumento desenvolvido pela OMS (2001) e validado por Mari, Williams (1986) se destina a avaliar o grau de suspeição de transtorno mental, não oferecendo diagnóstico específico do transtorno existente. O SRQ-20 apresenta desempenho aceitável como instrumento de rastreamento da saúde mental (SANTOS, ARAÚJO & FERNANDES; 2009). Na determinação de TMC, foi adotado o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, procedimento adotado em outros estudos (ARAÚJO et al., 2003, SOBRINHO et al., 2006).

Foram analisadas as frequências dos dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, renda), hábitos de vida (tabagismo e etilismo), atividade física no lazer e prevalência de TMC.

Em seguida, para avaliar a associação das variáveis de interesse (atividade física e TMC) foi utilizado como medida de associação a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) e como medida de significância estatística foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson adotando o nível de significância de $p \leq 0.05$.

Para avaliação dos efeitos sobre a associação principal investigada foram tomadas como co-variáveis: características sociodemográficas (faixa etária, sexo e renda) e hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar).

Para avaliação do efeito simultâneo das variáveis estudadas foi conduzida análise de regressão logística onde realizou-se o ajuste simultâneo das variáveis confundidoras, permitindo, com isso prever o comportamento da variável desfecho na presença simultânea das co-variáveis sob estudo (HOSMER, LEMESHOW; 2000)

Permaneceram no modelo as variáveis que estivessem associadas à resposta, ou seja, as que apresentarem ($p \leq 0,25$). A modificação de efeito foi analisada por meio do teste de razão da verossimilhança, adotando o nível de significância de 20%.

Para análise das variáveis potencialmente confundidoras foi verificada a magnitude da variação dos coeficientes estimados e das respectivas ORs da variável de exposição principal (atividade física no lazer). Para isso, foi comparado o modelo com todas as preditoras em relação ao modelo com a retirada de uma preditora. A variável foi considerada confundidora quando o coeficiente de exposição principal apresentou variação superior a 10%. Verificada a presença de confundimento, o modelo final foi ajustado pelas variáveis confundidoras.

Na avaliação da bondade do ajuste do modelo foi utilizado o teste de *Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer* (HOSMER, LEMESHOW; 2000). A área sobre a curva ROC foi utilizada para discriminação do modelo e a análise da influência dos padrões de co-variáveis foi avaliada comparando-se a estimativa dos parâmetros obtida a partir da eliminação dos padrões de co-variáveis considerados influentes com a estimativa dos parâmetros obtidas mantendo-se os padrões de co-variáveis.

Para confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, e as análises por meio dos pacotes estatísticos SPSS (versão 9.0) e R, versão 2.7.2.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Declaração de Helsinque e na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (Parecer nº 042/06)
e os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

As características da amostra encontram-se na Tabela 1. Observa-se um maior percentual de mulheres (71,4%). A faixa etária entre 15 e 29 anos (38,9%) e o grupo dos casados ou em união estável (48,7%) foram os grupos prevalentes. Em relação à condição de renda e educação, 81,7% ganhavam menos de um salário mínimo e 47,2% haviam cursado o ensino fundamental.

No que diz respeito às características comportamentais, 11,8 % referiram fumar e 28,1% consumiam álcool (Tabela 1).

A prevalência global de transtornos mentais comuns (TMC) entre os entrevistados foi de 29,6%.

<-> Tabela 1

A frequência de participação em atividades físicas foi baixa, apenas 27,3% (n = 981) foram classificados como ativos no lazer. Através da tabela 2, descreve-se a associação da atividade física com as características sociodemográficas e comportamentais. A frequência de prática de atividade física no lazer é maior entre os indivíduos do sexo masculino, de faixas etárias mais jovens, com renda maior que um salário mínimo, com menores níveis de escolaridade e entre os solteiros.

A frequência de prática de atividade física no lazer foi maior entre os indivíduos que referiram consumir álcool e menor entre os fumantes.

<-> Tabela 2

A tabela 3 apresenta a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo características sociodemográficas e hábitos de vida. A prevalência de TMC é maior entre as mulheres, indivíduos de faixas etárias mais avançadas, renda menor ou igual a um salário mínimo, entre os que nunca freqüentaram a escola /só lê e escreve e entre os entrevistados divorciados/desquitados/viúvos.

O consumo de álcool apresentou-se como elemento protetor frente aos TMC, enquanto o hábito de fumar esteve diretamente associado à maior prevalência de TMC (Tabela 3).

Ao analisar a associação bruta entre atividade física no lazer e TMC, detectou-se que os expostos, ou seja, os indivíduos ativos no lazer têm uma probabilidade 17% menor de apresentarem TMC quando comparados aos inativos no lazer (Tabela 4).

A análise de modificação de efeito não identificou interação entre as variáveis analisadas. A regressão logística múltipla permitiu observar a associação entre atividade física no lazer e TMC ajustado por outras variáveis (sexo, faixa etária, renda, consumo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar).

A avaliação da bondade do ajuste do modelo (teste de *Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer*) e da área sobre a curva ROC demonstrou que o modelo ajusta satisfatoriamente os dados.

Após ajuste, manteve-se a associação inversa entre atividade física no lazer e TMC. No entanto, após o ajuste os indivíduos ativos no lazer apresentaram 22% menos probabilidade de apresentarem TMC quando comparados aos indivíduos inativos no lazer.

<-> Tabela 4

DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados foram classificados como inativos no lazer. Estudos indicam que grande parcela da população não atinge as recomendações atuais quanto à prática de atividades físicas. Ao avaliar apenas as atividades físicas realizadas no tempo de lazer, os pesquisadores têm detectado prevalências de inatividade física ainda mais elevadas (MARTINEZ et al.; 2001, WILES et al.; 2007, PITANGA, LESSA; 2008, ADEMOLI, AZEVEDO; 2009).

A prevalência de TMC na população estudada foi de 29,6%. Outros estudos encontraram resultados próximos ao observado neste estudo. Puertas, Rios e Valle Fortes (2006) detectaram prevalência de 27,2% de TMC entre a população de bairros marginais da Colômbia. Ludermir, Melo Filho (2002) identificaram prevalência de 35% entre indivíduos com 15 ou mais anos de idade residentes em Olinda-PE. No entanto, Fortes, Villano, Lopes (2008) encontraram prevalência superior (56%) entre usuários atendidos no Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ. Os TMC apresentam-se como um problema de saúde pública. Constata-se a necessidade de reflexões acerca da criação, implantação e monitoramento das políticas de saúde mental no município.

A frequência de participação em atividades físicas no lazer foi maior entre os indivíduos que consumiam álcool. Dias-da-Costa (2005) em levantamento realizado com a população residente no município de Pelotas-RS e Gomes e colaboradores (2009) em estudo realizado entre usuários do Programa de Saúde da Família residentes em Guanambi- BA corroboram nossos achados. A formação de redes sociais durante as atividades físicas de lazer podem favorecer o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas.

As análises brutas e ajustadas (por variáveis sociodemográficas e hábitos de vida) demonstraram que a prática atividade física no lazer associou-se inversamente aos TMC. Evidências atuais avalizam esse achado, Wiles e colaboradores (2007) detectaram que no final do período de cinco anos os indivíduos ativos no lazer apresentam 46% menos probabilidade de suspeição para TMC. Benedetti e colaboradores (2008) em levantamento realizado com idosos de Florianópolis-SC identificaram que indivíduos sedentários têm probabilidade 2,74 e 2,38 maiores , de apresentarem demência e depressão respectivamente.

A prática de atividades físicas favorece a interação social, a auto-eficácia e proporciona melhoria nos sintomas depressivos, ansiedade, tolerância ao estresse e aumento da auto-estima e da sensação de bem-estar (REIJNEVELD, WESTHOFF, HOPMAN-ROCK; 2003, PELUSO, ANDRADE; 2005, CUNHA, RIBEIRO E OLIVEIRA; 2008). Neste sentido, estratégias de saúde pública projetadas para a adoção de um estilo de vida ativo conduzirão a melhorias na saúde mental (ROHRER et al.; 2005).

Entre as limitações deste estudo, pode-se apontar o próprio delineamento de pesquisa, onde o fato de ser um estudo transversal impede de assegurar relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas. O instrumento utilizado para medir a atividade física no lazer não foi construído especificamente para uma investigação sobre atividade física, mas para inquérito populacional com propósito primário de investigar as condições de saúde mental dos residentes em áreas urbanas do município, podendo ser uma limitação do estudo.

No entanto, a fundamentação encontrada na literatura, no que diz respeito ao grau de associação entre as variáveis demonstra que os resultados encontrados

suportam as evidências dos modelos explicativos de geração dos transtornos mentais comuns na população.

CONCLUSÕES

A associação encontrada entre atividade física no lazer e TMC evidenciou a contribuição da atividade física na redução dos transtornos mentais comuns, que se caracteriza como um problema de saúde pública.

A evidência da associação da prática de atividade física com o adoecimento psíquico é um elemento importante que poderá subsidiar uma redefinição nas políticas de promoção a saúde mental no município.

A construção de equipamentos de lazer (quadras, pistas para caminhada, campos de futebol, piscinas) e a formulação de programas de educação e saúde direcionados à mudança de comportamento e o incentivo a adoção de estilo de vida ativo, poderá contribuir no aumento do nível de atividade física da população.

REFERENCIAS

- 1- Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14 (1): 243-251.
- 2- Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 501-5.
- 3- Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37: 424-33.
- 4- Araujo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005; 5 (3): 337-48.
- 5- Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública* (2008); 42 (2):302-7.
- 6- Carpensen CJ, Powell KE, Christensan GM. Physical activity, exercise, and physical activity fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health Rep* 1985; 100(2):126-131.
- 7-Cunha GS; Ribeiro JL; Oliveira AR. Levels of Beta-Endorphin In Response to Exercise and Overtraining. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52 (4): 589-98.
- 8- Cunha IC, Peixoto MRG, Garden PCB, Alexandre VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(3): 495-504.
- 9- Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JC, Daltoe T, Fuchs SC, Menezes AM, et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(1):275-82.

10- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(1):32-7

11-Gerber M, Puhse U. “Dont crack under pressure!” – Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between scholl-based stress and psychosomatic complaints? *J Psychosomatic Research.* 2008; 65: 363-9.

12-Goldberg, D.; Huxley, P. *Common mental disorders: a bio-social model.* London: Tavistock, 1992.

13-Gomes et al. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009, 11(4):365-372.

14- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2nd. New York: John Wiley & Sons; 2000.

15-IBGE, - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 1999/2000.* Brasília; 2006.

16-Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (2): 213-21.

17- Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(7):1142-6.

18-Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.

19-Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S, Costa CC, Bairros F, et al. Prevalência de sedentarismo em mulheres adultas da cidade de São Leopoldo , Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21 (6): 1685-94.

- 20- Patel, V ; Kleinman, A . Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81 (8): 609-15.
- 21- Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics.* 2005; 60:61-70.
- 22- Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre inatividade física no tempo livre e internações hospitalares em adultos na cidade de Salvador –Brasil. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 2008; 10 (4): 347-353.
- 23- Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;20(5):324–30.
- 24- Reijneveld, Westhoff, Hopman-Rock. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 405-411.
- 25- R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2007 [cited 2009 Mai 30]. Available from: <http://www.r-project.org>. ISBN 3-900051- 07-0.
- 26- Rohrer JE, Pierce Júnior JR, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev. Med* 2005; 40 (4) : 438-443.
- 27- Santos KOM, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(1):214-222.
- 28- Strafford M, Silva M, Stansfeld S, Marmot M. Neighbourhood social capital and common mental disorder: Testing the link a general population sample. *Health & Place* 2008; 14: 394-405.

29-Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino AS, IS Ferreira. Working conditions and health of doctors in Salvador, Brazil. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52:97-102.

30- World Health Organization. Bull World Health Organ. 2001; 79 (2) :161-70.

31- World Health Organization (WHO). World Health Organization report on health in the world: Mental Health: New design, new hope; 2001.

32- World Health Organization (WHO).Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 2003 (WHO).

33- Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G.Physical activity and Common Mental Disorder: Results from the Caerphilly Study.Am J Epidemiol 2007; 165:946-54.

Anexos

Tabela 1 Distribuição dos residentes em áreas urbanas segundo características sociodemográficas e hábitos de vida, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Frequências	
	n	%
Sexo		
Feminino	2569	71,4
Masculino	1028	28,6
Idade		
15-29	1400	38,9
30-49	1197	33,3
50-69	770	21,4
70 e mais	230	6,4
Situação conjugal		
Casado(a)/União estável	1743	48,7
Solteiro(a)	1305	36,4
Viúvo(a)	285	8,0
Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	248	6,9
Escolaridade		
Nunca foi a escola/Lê e escreve	240	6,7
Ensino Fundamental	1692	47,2
Ensino Médio/ Ensino Superior	1656	46,2
Renda		
1 ou menos de 1 SM	2938	81,7
Mais de 1 SM	658	18,3
Tabagismo		
Não	3169	88,2
Sim	423	11,8
Etilismo		
Não	2586	71,9
Sim	1010	28,1

*Informações perdidas: 16 para situação conjugal, 9 para escolaridade, 32 para cor da pele e 1 para renda, 9 para tabagismo e 9 para etilismo.

Tabela 2 Freqüência de prática de atividades físicas no lazer segundo características sociodemográficas e hábitos de vida, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Prevalência %	RP	IC (95%)	P valor
Sexo				
*Masculino	46,8	-	-	0.000
Feminino	19,5	0,41	0,37-0,46	
Faixa etária				
*15-29	32,9	-	-	0.000
30-49	25,6	0,77	0,68-0,88	
50 ou mais	21,3	0,64	0,56-0,74	
Renda				
*>que 1 salário mínimo mensal	42,1	-	-	0.000
≤que 1 salário mínimo mensal	24,0	0,56	0,51-0,63	
Escolaridade				
*Ens. Médio/Ens. Superior	23,9	-	-	0.000
Fundamental I/Fundamental II	33,0	0,72	0,64-0,80	
Nunca foi à escola/Lê e escreve	12,1	1,97	1,39-2,80	
Situação conjugal				
*Solteiro	33,4	-	-	0.000
Casado/União Estável	25,3	1,34	1,11-1,63	
Divorciado/Desquitado/Viúvo	18,8	0,75	0,67-0,84	
Fumo				
*Não	28,1	-	-	0.002
Sim	21,0	0,74	0,61-0,90	
Álcool				
*Não	24,6	-	-	0.000
Sim	34,2	1,38	1,24-1,54	

* Grupo de referência

Tabela 3 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo características sociodemográficas e hábitos de vida, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Prevalência %	RP	IC (95%)	P valor
Sexo				
*Masculino	15,2	-	-	0.000
Feminino	35,3	2,32	1,99-2,71	
Faixa etária				
*15-29	24,8	-	-	0.000
30-49	30,3	1,22	1,07-1,38	
50 ou mais	35,4	1,42	1,26-1,61	
Renda				
*>que 1 salário mínimo mensal	16,7	-	-	0.000
≤que 1 salário mínimo mensal	32,5	1,94	1,62-2,32	
Escolaridade				
*Ens. Médio/Ens. Superior	22,8	-	-	0.000
Fundamental I/Fundamental II	35,0	1,53	1,37-1,71	
Nunca foi à escola/Lê e escreve	38,8	1,06	0,95-1,18	
Situação conjugal				
*Solteiro	24,5	-	-	0.000
Casado/União Estável	32,0	1,30	1,16-1,46	
Divorciado/Desquitado/Viúvo	34,5	1,40	1,21-1,63	
Fumo				
*Não	27,8	-	-	0.000
Sim	42,6	1,53	1,35-1,73	
Álcool				
*Não	30,4	-	-	0.067
Sim	27,3	0,89	0,79-1,00	

* Grupo de referência

Tabela 4 Razões de prevalências bruta e ajustadas* e intervalos de confiança (95%) entre atividade física no lazer e TMC, Feira de Santana, BA, 2007

		TMC			
		RP bruta [IC 95%]	P valor	*RP ajustada[IC95%]	P valor
Atividade física	Inativo	1	0.000	1	0.000
	Ativo	0,83 (0,79-0,86)		0.78 (0,70-0,87)	

*Os ajustes foram feitos para as variáveis que permaneceram no modelo obtido na análise de regressão logística múltipla (sexo, faixa etária, renda, consumo de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco)

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE RESIDENTES
EM ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Saulo Vasconcelos Rocha

Mestrando em Saúde Coletiva- UEFS
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
sauloedfisica@yahoo.com.br

Maura Maria Guimarães de Almeida

Doutora em Enfermagem
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
mesauco@uefs.br

Tânia Maria Araújo

Doutora em Saúde Pública
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
mesauco@uefs.br

Jair Sindra Virtuoso Júnior

Doutor em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
virtuosojr@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS
Centro de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Epidemiologia
BR 116, Km 03
CEP: 44031-460
Feira de Santana - Bahia

Resumo

Introdução. Os transtornos mentais comuns constituem um importante problema de saúde pública e estão associados a morbidade significativa. A investigação dos fatores associados aos transtornos mentais comuns (TMC) favorece o entendimento sobre a natureza e o curso dessa enfermidade dentre diferentes grupos sociais. **Objetivo.** O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas, comportamentais e condições clínicas entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Métodos.** Estudo epidemiológico de corte transversal com amostra representativa constituída de 3597 indivíduos, 71,4% do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana de Feira de Santana-BA com idade acima de 15 anos. Foi utilizado um formulário, contendo informações sociodemográficas, doenças referidas, triagem para Transtornos Mentais Comuns e hábitos de vida. A análise estatística foi realizada com nível de significância $p \leq 0,05$, com cálculo da respectiva razão de prevalência e intervalos de confiança. **Resultados.** Entre os respondentes 29,9% apresentaram-se como suspeitos de TMC. A análise estratificada revelou que as características sociodemográficas, hábitos de vida e as condições clínicas estão associadas à maior prevalência de TMC. **Conclusão.** O estudo permitiu identificar características associadas aos TMC entre a população urbana de um município localizado no nordeste do Brasil, evidenciando condições que podem interferir na saúde mental dessas pessoas. Neste sentido, as políticas de atenção a saúde mental do município devem contemplar ações direcionadas ao incentivo a participação em atividades de lazer além de campanhas de controle do uso de tabaco e doenças crônicas.

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde da População Urbana, Transtornos Mentais

ABSTRACT

Introduction. Common mental disorders are a major public health problem and are associated with significant morbidity. The investigation of factors associated with common mental disorders (CMD) promotes the understanding of the nature and course of disease among different social groups. **Objective.** The aim of this study was to describe the prevalence of common mental disorders according to sociodemographic characteristics, behavioral and medical conditions among residents in urban areas of Feira de Santana, Bahia. **Methods.** Epidemiological study of cross-sectional representative sample of 3597 individuals, 71.4% female and 28.6% of male urban population of Feira de Santana-BA over the age of 15 years. We used a form containing sociodemographic information, diseases, screening for mental disorders and lifestyle habits. Statistical analysis was performed with significance level $p \leq 0.05$, with calculation of their prevalence ratios and confidence intervals. **Results.** Among the respondents 29.9% were suspected as TMC. Stratified analysis revealed that the sociodemographic characteristics, lifestyle and clinical conditions are associated with the prevalence of CMD. **Conclusion.** The study identified the characteristics and marital status among the urban population of a municipality located in northeastern Brazil, showing conditions that may interfere with their mental health. In this sense, the politics of attention to municipal health care should include actions aimed at encouraging participation in leisure activities as well as campaigns to control tobacco use and disorders chronic.

Key Words: Mental Health , Urban Health , Mental Disorders

INTRODUÇÃO

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

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) aponta que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida. De acordo com estas estimativas, 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurológicos, ou de problemas psicossociais como os relacionados a álcool e drogas.

Os transtornos mentais comuns (TMC) são caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG, HUXLEY; 1992). Os TMC aparecem como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes que afetam pessoas de diferentes faixas etárias, causando sofrimento tanto para o indivíduo como para a família e comunidade.

Estudos realizados no Brasil e em países da América Latina foram detectadas prevalências elevadas de TMC (20,2% e 26,7%) respectivamente (CURY et al.; 2009, ARAYA et al; 2001).

Os TMC são mais comuns entre as mulheres (MARY & JORGE; 1997, ARAYA et al.; 2001, ARAÚJO et al.; 2005), indivíduos de cor negra ou parda (ARAÚJO et al.; 2005), pessoas com baixo nível de escolaridade (ARAYA et al.; 2001, LUDERMIR & MELO FILHO; 2002) , com idades mais avançadas (MARY & JORGE, 1997) e baixa renda (MARY & JORGE; 1997).

Contudo, dados sobre a realidade da situação dos Transtornos Mentais Comuns entre grupos populacionais, ainda são escassos, ocasionando uma carência de informações sobre esses indicadores de morbidade psíquica.

Visando amenizar este fato o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas, comportamentais e condições clínicas entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia

Diante da crescente prevalência de TMC na população, verifica-se a necessidade de levantamentos populacionais que tentem identificar os fatores associados aos TMC, possibilitando um maior embasamento das estratégias de atenção a saúde mental no município.

MÉTODOS

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

O município de Feira de Santana é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31^a do País, está localizada na região da Zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano e tem uma população de 535.820 habitantes (IBGE, 2006).

A seleção das áreas de estudo foi realizada por amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios, a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), tendo o domicílio como unidade amostral.

A amostra foi obtida assumindo-se a prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25% (OMS, 2001), erro amostral de 3% e 95% de confiança, sendo constituída de 3597 indivíduos, 71,4 % do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana com idade acima de 15 anos do município de Feira de Santana.

Para seleção da amostra foram adotados os seguintes procedimentos: determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana; definição de percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em

cada setor censitário; todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas realizou-se até três visitas por domicílio, sendo excluídos aqueles que se recusaram a participar do estudo e os indivíduos que não foram encontrados no domicílio, após as três visitas.

O efeito do desenho por conglomerado foi considerado no tamanho calculado da amostra.

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

O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Este instrumento desenvolvido pela OMS (2001) foi validado por Mari, Williams (1986) se destina a avaliar o grau de suspeição de transtorno mental, não oferecendo diagnóstico específico do transtorno existente. O SRQ-20 apresenta desempenho aceitável como instrumento de rastreamento da saúde mental (SANTOS, ARAÚJO E FERNANDES; 2009). Na determinação de TMC, foi adotado o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, procedimento adotado em outros estudos (ARAÚJO et al.; 2003, SOBRINHO et al.; 2006).

As variáveis relacionadas aos hábitos de vida e condições clínicas foram avaliadas por meio de questões dicotômicas do tipo “sim” ou “não”.

Para a confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, e as análises por meio dos pacotes estatísticos SPSS (versão 9.0) e R 2.6.1. Na análise descritiva foi feita a distribuição de frequências absolutas e relativa, média e desvio padrão (DP).

Inicialmente foi feita análise descritiva considerando variáveis sociodemográficas, variáveis comportamentais e condições clínicas. As prevalências de TMC foram estratificadas segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, renda, nível de escolaridade e situação conjugal, hábitos de vida (etilismo, tabagismo, participação em atividades de lazer e tempo suficiente para o lazer) e Condições clínicas (diabetes, hipertensão, colesterol elevado, obesidade, câncer, cardiopatia).

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

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

RESULTADOS

Na população investigada, prevaleceram os indivíduos da faixa etária entre 15-29 anos (39,9%), sexo feminino (71,4%), casados/união estável (48,5%), renda familiar de um ou menos de um salário mínimo (81,7%) e que cursaram até o Ensino Fundamental (47,2 %) (**Tabela 1**).

<-> Tabela 1

Pela **tabela 2** podem ser observadas as variáveis relacionadas aos hábitos de vida e condições clínicas. Entre os entrevistados 11,8% referiram consumir cigarros e 28,1 consumiam álcool regularmente, quando indagados sobre a participação em atividades de lazer, apenas 15,4% participavam de atividades de lazer e 27,3% acreditavam que o tempo disponível para o lazer era suficiente.

Com relação às condições clínicas, apenas 4,7% eram portadores de diabetes, 12,3% apresentaram colesterol elevado, 8% eram obesos, 24% hipertensos, 0,6% eram portadores de câncer e 5% eram cardiopatas.

<-> Tabela 2

A prevalência global de TMC foi de 29,9%. A identificação da prevalência de TMC segundo características sociodemográficas é mostrada na **tabela 3**. A prevalência de TMC foi maior entre mulheres (35,3%). Em relação à faixa etária, observou-se que prevalência de TMC aumentava com a idade. Indivíduos com renda menor ou igual a um salário mínimo apresentavam maior prevalência de TMC (32,5%), quando comparados aos que possuíam renda acima de um salário mínimo. Indivíduos com escolaridade baixa (38% Nunca foi à escola/Lê e escreve) e estado

civil divorciados/desquitados-viúvos (34,5%) apresentaram maiores prevalência de TMC.

<-> Tabela 3

A prevalência de TMC segundo hábitos de vida está descrita na **Tabela 04**. A prevalência de TMC associou-se positivamente com o hábito de fumar, em nível estatisticamente significante. No entanto a prevalência de TMC associou-se inversamente com a participação em atividades de lazer e com o tempo suficiente para o lazer, indivíduos que não participavam de atividades de lazer e que referiram ter um tempo insuficiente para o lazer apresentavam maiores prevalências de TMC (46,2% e 38,2%) respectivamente.

Não foi observada associação entre TMC e consumo de bebidas alcoólicas, embora prevalências mais elevadas tivessem sido observadas entre os indivíduos que referiram não consumir álcool, essa associação não foi estatisticamente significante (**Tabela 4**).

<-> Tabela 4

Com relação às condições clínicas investigadas, o colesterol elevado apresentou-se associado aos TMC. A prevalência de TMC foi maior entre os indivíduos obesos, hipertensos e cardiopatas. Embora tenham sido detectadas maiores prevalências de TMC entre indivíduos que referiram serem portadores de diabetes e câncer, essa associação não foi estatisticamente significante (**Tabela 5**).

<-> Tabela 5

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC neste estudo foi elevada (29,6%), caracterizando-se como um sério problema de saúde pública. Esse valor aproximou-se dos resultados encontrados em estudos realizados em diversas regiões do Brasil (DIAS DA COSTA et al; 2002, COSTA, LUDERMIR; 2005, BANDEIRA et al; 2007) e em outros países da América Latina (ARAYA et al.; 2001, PUERTAS, RIOS E VALLE FORTES; 2006).

A elevada prevalência de TMC é um dado preocupante, principalmente quando comparado à estimativa da Organização Mundial de Saúde (2001) que menciona uma prevalência média de 25% na população. Essas informações demonstram a necessidade de políticas que contribuam para um melhor direcionamento da saúde mental no município.

Neste estudo, as mulheres, os indivíduos com idades mais avançadas, com renda igual ou inferior a um salário mínimo, com situação conjugal divorciado/desquitado/viúvo e com níveis de escolaridade mais elevados apresentaram maior prevalência de TMC.

É comum que a população feminina, de faixa etária mais avançada e de estratos de baixa renda seja mais acometidas por morbidades psíquicas (MARY & JORGE; 1997, ARAYA;2001, PATEL & KLEINMAN; 2003, CURY et al.; 2009).

Nas últimas décadas ocorreram mudanças consideráveis no papel da mulher na sociedade, o que pode estar contribuindo para o aumento dos problemas de saúde mental. Estudos conduzidos nos Estados Unidos, Suécia e Holanda constataram que as mulheres, além de exercerem suas funções oriundas da sua inserção no mercado de trabalho formal, são responsáveis pela maior parte das

tarefas domésticas e a educação dos filhos (GJERDINGEN et al.; 2000), gerando assim uma sobrecarga de trabalho entre a população feminina.

Com referencia a relação inversa entre nível de escolaridade e TMC esses resultados não condizem com achados de outros estudos realizados com outras populações (ARAYA;2001, COELHO et al.;2009). Ludermir e Melo-Filho (2002) detectaram que os indivíduos com até quatro anos de estudo apresentaram 2,84 vezes mais TMC do que aqueles com onze ou mais anos de estudo.

Entendendo que o acesso a escola deve acontecer nos primeiros anos de vida, infere-se que o fracasso escolar seja um elemento desencadeador dos TMC. Murphy e colaboradores (1991) destacam que a escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida, podendo motivar a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Com relação à associação entre idade e TMC, é notório que as pessoas mais velhas estão mais expostas a doenças crônicas, luto, separações conjugais, viuvez, isolamento social, dificuldades econômicas e perda de emprego o que pode favorecer a ocorrência de morbidades psíquicas (DIAS DA COSTA et al.; 2002, MARAGNO et al.; 2006).

A prevalência de TMC foi maior entre os indivíduos divorciados/desquitados-viúvos. O casamento proporciona um maior suporte social e familiar. Costa e Ludermir (2005) destacam que perceber-se amado e cuidado está associado a menores índices de ansiedade e depressão.

A renda esteve fortemente associada aos TMC, esses resultados corroboram achados de estudos realizados em outras populações (ARAYA; 2001, PATEL & KLEINMAN; 2003, CURY et al.; 2009). Uma renda insuficiente pode levar a situações de estresse e insegurança, elementos desencadeadores dos TMC.

A participação e o tempo suficiente para as atividades de lazer apresentaram-se como fatores protetores frente aos TMC. Pode-se destacar que a participação em atividades de lazer favorece positivamente o estado de saúde mental (LOUSADA et.al.; 2009). Araújo e colaboradores (2007) detectaram que os indivíduos que não participavam de atividades de lazer apresentam quase duas vezes mais TMC do que aqueles que participavam dessas atividades. Neste sentido, as políticas de saúde mental devem incluir em suas ações, propostas de incentivo a prática de atividades de lazer, no intuito de diminuir as barreiras que inibem e dificultam o acesso a essas atividades.

O hábito de fumar associou-se positivamente a prevalência de TMC. Goodwin e colaboradores (2007) encontraram evidências da ligação entre a função pulmonar e problemas de saúde mental, em uma amostra de adultos nos Estados Unidos. Indivíduos com a função pulmonar diminuída, que é um evento muito comum entre os tabagistas, apresentaram uma maior prevalência de problemas de saúde mental.

Levantamento realizado entre indivíduos de 20 a 69 anos residentes na cidade de Pelotas, RS também detectou que o hábito de fumar associou-se positivamente com os TMC (DIAS DA COSTA et al.; 2002). Os achados dos estudos conduzidos internacionalmente e no Brasil indicam uma evidência da associação do tabagismo com o adoecimento psíquico.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e a prevalência de TMC. Estudos têm mostrado que o consumo de bebidas alcoólicas não está associado diretamente à maior prevalência de TMC (DIAS DA COSTA et al.; 2002, COELHO;2009).

Entre as condições clínicas investigadas, a hipertensão arterial, colesterol elevado, obesidade e as cardiopatias demonstram associação estatisticamente significativa com os TMC. A exposição a doenças crônicas aparece como elemento desencadeador dos TMC (DIAS DA COSTA et al.; 2002). Coelho e colaboradores (2009) em levantamento realizado com a população de adultos da cidade de Pelotas-RS detectaram que indivíduos hipertensos, diabéticos, com insuficiência cardíaca e que referiram mais de cinco doenças crônicas apresentam maior probabilidade de TMC.

Entre as limitações deste estudo, pode-se apontar o próprio delineamento de pesquisa, onde o fato de ser um estudo transversal nos impede de assegurar relações implícitas de causalidade entre as variáveis estudadas. No entanto, baseando-se na fundamentação encontrada na literatura, no que diz respeito ao grau de associação e das relações entre variáveis, os resultados encontrados parecem suportar as evidências dos modelos explicativos de geração dos transtornos mentais comuns na população.

A possibilidade de viés de seleção da população parece minimizada, uma vez que, trata-se de uma amostra selecionada a partir da utilização de estratos bem delineados da população do município. O treinamento prévio dos entrevistadores afasta em grande parte a possibilidade de viés de aferição.

CONCLUSÃO

Este estudo favoreceu o conhecimento dos fatores associados aos TMC na população urbana de Feira de Santana, Bahia. Os entrevistados referiram elevada prevalência de TMC, e essa prevalência esteve associada às características sociodemográficas, hábitos de vida e as condições clínicas.

A prevalência de TMC foi mais elevada entre as mulheres, idades mais avançadas, divorciados/desquitados/viúvos, menor renda, menor escolaridade, entre os fumantes, não participavam e referiram tempo insuficiente para o lazer e entre os que referiram serem portadores de doenças crônicas.

Os resultados desse estudo permitem concluir que as políticas de atenção a saúde mental devem levar em consideração as condições, os hábitos de vida e as condições clínicas da população para que as intervenções sejam realmente efetivas.

REFERENCIAS

- 1-Araújo TM, Carmo Júnior JJ, Almeida MG, Pinho PS, Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes em áreas urbanas. Rev baiana saúde pública. 2007; 31(2): 294-310.
- 2-Araya, R. et al . Common mental disorders in Santiago, Chile. British Journal Psychiatry 2001; 178:228-33.
- 3-Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Publica. 2003; 37: 424-33.
- 4-Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2005; 5(3): 337-48.
- 5-Araya, R. et al. Education and income: which is more important for mental health? J Epidemiol Community Health. 2003; 57:501-5.
- 6-Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JG. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(1): 41-7.
- 7- Coelho FM, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population based study. Cad Saúde Publica. 2009; 25(1):59-67.
- 8-Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Publica. 2005; 21(1):73-9.

9-Cury AF, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2009 ;12(5):335-43.

10-Dias da Costa JS, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2): 164-73.

11-Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.

12-Goodwin RD, Chuang S, Simuro N, Davies M, Pine DS. Association between Lung Function and Mental Health Problems among Adults in the United States: Findings from the First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 2007;165:383–8.

13-Gjerdingen D, McGovern P, Bekker M, Lundberg U, Willemssen T. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. *Women Health*. 2000;31(4):1-20.

14-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico de 1999/2000*. Brasília; 2006.

15-Lousada et.al. Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009.

16-Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2002; 36(2): 213-21.

17- Maragno L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2006; 22(8):1639-1648.

18-Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. Psychiatry On-line Brazil 1997; 2. [acessado 2009 Mar 18]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>.

19-Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986;148:23-6.

20-Murphy, J. M. et al. Depression and anxiety in relation to social status. Archives of General Psychiatry. 1991; 48: 223-8.

21-OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre saúde no mundo: Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança; 2001.

22-Patel V, Kleinman A . Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(8): 609-15.

23-Patel V. et.al. Detecting common mental disorders in primary care in Índia: a comparasion of five screening questionnaires. Psychological Medicine 2008; 38:221-8.

24-Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2006;20(5):324–30.

25-Santos KOM, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana Cad Saúde Pública 2009; 25(1):214-2.

26-Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino AS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. Rev Associação Médica Brasileira. 2006; 52:97-102.

ANEXOS

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

Variável	Frequências	
	n	%
Sexo		
Feminino	2569	71,4
Masculino	1028	28,6
Idade		
15-29	1400	38,9
30-49	1197	33,3
50-69	770	21,4
70 e mais	230	6,4
Situação conjugal		
Solteiro(a)	1305	36,4
Casado(a)/União estável	1743	48,7
Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)	248	6,9
Viúvo(a)	285	8,0
Escolaridade		
Nunca foi a escola/Lê e escreve	240	6,7
Ensino Fundamental	1692	47,2
Ensino Médio/ Ensino Superior	1656	46,2
Renda		
1 ou menos de 1 SM	2938	81,7
Mais de 1 SM	658	18,3

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

Variável	Frequências	
	n	%
Tabagismo		
*Não	3169	88,2
Sim	423	11,8
Etilismo		
*Não	2586	71,9
Sim	1010	28,1
Participação em atividades de lazer		
*Não	3044	84,6
Sim	552	15,4
Tempo suficiente para o lazer		
*Não	2163	72,7
Sim	811	27,3
Diabetes		
*Não	3426	95,3
Sim	169	4,7
Colesterol elevado		
*Não	3150	87,7
Sim	442	12,3
Obesidade		
*Não	3306	92,0
Sim	288	8,0
Hipertensão arterial		
*Não	2731	76,0
Sim	862	24,0
Câncer		
*Não	3571	99,4
Sim	22	0,6
Cardiopatía		
*Não	3414	95,0
Sim	180	5,0

Tabela 3 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo características sociodemográficas Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Prevalência %	RP	IC (95%)	P valor
Sexo				
*Masculino	15,2	-	-	0.000
Feminino	35,3	2,32	1,99-2,71	
Faixa etária				
*15-29	24,8	-	-	0.000
30-49	30,3	1,22	1,07-1,38	
50 ou mais	35,4	1,42	1,26-1,61	
Renda				
*>que 1 salário mínimo mensal	16,7	-	-	0.000
≤que 1 salário mínimo mensal	32,5	1,94	1,62-2,32	
Escolaridade				
*Ens. Médio/Ens. Superior	22,8	-	-	0.000
Fundamental I/Fundamental II	35,0	1,53	1,37-1,71	
Nunca foi à escola/Lê e escreve	38,8	1,06	0,95-1,18	
Situação conjugal				
*Solteiro	24,5	-	-	0.000
Casado/União Estável	32,0	1,30	1,16-1,46	
Divorciado/Desquitado/Viúvo	34,5	1,40	1,21-1,63	

* Grupo de referência

Tabela 4 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo hábitos de vida, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Prevalência %	RP	IC (95%)	P valor
Tabagismo				
*Não	27,8	-	-	0.000
Sim	42,6	1,53	1,35-1,73	
Etilismo				
*Não	30,4	-	-	0.067
Sim	27,3	0,89	0,79-1,00	
Participação em atividades de lazer				
*Não	46,2	-	-	0.000
Sim	26,5	0,57	0,51-0,64	
Tempo suficiente para o lazer				
*Não	38,2	-	-	0.000
Sim	22,5	0,58	0,52-0,66	

* Grupo de referência

Tabela 5 Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo condições clínicas, Feira de Santana, BA, 2007

Variável	Prevalência %	RP	IC (95%)	P valor
Diabetes				
*Não	29,3	-	-	0.083
Sim	35,5	1,09	0,97-1,22	
Colesterol elevado				
*Não	27,1	-	-	0.000
Sim	46,6	1,36	1,24-1,49	
Obesidade				
*Não	28,6	-	-	0.000
Sim	40,3	1,19	1,08-1,31	
Hipertensão arterial				
*Não	25,9	-	-	0.000
Sim	41,2	1,25	1,18-1,33	
Câncer				
*Não	29,4	-	-	0.100
Sim	45,5	1,29	0,83-4,63	
Cardiopatía				
*Não	28,4	-	-	0.000
Sim	50,6	1,44	1,24-1,68	

* Grupo de referência

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos apresentados nesta dissertação tiveram como objetivos analisar a relação entre atividade física no lazer e transtornos mentais comuns (artigo 1) e descrever a prevalência de transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia (artigo 2) .

A exposição à atividade física no lazer contribuiu para a diminuição da prevalência do evento estudado. Percebe-se também que características como idade, sexo, nível de escolaridade, situação conjugal, hábito de fumar, doenças crônicas e frequência de participação e tempo suficiente para o lazer devem ser considerados como fatores associados aos TMC.

Os resultados do estudo poderão fornecer subsídios para redefinição de políticas de Saúde Mental no município.

Os TMC constituem-se um problema de Saúde Pública no município de Feira de Santana-Ba. Faz-se necessário uma maior atenção por parte do poder público e da população no que se refere à construção de estratégias de prevenção e controle das enfermidades mentais.

Recomenda-se um redirecionamento das práticas, com ações intersetoriais que envolvam a construção de espaços públicos de lazer, implementação de programas de atividades físicas para a população, campanhas de combate ao fumo e controle de doenças crônicas e ações direcionadas a população feminina.

REFERÊNCIAS

- 1- Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14 (1): 243-51.
- 2-Akke KVDB, Miranda GH, Laurant MW. Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults .*Am J Prev Med.* 2002; 22 (2): 120-33.
- 3-Araya, R. et al . Common mental disorders in Santiago, Chile. *British Journal Psychiatry* 2001; 178:228-33.
- 4-Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 501-5.
- 5-Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37: 424-33.
- 6-Araujo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5 (3): 337-48.
- 7-Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Publica.* 2003; 37: 424-33.
- 8-Araújo TM, Carmo Júnior JJ, Almeida MG, Pinho PS, Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes em áreas urbanas. *Rev baiana saúde pública.* 2007; 31(2): 294-310.

9-Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JG. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(1): 41-47.

10- Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev Saúde Pública. (2008); 42 (2):302-7.

11- Carpersen CJ, Powell KE, Christensan GM. Physical activity, exercise, and physical activity fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public health Rep. 1985; 100(2):126-31.

12-Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Publica. 2005; 21(1):73-9.

13- Cunha GS; Ribeiro JL; Oliveira AR. Levels of Beta-Endorphin In Response to Exercise and Overtraining. Arq Bras Endocrinol Metab. 2008; 52 (4): 589-98.

14- Cunha IC, Peixoto MRG, Garden PCB, Alexandre VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(3): 495-504.

15-Cury AF, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. Arch Womens Ment Health. 2009 ;12(5):335-43.

16- Dias da Costa JS, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5(2): 164-73.

17-Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JC, Daltoe T, Fuchs SC, Menezes AM, et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. Cad Saude Publica. 2005; 21(1):275-82.

- 18-Dishman et al. *Neurobiology of Exercise. Obesity* 2006; 14(3):345-56.
- 19- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(1):32-7
- 20- Gerber M, Puhse U. “Dont crack under pressure!” – Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between scholl-based stress and psychosomatic complaints? *J Psychosomatic Research.* 2008; 65: 363-9.
- 21-Gjerdingen D, McGovern P, Bekker M, Lundberg U, Willemsen T. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. *Women Health.* 2000;31(4):1-20.
- 22-Goldberg, D.; Huxley, P. *Common mental disorders: a bio-social model.* London: Tavistock; 1992.
- 23-Gomes et al. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2009; 11(4):365-72.
- 24-Goodwin RD, Chuang S, Simuro N, Davies M, Pine DS. Association between Lung Function and Mental Health Problems among Adults in the United States: Findings from the First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2007;165:383–8.
- 25-Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2nd. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- 26- IBGE, - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 1999/2000.* Brasília; 2006.

27- Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari J. Stressful Life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Psychiatry Med.* 1996;26:211-22.

28- Lousada et.al. Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009.

29-Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (2): 213-21.

30-Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry On-line Brazil* 1997; 2. [acessado 2009 Mar 18] Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>.

31-Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-6.

32- Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(7):1142-6.

33-Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S, Costa CC, Bairros F, et al. Prevalência de sedentarismo em mulheres adultas da cidade de São Leopoldo , Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21 (6): 1685-94.

34- Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)*. Série G. Estatística e Informação em Saúde, 2008. [Acesso em 28 Fev 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf.

35- Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonsenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica.* 2003; 14(4):246-54.

- 36-Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Publica*. 1997; 31(1):90-9.
- 37- Patel, V ; Kleinman, A . Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81 (8): 609-15.
- 38-Patel V. et.al. Detecting common mental disorders in primary care in Índia: a comparasion of five screening questionnaires. *Psychological Medicine* 2008; 38:221-8.
- 39-Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*. 2005; 60:61-70.
- 40- Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre inatividade física no tempo livre e internações hospitalares em adultos na cidade de Salvador –Brasil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2008; 10 (4): 347-53.
- 41-Puertas G, Ríos C, Del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20(5):324–30.
- 42- Reijneveld, Westhoff, Hopman-Rock. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial amog Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 405-411.
- 43-Rohrer JE, Pierce Júnior JR, Blackburn C. Lifestyle and mental health. *Prev. Med* 2005; 40 (4): 438-43.
- 44- R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2007 [cited 2009 Mai 30]. Available from: <http://www.r-project.org>>. ISBN 3-900051- 07-0.

- 45-Rumel D. Odds Ratio: algumas considerações. Rev Saúde Publica. 1986;20(3):253-8.
- 46-Santos KOM, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana Cad. Saúde Pública 2009; 25(1):214-22.
- 47- Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino AS, IS Ferreira. Working conditions and health of doctors in Salvador, Brazil. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52:97-102.
- 48-Souza MFM, Silva GR. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Publica 1998; 32 (1): 50-8.
- 49-Strafford M, Silva M, Stansfeld S, Marmot M. Neighbourhood social capital and common mental disorder: Testing the link a general population sample. Health & Place 2008; 14: 394-405.
- 50- World Health Organization. Bull World Health Organ. 2001; 79 (2) :161-70.
- 51 - World Health Organization (WHO). World Health Organization report on health in the world: Mental Health: New design, new hope; 2001.
- 52-World Health Organization (WHO).Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 2003 (WHO).
- 53-Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G.Physical activity and Common Mental Disorder: Results from the Caerphilly Study.Am J Epidemiol 2007; 165:946-54.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Projeto de Pesquisa



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

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E TRASTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2009

SAULO VASCONCELOS ROCHA

**ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maura Maria Guimarães de Almeida

FEIRA DE SANTANA-BA

2009

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	8
3. HIPÓTESES	9
4. REVISÃO DE LITERATURA	10
4.1. Transtornos mentais comuns	11
4.2. Lazer	14
4.3. Epidemiologia da atividade física	15
4.4. Medidas da atividade física	21
4.5. Atividade física e saúde mental	22
5. METODOLOGIA	26
5.1. Tipo de estudo	26
5.2. Campo de estudo	26
5.3. População e amostra	27
5.4. Instrumento de coleta	28
5.5. Coleta de dados	31
5.6. Variáveis do estudo	31
5.7. Banco de dados	33
5.8. Análise dos dados	34
5.9. Ética na pesquisa	35
6. CRONOGRAMA	36
7. Orçamento	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXO	45
ANEXO 01- Modelo de Questionário	46

1. INTRODUÇÃO

A atividade física pode ser entendida como um atributo essencial ao ser humano representando um tema interdisciplinar que têm despertado o interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, da mídia e da saúde pública. Hallal e outros (2007) destacam que em nenhum momento histórico a prática de atividade física esteve tão presente na agenda da saúde pública e no debate acadêmico como nos últimos anos.

A atividade física regular é um comportamento importante na vida das pessoas e apresenta um impacto significativo na prevenção e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis, do ponto de vista psicossocial, auxilia no controle do estresse, da ansiedade e dos sintomas depressivos. Akke, Miranda, Laurant (2002) destacam que a atividade física é um importante modificador de risco para o desenvolvimento de problemas crônicos de saúde como: doenças coronarianas, diabetes, hipertensão, osteoporose, obesidade e problemas de saúde mental. Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra doenças crônicas (SAÚDE, 2008).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a inatividade física (tipo de comportamento em que os indivíduos não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas), é responsável por quase dois milhões de mortes,

por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto.

No Brasil, de acordo com dados do inquérito realizado no ano de 2006, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, a frequência de adultos inativos fisicamente no lazer variou entre 24,9% em Porto Velho e 32,8% em Recife. Entre as mulheres o percentual de inativos é maior quando comparado aos homens. Em Salvador a frequência de indivíduos inativos fisicamente foi de 29%, variando entre 28,7% em indivíduos do sexo masculino e 29,2% sexo feminino (SAÚDE, 2008).

O aumento do número de pessoas inativas fisicamente é um problema de saúde pública. A adoção de um estilo de vida sedentário, caracterizado pela falta ou insuficiente prática de atividade física, têm contribuído significativamente com o aumento dos sintomas de ansiedades e alterações mentais, transitórias ou permanentes.

A prática de atividades físicas e desportivas funcionam como descarregadores do estresse, da angústia, da ansiedade e aliviadores das tensões, renovando as energias e proporcionando prazer, relaxamento e bem-estar aos seus praticantes. Contribuindo na prevenção e recuperação das morbidades psíquicas (REIJNEVELD, WESTHOF, HOPMAM-ROCK, 2003).

Assim como as DCNT a saúde mental é uma das principais preocupações na atualidade, o adoecimento psíquico está se tornando cada vez mais prevalente, representando impacto considerável no sistema de saúde. Estudos sobre saúde mental foram realizados pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI) com a população de Feira de Santana (ARAÚJO; PINHO;

ALMEIDA; 2005; ARAÚJO, et al., 2006; ARAÚJO, et al., 2007), porém a atividade física não foi o enfoque principal dessas pesquisas. Neste sentido percebe-se a relevância de discutir e analisar a associação entre atividade física e transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia.

Além disso, a curiosidade em expandir os conhecimentos acerca da temática enfocada, assim como a disponibilidade de um banco de dados no NEPI contendo dados relevantes que ainda não tinham sido discutidos, contribuiu para a seleção do objeto de estudo.

Luz (2007) destaca que os desafios e as necessidades sociais da população brasileira geraram dentro da Saúde Coletiva o reconhecimento de que existe uma urgência em se discutir os problemas que são comuns a Educação Física, particularmente os assuntos referentes ao Corpo e ao Lazer.

Espera-se que esta pesquisa permita uma melhor compreensão da relação entre a atividade física com a saúde mental, oferecendo assim subsídios para um melhor direcionamento das ações e das políticas de atenção a saúde mental no município.

Diante do exposto elaborou-se as seguintes questões para investigação: Qual a associação entre atividade física no lazer e os transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana-BA? Quais os fatores associados atividade física no lazer entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana-BA? Existe diferença na frequência de inatividade física no lazer entre homens e mulheres residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia?

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

- Avaliar a associação entre atividade física no lazer e os transtornos mentais comuns entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana-BA, 2007.
- Analisar os fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas
- Estimar a frequência de inatividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas

3. HIPÓTESES

- A prática de atividades físicas no lazer diminui a frequência de transtornos mentais comuns
- A prática de atividades físicas no lazer é mais elevada entre os indivíduos mais jovens, solteiros, de cor branca, com nível de escolaridade mais elevado, de maior renda, não usuários de álcool e tabaco
- A prática de atividades físicas no lazer está associada a uma menor frequência de patologias auto-referidas

5. REVISÃO DA LITERATURA

As mudanças no perfil epidemiológico da população com acentuado aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), nos países desenvolvidos e mais recentemente nos países em desenvolvimento, colocaram em evidência as questões relacionadas à necessidade de mudanças de hábitos de vida por parte da população.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2003) as DCNT são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais, aparecendo como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo.

No Brasil, as DCNT representam em conjunto a primeira causa de morbimortalidade, representando um elevado volume de gastos a previdência, além dos custos sociais oriundo das altas taxas de morbidade, mortes prematuras e incapacitação de pessoas em idade produtiva (MOURA et al., 2007).

Segundo a OMS (2001), um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física.

Possas (1989) destaca que as condições de vida e o estilo de vida são determinantes cruciais das condições de existência que caracterizam o modo de vida de uma população.

Neste sentido, estratégias de saúde pública direcionadas ao planejamento e implementação de programas de combate ao uso de álcool e tabaco, educação nutricional e programas de atividade física são fundamentais no sentido da prevenção e controle das DCNT.

Nos dias atuais as mudanças no estilo de vida, oriundas da forma de organização do trabalho, assim como a agitação da vida urbana, a violência, as facilidades tecnológicas, entre outros tem ocasionado conseqüências negativas para a saúde, sobretudo a saúde mental da população.

Neste sentido, a seguir serão discutidas questões referentes aos Transtornos Mentais Comuns (TMC).

4.1 Transtornos mentais comuns

O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade. Esses agravos comprometem consideravelmente a saúde da população, representando ônus para a saúde pública em virtude das incapacidades oriundas destas doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) aponta que uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em uma dada fase da vida. De acordo com estas estimativas, 450 milhões de pessoas atualmente sofrem de transtornos mentais ou neurológicos, ou de problemas psicossociais como os relacionados á álcool e drogas.

Dentre as morbidades psíquicas, os transtornos mentais comuns (TMC) são caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG & HUXLEY, 1992).

Os transtornos psiquiátricos na comunidade são mais freqüentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato de baixa renda (MARY & JORGE, 1997).

De acordo com Mary & Jorge (1997) entre as mulheres são mais comuns os transtornos de ansiedade (9,0%), transtornos somatoformes (3,0%) e transtornos depressivos (2,6%). Na população masculina a dependência ao álcool aparece como o problema mais importante (8%), seguindo-se os transtornos de ansiedade (4,3%).

Araújo e outros (2007) em levantamento realizado com indivíduos com idade de 15 anos ou mais no município de Feira de Santana-BA descreveram uma prevalência de TMC de 31,2%. Ludermir e Melo Filho (2002), em levantamento realizado com uma amostra semelhante (indivíduos acima de 15 anos) residentes em Olinda-PE encontraram uma prevalência de TMC de 35% e após ajustar as variáveis de confundimento, evidenciaram uma associação entre TMC e escolaridade e TMC e condições de moradia.

Araya e outros (2001) em estudo transversal realizado na cidade de Santiago no Chile evidenciaram uma prevalência de TMC de 26,7%, as maiores prevalências associaram-se a baixa escolaridade, sexo feminino, desemprego, separação e baixo status social.

Patel et al. (2008) em estudo realizado em Goa no nordeste da Índia evidenciaram uma prevalência de 15,2 % de TMC, sendo a ansiedade e a depressão as morbidades psíquicas diagnosticadas com maior frequência

Araújo, Pinho, Almeida (2005) observaram prevalência de TMC muito elevada (39,4%) entre as mulheres no município de Feira de Santana-BA; dentre os sintomas avaliados pelo SRQ-20 o grupo de sintomas predominantes foi o de "Humor depressivo/ansioso".

As autoras supracitadas ao comparar a prevalência de TMC com as características sócio-demográficas da população, constataram que a prevalência foi mais elevada entre as mulheres que tinham baixo nível de escolaridade, viúvas, separadas, de cor negra ou parda, com baixa renda e com mais de 40 anos.

Com relação à associação entre aspectos socioeconômicos e TMC, Patel e Kleinman (2003) em estudo de revisão sistemática evidenciaram associação entre os indicadores de pobreza e risco de transtornos mentais. A mais consistente associação relaciona-se com os baixos níveis de educação. Os autores colocam que fatores como a experiência da insegurança e desespero, a rápida mudança social e os riscos de violência física e problemas de saúde podem explicar a maior vulnerabilidade dos pobres para os transtornos mentais comuns.

Contudo, dados sobre a realidade da situação de saúde mental no Brasil ainda são escassos, ocasionando uma carência de informações sobre indicadores de morbidade psíquica, especialmente em grupos populacionais (ARAÚJO et.al. 2006).

Diante da crescente prevalência de TMC na população, principalmente em grupos populacionais específicos, como mulheres e idosos, verifica-se a

necessidade de pesquisas para sua melhor compreensão e elaboração de estratégias de ação condizentes com os impactos gerados por esta enfermidade.

4.2 Lazer

Segundo Dumazedier (1973) lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para desenvolver sua informação ou sua formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.

Marcellino (1990) define o lazer como cultura compreendida no seu sentido mais amplo, vivenciada no tempo disponível. É notável a importância e o espaço que o lazer vem conquistando nas duas últimas décadas, recebendo contribuições das mais diversas áreas de conhecimento.

Logo, com base no princípio do interesse cultural de cada atividade, os conteúdos do lazer podem ser classificados segundo Marcellino (1996) em interesses manuais, intelectuais, físicos, artísticos, turísticos e sociais. De acordo com o referido autor, a vivência desses conteúdos no tempo disponível possibilita: a exercitação do corpo, da imaginação, do raciocínio, da habilidade manual e estimula o relacionamento social.

Almeida e outros (2007) em levantamento realizado no município de Feira de Santana-BA observaram uma baixa de participação em atividades de lazer. Pouco mais da metade da população estudada (60,8%) referiu participar e, com o avançar

da idade este percentual diminuía para 46,3% (entre os indivíduos na faixa etária de 50-69 anos) e 41,3% (entre os indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos)

É preciso considerar a existência de barreiras para a prática do lazer. Os bens e serviços de lazer não são acessíveis a todos. Existem barreiras inter e intra classes sociais, que dificultam o acesso ao lazer não só quantitativamente, mas, sobretudo qualitativamente. (MARCELLINO, 1996).

4.3 Epidemiologia da atividade física

A atividade física é conceituada como qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos resultando em significativo aumento do gasto energético (CARPENSEN, POWELL, CHRISTENSAN; 1985).

A prática regular de atividade física é um comportamento protetor para o desenvolvimento de obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, câncer de cólon (GUTHOLD, et al.;2008) e hipertensão arterial (BARROSO et al.;2008), e contribui na melhora da sensação de bem estar (REIJNEVELD, WESTHOFF, HOPMAN-ROCK;2003).

Esses benefícios supracitados denotam a importância do gerenciamento do estilo de vida da população, onde a atividade física e a alimentação podem contribuir significativamente para a diminuição do surgimento de diversas enfermidades (PITANGA, LESSA; 2008).

O hábito de praticar atividade física é influenciado por determinantes bio-psico-sociais, culturais e comportamentais, e pode ser manifestado de diversas formas:

jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e de deslocamento (PITANGA, LESSA; 2008).

Duas categorias podem influenciar os padrões de atividade física; as características individuais, incluindo motivações, auto-eficácia, habilidades motoras e outros comportamentos de saúde; e as características ambientais, como o acesso ao trabalho ou espaços de lazer, custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sócio-cultural (CAMÕES, LOPES; 2008).

A prática de atividade física também é influenciada pelas relações de gênero. Os homens são mais ativos do que as mulheres (SALLES-COSTA et al, 2003, DIAS-DA-COSTA et al.,2005,CUNHA et al.; 2008) e se envolvem em atividades físicas diferentes. Indivíduos do sexo masculino têm afinidades por atividades físicas de caráter competitivo (futebol), enquanto as mulheres preferem atividades de caráter mais individuais (caminhada), que possuem uma demanda de força física menor (SALLES-COSTA et al, 2003, CUNHA et al.; 2008).

Além disso, as características sociodemográficas influenciam o nível de atividade física das pessoas. Indivíduos mais jovens, solteiros, com menor número de filhos, com mais anos de escolarização, maior nível de renda, de cor da pele branca apresentam um maior nível de atividade física (MASSON, et al; 2005; CAMÕES, LOPES; 2008, CUNHA et al;2008).

Dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), inquérito domiciliar realizados nos anos de 1996/1997 nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, identificaram elevado índice de pessoas inativas fisicamente nos momentos de lazer (MONTEIRO et al; 2003).Pitanga e Lessa (2005) encontraram resultados

semelhantes em estudo realizado na cidade de Salvador-BA, onde foi detectada uma prevalência do sedentarismo no lazer de 72,5%, sendo mais freqüente em mulheres entre 40-59 anos e homens maiores que 60 anos de idade, em pessoas com baixo nível de escolaridade e entre os casados e os separados.

Salles-Costa e outros (2003) em estudo de coorte realizado entre funcionários e professores de uma Universidade localizada no Rio de Janeiro identificaram que a inatividade física no lazer foi altamente prevalente e as mulheres apresentaram um nível mais preocupante quando comparadas aos homens, apenas 40,8% das entrevistadas relataram alguma prática de atividade física contra 52% em indivíduos do sexo masculino.

Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), inquérito realizado no ano de 2006, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, descreveram um elevado percentual de indivíduos adultos inativos fisicamente. A freqüência de inatividade física tendeu a ser semelhante em ambos os sexos. (Quadro 1) (SAÚDE, 2008).

QUADRO 1- Percentual de adultos (≥ 18 anos) fisicamente inativos, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	32,5	29,0 - 36,0	33,6	27,6 - 39,5	31,6	27,6 - 35,6
Belém	29,0	26,0 - 31,9	26,0	21,8 - 30,2	31,5	27,5 - 35,5
Belo Horizonte	27,6	25,0 - 30,3	29,4	25,1 - 33,7	26,2	22,8 - 29,5
Boa Vista	26,1	22,8 - 29,4	28,4	23,3 - 33,5	23,8	19,6 - 27,9
Campo Grande	26,1	23,2 - 29,0	27,9	23,3 - 32,4	24,5	20,9 - 28,1
Cuiabá	25,5	22,6 - 28,4	25,5	21,5 - 29,5	25,5	21,4 - 29,7
Curitiba	27,7	25,2 - 30,1	29,2	25,3 - 33,1	26,3	23,2 - 29,5
Florianópolis	32,2	29,4 - 35,1	35,2	30,9 - 39,4	29,6	25,8 - 33,4
Fortaleza	29,5	26,3 - 32,8	30,4	25,2 - 35,6	28,9	24,7 - 33,0
Goiânia	26,2	23,6 - 28,8	27,6	23,4 - 31,7	25,0	21,7 - 28,3
João Pessoa	32,6	29,4 - 35,7	34,0	28,8 - 39,3	31,4	27,5 - 35,2
Macapá	26,0	22,9 - 29,2	22,9	18,4 - 27,3	29,0	24,7 - 33,4
Maceió	30,6	27,3 - 33,9	30,2	24,7 - 35,6	31,0	26,9 - 35,1
Manaus	27,1	24,1 - 30,1	27,9	23,5 - 32,3	26,4	22,3 - 30,4
Natal	29,2	26,1 - 32,3	29,0	23,9 - 34,2	29,3	25,6 - 33,1
Palmas	26,9	23,6 - 30,3	30,8	25,4 - 36,2	23,0	19,1 - 27,0
Porto Alegre	29,7	27,1 - 32,3	32,7	28,3 - 37,1	27,3	24,1 - 30,4
Porto Velho	24,9	21,9 - 27,9	25,5	21,0 - 29,9	24,3	20,4 - 28,2
Recife	32,8	29,7 - 35,9	34,3	29,0 - 39,5	31,6	28,0 - 35,3
Rio Branco	28,8	25,2 - 32,4	29,5	24,3 - 34,7	28,2	23,3 - 33,1
Rio de Janeiro	29,5	26,7 - 32,3	30,7	26,2 - 35,2	28,5	25,0 - 32,1
Salvador	29,0	26,0 - 31,9	28,7	24,0 - 33,3	29,2	25,4 - 33,0
São Luís	30,0	26,8 - 33,3	29,2	24,3 - 34,1	30,8	26,5 - 35,0
São Paulo	28,8	26,1 - 31,5	33,2	28,7 - 37,7	25,0	21,7 - 28,2
Teresina	31,9	28,5 - 35,2	32,1	27,1 - 37,2	31,6	27,1 - 36,2
Vitória	30,3	27,5 - 33,1	32,0	27,3 - 36,7	28,9	25,6 - 32,1
Distrito Federal	26,6	23,8 - 29,4	28,3	23,8 - 32,9	25,1	21,6 - 28,6

* Adultos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

Fonte: Ministério da Saúde, 2008

Camões e Lopes (2008) ao avaliar o nível de atividade física no lazer da população portuguesa constataram que existe uma elevada proporção de indivíduos com baixos níveis de atividade física. Os autores identificaram que indivíduos

jovens, solteiros, não bebedores e não fumantes apresentaram maior probabilidade de serem fisicamente ativo.

Em levantamento realizado em 15 países da União Européia, Portugal apareceu como um dos países com maior percentual de pessoas sedentárias durante o lazer. Entre os países estudados, Suécia, Irlanda, Finlândia e Áustria se destacaram como os países que apresentam as menores percentagens de sedentarismo no lazer (VARO et al, 2003).

Os riscos associados á inatividade física constitui-se um problema sério de saúde pública (FLORINDO; 2001). Cunha e outros (2008) destacam que o aumento da inatividade física esta relacionada à mudança de hábitos de vida, de trabalho e aquisição de bens de consumo duráveis pela população. Essas mudanças de hábitos podem trazer sérias conseqüências para a saúde da população.

Pitanga e Lessa (2008) em levantamento realizado com adultos em Salvador-BA detectaram associação entre inatividade física no lazer e Internações hospitalares por todas as causas, Internações hospitalares por doenças cardíacas e Internações hospitalares por diabetes em adultos residentes na cidade de Salvador-BA.

Os dados apresentados evidenciam o problema da inatividade física. Essas informações demonstram a necessidade de medidas direcionadas á ampliação do conhecimento da população acerca dos possíveis agravos a saúde oriundos do comportamento sedentário, reduzindo assim os custos econômicos e sociais decorrentes do mesmo.

4.4 Medidas da atividade física

A atividade física habitual é constituída como o somatório das atividades diárias: ocupacionais, de lazer e da vida diária. Nos estudos epidemiológicos a atividade física tem sido investigada por meio de técnicas e instrumentos variados (observação, questionários, sensores de movimento) que medem características diversas, como: tipo, intensidade, freqüência, duração, gasto energético, quantidade de movimento, número de passos caminhados ou mesmo gasto em comportamentos sedentários (assistir TV, usar o computador e jogos eletrônicos). Em contrapartida ainda existe muita dificuldade de medir com precisão os níveis de atividade física das pessoas em ambiente natural (BARROS, NAHAS, 2003).

Washburn (2000) afirma que na avaliação do nível de atividade física, o uso de questionários é o método mais aplicável em estudos epidemiológicos devido à facilidade de administração e a extensa quantidade de informação, em relação ao tempo e custo envolvido

Hallal e outros (2007) em estudo de revisão sistemática da literatura sobre a evolução da pesquisa epidemiológica no Brasil detectou que o método de mensuração de atividade física mais utilizado (93%) foi o questionário, sendo o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) o instrumento mais freqüentemente utilizado. Com relação à análise dos domínios da atividade física, o lazer foi o domínio mais freqüentemente investigado.

As evidencias na literatura especializada demonstram uma tendência da utilização de questionários contendo perguntas simples, com categorias dicotômicas para identificar os padrões de comportamento sedentários (PITANGA, LESSA, 2005;

MASSON et al.,2005; PITANGA,LESSA, 2008; CUNHA et al., 2008). O uso de instrumentos complexos inviabiliza a avaliação do nível de atividade física em grupos populacionais.

Porém é importante salientar que a avaliação correta do nível de atividade física por meio do questionário sempre depende da capacidade do indivíduo de recordar as atividades físicas realizadas durante um período de tempo. E que os questionários utilizados devem ser preferencialmente validados (HALLAL et al, 2007)

4.5 Atividade física e Saúde Mental

Tem sido demonstrada na literatura uma associação positiva entre níveis elevados de atividade física e boa saúde mental (MATHER, et al.,2002), essas alterações estão relacionadas a aspectos psicológicos, sociais e fisiológicos .

Do ponto de vista fisiológico a contribuição da atividade física está relacionada à secreção de endorfinas. As endorfinas são substâncias endógenas que interagem com receptores de opióides nas áreas cerebrais envolvidas na transmissão de informações sobre a dor e relacionam-se com alterações de humor. O exercício físico, principalmente quando realizado em intensidades acima de 70% do consumo máximo de oxigênio estimulam a produção desta substância (POWERS, HOWLEY, 2000).

Peluso & Andrade (2005) apontam que a atividade física seria responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos (distração, auto-eficácia e interação social) e nos fatores fisiológicos (aumento da transmissão sináptica das endorfinas, que supostamente funcionaria como as drogas antidepressivas) resultaria

conseqüentemente, na melhora da ansiedade e do humor após a prática de atividade física.

A prática de atividades físicas favorece a interação social, melhora a auto-eficácia (crença do indivíduo na sua capacidade de desempenho em atividades específicas) e proporciona uma maior sensação de controle sobre os eventos e demandas do meio. Além disso, a relação da atividade física na saúde mental está relacionada a melhorias nos sintomas depressivos, ansiedade, melhor tolerância ao estresse e no aumento da auto-estima (GUERRA, 2002), reduzindo o isolamento e favorecendo a socialização de novos grupos (FRANKLIN et al., 2002)

A atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a auto-estima, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional. (STELLA, GOBBI et al,2002). Zaitune e outros (2007) identificaram associação positiva entre transtorno mental comum e sedentarismo no lazer em idosos no município de Campinas-SP.

Araújo e outros (2007) em estudo populacional realizado no município de Feira de Santana-BA detectaram que a prática de atividades de lazer, principalmente as atividades que envolvem esforço físico de intensidade moderada a intensa, apresentou associação positiva com morbidade psíquica.

Tratando de grupos populacionais específicos, Benedetti e outros (2008) em inquérito de base populacional incluindo 875 idosos da cidade de Florianópolis, Santa Catarina corroboraram os achados supracitados encontrando também associação estatisticamente significativa entre atividade física e saúde mental, porém neste estudo os autores mensuraram a atividade física total (trabalho, tarefas

domésticas, transporte e lazer) e os problemas de saúde mental avaliados foram à depressão e a demência.

Cheik e outros (2003) em estudo experimental realizado com 54 indivíduos idosos brasileiros, durante 16 semanas, constataram ao final deste período uma diminuição nos escores de depressão (Inventário Beck), passando de leve para normal, e em relação aos índices indicativos para ansiedade (Idate Traço e Estado).

Reijneveld, Westhoff, Hopman-Rock (2003) em estudo experimental realizado com imigrantes turcos com idade igual ou superior a 45 anos residentes na Holanda constatou que um programa de educação e saúde que envolvia palestras e práticas de atividades físicas proporcionou melhora na condição de saúde mental e na sensação de bem-estar, além de incrementar o nível de conhecimento dos participantes acerca da importância da prática de atividades físicas. Os autores relataram que a melhora foi mais acentuada em pessoas acima de 55 anos.

O incentivo a adoção de um comportamento ativo é uma estratégia relevante, tendo em vista as contribuições da atividade física no enfrentamento das morbidades psíquicas. A prática de atividade física amplia o convívio social e a estimulação corporal possibilitando as pessoas uma vida com mais qualidade.

5. METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizará o banco de dados do Projeto intitulado “Caracterização da Saúde Mental em Feira de Santana, BA, Brasil”, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana.

5.1. Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico seccional (KLEIN E BLOCH, 2009), também denominado de corte transversal (PEREIRA, 2003, ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Os estudos de corte transversal caracterizam-se pela avaliação simultânea de exposição e doença em um ponto do tempo ou num período curto de tempo.

5.2. Campo de estudo

O município de Feira de Santana está localizado na região da Zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semi-áridos do nordeste baiano, a aproximadamente 108 km da capital Salvador. Tem uma população de 535.820 habitantes (IBGE; 2006).

O município de Feira de Santana-BA, de acordo com o IBGE, encontra-se dividido em subdistritos, os quais integram setores censitários: cada setor censitário possui ruas, e cada rua possui seus domicílios. As áreas de estudo incluíram os cinco subdistritos da zona urbana de Feira de Santana (Mangabeira: 40 setores,

Pampalona: 42 setores, Santana: 144 setores, Santo Antônio: 68 setores, Subaé: 47 setores).

5.3. População e amostra

A população foi constituída de 3597 indivíduos, 71,4 % do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino da população urbana acima de 15 anos do município de Feira de Santana.

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

A amostra foi obtida assumindo a prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25% (OMS, 2001), erro amostral de 3 % e 95% de confiança.

5.4. Instrumento de coleta

No intuito de obter informações relativas à caracterização da saúde mental em Feira de Santana, BA, foi utilizado um questionário estruturado composto por 13 blocos, dentre estes serão analisados no recorte desta pesquisa as questões a respeito das características sociodemográficas, comportamentais (etilismo, tabagismo), doenças referidas, atividades físicas no lazer e transtornos mentais comuns (ANEXO 1).

5.4.1 Dados sócio demográficos

Serão incluídas a idade, cor da pele auto-referida, situação conjugal, grau de escolaridade, renda familiar e número de filhos.

A idade será considerada em anos completos e em seguida será agrupada nas seguintes categorias: 15- 29 anos, 30-49 anos, 50-69 anos e 70 anos e mais.

A auto-declaração foi o critério utilizado para a classificação da raça/cor, seguindo o procedimento adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), categorizada em branca, parda, preta, amarela (oriental), indígena e não sabe.

A situação conjugal foi categorizada em: casado/união estável, solteiro(a), divorciado(a)/desquitado(a), viúvo(a).

O nível de escolaridade foi agrupado em: fundamental I/ fundamental II, ensino médio/ensino superior, nunca foi á escola/lê e escreve.

A renda familiar foi considerada como a renda mensal do pesquisado (a) categorizado da seguinte forma: Menos de 1 salário mínimo, 1 ou mais salários mínimos. Foi considerado na categorização o salário mínimo vigente no Brasil em 2009 de 465,00 reais.

O número de filhos foi identificado pela quantidade de filhos nascidos vivos.

5.4.2. Doenças auto-referidas

Os entrevistados foram questionados acerca dos problemas de saúde que os mesmos eram acometidos, se tinham algum dos problemas listados no questionário:

Diabetes, Colesterol alto, Obesidade, Pressão alta, Câncer, Cardiopatia, Doença da tireóide, Distúrbio do sono, Hanseníase, Tuberculose, Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho, Doença Articular Degenerativa, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Dores de coluna, AIDS.

5.4.3. Características comportamentais (consumo de álcool e tabagismo)

As características comportamentais são relativas a consumo de álcool e tabaco.

O tabagismo foi agrupado em fumantes (aqueles que fumavam atualmente) e não fumantes (aqueles que referiam não fumar atualmente).

O consumo de álcool foi identificado por meio de pergunta dicotômica do tipo sim/não.

5.4.2. Avaliação de atividade física no lazer

Para avaliação da prática de atividade física de lazer foi perguntado se os indivíduos participavam regularmente de atividades físicas no seu momento de lazer, qual o tipo e a classificação da intensidade da atividade: leve, moderada ou pesada.

Foram considerados ativos no lazer aqueles entrevistados que classificaram seu esforço físico no lazer como esforços de intensidade moderada (caminhar, andar de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais) ou intensa (correr, fazer ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais) e insuficientemente ativo no lazer os que refeririam não

participar de atividades físicas ou participar de atividades físicas leves (lê, ouve rádio, assiste TV) durante o lazer.

5.4.3. Avaliação dos Transtornos Mentais Comuns

A avaliação dos transtornos mentais comuns foi realizada através da utilização do Self Reporting Questionnaire-SRQ-20.

O Self Reporting Questionnaire-SRQ-20 é um instrumento que tem a finalidade de identificar Transtornos mentais comuns contendo questões dicotômicas (ARAÚJO et.al.,2006).

Os pontos de corte para TMC adotados no presente estudo são: classificação de suspeitos de TMC em sete ou mais respostas positivas e normais aqueles que responderam seis ou menos respostas positivas. Procedimento adotado em outros estudos (ARAÚJO, PINHO, ALMEIDA; 2005).

5.5. Coleta de dados

Todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios sorteados foram entrevistados por pesquisadores previamente treinados. Para reduzir o percentual de perdas, foi adotado o procedimento de realizar três visitas por domicílio.

5.6 Variáveis do estudo

Variável independente

A atividade física no lazer será avaliada por meio de uma pergunta simples, para identificar a classificação do nível de esforço percebido nas atividades de lazer, o procedimento adotado foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura (PITANGA, LESSA, 2005; MASSON et al.,2005; PITANGA,LESSA, 2008; CUNHA et al., 2008).

Após essa etapa serão construídas as categorias de análise: **Ativo no lazer** (aqueles entrevistados que classificaram seu esforço físico no lazer como esforços de intensidade moderada (caminhar, andar de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais) ou intensa (correr, fazer ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais) e **Insuficientemente ativo no lazer** os que refeririam não participar de atividades físicas ou participar de atividades físicas leves (lê, ouve rádio, assiste TV) durante o lazer.

Variável dependente

Os Transtornos Mentais Comuns serão classificados da seguinte forma: **Suspeitos de TMC** (aqueles que responderam positivamente a em sete ou mais questões do SRQ-20) e **Normal** (aqueles que responderam seis ou menos respostas positivas).

Co-variáveis

Para este estudo serão analisadas as seguintes co-variáveis:

a) Características Sociodemográficas

b) Características comportamentais

c) Doenças referidas

5.7 Banco de dados

As variáveis coletadas nos instrumentos de pesquisa foram codificadas. Em seguida foi construído um banco de dados utilizando o programa estatístico SPSS versão 10.0. Para verificação da qualidade dos dados digitados e da precisão das informações foi sorteada amostra de 10% dos casos para averiguação da qualidade das informações digitadas.

5.8 Análise dos dados

Inicialmente será realizada a caracterização da população investigada segundo todos os aspectos estudados e também estimadas as freqüências e prevalências dos eventos de interesse (atividade física no lazer e transtornos mentais comuns).

Em seguida serão calculadas as medidas de associação: razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança. As associações serão calculadas por meio do teste qui-quadrado com o $p \leq 0,05$.

Na avaliação da associação entre atividade física no lazer e transtornos mentais comuns (TMC), foi construído um modelo de predição conforme apresentado na figura 1.

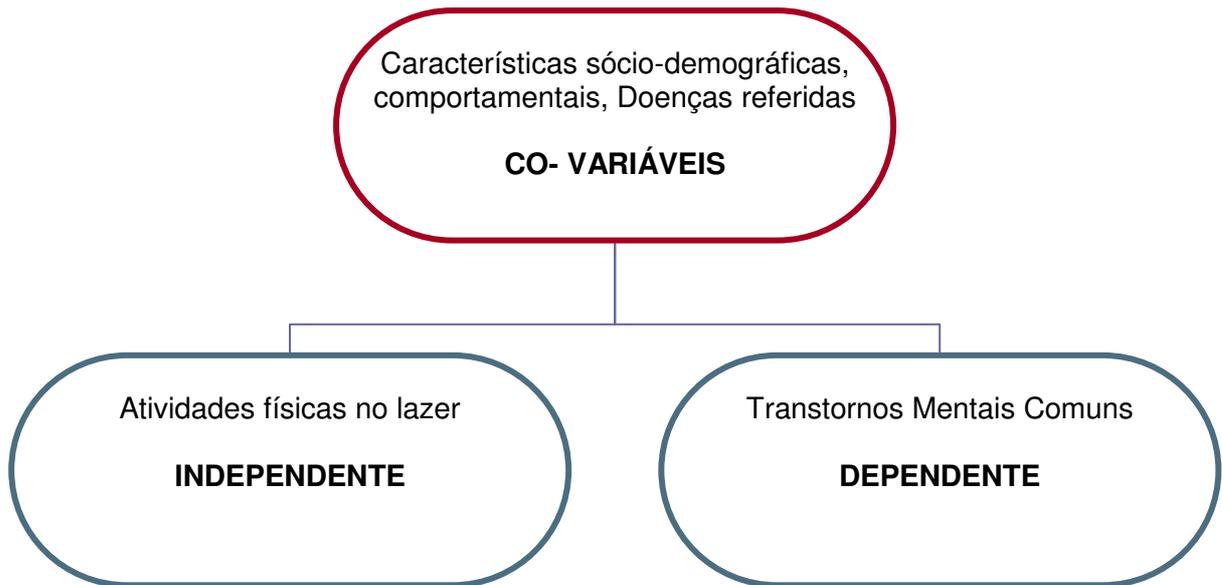


Figura 1-Modelo de predição

Na última etapa da análise pretende-se realizar uma análise multivariada no intuito de avaliar simultaneamente as variáveis estudadas. Na análise multivariada será feito um ajuste simultâneo das co-variáveis, identificando se as mesmas são confundidoras ou modificadoras de efeito. Permitindo, com isso predizer o que acontece com a variável desfecho na presença simultânea das variáveis sob estudo.

A análise dos dados será feita por meio dos Programas Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 10.0 for windows (SPSS,1996;) e R Foundation for Statistical Computing - R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2007) .

5.8 Ética da Pesquisa

As pessoas foram convidadas no início da pesquisa a participarem do estudo, sendo apresentado o objetivo deste e explicado os procedimentos. Em seguida foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as exigências do

Conselho Nacional da Saúde, resolução 196/96 e solicitado aos voluntários à assinatura do mesmo.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, parecer nº (042/2006), sendo este subprojeto também encaminhado para apreciação do CEP.

7. ORÇAMENTO

Material Permanente

Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
*Core 2 Duo E6320 (1.86GHz / FSB 1066MHz / Cache L2 4MB)	1	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
*Impressora HP Laser Jet 1160	1	R\$ 699,00	R\$ 699,00
Pen drive Kingston de 8GB	2	R\$ 80,00	R\$ 160,00
*Modulo isolador	1	R\$ 155,00	R\$ 155,00
*Mesa para Computador	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Total			R\$ 3.714,00

Material de Consumo

Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Toner para Impressora HP Laser Jet 1160	1	R\$ 80,00	R\$ 80,00
Papel A4(resma)	10	R\$ 15,00	R\$ 150,00
Fichas pautadas	60	R\$ 0,10	R\$ 6,00
CD-R	20	R\$ 1,50	R\$ 30,00
DVD-R	5	R\$ 3,00	R\$ 15,00
Canetas	20	R\$ 0,60	R\$ 12,00
Lápis	10	R\$ 0,30	R\$ 3,00
Papel Vergê (pct. c/ 50)	1	R\$ 18,00	R\$ 18,00
Pasta arquivo	5	R\$ 3,00	R\$ 15,00
Transparência para impressora laser (cx. c/ 50)	1	R\$ 50,00	R\$ 50,00
Total			R\$ 379,00

Serviços Terceirizados

Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Xerox	1000	R\$ 0,10	R\$ 100,00
Estatístico	1	R\$ 800,00	R\$ 800,00
Encadernação	1	R\$ 3,50	R\$ 3,50
Total			R\$ 903,50

Resumo do Orçamento

Material Permanente	R\$ 3.714,00
Materiais de Consumo	R\$ 379,00
Serviços Terceirizados	R\$ 903,50
Total	R\$ 4.996,50

* Materiais disponíveis no Núcleo de Estudos em Epidemiologia-NEPI

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MMG, MOREIRA RB, ARAÚJO, TM, PINHO, PS. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. **Rev Baiana de Saúde Pública**; 2005; 29 (2) : 339-352.

ALVES RV, MOTA J, COSTA MC, ALVES JGB. Aptidão física relacionada a saúde de idosos: Influência da hidroginástica. **Rev Bras Med Esporte** 2004; 10(1): 31-7.

ANTUNES HKM, SANTOS RF, BOSCOLO RA, BUENO OFA, MELLO MT. Análise de taxa metabólica basal e composição corporal de idosos do sexo masculino antes e seis meses após exercícios de resistência. **Rev Bras Med Esporte** 2005; 11(1): 71-5.

AKKE KVDB, MIRANDA GH, LAURANT MW. Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults. **Am J Prev Med** 2002; 22 (2)

ARAÚJO TM, PINHO OS, ALMEIDA MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 2005;5 (3): 337-348.

ARAÚJO TM, ARAÚJO EM, ALMEIDA MG, PINHO PS. Transtornos Mentais Comuns: Estimativas de Prevalência no Subdistrito de Santana- Feira de Santana/Bahia. **Rev Saúde Coletiva UEFB**, 2006, 1 :125-131.

ARAÚJO TM, CARMO JÚNIOR JJ, ALMEIDA MG, PINHO PS, Prática de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes em áreas urbanas. **Rev Baiana de Saúde Pública**. 2007; 31 (2): 294-310.

ARAYA, R. et al. Education and income: which is more important for mental health? **J. Epidemiol Community Health**, v.57, p. 501-505, 2003

BARROS MV, NAHAS MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saude Publica**. 2001;35(6):554-63

BARROS MV, NAHAS MV (org.). **Medidas da atividade física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais**. Londrina: Midiograf, 2003.

BARROSO et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não farmacológico. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54(4): 328-33.

BENEDETTI TRB, BORGES LJ, PETROSKI EL; GONÇALVES LHT. Atividade física e saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública** 2008;42 (2): 302-7.

BRANDON LJ, BOVET LW, LLOYD A, GAASCH DA. Resistive training and long-term function in older adults. **J. Aging Phys Act**. 2004; Jan:12 (1):10-28.

CAMÕES M, LOPES C. Fatores associados á atividade física na população portuguesa. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(2):208-16.

CARPERSEN CJ, POWELL KE, CHRISTENSAN GM. Physical activity, exercise, and physical activity fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health Rep** 1985; 100(2):126-131.

CAMPOS J, HUERTAS F, COLADO C, LÓPEZ AL, PABLOS A & PABLOS C. Efectos de un programa de ejercicio físico sobre el bienestar psicológico de mujeres mayores de 55 anos. **Rev de Psicología del Deporte** 2003; 12 (1): 7-26

CHEIK NC, REIS IT, HEREDIA RAG, VENTURA ML, T S, ANTUNES HKM, MELLO MT. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev Bras Ciên e Mov** 2003; 11(3):45- 52.

COPPOLA L, GRASSIA A, COPPOLA A, TONDI G, PELUSO G, MORDENTE S, GOMBOS G. Effects of a moderate-intensity aerobic program in blood viscosity, platelet aggregation and fibrinolytic balance in young and middle-aged sedentary subjects. **Blood Coagul Fibrinolysis** 2004; 15(1):31-7.

COSTA RS, WERNECK GL, LOPES CS, FAERSTEIN E. Associação entre fatores sociodemograficos e prática de atividade física de lazer no estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública** 2003; 19:1095-105.

CUNHA IC, PEIXOTO MRG, JARDIM PCB, ALEXANDRE VP Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas **Rev Bras Epidemiol** 2008; 11(3): 495-504

DIAS-DA-COSTA JS, HALLAL PC, WELLS JC, DALTOE T, FUCHS SC, MENEZES AM, et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saude Publica**. 2005;21(1):275-82

DUMAZEDIER J. **Lazer e Cultura Popular**. Ed. Perspectiva S. A. 1973, São Paulo.

FERRARA CM, MCCRONE SH, BRENDLE D, RYAN AS, GOLDBERG AP. Metabolic effects of the addition of resistive to aerobic exercise in older men. **Int. J Sport Nutr Exerc Metab**. 2004; 14 (1): 73-80.

FLORINDO AA, LATORRE MRDO, TANAKA T, JAIME PC, ZERBINI CAF. Fatores associados à prática de exercícios físicos em homens voluntários adultos e idosos residentes na Grande São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiolo** 2001; 4 (2).

FRANKLIN B, et al. Effects of a contemporary, exercise-based rehabilitation and cardiovascular risk-reduction programo n coronary patients with abnormal baseline risk factors. **Chest** 2002;122:338-43.

FRENK J, et al. La transicion epidemiológica en America Latina. **Boletin Oficina Sanitária Panamericana** 1991, 111 (6):485-96.

GARCIA FG, SANCHEZ JJC & GARCIA MAG. Calidad de vida, Salud e ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. **Rev de Psicología Del Deporte** 1997; (12): 91-107.

GAZALLE FK et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2004; 38 (3): 365-371

GAZALLE F K ; HALLAL P C; LIMA M S .Depressão na população idosa:os médicos estão investigando? .**Rev Bras Psiquiatr** 2004;26(3):145-9

GUTHOLD R. Worldwide Variability in Physical Inactivity A 51-Country Survey .**Am J Prev Med** 2008; 34(6)

GUERRA RO. **Atividade física e o idoso: Pontos e Contrapontos**. Coleção Mata da Casa. Cultura e Contemporaneidade na educação física e no desporto. É agora? Ed. especial. São Luiz-MA; 2002.

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

HALLAL PC et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública** 2007; 41(3):453-60

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 1999/2000. Brasília; 2006.

LAURITSEN JH, BRUSS M, MYATT MA. **Programa para criar banco de dados**. EpiData Association, Odense Denmark 2002. (v3.0). Versão para o português (Brasil) por João Paulo Amaral Haddad.

LUDERMIR AB, MELO FILHO DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública** 2002;36(2):213-21

LUZ MT. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**.3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MARCELLINO, NC. **Estudos do lazer: Uma Introdução**. Campinas, SP. Editora Autores Associados, 1996.

MARCELLINO, NC. **Lazer e Educação**. 2 ed. Papyrus: Campinas, 1990.

MARI JJ, JORGE MR. **Transtornos psiquiátricos na clínica geral**. **Psychiatry On-line Brazil** 1997; 2. [http:// www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm) (acessado em 18/Ago/2008).

MASSON, CR et al. Prevalência de sedentarismo em mulheres adultas da cidade de São Leopoldo , Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21 (6): 1685-1694.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009

MELO V A. **Lazer e minorias sociais**. São Paulo: IBRASA, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série Pacto pela Saúde, 2006; vol.07. Acesso em 01/10/07. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/07.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)**. Série G. Estatística e Informação em Saúde, 2008. Acesso em 28/02/2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf

MONTEIRO CA, CONDE WL, MATSUDO SM, MATSUDO VR, BONSEÑOR IM, LOTUFO PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Rev Panam Salud Pública** 2003; 14:246-54.

MOURA AAG, CARVALHO EF, SILVA NJC. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Cien Saúde Coletiva** 2007; 12 (6):1661-1672.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Bulletin of the World Health Organization**, 2001, 79 (2):161-170.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo: Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia Global da OMS para Alimentação e Nutrição**; 57ª Assembléia Mundial de Saúde,. Ponto 12.6 da ordem do dia 22 de maio de 2004. Acesso em 05/05/08. Disponível em: <http://www.mesabrazil.sesc.com.br/Artigos/EstratGlobalOMSAalimentNutric.pdf>.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001- Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**.Genebra; Suíça, 2001.Organização Panamericana de Saúde (2003)

PATEL, V ; KLEINMAN, A . Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization** 2003;81 (8): 609-15.

PATEL V. et.al. Detecting common mental disorders in primary care in Índia: a comparasion of five screening questionnaires. **Psychological Medicine** 2008,38:221-228

PELUSO MAM, ANDRADE LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics** 2005; 60:61-70.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PITANGA FJG, LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**, 2005; 21(3): 870-877.

PITANGA FJG, LESSA I. Associação entre inatividade física no tempo livre e internações hospitalares em adultos na cidade de Salvador –Brasil. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** 2008; 10 (4): 347 353.

POSSAS C. **Epidemiologia e Sociedade- Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo:HUCITEC, 1989.

POWERS HOWLEY. **Fisiologia do exercício**. 3ª Ed. Barueri-SP: Manole, 2000

REIJNEVELD, WESTHOFF, HOPMAN-ROCK. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial amog Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. **J.Epidemiol Community Health** 2003; 57: 405-411.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. 2007

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003

SALLES-COSTA R, HEILBORN ML, WERNECK GL, FAERSTEIN E, LOPES CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Cad Saúde Pública** 2003; 19 Suppl 2: S325-33.

SECLÉN-PALACÍN JA, JACOBY ER. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Peru.**Rev Panam Salud Pública** 2003; 14:255-64.

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Base 10.0 for Windows. User's Guide (1996). Chicago), I.L., SPSS.

WASHBURN RA. Assessment of physical activity older adults. **Research Quarterly for Exercise and Sport** 2000, 71(2):79-88

WHO. World Health Organization. **Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases**. The WHO STEP wise approach. Geneva, 2001.

WHO .WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2002**. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002

VARO JJ, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA, IRALA-ESTÉVEZ J, KEARNEY J, GIBNEY M, MARTÍNEZ JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. **Int J Epidemiol** 2003; 32:138-46

ZAITUNE MPA et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(6):1329-1338, 2007

ANEXO

Anexo A- Instrumento de Coleta de dados

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA
PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil

SUBDISTRITO _____ SETOR CENSITÁRIO | | | | | Nº DE ORDEM | | | | |

Data: ____/____/____

Nº do domicílio: _____ Nº do morador: _____ Hora de início:

I - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 0 () Feminino Masculino	1 ()	2. Idade: ___ anos
3. Situação conjugal: 1 () Casado(a) 2 () União estável 3 () Solteiro/a 4 () divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 5 () Viúvo/a		
4. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação? 1 () Nunca foi à escola 2 () Lê e escreve o nome 3. Fundamental I () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a () 4 ^a () 4. Fundamental II () 5 ^a () 6 ^a () 7 ^a () 8 ^a () 5. Ensino Médio () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a () 6. Superior () completo () incompleto		
5. Como você classificaria a cor da sua pele? 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta 9 () não sabe		
6. Cor da pele (entrevistador): 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta		
7. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____ 8 () não se aplica		

VII - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar? 0 () sim 1 () não
2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair? 8 () não participa <u>Atividades sócio-culturais:</u> 1 () jogos* 2 () cinema/teatro 3 () festa 4 () seresta 5 () barzinho 6 () praia/piscina 7 () visita a amigos 10 () viagens 11 () museus/teatro/exposições/bibliotecas 12 () igreja 13 () assistir TV 14 () ler livro 15 () ouvir rádio <u>Atividades físicas:</u> 1 () ginástica 2 () caminhada 3 () futebol/vôlei 4 () natação/bicicleta 5 () hidroginástica 6 () Yoga/dança Outros: _____

3. O tempo que você tem para o lazer é suficiente? 0 () sim 1 () não 8 () não se aplica

4. Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades?

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)

8 () não se aplica

* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

VIII – DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

1. Você sentiu alguma dor nos últimos 4 meses? 0 () sim 1 () não Se **NÃO**, salte para a questão 4

2. Qual a intensidade da dor?

(0) sem dor (1) fraca (2) moderada (3) forte (4) violenta (5) insuportável



3. Onde essa dor se localiza? 8 () não se aplica

1 () Músculo-esquelética 2 () Sistema digestivo 3 () Cabeça 4 () Coluna 5 () Outros.
Especifique _____

4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () sim	1 () não	Distúrbio do sono	0 () sim	1 () não
Colesterol alto	0 () sim	1 () não	Hanseníase	0 () sim	1 () não
Obesidade	0 () sim	1 () não	Tuberculose	0 () sim	1 () não
Pressão alta	0 () sim	1 () não	DAD _____	0 () sim	1 () não
Câncer	0 () sim	1 () não	DORT _____	0 () sim	1 () não
Cardiopatia	0 () sim	1 () não	Dores de coluna	0 () sim	1 () não
Doença da tireóide	0 () sim	1 () não	AIDS	0 () sim	1 () não
IST _____	0 () sim	1 () não			

IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis; DAD = Doença Articular Degenerativa; DORT = Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho

5. Alguém da sua família tem ou teve doença dos nervos? ("foco", "queda de nervos") 0 () sim 1 () não 2 () não sabe	6. Quem? 8 () não se aplica 1 () Pai/Mãe 2 () Irmão/Irmã 3 () Outro. Especifique: _____
7. E você já teve doença dos nervos? 0 () sim 1 () não 2 () não sabe	8. Durante essa doença você procurou algum serviço de saúde? 8 () não se aplica 0 () sim _____ 1 () não

IX - SELF-REPORT-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 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	0 () sim	1 () não
2 - Tem falta de apetite?	0 () sim	1 () não
3 - Dorme mal?	0 () sim	1 () não
4 - Assusta-se com facilidade?	0 () sim	1 () não
5 - Tem tremores nas mãos?	0 () sim	1 () não
6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0 () sim	1 () não

7 - Tem má digestão?	0 () sim	1 () não
8 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	0 () sim	1 () não
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	0 () sim	1 () não
10 - Tem chorado mais do que de costume?	0 () sim	1 () não
11 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	0 () sim	1 () não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	0 () sim	1 () não
13 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	0 () sim	1 () não
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0 () sim	1 () não
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	0 () sim	1 () não
16 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	0 () sim	1 () não
17 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	0 () sim	1 () não
18 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0 () sim	1 () não
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago	0 () sim	1 () não
20 - Você se cansa com facilidade?	0 () sim	1 () não

X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Você consome bebidas alcoólicas? 0() sim 1() não	Se você NÃO BEBE, siga para o bloco XI	
2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 0() sim 1() não		
3. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 0() sim 1() não		
4. Sente-se chateado consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber? 0() sim 1() não		
5. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? 0() sim 1() não		

XI - HÁBITO DE FUMAR

1. Você já foi fumante? 0() sim 1() não		
2. Você fuma atualmente? 0() sim 1() não	Se você NÃO FUMA, siga para o bloco XII	
3. Quantos cigarros você fuma por dia? _____ cigarros		
4. Há quanto tempo você fuma? _____ anos _____ meses _____ dias		

No último mês, você sofreu algum crise de ansiedade — sentindo medo ou pânico repentinamente?			-----
Se você respondeu “NÃO”, salte para a pergunta de número 5			-----
Isso já aconteceu antes em algum momento?			
Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada — isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso ou incomodado?			
Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?			

Entrevistador _____

Hora de término: _____

Anexo B – Aprovação do projeto de pesquisa**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N - Módulo I - 44.031-460 - Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 19 de julho de 2006
Of. CEP-UEFS nº 241/2006

Senhora Pesquisadora: Profa. Tânia Maria de Araújo

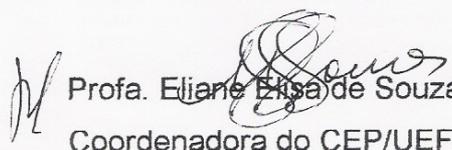
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "**Caracterização da Situação da Saúde Mental de Feira de Santana, Bahia, Brasil**", registrado neste CEP sob Protocolo N.º 042/2006 (CAAE – 0037.0.059.000-06), satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**19/07/2007**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Prof. Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora do CEP/UEFS

