

**ISADORA FERREIRA HENRIQUES**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES DA CIDADE DE UBERABA-MG: UM ESTUDO  
EPIDEMIOLÓGICO**

**UBERABA - MG**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

Eis que é chegado o momento de concluir mais uma etapa. Não foi fácil tomar a decisão e aceitar a ideia de largar o início da minha carreira profissional que estava indo bem para encarar um novo desafio, que foi o mestrado. Não foi fácil deixar de ter diariamente a presença física dos meus pais e voltar a morar fora, agora bem mais distante. A saudade, sem dúvida, foi o sentimento que mais vivenciei ao longo destes dois anos. Mas a fé em Deus, e a vontade de vencer e retribuir aos meus pais tudo o que eles fizeram e ainda fazem por mim é que me dão forças para continuar e me impulsionam a sempre querer mais e acreditar que eu posso e sou capaz de alcançar o que desejo.

Vivo agora uma mistura boa de euforia, alegria, satisfação e alívio, mas também temor, preocupação e angústia do que virá pela frente. O desconhecido sempre nos traz medo e insegurança. Não sei o que o futuro me reserva, mas tenho uma profunda esperança e confiança de que colherei bons frutos com as decisões tomadas no presente e há dois anos, quando decidi fazer o mestrado.

E para mim, nada mais prazeroso do que chegar ao final de um ciclo e sentir GRATIDÃO por todos que direta ou indiretamente acompanharam esta minha trajetória.

Agradeço a Deus, que em sua infinita misericórdia e compaixão me concede força espiritual e física e me reanima nos momentos que fraquejo na fé. À Nossa Senhora da Medalha Milagrosa, minha mãe Divina e protetora, que me fez criar uma devoção ardente e incessante à Ela, e que acolhe, ampara e consola minhas inquietudes e dissabores.

Aos meus pais, Pedro e Lurdinha, por ser minha inspiração e exemplo de coragem, determinação e amor pleno. Devo tudo que sou e tudo que tenho a vocês! Meu coração é completo e cheio de sonhos a realizar, pois vocês o preenchem constantemente com audácia e hombridade. Ensinam-me diariamente que apesar das dificuldades e adversidades da vida, devo sempre seguir feliz e confiante de que dias melhores virão. Agradeço também ao meu irmão, Pedro Henrique, que mesmo com suas lutas e desafios diários, nunca mediu esforços para me apoiar. Mano, você com seu jeito brincalhão e carinhoso sempre consegue despertar em mim o ânimo de seguir em frente e, em segundos é capaz de arrancar boas risadas, deixando-me mais leve e disposta. Obrigada família, o apoio de vocês é imprescindível!

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Isadora Ferreira Henriques

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES DA CIDADE DE UBERABA-MG: UM ESTUDO  
EPIDEMIOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Física, área de concentração “Educação Física, Movimento Humano e Saúde” (Linha de pesquisa: Epidemiologia da Atividade Física), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

UBERABA – MG

2016

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

H449p      Henriques, Isadora Ferreira  
Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em mulheres da  
cidade de Uberaba-MG: um estudo epidemiológico / Isadora Ferreira Henri-  
ques. -- 2016.  
109 f.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -- Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2016  
Orientador: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

1. Transtornos mentais. 2. Depressão. 3. Saúde mental. 4. Saúde da mulher.  
5. Exercício. 6. Estudos transversais. I. Castro, Shamyry Sulyvan de. II. Uni-  
versidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-008.1

Isadora Ferreira Henriques

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES DA CIDADE DE UBERABA-MG: UM ESTUDO  
EPIDEMIOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Física, área de concentração “Educação Física, Movimento Humano e Saúde” (Linha de pesquisa: Epidemiologia da Atividade Física), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Aprovada em 17 de Fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

---

Dr. Shamyry Sulyvan de Castro – orientador  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Dr<sup>a</sup>. Luciane Aparecida Pascucci Sande de Souza  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Dr. Peterson Marco de Oliveira Andrade  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais e irmão, que nunca mediram esforços para me apoiar e me incentivar. À minha avó Alice, pelas constantes orações. A Deus e Nossa Senhora da Medalha Milagrosa que são meu refúgio, amparo e proteção em todos os momentos.

À minha avó Alice, ser humano ímpar, incomparável e excepcional. Minha querida, qualquer adjetivo que eu use será pouco para qualificar a importância da sua essência em minha vida! Suas incansáveis orações me impulsionam. Seu jeito único e alegre de viver a vida me entusiasma. Muito obrigada à senhora e à tia Maria por sempre me incentivarem a continuar os estudos.

À minha família de Curvelo e Belo Horizonte: tios, tias, primos e primas, pelo estímulo constante mesmo não entendendo muito bem o que é um “mestrado” (mas você foi para o mestrado antes de fazer uma pós graduação? Mas você não trabalha; só faz mestrado?). À minha cunhada Cristina, por me estimular a avançar sempre de cabeça erguida, mesmo quando tudo parece obscuro.

Aos meus amigos da graduação e aos meus amigos de Curvelo, que mesmo distantes sempre torceram pela minha vitória. De modo especial agradeço à minha amiga Giovanna, irmã de coração e alma que Deus me presenteou. Sis, você me conhece melhor do que ninguém e viveu comigo todos os momentos que aqui passei, fossem eles de vitórias, decepções, alegrias, estresse, saudades da família e dos amigos. Obrigada por cada ligação de apoio e por cada mensagem de incentivo! Elas foram fundamentais para me encorajar e me deixar mais forte.

Sou grata por cada pessoa que conheci e passou por minha vida em Uberaba. Em particular àquelas que não só passaram, mas que de modo notável permaneceram e levarei por toda a vida. À amiga Júlia e toda a sua família pela receptividade e por serem sempre tão atenciosos comigo. À amiga e irmã do mestrado Mariana, que compartilhou comigo não só o mesmo projeto de pesquisa e as mesmas angústias e medos frente aos desafios da pós, mas foi muito companheira e com seu jeito meigo e doce conquistou minha amizade. Ao amigo Fernando, pela companhia e pelos momentos de boa conversa e distração nos finais de semana solitários. Ao amigo Bruno Naves, meu amigo-irmão mais hiperativo e bem astral, que se tornou um grande parceiro nos estudos, no trabalho, nos projetos futuros e na vida saudável. À equipe do projeto MoviMente, especialmente Emmanuel, Marina e Fernanda pelo afeto e momentos de risadas e muita alegria.

Agradeço de forma especial ao meu primeiro mentor, o professor Dr. Peterson Marco de Oliveira Andrade. Peterson, o senhor é sem dúvida um dos grandes e principais responsáveis pela obtenção deste título. Obrigada por ter me dado a oportunidade de ser orientada pelo senhor durante a graduação e, principalmente por instigar em mim o tino para o campo acadêmico-científico. Seus ensinamentos e sua

conduta profissional foram e ainda hoje são muito importantes para me inspirar.

Ao meu orientador de mestrado, professor Dr. Shamyry Sulyvan de Castro, que mesmo sem conhecer previamente meu trabalho me aceitou como orientanda e me recebeu com muita solicitude. Shamyry, muito obrigada por toda a paciência e atenção, especialmente em meio às minhas dificuldades e inseguranças. Sua ética, competência e profissionalismo são virtudes que o tornam singular e um exemplo de profissional que eu almejo ser. Sei que todos aqueles que conhecem o senhor compartilham da mesma opinião que eu. Serei sempre grata por esta oportunidade! Espero ter conseguido retribuir de alguma forma às suas expectativas em relação ao meu trabalho.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação: professora Dr<sup>a</sup>. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, professora Dr<sup>a</sup>. Flávia Gomes de Melo Coelho, e a banca de defesa: professora Dr<sup>a</sup>. Luciane Aparecida Pascucci Sande De Souza e professor Dr. Peterson Marco de Oliveira Andrade, obrigada por aceitarem o convite e por todas as ricas contribuições para este estudo.

Ao Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), pelo corpo docente de qualidade e de grande importância para minha formação como mestra. Em especial à professora Dr<sup>a</sup>. Flávia Coelho, que me acolheu em seu grupo de pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo incentivo à pesquisa em nosso país e pela bolsa concedida ao longo dos dois anos no programa.

Por último, mas não menos importante a todos aqueles envolvidos no ISA-Mulher, projeto do qual passo a colher os frutos destes dois anos de mestrado. Obrigada a toda a equipe de professores e alunos comprometidos desde a elaboração da idéia, da escrita do projeto e do planejamento até a execução e finalização. Agradeço também a todas as mulheres de Uberaba que participaram da pesquisa e contribuíram não só para que atingíssemos com êxito a meta da nossa amostra, mas também me ajudaram a ter um olhar mais humano e sensível frente às mazelas que a saúde pública ainda enfrenta. Muito ainda precisa ser feito. Mas com determinação e foco podemos alcançar muitas coisas boas.



## RESUMO

Grande parte das populações no mundo passa por um considerável crescimento na carga de problemas de saúde mental. Os problemas psíquicos mais recorrentes são o Transtorno Mental Comum (TMC) e os Sintomas Depressivos (SD), que podem estar relacionados dentre outros fatores, a idades avançadas, ao gênero feminino, ao nível de atividade física (NAF), a medidas antropométricas como o Índice de Massa Corporal (IMC) e características sociodemográficas e econômicas. A investigação e o monitoramento das populações acerca da saúde mental são fundamentais, pois permite identificar os indivíduos com estes agravos e assim direcionar intervenções em saúde voltadas para este campo. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo identificar a prevalência de TMC e SD bem como do NAF e IMC; as relações destas duas últimas variáveis com os indicadores psíquicos e as relações entre TMC e SD com os indicadores sociodemográficos e econômicos, em mulheres acima de 20 anos residentes na cidade de Uberaba, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, como foco na identificação do perfil de saúde, oriundo do Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher, 2014). A amostra (probabilística em múltiplos estágios) foi composta por 1520 mulheres. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, por entrevistadoras previamente treinadas. Para identificação e caracterização sociodemográfica e epidemiológica foi utilizado um bloco contendo informações demográficas e econômicas acerca da entrevistada. Para investigação dos TMC, foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), sendo considerado o ponto de corte  $\geq$  oito pontos para caracterizar a presença de TMC. O rastreamento dos SD foi por meio da *Center for Epidemiologic Studies-Depression* (CES-D), com ponto de corte  $\geq$  16 pontos para positividade dos SD. O NAF foi mensurado por meio do IPAQ, sendo considerada ativa a mulher com pontuação  $\geq$  150 minutos (atividades moderadas) ou  $\geq$  120 minutos (atividades vigorosas). Foram mensurados peso e altura para cálculo do IMC. Para análise dos dados, utilizaram-se procedimentos da estatística descritiva (frequências, média, desvio padrão), análise inferencial (teste Qui-quadrado) e análise multivariada (regressão de Poisson). As prevalências de TMC e SD foram respectivamente 29,67% e 31,55%. A maioria das mulheres foi classificada como ativa (90,26%) e com sobrepeso (38,54%). Não foi encontrada associação significativa entre a presença de TMC nem de SD em relação ao NAF e ao IMC de acordo com as faixas etárias. Houve significância

entre os indicadores de transtornos mentais e as características sociodemográficas e econômicas, especificamente para as variáveis: nível de escolaridade e renda familiar.

**Palavras-chave:** Transtornos Mentais. Depressão. Saúde mental. Atividade física. Exercício. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

People around the world are suffering with an increase in mental health problems. The most frequent are Common Mental Disorder (CMD) and Depressive Symptoms (DS), which can be associated with older age, female, Physical Activity Level (PAL), anthropometric measures like Body Index Mass (BMI) and demographic/economic characteristics. The study of the mental health profile of the population is important, because it identifies people with this disease and it can direct health interventions in this area. This study aimed: to identify the prevalence of CMD, DS, PAL and BMI and the relation between CMD/DS with PAL and BMI and the relation between CMD/DS with demographic/economic indicators, in women over 20 years old in the city of Uberaba, Minas Gerais. It is a population-based cross-sectional study, focused on identifying the health profile, coming from the Inquérito de Saúde da Mulher, in the city of Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher, 2014). The sample (multistage probabilistic) consisted by 1520 women. Data collection was performed by previously trained interviewers. To identify demographic and epidemiological characteristics it was used a questionnaire with this information. In order to investigate the CMD, it was used the Self-Report Questionnaire (SRQ-20), and it was considered the cutoff point  $\geq$  eight points to characterize positive CMD. The screening of DS was carried out by the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D), with a cutoff point  $\geq$  16 points for positivity DS. The PAL was measured by IPAQ (International Physical Activity Questionnaire); it was considered active, women with  $\geq$  150 minutes (moderate activities) or  $\geq$  120 minutes (vigorous activity) score. Weight and height were measured to calculate BMI. For statistical analysis, it was used: descriptive statistics (frequency, mean, standard deviation); inferential analysis (chi-square test) and multivariate analysis (Poisson regression). CMD and DS prevalence were respectively 29.67% and 31.55%. Most of the women were classified as active (90.26%) and as overweight (38.54%). There was no significant association between the presence of TMC or SD in relation to the NAF and BMI according to age groups. There was significance between mental disorders' indicators and demographic / economic characteristics, specifically for the variables education level and family income.

**Keywords:** Mental Disorders. Depression. Mental health. Motor Activity. Exercise. Women's health.

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

#### Tabela

1	Caracterização sociodemográfica e econômica e prevalência de TMC, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	30
2	Distribuição do NAF e IMC segundo faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	32
3	Prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográficas e econômicas em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	33
4	Prevalência de TMC segundo NAF e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	34
5	Prevalência de TMC segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	35
6	Razão de Prevalência de TMC segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	36

### Artigo 2

#### Tabela

1	Caracterização sociodemográfica e econômica e prevalência de SD, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	67
2	Distribuição do NAF e IMC segundo faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	69
3	Prevalência de SD segundo variáveis sociodemográficas e econômicas em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	70
4	Prevalência de SD segundo NAF e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	71
5	Prevalência de SD segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	72
6	Razão de Prevalência de SD segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.....	73

## LISTA DE SIGLAS

AF	Atividade Física
BDNF	<i>Brain-Derived Neurotrophic Factor</i> (em português, Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies – Depression
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DP	Desvio Padrão
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i> (em português, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição)
IA	Intervalo Amostral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i> (em português, Questionário Internacional de Atividade Física)
ISA-Mulher	Inquérito de Saúde da Mulher
NAF	Nível de Atividade Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RP	Razão de Prevalência
SD	Sintomas Depressivos
SM	Salário Mínimo
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	17
<b>3 ARTIGOS PRODUZIDOS</b> .....	18
3.1 ARTIGO 1: Prevalência de transtorno mental comum segundo o nível de atividade física e o índice de massa corporal em mulheres da cidade de Uberaba-MG .....	18
3.2 ARTIGO 2: Prevalência de sintomas depressivos segundo o nível de atividade física e o índice de massa corporal em mulheres da cidade de Uberaba-MG .....	56
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>APÊNDICES</b> .....	97
<b>ANEXOS</b> .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a saúde mental como um importante componente na definição de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Para compreendê-la, é preciso considerar que seu conceito é amplo e vai além da mera ausência de transtornos mentais, abrangendo entre outras coisas, a auto-realização do potencial intelectual e emocional, o bem-estar subjetivo, a autonomia, a competência e a auto-eficácia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001a). Portanto, ter uma boa saúde mental implica em lidar com tensões normais do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e atingir as potencialidades pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física para a satisfação geral do indivíduo. Estas vertentes se inter-relacionam e apresentam profunda interdependência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001a). Isto porque o comportamento, os pensamentos e os sentimentos afetam significativamente a saúde física (a adoção de hábitos saudáveis depende da saúde mental do indivíduo), assim como a saúde física impacta diretamente sobre a vitalidade mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001a).

Segundo Lopez e Murray (1998), somente depois da publicação da *Global Burden of Disease Study* pela OMS e pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard em 1994 é que houve conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública. Por meio das investigações epidemiológicas no campo da saúde mental observou-se a partir da década de 90, um padrão de morbidade anteriormente desconhecido, constituído de distúrbios não psicóticos, especialmente a depressão (definida como um estado patológico caracterizado por desânimo e falta de interesse em qualquer atividade (LUDERMIR; LEWIS, 2001) com certa duração, frequência e intensidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)), e os transtornos mentais comuns (TMC) (que não compreendem uma doença, mas caracterizam-se por apresentar vasta sintomatologia como: cansaço físico, dificuldades para dormir e concentrar-se e irritabilidade) (CHENG, 1989; GOLDBERG; HUXLEY, 1991). Em conjunto, depressão e TMC são aqui denominados transtornos mentais, e suas prevalências variam consideravelmente e atingem altas taxas, como pode ser observado no Brasil, onde tem ocorrido um aumento com o passar dos anos, subindo de 22,7% no final do

século XX (LIMA et al., 1996) para 35% a partir do ano 2000 (LUDERMIR; MELLO-FILHO, 2002).

Grande parte das populações no mundo passa por esse crescimento na carga de problemas de saúde mental, com destaque para o gênero feminino e para idades mais avançadas (COSTA; LUDERMIR, 2005; LUDERMIR; MELLO-FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; ROCHA et al., 2012). Maragno et al. (2006) observaram uma prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) significativamente maior no gênero feminino (27,99%), com uma tendência linear de aumento dessa prevalência com o passar da idade, como também encontrado por Lima et al. (1996). Em um município do Nordeste, a prevalência destes sintomas não psicóticos também aumentava com o passar da idade com predominância também entre as mulheres (35,3%) (ROCHA et al., 2012). O aumento da idade também contribui para o incremento dos casos de depressão. Gazelle et al. (2004) observaram uma alta prevalência de sintomas depressivos em idosos residentes no Sul do Brasil, com escores estatisticamente maiores nas mulheres e em idosos com idade mais avançada, comprovando que com o passar da idade, aumenta-se a prevalência de transtornos mentais, especialmente no gênero feminino (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

Conforme as estimativas do Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, os transtornos mentais acometem 700 milhões de pessoas no mundo, o que corresponde de 13 a 14% do total de todas as doenças, e um terço do total de casos de doenças não transmissíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Isto é reflexo das mudanças dos padrões de morbi-mortalidade, frutos do processo de transição epidemiológica e demográfica (OMRAN, 2005), que impacta significativamente sobre os anos vividos com incapacidade (WHITEFORD et al., 2015) e gera piora da qualidade de vida (WHITEFORD et al., 2013).

Desta forma, as doenças mentais não contribuem com elevadas taxas de mortalidade, mas exercem considerável sofrimento humano (GUMARÃES; CALDAS, 2006; SCHRAMM et al., 2004) e prejuízos econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001b), uma vez que apresentam longa duração. Além disso, a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos psiquiátricos, denominada comorbidade, é um evento comum (DE ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006) gerando maiores danos ao indivíduo. Os TMC e a depressão, por exemplo, tem um expressivo padrão de morbidade desde meados da década de 90 (CHENG, 1989; GOLDBERG; HUXLEY, 1991) que perdura na atualidade (ROCHA et al., 2012), e representa alto ônus social e



econômico, por causar absenteísmo e elevar a demanda nos serviços de saúde (GOLDBERG; HUXLEY, 1991; LUDERMIR; MELLO-FILHO, 2002).

Considerando que a saúde física e mental apresenta profunda relação, é fundamental conhecer o nível de atividade física (NAF) destas pessoas, uma vez que elevados NAF associam-se positivamente com a boa saúde mental (BABYAK et al., 2000; GUMARÃES; CALDAS, 2006; KRITZ-SILVERSTEIN; BARRETT-CONNOR; CORBEAU, 2001; MATHER et al., 2002). A atividade física corresponde a qualquer movimento corporal que requer gasto energético além dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Ela pode ser vivenciada nas dimensões de atividades ocupacionais, prática esportiva, lazer, atividades domésticas e transporte (ROCHA et al., 2011a). A inatividade física e o sedentarismo são fatores de risco para promover o aumento do peso corporal, o qual tem associações negativas tanto para a saúde física (PITANGA, 2002) quanto para a saúde mental (CORREIA; RAVASCO, 2014; HRABOSKY; THOMAS, 2008; MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008; SIMON et al., 2006). Um importante estudo prospectivo (ROBERTS et al., 2003) sugeriu a existência de efeitos recíprocos entre obesidade e depressão. Isto significa que tanto a obesidade aumenta o risco de sintomas depressivos quanto transtornos depressivos podem levar a obesidade. Em relação ao TMC, foi observado um aumento da sua prevalência juntamente com as categorias de IMC para sobrepeso em mulheres (VEGGI et al., 2004).

Além disso, os diferentes meios pelos quais uma sociedade enfrenta os desafios, as agressões, os conflitos e as mudanças, em meio às contradições entre a natureza biológica e psicológica, tem reflexo direto nas relações saúde-doença mental (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009; ROEDER, 2003). Os distúrbios mentais assim como as doenças físicas são resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001a). Existe, por exemplo, uma profunda ligação entre o *status* socioeconômico e doenças mentais (BLAS; KURUP, 2010). Indivíduos desfavorecidos culturalmente e economicamente, estão sujeitos a maiores níveis de estresse e, conseqüentemente a um futuro sofrimento psíquico (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; LUDERMIR; MELLO-FILHO, 2002).

Apesar de todos estes elevados indicadores, a doença mental de modo geral é negligenciada quando comparada à saúde física, especialmente nos países subdesenvolvidos (DE ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006) alheios a adequados planejamento e investimento nos serviços e na assistência à saúde pública dentro do

contexto psíquico (THORNICROFT; MAINGAY, 2002). Há um descompasso entre a procura e a oferta dos serviços neste setor, e por este motivo apenas parte dos casos existentes consegue ser identificada e tratada de forma adequada, promovendo aumento dos custos sociais e econômicos (ALMEIDA-FILHO et al., 1997; GOLDBERG; HUXLEY, 1991; ROCHA et al., 2011a).

Uma forma de diagnosticar indivíduos com estes transtornos mentais, e com os resultados obtidos propor intervenções, é por meio do rastreio populacional. A investigação e o monitoramento da saúde mental da população são fundamentais, pois auxiliam na identificação do número de indivíduos com estes agravos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001a) bem como de fatores associados, como por exemplo, o estilo de vida ativo/sedentário e o IMC. A partir destes achados, é possível obter um maior embasamento nas estratégias de atenção à saúde mental assim, direcionar a atenção para os grupos de risco favorecendo melhorias nos aspectos necessários (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; TEYCHENNE; BALL; SALMON, 2010).

De posse destas informações, serão apresentados a seguir dois artigos que tratam da temática. O primeiro, intitulado “Prevalência de transtorno mental comum segundo o nível de atividade física e o índice de massa corporal em mulheres da cidade de Uberaba-MG” objetivou estimar a prevalência de TMC e verificar sua relação com NAF, IMC e variáveis sociodemográficas e econômicas em mulheres adultas e idosas residentes na área urbana da cidade de Uberaba, Minas Gerais. O segundo artigo intitulado “Prevalência de sintomas depressivos segundo o nível de atividade física e o índice de massa corporal em mulheres da cidade de Uberaba-MG” teve como meta identificar a prevalência de SD e sua relação com NAF, IMC e variáveis sociodemográficas e econômicas em mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, Minas Gerais.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais são morbidades psíquicas significativamente prevalentes em todo o mundo, e afetam indivíduos de faixas etárias diferentes, causando sofrimentos tanto para quem a possui quanto para a família e a comunidade (ROCHA et al., 2011a), tendo forte associação com declínios na função social.

Segundo Rocha et al.(2011a), há uma escassez de informações acerca da morbidade psíquica das populações, a fim de ofertar dados que auxiliem em medidas intervencionistas adequadas e capazes de contribuir para aperfeiçoar os indicadores de saúde mental e a qualidade de vida deste grupo.

Observa-se assim a necessidade de realizar levantamentos populacionais a fim de identificar a prevalência dos sintomas psíquicos antes da instalação da doença bem como os fatores associados a estas manifestações. Isto possibilita um maior embasamento para as intervençõesna saúde mental.

Acerca do conhecimento das condições de saúde de uma população específica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta como proposta o conhecimento do perfil epidemiológico da população feminina regionalmente, considerando que o quadro de saúde e os serviços de saúde disponíveis às mulheres podem variar de acordo com a localidade. Assim, conhecer regionalmente as principais necessidades de saúde e doenças prevalentes ajudará na orientação do atendimento em saúde, sendo essa uma das premissas do PAISM (Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática) (SANTOS, 2010).

Desta forma, observa-se a relevância na execução de inquéritos populacionais, como o presente estudo (Inquérito Saúde da Mulher no município de Uberaba, MG - ISA-Mulher), a fim de conhecer a realidade da população e, a partir dos resultados encontrados, propor estratégias de intervenção já comprovadas pela literatura.

De posse das informações geradas por este estudo transversal populacional, os diversos atores da gestão em saúde terão subsídios para a elaboração de políticas, programas, campanhas e ações preventivas ou curativas e ainda a promoção da saúde, direcionando essas ações para um público conhecido e determinado.

### **3 ARTIGOS PRODUZIDOS**

#### **3.1 ARTIGO 1:**

**Prevalência de transtorno mental comum segundo o nível de atividade física e o índice de massa corporal em mulheres da cidade de Uberaba-MG**

*Prevalence of common mental disorder according to physical activity level and body mass index in women in the city of Uberaba-MG*

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de transtorno mental comum (TMC) e verificar sua relação com níveis de atividade física (NAF) e índice de massa corporal (IMC) e, de forma coadjuvante, as relações com variáveis sociodemográficas e econômicas, em mulheres adultas e idosas, residentes na área urbana da cidade de Uberaba, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, como foco na identificação do perfil de saúde, oriundo do Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher, 2014). A amostra (probabilística em múltiplos estágios) foi composta por 1520 mulheres. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, por entrevistadoras previamente treinadas. Para identificação e caracterização sociodemográfica e epidemiológica foi utilizado um bloco contendo informações demográficas e econômicas acerca da entrevistada. Para investigação dos TMC, foi utilizada a escala *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), sendo considerado o ponto de corte  $\geq$  oito pontos para caracterizar a presença de TMC. O NAF foi mensurado por meio do IPAQ, sendo considerada ativa a mulher com pontuação  $\geq$  150 minutos (atividades moderadas) ou  $\geq$  120 minutos (atividades vigorosas). Foram mensurados peso e altura para cálculo do IMC. Para análise dos dados, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (frequências, média, desvio padrão), análise inferencial (teste Qui-quadrado) e análise multivariada (regressão de Poisson), sendo considerado  $p < 0,05$ . A prevalência de TMC encontrada foi de 29,67%; a maioria das mulheres avaliadas foi considerada fisicamente ativa de acordo com o IPAQ (90,26%) e com sobrepeso (38,54%). 55,38% das mulheres com TMC estavam na faixa etária de 30-59 anos. Houve diferença significativa entre TMC segundo o NAF apenas para a faixa etária 60-79 anos ( $p=0,027$ ). Não houve significância no modelo ajustado de Razão de Prevalência (RP) para estas variáveis ( $p=0,235$ ). Não foi encontrada associação significativa para a presença de TMC segundo IMC e faixas etárias. Houve diferença significativa entre a presença de TMC e as seguintes características sociodemográficas e econômicas: estado civil (solteira, em união, separada, viúva) ( $p=0,003$ ); ser ou não chefe de família ( $p=0,004$ ); categorias de renda familiar ( $p < 0,001$ ) e categorias de escolaridade ( $p < 0,001$ ). A prevalência de TMC entre as mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, MG, mostrou-se elevada, porém sem associações significativas com o NAF e o IMC. Por outro lado, encontra-se associada às desvantagens socioeconômicas (baixa renda e baixa escolaridade) e a

questões sociodemográficas (estar em união e ser ou não chefe de família).

**Palavras-chave:** Ansiedade. Transtornos mentais. Saúde mental. Atividade física. Exercício. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence of common mental disorders (CMD) and verify its relationship with physical activity level (PAL), body mass index (BMI) and economic / demographic variables in adult and elderly women living in the urban area in the city of Uberaba, Minas Gerais. This is a population-based cross-sectional study, focused on identifying health profile and it is part of the Inquérito de Saúde da Mulher, in Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher, 2014). The sample (multistage probabilistic) consisted by 1520 women. Previously trained interviewer performed the data collection. To identify demographic and epidemiological characteristics a specific questionnaire was used. For investigation of CMD, it was used the Self-Report Questionnaire (SRQ-20), and the cutoff point  $\geq$  eight points to characterize positive CMD was considered. The PAL was measured by IPAQ (International Physical Activity Questionnaire); it was considered active, women with  $\geq$  150 minutes (moderate activities) or  $\geq$  120 minutes (vigorous activity) score. Weight and height were measured to calculate BMI. For statistical analysis, it was used: descriptive statistics (frequency, mean, standard deviation); inferential analysis (chi-square test) and multivariate analysis (Poisson regression); it was considered  $p < 0.05$ . CMD prevalence was 29,67%; most of the women studied were considered as active (90.26%) and as overweight (38.54%). 55.38% of women with CMD were 30-59 years old. It was found a significant difference between CMD and PAL only for the age group 60-79 years old ( $p = 0.027$ ). There was no significance in the adjusted prevalence ratio (PR) for these variables ( $p = 0.235$ ). There was no significant association for CMD positive according to BMI and age groups. There was a significant difference between the presence of CMD and the following demographic/economic characteristics: marital status (single, married, separated, and widowed) ( $p = 0.003$ ); be or not to be head of family ( $p = 0.004$ ); family income categories ( $p < 0.001$ ) and schooling categories ( $p < 0.001$ ). The prevalence of CMD in adult and elderly women in Uberaba's city, Minas Gerais, was high, but significant associations with PAL and BMI were found. On the other hand, CMD was associated with economic disadvantages (low income and low education) and socio demographic questions (married and be or not to be the head of family).

**Keywords:** Anxiety. Mental disorders. Mental health. Motor activity. Exercise. Women's health.

## **Introdução**

O conceito de Transtorno Mental Comum (TMC) foi descrito por Goldberg e Huxley (1991) por meio de um modelo biossocial, como os casos que apresentam sintomas não psicóticos, como fadiga, irritabilidade, insônia, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sintomas depressivos (GOLDBERG; HUXLEY, 1991), os quais acarretam incapacidade funcional do indivíduo (LUDERMIR, 2008). Estes sintomas refletem respectivamente em dificuldades de realizar as atividades normais por causa do cansaço excessivo, resposta exagerada a um estímulo, falta de sono ou dificuldade prolongada para adormecer por vários dias, falha na retenção ou na evocação dos dados da memória podendo estar associado a distúrbios de atenção, e diversos e variados sintomas sem explicação física e cognitiva (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; ROCHA et al., 2011a).

Apesar de toda a sintomatologia em questão, os TMC não cumprem os requisitos para os diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). É importante considerar que, mesmo não sendo classificado como uma doença, o rastreamento da prevalência de TMC em diferentes populações merece destaque. Isto porque este transtorno manifesta sinais e sintomas que, se não identificados desde o início, provavelmente podem evoluir para quadros mais avançados e crônicos de transtorno mental. Em acréscimo, causam sofrimento que gera prejuízos a nível mental, social e laboral na vida dos indivíduos (GOLDBERG; GOODYER, 2005; MARAGNO et al., 2006).

Já é um consenso na literatura de que as prevalências de TMC tem aumentado com o passar dos anos, especialmente entre as mulheres (ANSEMI et al., 2008; LUDERMIR, 2008; MOREIRA et al., 2011; ROCHA et al., 2010). Um estudo longitudinal conduzido em Taiwan observou que a prevalência de TMC duplicou ao longo de 20 anos, passando de 11,5% em 1990 para 23,8% em 2010, sendo o gênero feminino um provável fator de risco (FU et al., 2013).

Outro fator que pode estar associado à saúde mental é o Nível de Atividade Física (NAF). A Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta a proposta de ampliar e qualificar a promoção da saúde por meio da prática corporal e de atividade física. A adoção de um estilo de vida ativo não só previne como funciona como tratamento não farmacológico complementar às diversas doenças (síndrome metabólica,



cardiopatias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, osteoporose e algumas neoplasias) (BAUMAN, 2004; BRASIL, 2010; LEE et al., 2012), inclusive dos distúrbios mentais (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009; BAUMAN, 2004; KEMPERMANN et al., 2010). Portanto, previamente à intervenção é preciso investigar o padrão epidemiológico do NAF em subgrupos populacionais (ZANCHETTA et al., 2010). Também estão mais vulneráveis à ocorrência de TMC os indivíduos com obesidade (BJØRNGAARD et al., 2015; FEZEU et al., 2015; KIVIMÄKI et al., 2009a), havendo neste ponto efeitos recíprocos entre excesso de adiposidade e transtornos mentais (ROBERTS et al., 2003; FEZEU et al., 2015). Além disso, indicadores socioeconômicos como baixa escolaridade e baixa renda também têm mostrado associações com a presença de TMC.

A realização de levantamentos populacionais que investiguem a prevalência desta morbidade psíquica e fatores a ela associados mostra-se relevante, permitindo identificar precocemente os casos e sugerir e/ou encaminhar para estratégias de intervenção apropriadas. Isto promove melhor entendimento deste transtorno mental e benefícios na assistência a esta população, impedindo a deterioração e prevenindo a instalação de quadros crônicos. Até o presente momento são desconhecidos estudos que tenham relacionado concomitantemente TMC ao NAF e TMC ao IMC, como fizemos. Desta forma, este trabalho objetivou estimar a prevalência de transtorno mental comum e suas relações com níveis de atividade física (NAF) e índice de massa corporal (IMC) e, de forma coadjuvante, as relações com variáveis socioeconômicas e demográficas, em mulheres adultas e idosas, residentes na área urbana da cidade de Uberaba, Minas Gerais.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional e transversal de base populacional, com foco na identificação do perfil de saúde. Os dados do presente estudo são oriundos de uma pesquisa mais abrangente: o Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba, Minas Gerais (MG), 2014 (ISA-Mulher, 2014), que investigou o perfil geral de saúde das mulheres residentes na cidade de Uberaba, MG.

### Caracterização da população

A cidade de Uberaba, MG está localizada na região do Triângulo Mineiro, e

atualmente (2015) conta com uma população estimada de 322.126 habitantes\*. Os dados utilizados para o cálculo amostral foram baseados no CENSO 2010 do IBGE, período em que havia uma população total de 296 mil habitantes, sendo 151.527 mulheres (BRASIL, 2011).

### Participantes

A amostra do projeto ISA-Mulher foi composta por mulheres com idade a partir de 18 anos. Porém para este estudo, foram consideradas apenas as mulheres de vida adulta (idade entre 20 e 59 anos) e idosas (com 60 anos ou mais), de acordo com o preconizado pelo relatório “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi um pré-requisito para a participação das mulheres, que foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa bem como da garantia quanto ao sigilo e a confidencialidade das informações coletadas. A pesquisa passou pela análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e recebeu aprovação sob número do protocolo 1826/2010.

### Processo Amostral

Para a seleção das participantes, considerou-se uma amostragem probabilística em múltiplos estágios, a priori por setores censitários e em seguida por domicílios. Foram selecionados aleatoriamente no primeiro estágio 24 de um total de 36 bairros, respeitando a proporcionalidade populacional de cada distrito em termos de quantidade de bairros. No segundo estágio, selecionou-se dentro de cada bairro previamente sorteado e também de forma aleatória, 25% dos setores censitários, respeitando a proporcionalidade populacional de cada bairro em termos de quantidade de setores censitários. Dentro de cada setor censitário sorteado, os domicílios foram selecionados de forma sistemática. O primeiro domicílio selecionado correspondia ao início do setor censitário. Os demais domicílios selecionados obedeceram a um intervalo amostral (IA) = 32, até atingir a quantidade desejada para cada estrato de interesse quanto à faixa etária.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se a ausência de conhecimento

---

\* [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_2015\\_TCU\\_20160211.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160211.pdf)

a priori sobre as estimativas das prevalências dos eventos de interesse. Assim, adotou-se todos iguais à 50%. Para inferir as estimativas de interesse encontradas na amostra sobre a população foi considerado um nível de confiança de 95% e margem de erro de no máximo 2,5%, segundo a fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \pi(1 - \pi)}{(me)^2}$$

Sendo  $Z_{\alpha}$ : escore da distribuição normal considerando o nível de significância ( $\alpha=0,05$ );  $me$ : margem de erro para as estimativas intervalares;  $\pi$ : proporção estimada do evento de interesse. O tamanho amostral final para mulheres com idade  $\geq 18$  anos foi de  $n=1530$  mais 20% de perda ( $n=1530 + 306= 1836$ ).

Para que esta amostra de estudo fosse representativa sobre a população de mulheres do município de Uberaba quanto à faixa de idade, renda, escolaridade e cor da pele, foram consideradas as mesmas proporções populacionais destes estratos quanto à faixa de idade, segundo os dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2011).

Mesmo que houvesse mais de uma mulher acima de 18 anos no mesmo domicílio, foi selecionada para entrevista somente uma. Caso o final do setor censitário fosse alcançado, mas o número máximo de entrevistadas para aquele setor não tivesse sido atingido, retornava-se ao início do setor, a partir da casa seguinte à primeira selecionada.

### Instrumentos

Para identificação e caracterização socioeconômica e demográfica, foi utilizado um questionário, previamente testado em um estudo piloto, contendo perguntas acerca de: data de nascimento, situação conjugal atual (solteira, em união, separada, viúva), escolaridade em anos completos de estudo (0; 1-4; 5-8; 9-11;  $\geq 12$ ) (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012), cor da pele (branca, amarela, parda, preta, vermelha, outra), renda familiar total mensal, categorizada para salários mínimos (SM):  $< 2$  SM;  $\geq 2$  SM até 3 SM;  $\geq 4$  SM até 9 SM;  $\geq 10$  SM até 19 SM;  $\geq 20$  SM) (IBGE, 2014), número de pessoas que residem na casa, número de pessoas que contribuem com a renda familiar, chefe de família ou não, exerce ou não trabalho remunerado.

Para investigação do transtorno mental comum (TMC), utilizou-se a escala *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). Desenvolvido por Harding et al.(1980), e validada

para o Brasil por Mari e Williams (1986) e por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), é um instrumento de baixo custo e fácil aplicação, amplamente indicado para o rastreamento psiquiátrico (MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS; DE ARAÚJO; DE OLIVEIRA, 2009) de transtornos mentais não psicóticos (COSTA et al., 2010; DA SILVA; MENEZES, 2008; LIMA et al., 2008) tanto no contexto clínico quanto em estudos epidemiológicos (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SEN; WILKINSON; MARI, 1987). Possui respostas categóricas (sim: um ponto; não: zero ponto), sendo o escore final calculado pela soma (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). O ponto de corte para mulheres é de 7/8 (até sete respostas positivas: sem risco para TMC; oito ou mais respostas positivas: risco para o TMC) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008), sendo verificada para este valor uma sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% (LIMA et al., 2008; MARI; WILLIAMS, 1986).

O NAF foi mensurado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ), versão longa. No Brasil, é uma ferramenta validada (BARROS; NAHAS, 2000; BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; MATSUDO et al., 2001; PARDINI et al., 2001) e útil em estudos epidemiológicos para todas as faixas etárias, uma vez que tem boa precisão e estabilidade nas medidas (BENEDETTI et al., 2007). Objetiva estimar o tempo gasto semanalmente em atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa em um conjunto abrangente de domínios (a- atividade física de lazer e recreação, b- atividades domésticas e de jardinagem, c- atividade física relacionada ao trabalho, d- atividade física relacionada ao transporte, e- tempo sentado) (CRAIG et al., 2003; MATSUDO et al., 2001). O ponto de corte utilizado para classificar as participantes como fisicamente ativas, foi de um tempo gasto em atividades de intensidade moderada maior ou igual a 150 minutos (PATE et al., 1995; U.S., 1996) ou um tempo gasto em atividades de intensidade vigorosa maior ou igual a 120 minutos (ARMSTRONG; BAUMAN; DAVIES, 2000), sendo considerados para cálculo os domínios atividade física relacionada ao trabalho, atividades domésticas e atividades físicas de lazer e recreação (ABEL; GRAF; NIEMANN, 2001).

Os dados antropométricos foram obtidos através das mensurações de peso e altura. O peso foi aferido por meio de balança digital da marca OMRON e a altura por meio de fita métrica de 1,50 metros de comprimento. Para o cálculo do IMC considerou-se a relação entre o peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura

(em metros). Seguindo as recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000), a amostra foi classificada em: baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obeso. Porém, para as mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, considerou-se a classificação segundo Lipschitz (1994) em: baixo peso, eutrófico e sobrepeso.

### Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no período de março a outubro de 2014 por meio de entrevistas domiciliares, por entrevistadoras do gênero feminino, previamente treinadas em um estudo piloto. As entrevistadoras levavam a campo um manual que continha explicações acerca das questões que compunham o questionário ISA-Mulher, 2014, para consultar caso surgissem dúvidas no momento da entrevista.

Conforme as entrevistas foram concluídas, houve a supervisão de campo com conferência das mesmas. Foi feita checagem aleatória via telefone de 10% das entrevistas realizadas em cada setor censitário.

### Processamento dos dados

Previamente à tabulação dos dados, criou-se uma máscara no programa EpiData® para a entrada dos mesmos. Foi realizada dupla digitação, a fim de verificar a coerência do banco de dados.

### Análise Estatística

Para análise, as mulheres foram alocadas nas faixas etárias: 20-29 anos (adulta jovem); 30-59 anos (adulta); 60-79 anos (idosa) (MARTINS; CARVALHO; MACHADO, 2015) e com idade igual ou superior a 80 anos (muito idosa) (MORAES, 2012).

Os dados foram digitados no *software* EpiData® e as análises estatísticas foram conduzidas no programa Stata 13. Foi considerada como variável preditora os transtornos mentais comuns e como variáveis desfechos o nível de atividade física, o aumento da idade e o índice de massa corporal. O nível de significância estatístico adotado foi de 95% ( $p < 0,05$ ).

Realizou-se inicialmente a análise descritiva para obter a frequência e porcentagens das variáveis em estudo. Em seguida, procedeu-se à análise bivariada (teste Qui-quadrado) para mensurar a associação entre a variável preditora

(independente) e os desfechos (dependentes) bem como para verificar a distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas. Foi calculado o intervalo de confiança (IC-95%) para comparação das prevalências entre as categorias das variáveis.

Para estabelecer a relação entre as variáveis e obter as estimativas da Razão de Prevalência (RP) foi realizada análise multivariada, por meio do modelo de regressão de Poisson, usando variáveis sociodemográficas e econômicas como variáveis de ajuste ( $5\% < p < 20\%$ ). Não houve significância estatística nos modelos ajustados para TMC, NAF e faixas etárias; e para TMC, IMC e faixas etárias.

## Resultados

A amostra final do ISA-Mulher, 2014 totalizou em 1557 entrevistadas. Para este estudo, foram consideradas somente as mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Assim, a amostra correspondeu a 1520 mulheres.

A idade máxima alcançada foi de 94 anos (Média= 50,67; DP= 16,71), com predomínio na faixa etária entre 30-59 anos (53,16%). Maiores informações acerca das características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Aproximadamente 30% das mulheres apresentaram TMC positivo; 90,26% foram classificadas como ativas segundo o IPAQ, porém a maior parte delas com sobrepeso de acordo com o IMC (38,54%) (Tabela 1).

Houve diferença significativa entre o NAF e o IMC segundo a faixa etária (ambos com  $p < 0,001$ ), como pode ser visualizado na Tabela 2.

A Tabela 3 traz informações acerca da presença de TMC segundo características sociodemográficas e econômicas. Em relação à idade, a ocorrência de TMC aumentou até a faixa etária de 30-59 anos (55,38%). Houve diferença significativa entre a presença de TMC e as variáveis: estado civil ( $p=0,003$ ); chefe de família ( $p=0,004$ ); renda familiar ( $p < 0,001$ ) e escolaridade ( $p < 0,001$ ), com predomínio de TMC entre mulheres que viviam com companheiro (52,58%), que não eram chefes de família (50,80%), com renda menor do que dois salários mínimos (41,48%), com baixa escolaridade (de 1 a 4 anos de estudo) (26,23%) e nas mulheres que não exerciam trabalho remunerado (65,70%).

A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres fisicamente ativas (88,68%). Não foram observados registros de TMC para a categoria de inativas na faixa etária de muito idosas ( $\geq 80$  anos). Houve associação estatisticamente significativa entre a

presença de TMC segundo o NAF apenas para a faixa etária 60-79 anos ( $p=0,027$ ). Porém, não houve significância no modelo ajustado de RP para estas variáveis ( $p=0,235$ ) (Tabela 4).

Em relação ao IMC, a maior ocorrência de TMC se deu entre as mulheres com sobrepeso (37,41%). A distribuição das mulheres com TMC segundo o IMC predomina na faixa etária de 30-59. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a presença de TMC segundo IMC e faixas etárias (Tabela 5) e entre a Razão de Prevalência de TMC segundo IMC e faixas etárias (Tabela 6). O modelo ajustado de RP 3 para a faixa etária de 20-29 anos que apresentou  $p=0,109$  (Tabela 6) também não apresentou significância ( $p=0,187$ ).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica/econômica e prevalência de TMC, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Características	Total	
	n	(%)
Grupos de idade		
20-29 anos	225	14,80
30-59 anos	808	53,16
60-79 anos	445	29,28
≥ 80 anos	42	2,76
<b>Total</b>	1520	100,00
Raça		
Branca	843	55,79
Parda	435	28,79
Preta	191	12,64
Amarela	18	1,19
Outra	24	1,59
<b>Total**</b>	1511	100,00
Escolaridade		
0 anos	56	3,68
1 a 4 anos	326	21,45
5 a 8 anos	356	23,42
9 a 11 anos	294	19,34
12 anos e mais	488	32,11
<b>Total</b>	1520	100,00
Estado Civil		
Solteira	338	22,25
Em união	804	52,93
Separada	147	9,68
Viúva	230	15,14
<b>Total**</b>	1519	100,00
Renda Familiar (salário mínimo*)		
<2	480	31,58
≥ 2 até 3	593	39,01
≥ 4 até 9	327	21,51
≥ 10 até 19	34	2,24
≥ 20	86	5,66
<b>Total</b>	1520	100,00
Chefe de Família		
Sim	641	43,34
Não	838	56,66
<b>Total**</b>	1479	100,00
Exerce Trabalho Remunerado		
Sim	556	36,58
Não	964	63,42
<b>Total</b>	1520	100,00
Transtorno Mental Comum		
Sim	446	29,67
Não	1057	70,33



**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica/econômica e prevalência de TMC, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Características	Total	
	n	(%)
<b>Total**</b>	1503	100,00
Nível de Atividade Física		
Ativa	1205	90,26
Inativa	130	9,74
<b>Total**</b>	1335	100,00
Índice de Massa Corporal		
Baixo peso	105	6,98
Eutrófico	543	36,08
Sobrepeso	580	38,54
Obeso	277	18,41
<b>Total**</b>	1505	100,00

TMC: Transtorno Mental Comum; NAF: Nível de Atividade Física; IMC: Índice de Massa Corporal;

\*Salário mínimo do Brasil do ano de 2014: R\$ 724,00; \*\*Número máximo de dados faltantes: 185.

**Tabela 2** – Distribuição da prevalência do NAF e IMC segundo faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

	Nível de Atividade Física		p	Índice de Massa Corporal			p
	Inativa n - % (IC - 95%)	Ativa n - % (IC - 95%)		Baixo peso n - % (IC - 95%)	Eutrófico n - % (IC - 95%)	Sobrepeso n - % (IC - 95%)	
20-29 anos	16 – 12,31 (7,66-19,18)	181 – 15,02 (13,11-17,15)		15 – 14,29 (0,87-22,40)	105 – 19,34 (16,22-22,88)	59 – 10,17 (7,95-12,91)	44 – 15,88 (12,02-20,68)
30-59 anos	54 – 41,54 (33,53-50,21)	676 – 56,10 (53,27-58,88)	<0,001	21 – 20,00 (13,38-28,79)	250 – 46,04 (41,87-50,25)	295 – 50,86 (46,79-54,92)	233 – 84,12 (79,31-87,97)
60-79 anos	52 – 40,00 (31,90-48,67)	325 – 26,97 (24,53-29,55)		63 – 60,00 (50,32-68,95)	168 – 30,94 (27,18-34,96)	210 – 36,21 (32,28-40,20)	–
≥ 80 anos	8 – 6,15 (3,09-11,85)	23 – 1,91 (1,27-2,85)		6 – 5,71 (2,57-12,18)	20 – 3,68 (2,38-5,64)	16 – 2,76 (1,69-4,45)	–
<b>Total</b>	130 – 9,74	1205 – 90,26		105 – 6,98	543 – 36,08	580 – 38,54	277 – 18,40

NAF: Nível de Atividade Física; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança.

**Tabela 3** – Prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográficas e socioeconômicas em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>n - %</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>
<b>Grupos de idade</b>			
20-29 anos*	64 – 14,35	11,38-17,93	0,778
30-59 anos	247 – 55,38	50,71-59,95	
60-79 anos	123 – 27,58	23,61-31,92	
≥ 80 anos	12 – 2,69	1,53-4,68	
<b>Total</b>	446 – 100,00		
<b>Raça</b>			
Branca	236 – 53,27	48,60-57,88	0,125
Parda	142 – 32,05	27,86-36,55	
Preta*	48 – 10,84	8,25-14,09	
Amarela	7 – 1,58	0,75-3,28	
Outra	10 – 2,26	1,21-4,14	
<b>Total</b>	443 – 100,00		
<b>Estado Civil</b>			
Solteira	90 – 20,22	16,74-24,22	0,003
Em união*	234 – 52,58	47,92-57,19	
Separada	62 – 13,94	11,00-17,47	
Viúva	59 – 13,26	10,40-16,74	
<b>Total</b>	445 – 100,00		
<b>Chefe de Família</b>			
Sim	214 – 49,20	44,50-53,89	0,004
Não*	221 – 50,80	46,10-55,49	
<b>Total</b>	435 – 100,00		
<b>Variáveis Socioeconômicas</b>			
<b>Renda Familiar (salário mínimo**)</b>			
<2	185 – 41,48	36,98-46,12	<0,001
≥ 2 até 3	156 – 34,98	30,68-39,53	
≥ 4 até 9	76 – 17,04	13,82-20,82	
≥ 10 até 19	9 – 2,02	1,05-3,83	
≥ 20*	20 – 4,48	2,90-6,85	
<b>Total</b>	446 – 100,00		
<b>Escolaridade</b>			
0 anos	30 – 6,73	4,73-9,46	<0,001
1 a 4 anos	117 – 26,23	22,35-30,52	
5 a 8 anos	111 – 24,89	21,08-29,12	
9 a 11 anos	81 – 18,16	14,84-22,02	
12 anos e mais*	107 – 23,99	20,24-28,18	
<b>Total</b>	446 – 100,00		
<b>Exerce Trabalho Remunerado</b>			
Sim	153 – 34,30	30,03-38,84	0,274
Não*	293 – 65,70	61,15-69,96	
<b>Total</b>	446 – 100,00		

TMC: Transtorno Mental Comum; \*Grupo de referência para comparação do IC-95%; \*\*Salário mínimo do Brasil do ano de 2014: R\$ 724,00; Número máximo de dados faltantes: 11.

**Tabela 4** – Prevalência de TMC segundo NAF e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

	Nível de Atividade Física			Bruta		
	Inativa n - % (IC – 95%)	Ativa n - % (IC – 95%)	p	RP	IC-95%	p
20-29 anos	6 – 37,50 (17,32-63,20)	52 – 29,37 (23,08-36,57)	0,497	0,78	0,33-1,82	0,583
30-59 anos	17 – 31,48 (20,45-45,08)	200 – 29,80 (26,45-33,38)	0,796	0,94	0,57-1,55	0,829
TMC 60-79 anos	20 – 38,46 (26,19-52,39)	77 – 23,98 (19,61-28,98)	0,027	0,62	0,38-1,01	0,072
≥ 80 anos	-	8 – 34,78 (17,61-57,09)	0,053	-	-	-
<b>Total**</b>	43 – 11,32	337 – 88,68				

Teste Qui-quadrado. (p<0.05). TMC: Transtorno Mental Comum; IC: Intervalo de Confiança; RP: Razão de Prevalência; \*\*Número máximo de dados faltantes: 66.

**Tabela 5** – Prevalência de TMC segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

		<b>Índice de Massa Corporal</b>				
		<b>Baixo peso</b> <sup>1</sup>	<b>Eutrófica</b> <sup>2</sup>	<b>Sobrepeso</b> <sup>3</sup>	<b>Obesa</b> <sup>4</sup>	
		<b>n - %</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>n - %</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>n - %</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>n-%</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>p</b>
	20-29 anos	4 – 28,57 (10,65-57,29)	27 – 25,71 (18,19-35,00)	14 – 24,56 (15,00-37,51)	18 – 41,86 (27,98-57,14)	0,206
	30-59 anos	4 – 19,04 (7,14-41,84)	80 – 32,00 (26,49-38,05)	81 – 27,83 (22,97-33,28)	79 – 34,19 (28,34-40,57)	0,263
TMC	60-79 anos	17 – 27,41 (17,68-39,90)	42 – 25,30 (19,23-32,50)	63 – 30,58 (24,64-37,24)	–	0,526
	≥ 80 anos	1 – 16,66 (1,74-69,29)	4 – 20,00 (7,27-44,32)	7 – 43,75 (21,37-68,99)	–	0,230
	<b>Total</b>	26 – 5,90	153 – 34,69	165 – 37,41	97 – 22,00	

Teste Qui-quadrado. (p<0.05). TMC: Transtorno Mental Comum; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; Número máximo de dados faltantes: 5.

**Tabela 6** – Razão de Prevalência de TMC segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

	<b>RP Bruta</b>								
	<b>RP 1 (1/2)</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>	<b>RP 2(3/2)</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>	<b>RP 3(4/2)</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>
20-29 anos	1,11	0,38-3,17	0,844	0,95	0,50-1,82	0,889	1,62	0,89-2,95	0,109
30-59 anos	0,59	0,21-1,62	0,311	0,86	0,63-1,18	0,376	1,06	0,78-1,45	0,675
60-79 anos	1,08	0,61-1,90	0,780	1,20	0,81-1,78	0,341	-	-	-
≥ 80 anos	0,83	0,09-7,45	0,870	2,18	0,64-7,47	0,212	-	-	-

Teste de Regressão de Poisson ( $0,05 < p < 0,20$ ). TMC: Transtorno Mental Comum; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; RP1: Razão de Prevalência (Baixo Peso/Eutrófica); RP2: Razão de Prevalência (Sobrepeso/Eutrófica); RP3: Razão de Prevalência (Obesa/Eutrófica).

## Discussão

A prevalência global de TMC neste estudo correspondeu a 29,67%. Este achado se assemelha aos valores de prevalência observados em outros estudos brasileiros epidemiológicos que utilizaram o mesmo instrumento (SRQ-20) para o rastreio de TMC (ANSEMI et al., 2008; COELHO et al., 2009; ROCHA et al., 2010; ROCHA et al., 2012). Araújo, Pinho e Almeida (2005), Costa e Ludermir (2005) e Ludermir e Mello-Filho (2002) encontraram prevalências populacionais de TMC mais elevadas (39,4%, 36% e 35% respectivamente). Estas divergências nas taxas de prevalência podem ser explicadas pelas diferenças regionais, contextuais bem como de público alvo investigadas. O ponto de corte utilizado para classificar a presença/ausência de TMC também é fator a ser considerada para estas discrepâncias. Neste estudo, foi utilizado um escore igual ou superior a oito para presença de TMC (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008), valor mais recomendado para mulheres uma vez que representa os melhores pontos de sensibilidade e especificidade (MARI; WILLIAMS, 1986).

Acerca da idade, a literatura aponta um aumento da prevalência de TMC em indivíduos de mais idade (COSTA; LUDERMIR, 2005; LUDERMIR; MELLO-FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006; ROCHA et al., 2012). Na nossa amostra houve maior prevalência para a faixa etária de 30-59, com redução do TMC entre as mulheres mais velhas. Um estudo conduzido no Chile (ARAYA et al., 2001) que investigou a prevalência de TMC na população adulta (16-64 anos), encontrou maior ocorrência deste acometimento psíquico entre adultas jovens (25-39 anos). Segundo os achados de Araújo, Pinho e Almeida (2005) idade superior a 40 anos é fator associado à ocorrência de TMC em mulheres, possivelmente pela deficiência estrogênica em idades avançadas, a qual reduz a velocidade de processamento cerebral provocando prejuízos na função cognitiva e desencadeando distúrbios de humor (ALDRIGHI; PIRES, 2001). Estes achados merecem especial atenção dos profissionais da saúde visto que este grupo representa a parcela economicamente produtiva da sociedade (ARAYA et al., 2001), e um acometimento psíquico nessa fase pode comprometer seu desempenho laboral (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Em relação ao NAF, observou-se que cerca de 90% do total de entrevistadas foi considerada fisicamente ativa, com diferença significativa entre as faixas etárias e um declínio de ativas a partir dos 60 anos. A literatura aponta menores NAF em indivíduos com mais idade (MARSHALL et al., 2007; MARTINS et al., 2009) e maior inatividade

física entre mulheres (AZEVEDO et al., 2007; BURTON; TURRELL, 2000; GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2001; MARTINS et al., 2009; MONTEIRO et al., 2003; PITANGA; LESSA, 2005; ZANCHETTA et al., 2010). Estes estudos consideraram para o cálculo do NAF somente as atividades físicas de tempo livre (atividades físicas relacionadas à recreação/lazer, esporte e exercício), e em nossa abordagem, analisamos a AF de forma variada e acumulada (ABEL; GRAF; NIEMANN, 2001), como é recomendado pela saúde pública (atividades de lazer, ocupacionais, atividades domésticas) (HASKELL et al., 2007; MARTINS et al., 2009).

Entre as mulheres TMC positivo, a maioria também se mostrou fisicamente ativa (88,68%). Novamente a literatura aponta dados inversos, em que indivíduos com TMC (especialmente o público feminino) tendem a ser menos ativos do que a população geral (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009; HARVEY et al., 2010; RICHARDSON et al., 2005; ROCHA et al., 2011b). Da mesma forma, os achados destes autores referem-se apenas às atividades ligadas à prática esportiva. O elevado NAF em nosso estudo pode estar atribuído às atividades domésticas (AZEVEDO et al., 2007; HALLAL et al., 2005), uma vez que a maioria das mulheres não exerce trabalho remunerado. Araújo et al. (2006) e Ludermir e Mello-Filho (2002) também observaram altas prevalências de TMC entre donas de casa. Segundo Adamoli e Azevedo (2009), as mulheres ocupam grande parte do tempo em atividades domésticas, diminuindo o tempo disponível para atividades físicas de tempo livre. Por questões históricas, culturais e de gênero cabe ao público feminino a realização dos afazeres domésticos e por cuidar da família (GJERDINGEN et al., 2000; ROCHA et al., 2010), mesmo que trabalhando fora. Essas múltiplas funções geram sobrecarga, causando estresse e sofrimento psíquico (GRIFFIN et al., 2002; PINHO; ARAÚJO, 2012; ROCHA et al., 2010).

No que se refere ao IMC para a amostra geral, houve uma maior prevalência de mulheres com sobrepeso (38,54%), e diferença significativa entre as faixas etárias com predomínio entre 30-59 anos (50,86%). Segundo Veggi et al. (2004) o IMC médio aumenta ligeiramente com a idade. Parikh et al. (2007) também observaram um aumento deste indicador antropométrico com o passar dos anos. Isto é preocupante e torna-se um problema de saúde pública, uma vez que o excesso de peso está entre os dez fatores de risco que mais contribuem para a carga global de doenças em todo o mundo (HASLAM; JAMES, 2005).

Estabelecemos para a amostra estudada associações entre a presença de TMC e as categorias de IMC. Há uma escassez de estudos que vinculem estas variáveis



(KIVIMÄKI et al., 2009b; KIVIMÄKI et al., 2011; VEGGI et al., 2004). As pesquisas que abordam a temática saúde mental e IMC são em sua maioria voltadas para os casos de depressão (HRABOSKY; THOMAS, 2008; HUNG et al., 2014; LUPPINO et al., 2010; MARKOWITZ; FRIEDMAN; ARENT, 2008; ROBERTS et al., 2003; SIMON et al., 2006). Porém, os resultados sobre este assunto ainda são inconclusivos e muito controversos (GARIEPY; NITKA; SCHMITZ, 2010; MCELROY et al., 2004). Isto porque as relações entre obesidade e saúde mental são complexas, sendo possível estabelecer uma relação bidirecional entre transtorno mental e obesidade (CORREIA; RAVASCO, 2014; KIVIMÄKI et al., 2009b; LUPPINO et al., 2010; ROBERTS et al., 2003; SIMON et al., 2006; VOGELZANGS et al., 2008).

Para os casos positivos de TMC aqui observados, não houve associação significativa com IMC, porém a categoria de sobrepeso sobressaiu-se sobre as demais em relação à presença de TMC. Para Kivimäkiet al. (2009b) e Fezeuet al. (2015) indivíduos com TMC estão sob risco de ganho de peso, sendo esta relação mais evidente em idades avançadas (KIVIMÄKI et al., 2009a). As explicações para este fato são variadas: os TMC estão associados a distúrbios alimentares que podem influenciar nas alterações de composição corporal (KIVIMÄKI et al., 2009a); além disso, alguns dos medicamentos utilizados no manejo das alterações de humor e ansiedade podem resultar em ganho de peso (DEMYTTENAERE; JASPERS, 2008; SCHWARTZ et al., 2004). Já Veggi et al.(2004), consideraram a hipótese de que a obesidade é que causa o sofrimento psicológico. Esta direção de causalidade pode ser explicada por fatores socioculturais (VEGGI et al., 2004), em que a obesidade ainda é estigmatizada e há estereótipos acerca da ditadura da magreza, principalmente entre as mulheres (PUHL; BROWNELL, 2003),que passam a conviver com uma pressão social para terem um corpo esbelto, o que gera maior propensão a morbidades psíquicas.

Por fim, assim como na presente pesquisa diversos outros estudiosos também investigaram e encontraram associações inversas entre as condições sócio econômicas (como baixa renda e baixa escolaridade) e a presença de TMC (ANSEMI et al., 2008; COSTA et al., 2010; FRYERS; MELZER; JENKINS, 2003; LUDERMIR; LEWIS, 2005; LUDERMIR, 2008; MARAGNO et al., 2006; MARÍN-LEÓN et al., 2007; PUERTAS; RÍOS; DEL VALLE, 2006; ROCHA et al., 2010; SHIDHAYE; PATEL, 2010). Um estudo conduzido em Taiwan ao longo de 20 anos concluiu que um nível de escolaridade igual ou inferior a seis anos e não ser economicamente ativo (desempregado) são fatores de risco para TMC (FU et al., 2013). Segundo Lopes,

Faerstein e Chor(2003) e Ludermir e Mello-Filho (2002), esta desvantagem sócio econômica torna os indivíduos mais sujeitos a situações de estresse, contribuindo para ocorrência dos TMC.

Deste modo, conclui-se que as investigações no ramo da saúde mental e fatores associados se fazem necessárias e importantes. Elas permitem conhecer o perfil de saúde da população (MATHERS; LONCAR, 2006;WHITEFORD et al., 2013), e a partir dos resultados obtidos produzir intervenções efetivas, contribuindo para que os serviços de saúde sejam programados a partir das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013). Ao se tratar de ações em saúde, é preciso considerar as recomendações da Política Nacional de Promoção da Saúde a fim de induzir “mudanças socioambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual” (BRASIL, 2010). De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001) que trata da proteção e dos direitos da pessoa com transtorno mental, é responsabilidade do Estado prover assistência aos indivíduos com este acometimento.

É preciso ser levado em consideração que o presente estudo apesar de ser de base populacional, restringiu-se à investigação de TMC apenas ao público feminino. Há poucos estudos com o mesmo perfil (ARAÚJO et al., 2006;ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; PINHO; ARAÚJO, 2012; SHIDHAYE; PATEL, 2010), e nenhum deles relacionou o TMC ao NAF e o TMC ao IMC concomitantemente, como fizemos.

Uma das limitações desta pesquisa refere-se ao seu delineamento. Por tratar-se de um estudo transversal não é possível estabelecer relações diretas de causalidade entre as variáveis estudadas. Apesar disso, as informações obtidas são úteis e importantes para contribuir para as políticas de atenção à saúde a fim de orientar intervenções em saúde voltadas para esse grupo populacional. Neste sentido, é preciso considerar as questões de gênero: as mulheres têm determinantes de saúde diferentes dos homens, o que exige políticas e abordagens diferentes. Modificar o atual modelo de atenção à saúde mental das mulheres é o primeiro passo para garantir a integralidade e um atendimento mais humano, eficiente e eficaz, intervindo positivamente sobre a realidade do sofrimento psíquico das mulheres.

## **Conclusão**

A prevalência de TMC entre as mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, MG foi de 29,67%. A maioria das mulheres desta amostra é fisicamente ativa (90,26%)

segundo o IPAQ e 38,54% do total apresentam sobrepeso, de acordo com a classificação pelo IMC. Entre as mulheres com TMC, a maioria delas mostrou-se fisicamente ativa (88,68%) e na classe de sobrepeso (37,41%). Não houve associações significativas entre a presença de TMC com o NAF e o IMC. Por outro lado, a prevalência de TMC encontra-se associada às desvantagens sócio econômicas (baixa renda e baixa escolaridade) e a questões sociodemográficas.

## Referências

ABEL, T.; GRAF, N.; NIEMANN, S. Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. **International journal of public health**, Basel, v. 46, n. 4, p. 268–272, 2001.

ABU-OMAR, K.; RÜTTEN, A.; LEHTINEN, V. Mental health and physical activity in the European Union. **International journal of public health**, Basel, v. 49, n. 5, p. 301–309, 2004.

ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 243–251, 2009.

ALDRIGHI, J. M.; PIRES, A. L. R. Efeitos dos estrogênios sobre a cognição, o humor e as doenças cerebrais degenerativas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 87–87, 2001.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **The British Journal of Psychiatry**, United Kingdom, v. 171, n. 6, p. 524–529, 1997.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5: DSM-5**. [s.l.]: Artmed Editora, 2014.

ANDRADE, L.; WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, n. 7, p. 316–325, 2002.

ANGST, J. et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, Berlin, v. 252, n. 5, p. 201–209, 2002.

ANSELMI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 26–33, 2008.

ARAÚJO, T. M. DE et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de

Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260–269, 2006.

ARAÚJO, T. M. DE; PINHO, P. DE S.; ALMEIDA, M. M. G. DE. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde MaternoInfantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2005.

ARAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile Prevalence and socio-demographic correlates. **The British Journal of Psychiatry**, United Kingdom, v. 178, n. 3, p. 228–233, 2001.

ARMSTRONG, T.; BAUMAN, A.; DAVIES, J. Physical activity patterns of Australian adults: results of the 1999 National Physical Activity Survey. **Australian Institute of Health and Welfare**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2000.

AZEVEDO, M. R. et al. Gender differences in leisure-time physical activity. **International Journal of Public Health**, Basel, v. 52, n. 1, p. 8–15, 2007.

BABYAK, M. et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 62, n. 5, p. 633–638, 2000.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. G. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física (QIAF-Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23–26, 2000.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 598–605, 2007.

BAUMAN, A. E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000–2003. **Journal of Science and Medicine in Sport**, Belconnen, v. 7, n. 1, p. 6–19, 2004.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. DE. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11–16, 2007.

BHUI, K.; FLETCHER, A. Common mood and anxiety states: gender differences in the protective effect of physical activity. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 35, n. 1, p. 28–35, 2000.

BJØRNGAARD, J. H. et al. Association of Body Mass Index with Depression, Anxiety and Suicide-An Instrumental Variable Analysis of the HUNT Study. **PloS One**, San

Francisco, v. 10, n. 7, p. 1-15, 2015.

BLAS, E.; KURUP, A. S. **Equity, social determinants and public health programmes**. [s.l.] World Health Organization, 2010.

BOSWORTH, H. B. Depression increases in women during early to late menopause but decreases after menopause. **Evidence-Based Mental Health**, London, v. 7, n. 3, p. 90, 2004.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11\\_Pol\\_SaudeMental.pdf](http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11_Pol_SaudeMental.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BURTON, N. W.; TURRELL, G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. **Preventive Medicine**, New York, v. 31, n. 6, p. 673–681, 2000.

BYLES, J. et al. **Use and Costs of Medications and Other Health Care Resources: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health**. [s.l.] Women's Health Australia University of Newcastle and the University of Queensland, Department of Health and Ageing, Canberra, 2008.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Boston, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CHEDRAUI, P.; PÉREZ-LÓPEZ, F. R.; MORALES, B.; HIDALGO, L. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. **Climacteric**, London, v. 12, n. 5, p. 395–403, 2009.

CHENG, T. A. Urbanisation and minor psychiatric morbidity. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 24, n. 6, p. 309–316, 1989.

COELHO, F. M. DA C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59–67, 2009.

COMSTOCK, G. W.; HELSING, K. J. Symptoms of depression in two communities. **Psychological Medicine**, London, v. 6, n. 04, p. 551–563, 1977.

CORREIA, J.; RAVASCO, P. Weight changes in Portuguese patients with depression: which factors are involved? **Nutrition Journal**, London, v. 13, n. 1, p. 117, 2014.

COSTA, A. G. DA; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73–79, 2005.

COSTA, E. F. DE O. et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 11–19, 2010.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports Exercise**, Madison, v. 35, n.8, p. 1381–1395, 2003.

CUNHA, R. V. DA; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. DEL. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346–54, 2012.

DA SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921–929, 2008.

DE ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.

DEBOER, L. B. et al. Exploring exercise as an avenue for the treatment of anxiety disorders. **Expert Review of Neurotherapeutics**, London, v. 12, n. 8, p. 1011–1022, 2012.

DE LIMA, M. S.; SOARES, B.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 26, p. 225–235, 1999.

DEMYTTENAERE, K.; JASPERS, L. Review: Bupropion and SSRI-induced side effects. **Journal of Psychopharmacology**, Thousand Oaks, v. 22, n. 7, p. 792–804, 2008.

EATON, W. W. et al. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R). In: MARUIH, M. E. **The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment**. 3<sup>rd</sup>, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004.

FARMER, M. E. et al. Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I

Epidemiologic Follow-up Study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 128, n. 6, p. 1340–1351, 1988.

FERNANDES, R. DE C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 192–200, 2008.

FERRARI, A. J. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 10, n. 11, p. 1-12, 2013.

FEZEU, L. K. et al. Is the Relationship between Common Mental Disorder and Adiposity Bidirectional? Prospective Analyses of a UK General Population-Based Study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 5, p. 1-13, 2015.

FREEMAN, E. W. et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, n. 1, p. 62–70, 2004.

FREEMAN, E. W. et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 4, p. 375–382, 2006.

FRYERS, T.; MELZER, D.; JENKINS, R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 38, n. 5, p. 229–237, 2003.

FU, T. S.T. et al. Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. **Lancet**, London, v. 381, n. 9862, p. 235–241, 2013.

GARIEPY, G.; NITKA, D.; SCHMITZ, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Obesity**, London, v. 34, n. 3, p. 407–419, 2010.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S. DE; TAVARES, B. F. HALLAL, P. C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365–71, 2004.

GERAEDTS, A. S. et al. Long-term results of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, Pittsburgh, v. 16, n. 7, p.1-34, 2014a.

GERAEDTS, A. S. et al. Short-term effects of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. **Journal of medical Internet Research**, Pittsburgh, v. 16, n. 5, p. 1-33, 2014b.

GERBER, M.; PÜHSE, U. “Don’t crack under pressure!”—Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and

psychosomatic complaints? **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 65, n. 4, p. 363–369, 2008.

GJERDINGEN, D. et al. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. **Women & Health**, New York, v. 31, n. 4, p. 1–20, 2000.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. M. **The origins and course of common mental disorders**. 1 edition, London: Routledge, 2005.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. [s.l.], London: Routledge, 1991.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Physical activity in a probabilistic sample in the city of Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 969–976, 2001.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641–1650, 2008.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380–90, 2008.

GOODWIN, R. D. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. **Preventive medicine**, New York, v. 36, n. 6, p. 698–703, 2003.

GRIFFIN, J. M.; FUHRER, R.; STANSFELD, S. A.; MARMOT, M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? **Social Science & Medicine** (1982), New York, v. 54, n. 5, p. 783–798, 2002.

GUMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 481–492, 2006.

HALLAL, P. C. et al. D. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 573–580, 2005.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, London, v. 10, n. 2, p. 231–241, 1980.

HARVEY, S. B.; HOTOPF, M.; OVERLAND, S.; MYKLETUN, A. Physical activity and common mental disorders. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 197, n. 5, p. 357–364, 2010.



HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 39, n. 8, p. 1423–1434, 2007.

HASLAM, D. W.; JAMES, W. P. T. Obesity. **Lancet**, London, v. 366, n. 9492, p. 1197–1209, 2005.

HRABOSKY, J. I.; THOMAS, J. J. Elucidating the relationship between obesity and depression: Recommendations for future research. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Cary, v. 15, n. 1, p. 28–34, 2008.

HUNG, C.-F. et al. Relationship between obesity and the risk of clinically significant depression: Mendelian randomisation study. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 205, n. 1, p. 24–28, 2014.

IBGE (Instituto Brasileira de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2014 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (US), C. ON N. S. D. IN D. **Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenge in the Developing World**. [s.l.]: National Academy Press, 2001.

JENKINS, R. Sex differences in minor psychiatric morbidity : a survey of a homogeneous population. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 20, n. 9, p. 887-899 1985.

JOFFE, H. et al. Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. **Menopause**, New York, v. 9, n. 6, p. 392–398, 2002.

JOSEFSSON, T.; LINDWALL, M.; ARCHER, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, Copenhagen, v. 24, n. 2, p. 259–272, 2014.

KEMPERMANN, G. et al. Why and how physical activity promotes experience-induced brain plasticity. **Frontiers in Neuroscience**, Lausanne, v. 4, p. 189, 2010.

KIVIMÄKI, M. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 195, n. 2, p. 149–155, 2009a.

KIVIMÄKI, M. et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. **BMJ**, London, v. 339, p. 1-8, 2009b.

KIVIMÄKI, M. et al. Examining Overweight and Obesity as Risk Factors for Common

Mental Disorders Using Fat Mass and Obesity-Associated (FTO) Genotype-Instrumented Analysis. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 173, n. 4, p. 421–429, 2011.

KNECHTLE, B. Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders. **Praxis**, Bern, v. 93, n. 35, p. 1403–1411, 2004.

KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRETT-CONNOR, E.; CORBEAU, C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly the Rancho Bernardo Study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 153, n. 6, p. 596–603, 2001.

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LEE, Y.-H. et al. Gender Differences in the Association between Depressive Symptoms and Carotid Atherosclerosis among Middle-Aged and Older Koreans: The Namwon Study. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 29, n. 11, p. 1507–1513, 2014.

LIMA, M. C. P. L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008.

LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, New York, v. 26, n. 2, p. 211–222, 1996.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55–67, 1994.

LI, Y. et al. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. **Maturitas**, Limerick, v. 61, n. 3, p. 238–242, 2008.

LLANEZA, P. et al. Depressive disorders and the menopause transition. **Maturitas**, Limerick, v. 71, n. 2, p. 120–130, 2012.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, 2003.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease. **Nature Medicine**, New York, v. 4, n. 11, p. 1241–1243, 1998.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451–467, 2008.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental

- disorders in Northeast Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 36, n. 3, p. 101–107, 2001.
- LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 40, n. 8, p. 622–627, 2005.
- LUDERMIR, A. B.; MELLO-FILHO, D. DE. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213–21, 2002.
- LUND, C. et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science & Medicine (1982)**, New York, v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010.
- LUPPINO, F. S. et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 67, n. 3, p. 220–229, 2010.
- MAKI, P. M. et al. Summary of the National Institute on Aging-sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition. **Menopause**, New York, v. 17, n. 4, p. 815–822, 2010.
- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639–48, 2006.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, n. 1, p. 23–26, 1986.
- MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 250–253, 2007.
- MARKOWITZ, S.; FRIEDMAN, M. A.; ARENT, S. M. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. **Clinical Psychology: Science and Practice**, New York, v. 15, n. 1, p. 1–20, 2008.
- MARSHALL, S. J. et al. Race/ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 39, n. 1, p. 44–51, 2007.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A. et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 33, n. 7, p. 1142–1146, 2001.
- MARTINS, P. C.; CARVALHO, M. B. DE; MACHADO, C. J. Uso de medidas autorreferidas de peso, altura e índice de massa corporal em uma população rural do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137–148, 2015.

MARTINS, T. G. et al. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 814–24, 2009.

MATHER, A. S. et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder Randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 180, n. 5, p. 411–415, 2002.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 3, n. 11, p. 442, 2006.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 05–18, 2001.

MCELROY, S. L. et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 65, n. 5, p. 634–651, 2004.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996–1997. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 14, n. 4, p. 246–254, 2003.

MORAES, E. N. DE. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. 1 edição, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221–6, 2011.

MURPHY, J. M. et al. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 109, n. 5, p. 355–375, 2004.

NAGAHARA, A. H.; TUSZYNSKI, M. H. Potential therapeutic uses of BDNF in neurological and psychiatric disorders. **Nature Reviews Drug Discovery**, London, v. 10, n. 3, p. 209–219, 2011.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 731–757, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status: The use of and interpretation of anthropometry**, Report of a WHO Expert Committee. 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Women's mental health: An evidence based review**. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope**. 2001a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atlas**: country profiles of mental health resources 2001. 2001b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã.[s.l: s.n.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020**. [s.l.] World Health Organization, 2013.

PARDINI, R. et al. Validation of the international physical activity questionnaire (IPAQ): pilot study in brazilian young adults. **Revista Brasileira Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 45–51, 2001.

PARIKH, N. I. et al. Increasing trends in incidence of overweight and obesity over 5 decades. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 120, n. 3, p. 242–250, 2007.

PASCO, J. A. et al. Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 23, n. 2, p. 292–298, 2011.

PATEL, V. et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 49, n. 11, p. 1461–1471, 1999.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Jama**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402–407, 1995.

PATTEN, S. B. Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. **BMC Psychiatry**, London, v. 9, p. 1-11, 2009.

PERRATON, L. G.; KUMAR, S.; MACHOTKA, Z. Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 16, n. 3, p. 597–604, 2010.

PINHO, P. DE S.; ARAÚJO, T. M. DE. Association between housework overload and common mental disorders in women. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 560–572, 2012.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. **Revista Brasileira Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870–877, 2005.

PUERTAS, G.; RÍOS, C.; DEL VALLE, H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 5, p. 324–30, 2006.

PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 4, n. 4, p. 213–227, 2003.

RADLOFF, L. S. The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, St. Paul, v. 1, n. 3, p. 385–401, 1977.

REED, S. D. et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. **Maturitas**, Limerick, v. 62, n. 3, p. 306–310, 2009.

REIJNEVELD, S. A.; WESTHOFF, M. H.; HOPMAN-ROCK, M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 57, n. 6, p. 405–411, 2003.

RICHARDSON, C. R. et al. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. **Psychiatric Services**, Washington, v. 56, n. 3, p. 324–331, 2005.

ROBERTS, R. E. et al. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. **International Journal of Obesity**, London, v. 27, n. 4, p. 514–521, 2003.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 630–640, 2010.

ROCHA, S. V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80–85, 2011a.

ROCHA, S. V. et al. Physical activity in leisure and common mental disorders among elderly residents in a town of northwest Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80–85, 2011b.

ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 871–83, 2012.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. 2 edição, [s.l.]: Shape, 2003.

ROSS, C. E. Overweight and depression. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 35, n. 1, p. 63–79, 1994.

SANTOS, Á. S. DOS. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 39, p.

96–98, 2010.

SANTOS, K. O. B.; DE ARAÚJO, T. M.; DE OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214–222, 2009.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

SCHWARTZ, T. L. et al. Psychiatric medication-induced obesity: a review. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 5, n. 2, p. 115–121, 2004.

SCOTT, K. M. et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 64, n. 1, p. 97–105, 2008.

SEN, B.; WILKINSON, G.; MARI, J. J. Psychiatric morbidity in primary health care. A two-stage screening procedure in developing countries: choice of instruments and cost-effectiveness. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 151, n. 1, p. 33–38, 1987.

SHIDHAYE, R.; PATEL, V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 39, n. 6, p. 1510–1521, 2010.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 262–270, 2014.

SILVEIRA, D. DA; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. **Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 25, n. 5, p. 251–261, 1998.

SIMON, G. E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 7, p. 824–830, 2006.

SOARES, C. DE N.; COHEN, L. S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 119, n. 2, p. 78–83, 2001.

TEYCHENNE, M.; BALL, K.; SALMON, J. Physical activity, sedentary behavior and depression among disadvantaged women. **Health Education Research**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 632–644, 2010.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. DE. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cadernos De Saúde**

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 43–53, 2005.

THORNICROFT, G.; MAINGAY, S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. **BMJ**, London, v. 325, n. 7365, p. 608, 2002.

TOMEY, K. et al. Physical functioning among mid-life women: associations with trajectory of depressive symptoms. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 71, n. 7, p. 1259–1267, 2010.

TRAVASSOS, C. et al. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365–373, 2002.

U.S., D. OF H. AND H. S. **Physical activity and health**: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, p. 146–148, 1996.

VACCARINO, V. et al. Depression, the metabolic syndrome and cardiovascular risk. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 70, n. 1, p. 40–48, 2008.

VAN DAM, N. T.; EARLEYWINE, M. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale—Revised (CESD-R): Pragmatic depression assessment in the general population. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 186, n. 1, p. 128–132, 2011.

VAN DER BIJ, A. K.; LAURANT, M. G.; WENSING, M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review<sup>1</sup> <sup>1</sup>The full text of this article is available via AJPM Online at [www.elsevier.com/locate/ajpmonline](http://www.elsevier.com/locate/ajpmonline). **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 22, n. 2, p. 120–133, 2002.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. et al. Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. **Motricidade**, Santa Maria de Feira, v. 5, n. 1, p. 21–32, 2009.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 242–247, 2004.

VOGELZANGS, N. et al. Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 65, n. 12, p. 1386–1393, 2008.

VORCARO, C. M. R. et al. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 104, n. 4, p. 257–263, 2001.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, London, v. 386, n. 9995, p. 743–800, 2015.



WANG, H.-L. et al. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri-and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. **Maturitas**, Limerick, v. 75, n. 4, p. 355–360, 2013.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2013.

WHITEFORD, H. A. et al. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 2, 2015.

WILHELM, K. et al. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 75, n. 2, p. 155–162, 2003.

WIT, L. M. DE et al. Depression and body mass index, a u-shaped association. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 14, 2009.

YARY, T. The Association between Dietary Intake of Folate and Physical Activity with Psychological Dimensions of Depressive Symptoms among Students from Iran. **BioMed Research International**, v. 2013, 2013.

ZANCHETTA, L. M. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 387–399, 2010.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 189–195, 2002.

### **3.2 ARTIGO 2:**

#### **Prevalência de sintomas depressivos segundo o nível de atividade física e o índice de massa corporal em mulheres da cidade de Uberaba-MG**

*Prevalence of depressive symptoms according to physical activity level and body mass index in women in the city of Uberaba-MG*

## RESUMO

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de Sintomas Depressivos (SD) e verificar sua relação com o nível de atividade física (NAF), índice de massa corporal (IMC) e em segundo plano, com variáveis sociodemográficas e econômicas, em mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, como foco na identificação do perfil de saúde, oriundo do Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher, 2014). A amostra (probabilística em múltiplos estágios) foi composta por 1520 mulheres. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, por entrevistadoras previamente treinadas. Para identificação e caracterização sociodemográfica e epidemiológica foi utilizado um bloco contendo informações demográficas e econômicas acerca da entrevistada. O rastreio dos SD foi por meio da *Center for Epidemiologic Studies-Depression* (CES-D), com ponto de corte  $\geq 16$  pontos para positividade dos SD. O NAF foi mensurado por meio do IPAQ, sendo considerada ativa a mulher com pontuação  $\geq 150$  minutos (atividades moderadas) ou  $\geq 120$  minutos (atividades vigorosas). Foram mensurados peso e altura para cálculo do IMC. Para análise dos dados, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (frequências, média, desvio padrão), análise inferencial (teste Qui-quadrado) e análise multivariada (regressão de Poisson). A prevalência de SD entre as entrevistadas foi de 31,55%; a maioria das mulheres avaliadas foi considerada fisicamente ativa de acordo com o IPAQ (90,26%) e com sobrepeso (38,54%). A presença de SD foi mais frequente na faixa etária de 30-59 (54,28%). Não houve diferença significativa entre a presença de SD segundo NAF para nenhuma faixa etária. Também não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre a presença de SD segundo IMC e faixa etária. Houve diferença significativa entre a presença de SD e as variáveis sociodemográficas e econômicas: categorias de raça ( $p=0,009$ ); ser ou não chefe de família ( $p=0,013$ ); categorias de renda familiar ( $p<0,001$ ) e categorias de escolaridade ( $p<0,001$ ). A prevalência de SD encontrada nas mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, MG foi elevada, porém sem significância estatística com NAF e IMC. Por outro lado, a ocorrência de SD mostrou associações significativas com os indicadores sociodemográficos (raça e chefe de família) e econômicos (baixa renda e baixa escolaridade).

**Palavras-chave:** Depressão. Sintomas depressivos. Saúde mental. Atividade física.

Exercício. Saúde da mulher

## ABSTRACT

The aim of this study was to estimate the prevalence of Depressive Symptoms (DS) and verify its relationship with: Physical Activity Level (PAL); Body Mass Index (BMI); sociodemographic and economic variables in adult and elderly women from Uberaba, Minas Gerais. It is a population-based cross-sectional study, focused on identifying the health profile, coming from the Women's Health Survey in the city of Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher, 2014). The sample (multistage probabilistic) consisted by 1520 women. Data collection was performed by interviews and by previously trained interviewers. To identify demographic and epidemiological characteristics it was used a questionnaire with this information. The screening of DS was by the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D), with a cutoff point  $\geq 16$  points for positivity DS. The PAL was measured by IPAQ (International Physical Activity Questionnaire); it was considered active, women with  $\geq 150$  minutes (moderate activities) or  $\geq 120$  minutes (vigorous activity) score. Measure of weight and height were measure to calculate BMI. For statistical analysis, it was used: descriptive statistics (frequency, mean, standard deviation); inferential analysis (chi-square test) and multivariate analysis (Poisson regression); it was considered  $p < 0.05$ . DS prevalence was 31.55%; most of the women studied were considered as active (90.26%) and as overweight (38.54%). Positive DS was more frequent in the age group of 30-59 years old (54.28%). There was no significant difference between the presence of DS according NAF for any age group. It was also not statistically significant difference between the positive DS according to BMI and age group. There was a significant difference between the presence of DS and the following demographic/economic characteristics: race categories ( $p=0.009$ ); be or not to be head of family ( $p=0.013$ ); family income categories ( $p<0.001$ ) and schooling categories ( $p < 0.001$ ). The prevalence of DS found in adult and elderly women in the city of Uberaba, Minas Gerais was high, but there was no statistical significance with PAL and BMI. On the other hand, the positive DS showed significant associations with sociodemographic indicators (race and householder) and economic indicators (low income and low education).

**Keywords:** Depression. Mental health. Motor activity. Exercise. Women's health.

## Introdução

A depressão, também denominada transtorno depressivo, é classificada como doença nos itens F32-F33 na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), tendo um diagnóstico sistematizado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) dentro do item “Transtornos do Humor” e “Transtornos Afetivos” da CID-10. Ela apresenta três graus de intensidade (leve, moderado e grave), e precisa ser avaliada sob diferentes aspectos, uma vez que se origina da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

O diagnóstico se dá por meio das sintomatologias do paciente, que apresenta perda de interesse em atividades, rebaixamento do humor, sentimentos de tristeza profunda, visões negativas sobre si e sobre as pessoas, falta de confiança, redução da energia, distúrbio do sono e de apetite e fadiga (LUDERMIR; LEWIS, 2001). Estas manifestações apresentam certa duração, frequência e intensidade, de acordo com o preconizado nos manuais psiquiátricos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Assim, o rastreio prévio dos sintomas depressivos (SD) e fatores a eles associados é fundamental para uma identificação precoce de indivíduos que apresentem risco iminente para evolução de uma depressão.

A prevalência de transtornos depressivos é progressiva e preocupante (BLAS; KURUP, 2010; INSTITUTE OF MEDICINE (US), 2001). Os SD, por si só, são um dos principais causadores de incapacidade das funções sociais e das atividades da vida cotidiana (CHEDRAUI et al., 2009; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012), contribuindo como o segundo maior causador de carga de doença na sociedade ocidental (CHEDRAUI et al., 2009; WANG et al., 2013) e influenciando direta e negativamente a saúde do indivíduo (LI et al., 2008), ficando atrás apenas das queixas de dores na coluna (FERRARI et al., 2013). Estima-se que, até 2020, eles sejam a segunda causa de incapacidade para a saúde (BLAS; KURUP, 2010; MATHERS; LONCAR, 2006).

Dentre os grupos populacionais com maior risco para a depressão encontram-se as mulheres (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; LI et al., 2008; LLANEZA et al., 2012; ZAVASCHI et al., 2002; WILHELM et al., 2003), as pessoas com idade avançada (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; GAZALLE et al., 2004), grupos populacionais com baixos níveis de atividade física (NAF) (ABU-OMAR; RÜTTEN; LEHTINEN, 2004;

BABYAK et al., 2000; GUMARÃES; CALDAS, 2006) e aumento do peso corporal (ROBERTS et al., 2003; VASCONCELOS-RAPOSO et al., 2009), podendo haver neste último fator, associações recíprocas entre a obesidade e a depressão (LUPPINO et al., 2010).

Para Rocha et al. (2011a), a situação clínica do indivíduo é potencializada quando ele apresenta mais de um fator resultante de alterações da saúde mental. Neste contexto, é imprescindível a realização de investigações populacionais acerca do assunto considerando para isto a relação entre SD e fatores associados. Isto permite detectar os casos suspeitos previamente à instalação efetiva da depressão e, a partir disso, propor métodos de prevenção e promoção da saúde e/ou encaminhamento para setores específicos, evitando tanto o agravamento dos casos quanto maiores custos para os cofres públicos. Desta forma, este trabalho objetivou estimar a prevalência de SD e suas relações com o nível de atividade física (NAF), índice de massa corporal (IMC) e em segundo plano, as relações dessa morbidade psíquica com variáveis sociodemográficas e econômicas, em mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, Minas Gerais.

## **Métodos**

Foi realizado um estudo de corte transversal e de base populacional. Este estudo surgiu a partir de uma pesquisa mais abrangente: o Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014 (ISA-Mulher,2014), o qual objetivou investigar o perfil de saúde das mulheres com idade igual ou superior a 18 anos na cidade de Uberaba, MG.

### Caracterização da população

A cidade de Uberaba, MG encontra-se localizada na região do Triângulo Mineiro. A população estimada em 2015 era de 322.126 habitantes\*. Os dados utilizados para o cálculo amostral foram baseados no CENSO 2010 do IBGE, período em que a população total correspondia a 296 mil habitantes, sendo 151.527 mulheres (BRASIL, 2011).

---

\* [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2015/estimativa\\_2015\\_TCU\\_20160211.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160211.pdf)

### Participantes

Para este estudo, foram incluídas apenas as mulheres de vida adulta (idade entre 20 e 59 anos) e idosas (com 60 anos ou mais), com base no relatório “Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Foi estabelecida como pré-requisito, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa bem como da garantia quanto ao sigilo e a confidencialidade das informações coletadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) com o número do protocolo 1826/2010.

### Processo Amostral

A seleção das mulheres participantes se deu por meio de amostragem probabilística em múltiplos estágios, primeiramente por setores censitários e depois por domicílios. No primeiro estágio, selecionou-se aleatoriamente 24 dos 36 bairros respeitando a proporcionalidade populacional de cada distrito em termos de quantidade de bairros. No segundo estágio dentro de cada bairro previamente sorteado, selecionou-se de forma aleatória 25% dos setores censitários considerando a proporcionalidade populacional de cada bairro em termos de quantidade de setores censitários. Os domicílios de cada setor censitário foram selecionados de forma sistemática, sendo que o primeiro domicílio selecionado correspondia ao início do setor. Para seleção dos demais domicílios, considerou-se um intervalo amostral (IA) = 32, até alcançar a quantidade desejada de acordo com a faixa etária para cada estrato de interesse.

O cálculo do tamanho amostral adotou as estimativas das prevalências dos eventos de interesse iguais a 50%, devido à ausência de conhecimento a priori destas estimativas. Foi considerado um nível de confiança de 95% e margem de erro de no máximo 2,5%, segundo a fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \pi(1 - \pi)}{(me)^2}$$

onde:  $Z_{\alpha}$ : escore da distribuição Normal considerando o nível de significância ( $\alpha=0,05$ );  $me$ : margem de erro para as estimativas intervalares;  $\pi$ : proporção estimada do evento de interesse. Desta forma, o tamanho amostral final foi de  $n=1.530+306$  (20% de



perda) = 1836 mulheres acima de 18 anos de idade.

Foram consideradas as proporções populacionais quanto à faixa de idade para que a amostra fosse representativa das mulheres de Uberaba, segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2011).

Caso existisse mais de uma mulher acima de 18 anos no mesmo domicílio, considerou-se para fins de coleta de dados apenas uma. Se o final do setor censitário fosse atingido, mas o número máximo de entrevistadas para aquele setor não tivesse sido alcançado, retornava-se ao início do setor, a partir da casa seguinte à primeira selecionada.

### Instrumentos

Foi utilizado um questionário para caracterização socioeconômica e demográfica contendo perguntas sobre: data de nascimento, cor da pele (branca, amarela, parda, preta, vermelha, outra), escolaridade em anos completos de estudo (0, 1-4, 5-8, 9-11,  $\geq 12$ ) (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012), situação conjugal atual (solteira, em união, separada, viúva), número de pessoas que residem na casa, exerce ou não trabalho remunerado, renda familiar total mensal, categorizada para salários mínimos (SM):  $< 2$  SM;  $\geq 2$  SM até 3 SM;  $\geq 4$  SM até 9 SM;  $\geq 10$  SM até 19 SM;  $\geq 20$  SM) (IBGE, 2014), número de pessoas que contribuem com a renda familiar, chefe de família ou não.

Para rastreamento dos SD foi utilizada a Escala de Rastreamento Populacional de Depressão (CES-D – Center for Epidemiologic Studies-Depression), criada por Radloff (1977) e posteriormente revisada por Eaton, Muntaner, Smith, Tien e Ybarra (2004), com indicação de uso em estudos populacionais (RADLOFF, 1977; SILVEIRA; JORGE, 1998). No Brasil, a escala foi validada em diferentes populações (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007; FERNANDES; ROZENTHAL, 2008; SILVEIRA; JORGE, 1998). É composto por 20 itens distribuídos entre as subcategorias: humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18); sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11); interações sociais (itens 14, 15 e 19); iniciativa motora (itens 2, 7, 13, 20). Há quatro opções de resposta pontuadas de acordo com uma ordem de frequência de sintomas (escore 0- raramente ou nunca; escore 1- poucas vezes; escore 2- às vezes; escore 3- quase sempre ou sempre). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa (FERNANDES; ROZENTHAL, 2008). O escore total varia de 0 a 60 pontos e quanto mais alto, maior é a quantidade de sintomas. O ponto de corte mais utilizado é de 16 pontos (COMSTOCK; HELSING, 1977; GERAEDTS et al., 2014a;

GERAEDTS et al., 2014b; LEE et al., 2014; TOMEY et al., 2010; VAN DAM; EARLEYWINE, 2011; YARY, 2013) o que significa que indivíduos com escore igual ou maior a este são considerados com risco para depressão ou necessidade de acompanhamento.

A versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire– IPAQ) forneceu as informações acerca do NAF. Esta ferramenta objetiva estimar o tempo gasto por semana em atividades físicas de intensidade leve, moderada e vigorosa em um conjunto abrangente de domínios (a- atividade física de lazer e recreação, b- atividades domésticas e de jardinagem, c- atividade física relacionada ao trabalho, d- atividade física relacionada ao transporte, e- tempo sentado) (CRAIG et al., 2003; MATSUDO et al., 2001). Para classificar a mulher como fisicamente ativa, considerou-se um ponto de corte  $\geq 150$  minutos em atividades de intensidade moderada (PATE et al., 1995; U.S., 1996) ou  $\geq 120$  minutos em atividades de intensidade vigorosa (ARMSTRONG; BAUMAN; DAVIES, 2000). É um instrumento validado no Brasil (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; MATSUDO et al., 2001) e apresenta boa precisão e estabilidade nas medidas sendo, portanto útil em estudos epidemiológicos para todas as idades (BENEDETTI et al., 2007).

A antropometria foi obtida através das mensurações de peso e altura. Esta última aferida por meio de fita métrica de um metro e meio de comprimento e o peso por meio de balança digital da marca OMRON. Considerou-se a relação entre o peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura (em metros) para cálculo do IMC. A amostra foi classificada em baixo peso, eutrófico, sobrepeso e obeso conforme recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000), exceto as mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, que foram classificadas em: baixo peso, eutrófico e sobrepeso, segundo Lipschitz (1994).

### Procedimentos

Entrevistadoras do gênero feminino realizaram a coleta dos dados, por meio de entrevistas domiciliares, entre março e outubro de 2014. Elas passaram por um treinamento prévio e levavam a campo um manual explicativo do questionário ISA-Mulher, 2014, para rápida consulta no momento da entrevista caso fosse necessário.

À medida que as entrevistas eram concluídas, passavam por supervisão de

campo e cerca de 10% das entrevistas (de cada setor censitário) foram checadas aleatoriamente via telefone.

### Processamento dos Dados

Criou-se uma máscara no programa EpiData® para a entrada dos dados antes de serem tabulados. Foi realizada dupla digitação, para verificar a coerência do banco.

### Análise Estatística

Os dados foram digitados no *software* EpiData® e as análises estatísticas foram conduzidas no programa Stata 13.

As mulheres foram alocadas nas faixas etárias: 20-29 anos (adulta jovem); 30-59 anos (adulta); 60-79 anos (idosa) (MARTINS; CARVALHO; MACHADO, 2015) e com idade igual ou superior a 80 anos (muito idosa) (MORAES, 2012).

As variáveis foram alocadas em: preditora (sintomas depressivos) e desfechos (nível de atividade física, o aumento da idade e o índice de massa corporal). O nível de significância estatístico adotado foi de 5%.

Em um primeiro momento foi realizada a análise descritiva, a fim de obter a frequência e porcentagens das variáveis em estudo. Logo após, procedeu-se a análise bivariada (teste Qui-quadrado) pra obter a associação entre a variável preditora (independente) e os desfechos (dependentes) e para verificar a distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas. O intervalo de confiança (IC-95%) foi calculado para comparação das prevalências entre as categorias das variáveis.

Por fim, para observar a relação entre as variáveis e estabelecer as estimativas da Razão de Prevalência (RP) foi realizada análise multivariada, por meio do modelo de regressão de Poisson, usando variáveis sociodemográficas e econômicas como variáveis de ajuste ( $5% < p < 20%$ ).

## **Resultados**

Considerando que 1557 mulheres foram entrevistadas para o projeto ISA-Mulher, 2014 e que, para este estudo foram incluídas apenas aquelas com idade igual ou superior a 20 anos, a amostra final correspondeu a 1520 participantes.

A idade máxima alcançada foi de 94 anos (Média= 50,67; DP= 16,71), com predomínio na faixa etária entre 30-59 anos (53,16%). Mais detalhes referentes à

descrição da amostra estão apresentados na Tabela 1.

A presença de SD foi detectada em 31,55% das mulheres. 90,26% foram classificadas como ativas segundo o IPAQ e a maior parte delas com sobrepeso de acordo com o IMC (38,54%) (Tabela 1).

O NAF e o IMC apresentaram diferença significativa segundo a faixa etária (ambos com  $p < 0,001$ ), como é apresentado na Tabela 2.

A Tabela 3 mostra a associação entre presença de SD com as características sociodemográficas e econômicas. Em relação à idade, a presença de SD foi mais frequente na faixa etária de 30-59 (54,28%), seguido da faixa de 60-79 anos (29,45%), 20-29 anos (14,07%) e  $\geq 80$  anos (2,20%). Houve diferença significativa entre a presença de SD e as variáveis: raça ( $p=0,009$ ); chefe de família ( $p=0,013$ ); renda familiar ( $p < 0,001$ ) e escolaridade ( $p < 0,001$ ), com predomínio de SD entre mulheres da raça branca (50,99%); mulheres que viviam com companheiro (52,96%); que não eram chefes de família (52,38%), com renda menor do que dois salários mínimos (40,22%), com escolaridade entre cinco a oito anos de estudo (27,25%) e nas mulheres que não exerciam trabalho remunerado (65,70%).

Em relação à prevalência de SD segundo NAF e faixas etárias, foi observada maior prevalência de mulheres fisicamente ativas (90,40%). Para a categoria de inativas, a maioria estava na faixa etária de 30-59 anos (33,96%) (Tabela 4). Não houve diferença significativa entre a presença de SD segundo NAF para nenhuma faixa etária (Tabela 4).

No que se refere ao IMC, a maior prevalência de SD se deu para a categoria sobrepeso (36,53%). Ao observar as prevalências de SD segundo as categorias do IMC e faixas etárias, observou-se que a maioria das mulheres estava: entre 60-79 anos para a classe baixo peso (33,92%); entre 30-59 anos para a classe eutrófica (31,91%); entre 60-79 anos para a classe sobrepeso (33,49%) e entre 20-29 anos para a classe obesa (39,53%) (Tabela 5). Não foi verificada diferença estatisticamente significante entre a prevalência de SD segundo IMC e faixa etária (Tabelas 5 e 6).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica/econômica e prevalência de SD, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Características	Total	
	n	(%)
Grupos de idade		
20-29 anos	225	14,80
30-59 anos	808	53,16
60-79 anos	445	29,28
≥ 80 anos	42	2,76
<b>Total</b>	1520	100,00
Raça		
Branca	843	55,79
Parda	435	28,79
Preta	191	12,64
Amarela	18	1,19
Outra	24	1,59
<b>Total**</b>	1511	100,00
Escolaridade		
0 anos	56	3,68
1 a 4 anos	326	21,45
5 a 8 anos	356	23,42
9 a 11 anos	294	19,34
12 anos e mais	488	32,11
<b>Total</b>	1520	100,00
Estado Civil		
Solteira	338	22,25
Em união	804	52,93
Separada	147	9,68
Viúva	230	15,14
<b>Total**</b>	1519	100,00
Renda Familiar (salário mínimo*)		
<2	480	31,58
≥ 2 até 3	593	39,01
≥ 4 até 9	327	21,51
≥ 10 até 19	34	2,24
≥ 20	86	5,66
<b>Total</b>	1520	100,00
Chefe de Família		
Sim	641	43,34
Não	838	56,66
<b>Total**</b>	1479	100,00
Exerce Trabalho Remunerado		
Sim	556	36,58
Não	964	63,42
<b>Total</b>	1520	100,00
Sintomas Depressivos		
Sim	455	31,55
Não	987	68,45

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica/econômica e prevalência de TMC, NAF e IMC em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Características	Total	
	n	(%)
<b>Total**</b>	1442	100,00
Nível de Atividade Física		
Ativa	1205	90,26
Inativa	130	9,74
<b>Total**</b>	1335	100,00
Índice de Massa Corporal		
Baixo peso	105	6,98
Eutrófico	543	36,08
Sobrepeso	580	38,54
Obeso	277	18,41
<b>Total**</b>	1505	100,00

SD: Sintomas Depressivos; NAF: Nível de Atividade Física; IMC: Índice de Massa Corporal; \*Salário mínimo do Brasil do ano de 2014: R\$ 724,00; \*\*Número máximo de dados faltantes: 185.

**Tabela 2** – Distribuição do NAF e IMC segundo faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

	Nível de Atividade Física		P	Índice de Massa Corporal				p
	Inativa n - % (IC - 95%)	Ativa n - % (IC - 95%)		Baixo peso n - % (IC - 95%)	Eutrófico n - % (IC - 95%)	Sobrepeso n - % (IC - 95%)	Obeso n - % (IC - 95%)	
20-29 anos	16 – 12,31 (7,66-19,18)	181 – 15,02 (13,11-17,15)		15 – 14,29 (0,87-22,40)	105 – 19,34 (16,22-22,88)	59 – 10,17 (7,95-12,91)	44 – 15,88 (12,02-20,68)	
30-59 anos	54 – 41,54 (33,53-50,21)	676 – 56,10 (53,27-58,88)	<0,001	21 – 20,00 (13,38-28,79)	250 – 46,04 (41,87-50,25)	295 – 50,86 (46,79-54,92)	233 – 84,12 (79,31-87,97)	<0,001
60-79 anos	52 – 40,00 (31,90-48,67)	325 – 26,97 (24,53-29,55)		63 – 60,00 (50,32-68,95)	168 – 30,94 (27,18-34,96)	210 – 36,21 (32,28-40,20)	–	
≥ 80 anos	8 – 6,15 (3,09-11,85)	23 – 1,91 (1,27-2,85)		6 – 5,71 (2,57-12,18)	20 – 3,68 (2,38-5,64)	16 – 2,76 (1,69-4,45)	–	
<b>Total</b>	130 – 9,74	1205 – 90,26		105 – 6,98	543 – 36,08	580 – 38,54	277 – 18,40	

NAF: Nível de Atividade Física; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança.

**Tabela 3** – Prevalência de SD segundo variáveis sociodemográficas e socioeconômicas em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Sintomas Depressivos</b>		
	<b>n - %</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>
<b>Grupos de idade</b>			
20-29 anos*	64 – 14,07	11,15-17,58	0,774
30-59 anos	247 – 54,28	49,67-58,82	
60-79 anos	134 – 29,45	25,43-33,81	
≥ 80 anos	10 – 2,20	1,18-4,04	
<b>Total</b>	455 – 100,00		
<b>Raça</b>			
Branca	231 – 50,99	46,38-55,58	0,009
Parda	154 – 34,00	29,77-38,49	
Preta*	51 – 11,26	8,65-14,52	
Amarela	6 – 1,32	0,59-2,92	
Outra	11 – 2,43	1,34-4,33	
<b>Total</b>	453 – 100,00		
<b>Estado Civil</b>			
Solteira	96 – 21,10	17,58-25,09	0,363
Em união*	241 – 52,96	48,35-57,52	
Separada	52 – 11,43	8,81-14,69	
Viúva	66 – 14,51	11,55-18,05	
<b>Total</b>	455 – 100,00		
<b>Chefe de Família</b>			
Sim	210 – 47,62	42,98-52,29	0,013
Não*	231 – 52,38	47,70-57,01	
<b>Total</b>	441 – 100,00		
<hr/>			
<b>Variáveis Socioeconômicas</b>			
<hr/>			
<b>Renda Familiar (salário mínimo*)</b>			
<2	183 – 40,22	35,79-44,80	<0,001
≥ 2 até 3	171 – 37,58	33,23-42,13	
≥ 4 até 9	74 – 16,26	13,14-19,95	
≥ 10 até 19	5 – 1,10	0,45-2,61	
≥ 20*	22 – 4,84	3,20-7,23	
<b>Total</b>	455 – 100,00		
<b>Escolaridade</b>			
0 anos	24 – 5,27	3,55-7,75	<0,001
1 a 4 anos	119 – 26,15	22,31-30,39	
5 a 8 anos	124 – 27,25	23,35-31,53	
9 a 11 anos	79 – 17,37	14,14-21,13	
12 anos e mais*	109 – 23,96	20,24-28,10	
<b>Total</b>	455 – 100,00		
<b>Exerce Trabalho Remunerado</b>			
Sim	158 – 34,73	30,48-39,22	0,473
Não*	297 – 65,27	60,77-69,51	
<b>Total</b>	455 – 100,00		

SD: Sintomas Depressivos; \*Grupo de referência para comparação do IC-95%; \*\*Salário mínimo do Brasil do ano de 2014: R\$ 724,00; Número máximo de dados faltantes: 14.



**Tabela 4** – Prevalência de SD segundo NAF e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

	Nível de Atividade Física			Bruta			
	Inativa	Ativa	p	RP	IC-95%	p	
	n - % (IC – 95%)	n - % (IC – 95%)					
Sintomas Depressivos	20-29 anos	4 – 26,66 (9,94-54,50)	55 – 31,79 (25,23-39,16)	0,682	1,19	0,43-3,28	0,727
	30-59 anos	18 – 33,96 (22,44-47,75)	200 – 31,15 (27,67-34,85)	0,672	0,91	0,56-1,48	0,728
	60-79 anos	15 – 30,00 (18,84-44,17)	95 – 30,64 (25,74-36,02)	0,927	1,02	0,59-1,76	0,938
	≥ 80 anos	1 – 12,50 (1,35-59,75)	8 – 38,09 (19,33-61,24)	0,183	3,04	0,38-24,36	0,226
	<b>Total**</b>	38 – 9,60	358 – 90,40				

Teste Qui-quadrado. (p<0.05). SD: Sintomas Depressivos; IC: Intervalo de Confiança; RP: Razão de Prevalência; \*\*Número máximo de dados faltantes: 59.

**Tabela 5** – Prevalência de SD segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015.

	<b>Índice de Massa Corporal</b>				<b>p</b>
	<b>Baixo peso</b> <sup>1</sup>	<b>Eutrófica</b> <sup>2</sup>	<b>Sobrepeso</b> <sup>3</sup>	<b>Obesa</b> <sup>4</sup>	
	<b>n - %</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>n - %</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>n - %</b> <b>(IC - 95%)</b>	<b>n-%</b> <b>(IC - 95%)</b>	
20-29 anos	3 – 21,42 (6,71-50,82)	29 – 28,71 (20,66-38,37)	13 – 23,63 (14,13-36,78)	17 – 39,53 (25,98-54,91)	0,325
30-59 anos	5 – 25,00 (10,53-48,53)	75 – 31,91 (26,25-38,16)	79 – 28,21 (23,23-33,78)	84 – 37,66 (31,52-44,23)	0,134
Sintomas Depressivos 60-79 anos	19 – 33,92 (22,68-47,33)	47 – 29,74 (23,10-37,37)	68 – 33,49 (27,31-40,30)	–	0,716
≥ 80 anos	1 – 20,00 (1,95-75,84)	5 – 27,77 (11,38-53,51)	4 – 25,00 (9,06-52,70)	–	0,937
<b>Total</b>	<b>28 – 6,24</b>	<b>156 – 34,74</b>	<b>164 – 36,53</b>	<b>101 – 22,49</b>	

Teste Qui-quadrado. (p<0.05). SD: Sintomas Depressivos; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; RP: Razão de Prevalência; Número máximo de dados faltantes: 4.

**Tabela 6** – Razão de Prevalência de SD segundo IMC e faixa etária em mulheres com 20 anos ou mais. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2015

	<b>RP Bruta</b>								
	<b>RP 1 (1/2)</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>	<b>RP 2 (3/2)</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>	<b>RP 3 (4/2)</b>	<b>IC-95%</b>	<b>p</b>
20-29 anos	0,74	0,22-2,44	0,629	0,82	0,42-1,58	0,560	1,37	0,75-2,50	0,295
30-59 anos	0,78	0,31-1,93	0,597	0,88	0,64-1,21	0,445	1,18	0,86-1,61	0,297
60-79 anos	1,14	0,66-1,94	0,629	1,12	0,77-1,63	0,531	-	-	-
≥ 80 anos	0,72	0,08-6,16	0,764	0,9	0,24-3,35	0,875	-	-	-

Teste de Regressão de Poisson ( $0,05 < p < 0,20$ ). SD: Sintomas Depressivos; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Intervalo de Confiança; RP1: Razão de Prevalência (Baixo Peso/Eutrófica); RP2: Razão de Prevalência (Sobrepeso/Eutrófica); RP3: Razão de Prevalência (Obesa/Eutrófica).

## Discussão

A ocorrência de depressão é alarmante e crescente, representando um problema para a saúde pública (BLAS; KURUP, 2010; INSTITUTE OF MEDICINE (US), 2001; PATTEN, 2009; THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR, 2005). Os estudos acerca do rastreio depressivo tem encontrado variações dos valores de prevalência. Para a população geral, encontra-se entre 4 e 10%, com predominância no gênero feminino variando entre 10 e 25% (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; LI et al., 2008; LLANEZA et al., 2012; ZAVASCHI et al., 2002).

Uma investigação de sintomas depressivos apenas em mulheres obteve índices de 23,9% (LI et al., 2008). Em nosso estudo, a prevalência apontou valores muito acima (31,55%), confirmando a sua notável presença no público feminino (ANGST et al., 2002; BYLES et al., 2008; SILVA et al., 2014; WILHELM et al., 2003). As mulheres são mais vulneráveis do que os homens, pois relatam mais sintomas (ANGST et al., 2002; MURPHY et al., 2004) e sofrem influências endócrinas (LLANEZA et al., 2012). Também é preciso considerar que estas diferenças de valores de prevalência podem ocorrer devido às diferenças de população estudada, critério de diagnóstico escolhido e tipo de instrumento utilizado para o rastreio.

Houve predomínio de SD na faixa etária de 30-59 anos (54,28%) seguido das idosas entre 60-79 anos (29,45%). Cunha, Bastos e Duca (2012) observaram maior ocorrência de depressão em idade avançada. Segundo Llaneza et al. (2012), os SD são mais comuns em mulheres de meia idade, pois elas estão na passagem para a fase da menopausa, sendo este período o de maior vulnerabilidade para o início da depressão (FREEMAN et al., 2006; FREEMAN et al., 2004). Já no estágio pós menopausa, a presença dos SD declina (BOSWORTH, 2004; FREEMAN et al., 2004). Isto porque as mudanças hormonais pelas quais o público feminino passa durante este ciclo da vida provocam declínio cognitivo (pela privação do estrógeno) (MAKI et al., 2010) e sintomas vasomotores, como ondas de calor, fogacho, sudorese, palpitações e ansiedade (JOFFE et al., 2002; REED et al., 2009), gerando alterações de humor e comportamento que podem ser a causa da presença dos SD nesta fase (SOARES; COHEN, 2001).

Uma parcela considerável da amostra mostrou-se fisicamente ativa de acordo com o IPAQ (90,26%). As altas taxas de AF podem ser justificadas pelo modo como foi avaliado o NAF. Consideramos para o cálculo, a AF variada e acumulada a qual

envolve componentes de atividades domésticas, de tempo livre/lazer e ocupacionais (HASKELL et al., 2007; MARTINS et al., 2009). Grande parte dos estudos leva em conta somente as atividades físicas de tempo livre (atividades esportivas e de lazer) (AZEVEDO et al., 2007; BURTON; TURRELL, 2000; GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2001; MARTINS et al., 2009; MONTEIRO et al., 2003; PITANGA; LESSA, 2005; ZANCHETTA et al., 2010), que tendem a ser mais praticadas por homens do que por mulheres (ABEL; GRAF; NIEMANN, 2001; HALLAL et al., 2005), resultando em significativos níveis de inatividade física no público feminino. Isto vai de encontro aos nossos achados e provavelmente, as atividades domésticas (culturalmente mais realizada pelas mulheres) (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009) contribuíram para a alta prevalência de fisicamente ativas (AZEVEDO et al., 2007; HALLAL et al., 2005) em nossa amostra.

Ao considerar as relações entre SD e NAF, a maior parte das mulheres com SD mostrou-se fisicamente ativa (90,40%), porém não houve diferença significativa entre estas variáveis para nenhuma faixa etária. Além disso, a maioria delas não exercia trabalho remunerado (65,27%) e, portanto, deveria dedicar a maior parte do seu tempo em afazeres domésticos. Mesmo as mulheres que trabalham fora têm que realizar as tarefas rotineiras de casa, além de cuidar dos filhos e da família, assumindo assim duplas e triplas jornadas de trabalho, o que gera estresse e conseqüentemente maior probabilidade de vir a ter um transtorno mental (PINHO; ARAÚJO, 2012). Contrário aos nossos achados, o estudo conduzido por Farmer et al. (1988), que analisou apenas a AF de lazer, foi um dos primeiros de caráter prospectivo e amostra representativa a demonstrar que a inatividade física pode ser um fator de risco para sintomas depressivos. Pascoet al. (2011) obtiveram evidências consistentes de que níveis mais altos de AF são favoráveis a não instalação de transtornos depressivos e ansiosos, sendo neste caso a AF de lazer a principal contribuinte como fator protetor à saúde mental.

Em relação ao IMC, a maior parte encontra-se na classe de sobrepeso (38,54%), com predomínio na faixa etária dos 30-59 anos (50,86%) e significância entre as faixas etárias. O sobrepeso e a obesidade são problemas de saúde pública e contribuem significativamente para a carga global de doenças no mundo (HASLAM; JAMES, 2005). Ao relacionar a presença de SD com as classes do IMC, não houve significância, porém a maior prevalência de SD ocorreu na categoria sobrepeso (36,53%). As relações entre obesidade e depressão ainda são obscuras, uma vez que a literatura tem apontado uma via recíproca entre obesidade e depressão (GARIEPY; NITKA; SCHMITZ, 2010;

LUPPINO et al., 2010; MCELROY et al., 2004; ROBERTS et al., 2003).

A obesidade pode levar à depressão, devido às avaliações negativas da sociedade e tensões para se ter sempre um corpo esbelto (HRABOSKY; THOMAS, 2008; ROSS, 1994), pressão esta, mais evidente entre as mulheres (PUHL; BROWNEILL, 2003). A redução dos níveis de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) em indivíduos obesos também é fator que justifica que a obesidade leva a distúrbios psíquicos, já que o BDNF é uma neurotrofina importante na manutenção da função cognitiva normal e do humor (NAGAHARA; TUSZYNSKI, 2011).

Por outro lado, a sintomatologia depressiva pode ser a responsável pelas elevadas taxas de IMC. Correia e Ravasco (2014) investigaram o estado nutricional e fatores que influenciam o ganho de peso (atividade física, alimentação e uso de psicofármacos) em indivíduos com depressão e encontraram que a maioria dos pacientes (87%) ganhou peso durante a doença, além de apresentarem uma correlação positiva entre o ganho de peso, maior IMC e maior tempo de doença. Para Wit et al.(2009) existe uma tendência não-linear, mais especificamente em forma de U na relação entre essas variáveis, o que significa que os extremos de IMC (tanto baixo peso quanto obesidade) estão associados com a depressão.

Por fim, ao considerar as relações entre SD com condições sociodemográficas e econômicas, obtivemos diferenças significativas entre a presença de SD e as variáveis: raça, chefe de família, renda familiar e escolaridade. As maiores prevalências de sintomas depressivos em nossa amostra foram entre as mulheres com renda familiar menor do que dois salários mínimos (40,22%), confirmando que esta morbidade psíquica é inversa ao *status* socioeconômico (MAKI et al., 2010). Llana et al. (2012) afirmam que alguns destes fatores (como raça, escolaridade e renda familiar), podem não só influenciar a prevalência como também a evolução da depressão. Um estudo populacional realizado no Brasil em uma comunidade de baixa renda observou maiores ocorrências de depressão em indivíduos com níveis de escolaridade e renda baixos (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

De posse de todas as informações adquiridas neste estudo, é possível obter um perfil acerca da presença dos sintomas depressivos e fatores associados, propondo intervenções adequadas à demanda dos usuários (BRASIL, 2013). Isto previne a instalação do transtorno depressivo em sua forma mais grave e, portanto evita consequências negativas em longo prazo. É válido lembrar que o Estado é responsável pela promoção de assistência às pessoas com algum tipo de transtorno mental (Lei

10.216/2001), e o estímulo a mudanças no nível coletivo contribuem para as escolhas saudáveis no nível individual (BRASIL, 2010).

Uma das limitações deste estudo diz respeito à restrição do público estudado (apenas o gênero feminino) e à natureza do delineamento da pesquisa. Não é possível estabelecer relações diretas de causalidade entre as variáveis estudadas, uma vez que é um estudo transversal. Além disso, não foram investigados os históricos de mulheres que já apresentaram episódios de depressão em alguma fase da vida. Sabe-se que esta é uma informação importante a ser questionada, já que os indivíduos que já tiveram depressão em alguma fase da vida apresentam maior probabilidade de manifestá-la novamente.

## Conclusão

A prevalência de SD encontrada nas mulheres adultas e idosas da cidade de Uberaba, MG foi equivalente a 31,55%. A maior parte da amostra revelou-se fisicamente ativa (90,26%) segundo o IPAQ e 38,54% do total apresentaram sobrepeso, conforme os níveis de mensuração e classificação pelo IMC. Entre as mulheres com SD, a maioria delas mostrou-se fisicamente ativa (90,40%) e na classe de sobrepeso (36,53%). Apesar disso, não houve relação significativa com NAF nem com IMC. Por outro lado, a ocorrência de SD mostrou associações significativas com os indicadores sociodemográficos e econômicos: raça, chefe de família, escolaridade e renda familiar.

## Referências

ABEL, T.; GRAF, N.; NIEMANN, S. Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. **International journal of public health**, Basel, v. 46, n. 4, p. 268–272, 2001.

ABU-OMAR, K.; RÜTTEN, A.; LEHTINEN, V. Mental health and physical activity in the European Union. **International journal of public health**, Basel, v. 49, n. 5, p. 301–309, 2004.

ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 243–251, 2009.

ALDRIGHI, J. M.; PIRES, A. L. R. Efeitos dos estrogênios sobre a cognição, o humor e as doenças cerebrais degenerativas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São

Paulo, v. 47, n. 2, p. 87–87, 2001.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 171, n. 6, p. 524–529, 1997.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5: DSM-5**. [s.l.]: Artmed Editora, 2014.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, n. 7, p. 316–325, 2002.

ANGST, J. et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, Berlin, v. 252, n. 5, p. 201–209, 2002.

ANSELMI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. Supl 2, p. 26–33, 2008.

ARAÚJO, T. M. DE et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260–269, 2006.

ARAÚJO, T. M. DE; PINHO, P. DE S.; ALMEIDA, M. M. G. DE. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2005.

ARAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile Prevalence and socio-demographic correlates. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 178, n. 3, p. 228–233, 2001.

ARMSTRONG, T.; BAUMAN, A.; DAVIES, J. Physical activity patterns of Australian adults: results of the 1999 National Physical Activity Survey. **Australian Institute of Health and Welfare**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2000.

AZEVEDO, M. R. et al. Gender differences in leisure-time physical activity. **International Journal of Public Health**, Basel, v. 52, n. 1, p. 8–15, 2007.

BABYAK, M. et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 62, n. 5, p. 633–638, 2000.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. G. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física (QIAF-Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23–26, 2000.



BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 598–605, 2007.

BAUMAN, A. E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000–2003. **Journal of Science and Medicine in Sport**, Belconnen, v. 7, n. 1, p. 6–19, 2004.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. DE. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo v. 13, n. 1, p. 11–6, 2007.

BHUI, K.; FLETCHER, A. Common mood and anxiety states: gender differences in the protective effect of physical activity. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 35, n. 1, p. 28–35, 2000.

BJØRNGAARD, J. H. et al. Association of Body Mass Index with Depression, Anxiety and Suicide-An Instrumental Variable Analysis of the HUNT Study. **PloS One**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. 1-26, 2015.

BLAS, E.; KURUP, A. S. **Equity, Social Determinants and Public Health Programmes**. [s.l.] World Health Organization, 2010.

BOSWORTH, H. B. Depression increases in women during early to late menopause but decreases after menopause. **Evidence-Based Mental Health**, London, v. 7, n. 3, p. 90, 2004.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11\\_Pol\\_SaudeMental.pdf](http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11_Pol_SaudeMental.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_popula](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_popula)

cao\_domicilios.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BURTON, N. W.; TURRELL, G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. **Preventive Medicine**, New York, v. 31, n. 6, p. 673–681, 2000.

BYLES, J. et al. **Use and Costs of Medications and Other Health Care Resources: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health**. [s.l.] Women's Health Australia University of Newcastle and the University of Queensland, Department of Health and Ageing, Canberra, 2008.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Boston, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CHEDRAUI, P. et al. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. **Climacteric**, London, v. 12, n. 5, p. 395–403, 2009.

CHENG, T. A. Urbanisation and minor psychiatric morbidity. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 24, n. 6, p. 309–316, 1989.

COELHO, F. M. DA C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59–67, 2009.

COMSTOCK, G. W.; HELSING, K. J. Symptoms of depression in two communities. **Psychological Medicine**, London, v. 6, n. 04, p. 551–563, 1977.

CORREIA, J.; RAVASCO, P. Weight changes in Portuguese patients with depression: which factors are involved? **Nutrition Journal**, London, v. 13, n. 1, p. 117, 2014.

COSTA, A. G. DA; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73–79, 2005.

COSTA, E. F. DE O. et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 11–19, 2010.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003.

CUNHA, R. V. DA; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. DEL. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346–54, 2012.

DA SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921–929, 2008.

DE ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.

DEBOER, L. B. et al. Exploring exercise as an avenue for the treatment of anxiety disorders. **Expert Review of Neurotherapeutics**, London, v. 12, n. 8, p. 1011–1022, 2012.

DE LIMA, M. S.; SOARES, B.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 26, p. 225–235, 1999.

DEMYTTENAERE, K.; JASPERS, L. Review: Bupropion and SSRI-induced side effects. **Journal of Psychopharmacology**, Thousand Oaks, v. 22, n. 7, p. 792–804, 2008.

EATON, W. W. et al. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R). In: **The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 3: Instruments for adults (3rd ed)**. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004. p. 363–377.

FARMER, M. E. et al. Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 128, n. 6, p. 1340–1351, 1988.

FERNANDES, R. DE C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D; Depressive symptoms in climacteric women evaluated by the Center for Epidemiological Studies Depression Scale. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 192–200, 2008.

FERRARI, A. J. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 10, n. 11, p. 1–27, 2013.

FEZEU, L. K. et al. Is the Relationship between Common Mental Disorder and Adiposity Bidirectional? Prospective Analyses of a UK General Population-Based Study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. 1–19, 2015.

FREEMAN, E. W. et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 61, n. 1, p. 62–70, 2004.

FREEMAN, E. W. et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 4, p. 375–382, 2006.

FRYERS, T.; MELZER, D.; JENKINS, R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. **Social Psychiatry and Psychiatric**

**Epidemiology**, Berlin, v. 38, n. 5, p. 229–237, 2003.

FU, T. S.-T. et al. Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. **Lancet**, London, v. 381, n. 9862, p. 235–241, 2013.

GARIEPY, G.; NITKA, D.; SCHMITZ, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Obesity**, London, v. 34, n. 3, p. 407–419, 2010.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365–71, 2004.

GERAEDTS, A. S. et al. Long-term results of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, Pittsburgh v. 16, n. 7, p. 1-34, 2014a.

GERAEDTS, A. S. et al. Short-term effects of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 5, p. 1-33, 2014b.

GERBER, M.; PÜHSE, U. “Don’t crack under pressure!”—Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 65, n. 4, p. 363–369, 2008.

GJERDINGEN, D. et al. Women’s work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. **Women & Health**, New York, v. 31, n. 4, p. 1–20, 2000.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. M. **The origins and course of common mental disorders**. 1 edition, London: Routledge, 2005.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. [s.l.], London: Routledge, 1991.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Physical activity in a probabilistic sample in the city of Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 969–976, 2001.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641–1650, 2008.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380–90, 2008.

GOODWIN, R. D. Association between physical activity and mental disorders among

adults in the United States. **Preventive Medicine**, New York, v. 36, n. 6, p. 698–703, 2003.

GRIFFIN, J. M. et al. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? **Social Science & Medicine** (1982), New York, v. 54, n. 5, p. 783–798, 2002.

GUMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 481–492, 2006.

HALLAL, P. C. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 573–580, 2005.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, London, v. 10, n. 2, p. 231–241, 1980.

HARVEY, S. B. et al. Physical activity and common mental disorders. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 197, n. 5, p. 357–364, 2010.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 39, n. 8, p. 1423–1434, 2007.

HASLAM, D. W.; JAMES, W. P. T. Obesity. **Lancet**, London, v. 366, n. 9492, p. 1197–1209, 2005.

HRABOSKY, J. I.; THOMAS, J. J. Elucidating the relationship between obesity and depression: Recommendations for future research. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Cary, v. 15, n. 1, p. 28–34, 2008.

HUNG, C.-F. et al. Relationship between obesity and the risk of clinically significant depression: Mendelian randomisation study. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 205, n. 1, p. 24–28, 2014.

IBGE (Instituto Brasileira de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2014 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (US), C. ON N. S. D. IN D. **Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenge in the Developing World**. [s.l.]: National Academy Press, 2001.

JENKINS, R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. **Psychological Medicine. Monograph Supplement**, Cambridge, v. 20, n. 9, p. 1–53, 1985.

JOFFE, H. et al. Vasomotor symptoms are associated with depression in

perimenopausal women seeking primary care. **Menopause**, New York, v. 9, n. 6, p. 392–398, 2002.

JOSEFSSON, T.; LINDWALL, M.; ARCHER, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, Copenhagen, v. 24, n. 2, p. 259–272, 2014.

KEMPERMANN, G. et al. Why and how physical activity promotes experience-induced brain plasticity. **Frontiers in neuroscience**, Lausanne, v. 4, p. 1-26, 2010.

KIVIMÄKI, M. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 195, n. 2, p. 149–155, 2009a.

KIVIMÄKI, M. et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. **BMJ**, London, v. 339, p. b3765, 2009b.

KIVIMÄKI, M. et al. Examining Overweight and Obesity as Risk Factors for Common Mental Disorders Using Fat Mass and Obesity-Associated (FTO) Genotype-Instrumented Analysis. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 173, n. 4, p. 421–429, 2011.

KNECHTLE, B. [Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders]. **Praxis**, Bern, v. 93, n. 35, p. 1403–1411, 2004.

KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRETT-CONNOR, E.; CORBEAU, C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly the Rancho Bernardo Study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 153, n. 6, p. 596–603, 2001.

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LEE, Y.-H. et al. Gender Differences in the Association between Depressive Symptoms and Carotid Atherosclerosis among Middle-Aged and Older Koreans: The Namwon Study. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 29, n. 11, p. 1507–1513, 2014.

LIMA, M. C. P. L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717–23, 2008.

LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, New York, v. 26, n. 2, p. 211–222, 1996.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55–67, 1994.

- LI, Y. et al. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. **Maturitas**, Limerick, v. 61, n. 3, p. 238–242, 2008.
- LLANEZA, P. et al. Depressive disorders and the menopause transition. **Maturitas**, Limerick, v. 71, n. 2, p. 120–130, 2012.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, 2003.
- LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease. **Natural Medicine**, New York, v. 4, n. 11, p. 1241–1243, 1998.
- LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451–467, 2008.
- LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 36, n. 3, p. 101–107, 2001.
- LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 40, n. 8, p. 622–627, 2005.
- LUDERMIR, A. B.; MELLO-FILHO, D. DE. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213–21, 2002.
- LUND, C. et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science & Medicine (1982)**, New York, v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010.
- LUPPINO, F. S. et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 67, n. 3, p. 220–229, 2010.
- MAKI, P. M. et al. Summary of the National Institute on Aging-sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition. **Menopause**, New York, v. 17, n. 4, p. 815–822, 2010.
- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 8, p. 1639–48, 2006.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, n. 1, p. 23–26, 1986.
- MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. **Revista**

**Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 250–253, 2007.

MARKOWITZ, S.; FRIEDMAN, M. A.; ARENT, S. M. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Cary v. 15, n. 1, p. 1–20, 2008.

MARSHALL, S. J. et al. Race/ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 39, n. 1, p. 44–51, 2007.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A. et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 33, n. 7, p. 1142–1146, 2001.

MARTINS, P. C.; CARVALHO, M. B. DE; MACHADO, C. J. Uso de medidas autorreferidas de peso, altura e índice de massa corporal em uma população rural do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137–148, 2015.

MARTINS, T. G. et al. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 814–24, 2009.

MATHER, A. S. et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder Randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 180, n. 5, p. 411–415, 2002.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 3, n. 11, p. 1–49, 2006.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 05–18, 2001.

MCELROY, S. L. et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 65, n. 5, p. 634–651, 2004.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996–1997. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 14, n. 4, p. 246–254, 2003.

MORAES, E. N. DE. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. 1 edição, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221–6, 2011.

MURPHY, J. M. et al. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. **Acta Psychiatrica Scandinavica**,



Copenhagen, v. 109, n. 5, p. 355–375, 2004.

NAGAHARA, A. H.; TUSZYNSKI, M. H. Potential therapeutic uses of BDNF in neurological and psychiatric disorders. **Nature Reviews Drug Discovery**, London, v. 10, n. 3, p. 209–219, 2011.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 731–757, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status:** The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Women's mental health:** An evidence based review. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World health report: 2001:** Mental health: new understanding, new hope. 2001a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atlas:** country profiles of mental health resources 2001. 2001b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde:** evidências de hoje, agenda de amanhã.[s.l: s.n.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020.** [s.l.] World Health Organization, 2013.

PARDINI, R. et al. Validation of the international physical activity questionnaire (IPAQ): pilot study in brazilian young adults. **Revista Brasileira Ciência & Movimento**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 45–51, 2001.

PARIKH, N. I. et al. Increasing trends in incidence of overweight and obesity over 5 decades. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 120, n. 3, p. 242–250, 2007.

PASCO, J. A. et al. Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 23, n. 2, p. 292–298, 2011.

PATEL, V. et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 49, n. 11, p. 1461–1471, 1999.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Jama**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402–407, 1995.

PATTEN, S. B. Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. **BMC Psychiatry**, London, v. 9, p. 1-11, 2009.

- PERRATON, L. G.; KUMAR, S.; MACHOTKA, Z. Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Stamford, v. 16, n. 3, p. 597–604, 2010.
- PINHO, P. DE S.; ARAÚJO, T. M. DE. Association between housework overload and common mental disorders in women. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 560–572, 2012.
- PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002.
- PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870–877, 2005.
- PUERTAS, G.; RÍOS, C.; DEL VALLE, H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. **Revista Panamericanade Salud Pública**, Washington, v. 20, n. 5, p. 324–330, 2006.
- PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 4, n. 4, p. 213–227, 2003.
- RADLOFF, L. S. The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, St. Paul, v. 1, n. 3, p. 385–401, 1977.
- REED, S. D. et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. **Maturitas**, Limerick, v. 62, n. 3, p. 306–310, 2009.
- REIJNEVELD, S. A.; WESTHOFF, M. H.; HOPMAN-ROCK, M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 57, n. 6, p. 405–411, 2003.
- RICHARDSON, C. R. et al. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. **Psychiatric Services**, Washington, v. 56, n. 3, p. 324–331, 2005.
- ROBERTS, R. E. et al. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. **International Journal of Obesity**, London, v. 27, n. 4, p. 514–521, 2003.
- ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 630–640, 2010.
- ROCHA, S. V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro**

**dePsiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80–85, 2011a.

ROCHA, S. V. et al. Physical activity in leisure and common mental disorders among elderly residents in a town of northwest Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80–85, 2011b.

ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 871–83, 2012.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. 2 edição, [s.l.]: Shape, 2003.

ROSS, C. E. Overweight and depression. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 35, n. 1, p. 63–79, 1994.

SANTOS, Á. S. DOS. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 39, p. 96–98, 2010.

SANTOS, K. O. B.; DE ARAÚJO, T. M.; DE OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214–222, 2009.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

SCHWARTZ, T. L. et al. Psychiatric medication-induced obesity: a review. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 5, n. 2, p. 115–121, 2004.

SCOTT, K. M. et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 64, n. 1, p. 97–105, 2008.

SEN, B.; WILKINSON, G.; MARI, J. J. Psychiatric morbidity in primary health care. A two-stage screening procedure in developing countries: choice of instruments and cost-effectiveness. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 151, n. 1, p. 33–38, 1987. SHIDHAYE, R.; PATEL, V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 39, n. 6, p. 1510–1521, 2010.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 262–270, 2014.

SILVEIRA, D. DA; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 251–

261, 1998.

SIMON, G. E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 7, p. 824–830, 2006.

SOARES, C. DE N.; COHEN, L. S. The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 119, n. 2, p. 78–83, 2001.

TEYCHENNE, M.; BALL, K.; SALMON, J. Physical activity, sedentary behavior and depression among disadvantaged women. **Health Education Research**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 632–644, 2010.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. DE. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cadernos De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 43–53, 2005.

THORNICROFT, G.; MAINGAY, S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. **BMJ: British Medical Journal**, London, v. 325, n. 7365, p. 608, 2002.

TOMEY, K. et al. Physical functioning among mid-life women: associations with trajectory of depressive symptoms. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 71, n. 7, p. 1259–1267, 2010.

TRAVASSOS, C. et al. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365–373, 2002.

U.S., D. OF H. AND H. S. **Physical activity and health: a report of the Surgeon General**. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, p. 146–148, 1996.

VACCARINO, V. et al. Depression, the metabolic syndrome and cardiovascular risk. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 70, n. 1, p. 40–48, 2008.

VAN DAM, N. T.; EARLEYWINE, M. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale—Revised (CESD-R): Pragmatic depression assessment in the general population. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 186, n. 1, p. 128–132, 2011.

VAN DER BIJ, A. K.; LAURANT, M. G.; WENSING, M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review<sup>1</sup> <sup>1</sup>The full text of this article is available via AJPM Online at [www.elsevier.com/locate/ajpmonline](http://www.elsevier.com/locate/ajpmonline). **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 22, n. 2, p. 120–133, 2002.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. et al. Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 5, n. 1, p. 21–32, 2009.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 242–247, 2004.

VOGELZANGS, N. et al. Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 65, n. 12, p. 1386–1393, 2008.

VORCARO, C. M. R. et al. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 104, n. 4, p. 257–263, 2001.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, London, v. 386, n. 9995, p. 743–800, 2015.

WANG, H.-L. et al. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. **Maturitas**, Limerick, v. 75, n. 4, p. 355–360, 2013.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2013.

WHITEFORD, H. A. et al. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 2, 2015.

WILHELM, K. et al. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 75, n. 2, p. 155–162, 2003.

WIT, L. M. DE et al. Depression and body mass index, a u-shaped association. **BMC Public Health**, London, v. 9, n. 1, p. 14, 2009.

YARY, T. The Association between Dietary Intake of Folate and Physical Activity with Psychological Dimensions of Depressive Symptoms among Students from Iran. **BioMed research international**, v. 2013, 2013.

ZANCHETTA, L. M. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 387–99, 2010.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 24, n. 4, p. 189–95, 2002.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra deste estudo revela que as mulheres da cidade de Uberaba, com idade igual ou superior a 20 anos apresentam taxas de TMC e de SD equivalentes a 29,67% e 31,55% respectivamente, compatível com as taxas que vêm sendo apontadas pela literatura para o público feminino. As maiores prevalências para ambas as morbidades psíquicas foram na faixa etária de 30-59 anos, idade em que houve maior número de mulheres entrevistadas.

Considerável parcela da população mostrou-se fisicamente ativa, mas por outro lado com sobrepeso. Provavelmente, as atividades físicas relacionadas aos afazeres domésticos contribuíram para os elevados NAF. Nenhuma dessas duas variáveis apresentou associações significativas com TMC ou SD. Os dois transtornos mentais estiveram relacionados à desvantagem socio econômica e a algumas características sociodemográficas.

As informações obtidas por meio deste estudo permitiram identificar a presença de TMC/SD e fatores associados. A partir destes dados é possível propor adequados planejamentos de políticas públicas bem como investimentos nos serviços e na assistência à saúde dentro do contexto psíquico, para assim combatê-los e preveni-los de maneira mais efetiva. Assim, mostra-se relevante propor um programa de aconselhamento à prática regular de atividade física a estas mulheres, uma vez que são as atividades físicas de lazer/tempo livre que contribuem positivamente para uma boa saúde mental e física, refletindo diretamente na redução das sintomatologias de ansiedade e depressiva e na modificação dos valores de IMC para padrões saudáveis.

## REFERÊNCIAS

- ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 243–251, 2009.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 171, n. 6, p. 524–529, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5: DSM-5**. [s.l.]: Artmed Editora, 2014.
- BABYAK, M. et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 62, n. 5, p. 633–638, 2000.
- BAUMAN, A. E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000–2003. **Journal of Science and Medicine in Sport**, Belconnen, v. 7, n. 1, p. 6–19, 2004.
- BLAS, E.; KURUP, A. S. **Equity, Social Determinants and Public Health Programmes**. [s.l.] World Health Organization, 2010.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Boston, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.
- CHENG, T. A. Urbanisation and minor psychiatric morbidity. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 24, n. 6, p. 309–316, 1989.
- CORREIA, J.; RAVASCO, P. Weight changes in Portuguese patients with depression: which factors are involved? **Nutrition Journal**, London, v. 13, n. 1, p. 117, 2014.
- COSTA, A. G. DA; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73–79, 2005.
- CUNHA, R. V. DA; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. DEL. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346–54, 2012.
- DE ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.
- GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365–71, 2004.
- GERBER, M.; PÜHSE, U. “Don’t crack under pressure!”—Do leisure time physical

activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 65, n. 4, p. 363–369, 2008.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. [s.l.], London: Routledge, 1991.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641–1650, 2008.

GUMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 481–492, 2006.

HRABOSKY, J. I.; THOMAS, J. J. Elucidating the relationship between obesity and depression: Recommendations for future research. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Cary, v. 15, n. 1, p. 28–34, 2008.

JOSEFSSON, T.; LINDWALL, M.; ARCHER, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, Copenhagen, v. 24, n. 2, p. 259–272, 2014.

KEMPERMANN, G. et al. Why and how physical activity promotes experience-induced brain plasticity. **Frontiers in neuroscience**, Lausanne, v. 4, p. 1–26, 2010.

KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRETT-CONNOR, E.; CORBEAU, C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly the Rancho Bernardo Study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 153, n. 6, p. 596–603, 2001.

LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, New York, v. 26, n. 2, p. 211–222, 1996.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, 2003.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease. **Natural Medicine**, New York, v. 4, n. 11, p. 1241–1243, 1998.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 36, n. 3, p. 101–107, 2001.

LUDERMIR, A. B.; MELLO-FILHO, D. DE. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213–21, 2002.



- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 8, p. 1639–48, 2006.
- MARKOWITZ, S.; FRIEDMAN, M. A.; ARENT, S. M. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment. **Clinical Psychology: Science and Practice**, Cary v. 15, n. 1, p. 1–20, 2008.
- MATHER, A. S. et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder Randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 180, n. 5, p. 411–415, 2002.
- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 731–757, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World health report: 2001**: Mental health: new understanding, new hope. 2001a.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atlas**: country profiles of mental health resources 2001. 2001b.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020**. [s.l.] World Health Organization, 2013.
- PERRATON, L. G.; KUMAR, S.; MACHOTKA, Z. Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Stamford, v. 16, n. 3, p. 597–604, 2010.
- PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002.
- REIJNEVELD, S. A.; WESTHOFF, M. H.; HOPMAN-ROCK, M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 57, n. 6, p. 405–411, 2003.
- ROBERTS, R. E. et al. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. **International Journal of Obesity**, London, v. 27, n. 4, p. 514–521, 2003.
- ROCHA, S. V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80–85, 2011.
- ROCHA, S. V. et al. Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 871–83, 2012.
- ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. 2 edição, [s.l.]:

Shape, 2003.

SANTOS, Á. S. DOS. Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 39, p. 96–98, 2010.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

SIMON, G. E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 7, p. 824–830, 2006.

TEYCHENNE, M.; BALL, K.; SALMON, J. Physical activity, sedentary behavior and depression among disadvantaged women. **Health Education Research**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 632–644, 2010.

THORNICROFT, G.; MAINGAY, S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. **BMJ: British Medical Journal**, London, v. 325, n. 7365, p. 608, 2002.

VAN DER BIJ, A. K.; LAURANT, M. G.; WENSING, M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review<sup>1</sup> <sup>1</sup>The full text of this article is available via AJPM Online at [www.elsevier.com/locate/ajpmonline](http://www.elsevier.com/locate/ajpmonline). **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 22, n. 2, p. 120–133, 2002.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 242–247, 2004.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2013.

WHITEFORD, H. A. et al. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 2, 2015.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(MAIORES DE 21 ANOS)**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014.”**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014”**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a frequência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2014.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (maiores de 21 anos)

Título do Projeto: **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014.”**

Eu,

\_\_\_\_\_ ,  
li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento.

Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal                      Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável                      Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:**

Prof. Dr. Shamy S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (3077 1501)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(MENORES DE 21 ANOS)**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014.”**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO**

O seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo:

Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a participação de seu (a) filho (a) é importante. Os objetivos deste trabalho são:

- Determinar a prevalência de doenças crônicas, Transtorno Mental Comum (TMC), depressão;
- Estudar a qualidade de vida geral, quociente sexual, capacidade para o trabalho, a qualidade de vida entre mulheres com endometriose, a qualidade de vida entre as mulheres com incontinência urinária;
- Determinar o risco para desenvolver câncer de mama de acordo com o histórico familiar e verificar a frequência de realização dos exames preventivos de câncer;
- Verificar as queixas durante a gestação e a saúde da mulher no climatério e o impacto da fibromialgia nas entrevistadas em que o diagnóstico for confirmado, entre as mulheres entrevistadas por este estudo de base populacional na cidade de Uberaba, MG, no ano de 2014.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo. Pela participação de seu (a) filho (a) no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, e terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da criança não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um número, preservando assim sua identidade.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (menores de 21 anos)**

Título do Projeto: **“Inquérito de Saúde da Mulher na cidade de Uberaba-MG, 2014.”**

Eu,

---

li e/ou ouvi o esclarecimento sobre o projeto e compreendi a finalidade do estudo, e qual(is) procedimento(s) a criança será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação da criança por quem sou responsável a

qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que o nome da criança não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por permitir que a criança participe do estudo. Autorizo a publicação dos resultados bem como todos os direitos de uso de divulgação acadêmica de tais conteúdos sem identificação pessoal da criança. Concordo com a participação da mesma nos termos acima.

“Diante dos esclarecimentos prestados, autorizo meu (minha) filho (a) \_\_\_\_\_, nascido aos \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, a participar do estudo, na qualidade de voluntário.”

Uberaba, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador orientador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores responsáveis:**

Prof. Dr. Shamy S de Castro (9192 8122)

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (3077 1501)

Profa. Dra. Maria Cristina Cortez Carneiro Meirelles

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE C - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO  
SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA**

---

A.1. **Nome** da \_\_\_\_\_  
**entrevistada:** \_\_\_\_\_

---

A.2. **Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

A.3. **Qual é o seu estado civil?** ( ) solteiro ( ) em ( ) separada ( ) viúva  
união

---

A.4. **Quantos anos de estudo você tem?**

---

A.5. **Qual é a cor da sua pele?** ( ) branca ( ) parda ( ) preta ( ) amarela ( ) vermelha ( ) outra

---

A.6. **Qual a renda familiar total mensal (R\$)?** \_\_\_\_\_

---

A.7. **Você é chefe da família?** ( ) sim ( ) não

---

A.8. **Você exerce trabalho remunerado?** ( ) sim ( ) não

---

# ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

## FOLHA FRONTAL

<b>PROTOCOLO CEP/FMTM</b>	<b>DATA DE ENTRADA</b>	<b>Nº total de folhas (incluindo</b>
INDIVIDUAL: 1826	03/12/2010	

### TÍTULO DO PROJETO

INQUÉRITO DE SAÚDE DA MULHER NA CIDADE DE UBERABA-MG, 2011. (ISA-MULHER, 2011)

### ENCAMINHAMENTO E CONCLUSÕES (Uso exclusivo do CEP)

Aprovado  
08/04/2011

TCLT (língua-  
sem)

Pesquisador responsável	Funcionário do CEP	Coordenador do CEP	Reitor do CEP
Nome escrito legível ou carimbo PROF. DR. SHAMYR SULYVAN DE CASTRO	Nome escrito legível ou carimbo Marta Helena Inácio Machado Secretaria do CEP-UFTM	Nome escrito legível ou carimbo Prof. Ana Palmira Coordenadora do CEP da UFTM	Nome escrito legível ou carimbo
Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
Rubrica	Rubrica	Rubrica	Rubrica



## ANEXO B - SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

O(A) SR(A). PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	1- Sim 2- Não
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim 2- Não
03- Dorme mal?	1- Sim 2- Não
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim 2- Não
05- Tem tremores de mão?	1- Sim 2- Não
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim 2- Não
07- Tem má digestão?	1- Sim 2- Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim 2- Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim 2- Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim 2- Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim 2- Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim 2- Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim 2- Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim 2- Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim 2- Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim 2- Não
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim 2- Não
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim 2- Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim 2- Não
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim 2- Não

A - Total de sim |\_\_| |\_\_|

**ANEXO C - CENTER FOR EPIDEMIOLOGICALSCALE – DEPRESSION  
(CES-D)**

**Instruções:**

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira *durante a semana passada*:

<b>DURANTE A ÚLTIMA SEMANA :</b>	<b>Raramente (menos que 1 dia)</b>	<b>Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)</b>	<b>Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)</b>	<b>Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)</b>
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

## ANEXO D – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) – VERSÃO LONGA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **última semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

### SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

**1a.** Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

- ( ) Sim                      ( ) Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

**1b.** Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA**                      ( ) nenhum - **Vá para a questão 1d.**

**1c.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

- 1d.** Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA**            ( ) nenhum - **Vá para a questão 1f**

- 1e.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

- 1f.** Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho:**

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA**            ( ) nenhum - **Vá para a questão 2a.**

- 1g.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho?**

\_\_\_\_ horas                      \_\_\_\_\_ minutos

## SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

- 2a.** O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA**            ( ) nenhum - **Vá para questão 2c**

- 2b.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem?**

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

- 2c.** Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

\_\_\_\_ dias por **SEMANA**            ( ) Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

- 2d.** Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

- 2e. Em quantos dias da última semana você caminhou por **peelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

- 2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

### **SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.**

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense *somente* naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

- 3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 3c.**

- 3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

- 3c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 3e.**

- 3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

- 3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a seção 4.**

- 3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

#### **SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.**

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

**4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente**, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?**

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 4c**

**4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**4c. Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 4e.**

**4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**4e. Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

\_\_\_\_\_ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para seção 5.**

**4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

#### **SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO**

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

**5a.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

\_\_\_\_\_horas \_\_\_\_minutos

**5b.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

\_\_\_\_\_horas \_\_\_\_minutos