



Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural*

Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area

Trastornos mentales comunes y factores asociados: estudio de las mujeres en una zona rural

Bibiane Dias Miranda Parreira¹, Bethania Ferreira Goulart¹, Vanderlei José Haas², Sueli Riul da Silva², Juliana Cristina dos Santos Monteiro¹, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz³

Comoar este artigo:

Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03225. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>

*Extraído da tese “Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba – Minas Gerais”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

1 Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Uberaba, MG, Brasil.

2 Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba, MG, Brasil.

3 Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identifying the prevalence of Common Mental Disorders and analyzing the influence of sociodemographic, economic, behavioral and reproductive health variables on Common Mental Disorders in women of childbearing age living in the rural area of Uberaba-MG, Brazil. **Method:** An observational and cross-sectional study. Socio-demographic, economic, behavioral and reproductive health instruments were used, along with the *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) to identify common mental disorders. Multiple logistic regression was used for multivariate data analysis. **Results:** 280 women participated in the study. The prevalence of Common Mental Disorders was 35.7%. In the logistic regression analysis, the variables of living with a partner and education level were associated with Common Mental Disorders, even after adjusting for the other variables. **Conclusion:** Our findings evidenced an association of social and behavioral factors with Common Mental Disorders among rural women. Identification and individualized care in primary health care are essential for the quality of life of these women.

DESCRIPTORS

Women; Rural Population; Mental Health; Psychiatric Nursing; Primary Care Nursing.

Autor correspondente:

Bibiane Dias Miranda Parreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Praça Manoel Terra, 330
CEP 38015-050 – Uberaba, MG, Brasil
bibianedias@yahoo.com.br

Recebido: 20/08/2016
Aprovado: 28/01/2017

INTRODUÇÃO

Transtorno Mental Comum (TMC) é caracterizado por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas⁽¹⁾. Manifesta-se como uma mistura de sintomas somáticos, ansiosos e depressivos⁽²⁾.

O diagnóstico precoce e correto desse transtorno é fundamental para evitar prejuízos físicos e psicológicos ao indivíduo e ônus ao sistema de saúde. Nesse sentido, destaca-se que as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem favorecer a detecção, o encaminhamento e tratamento do TMC, se consideradas suas características de acessibilidade e cobertura⁽³⁾. Portanto, é relevante a articulação da saúde mental com a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽⁴⁾.

As diferenças de gênero estão presentes nos TMC, e acometem predominantemente as mulheres^(2,5-8). Estudos nacionais evidenciaram a prevalência de TMC em mulheres na área urbana: 33,8%⁽⁸⁾, 37,9%⁽⁶⁾, 41,7%⁽³⁾, 52,1%⁽⁷⁾.

Considerando-se pesquisas nacionais com mulheres no contexto rural, apesar de poucos estudos, a prevalência de TMC em mulheres é alta nesse grupo populacional – 56,2%⁽⁹⁾, 44,17%⁽⁵⁾ e 43,6%⁽¹⁰⁾.

A literatura aponta que, tanto no contexto rural quanto no urbano, diversos fatores sociais, culturais e comportamentais podem estar relacionados aos TMC. Resultados obtidos em diversos estudos nacionais, em contexto urbano e rural, revelaram uma maior prevalência de TMC relacionado: a mulheres⁽⁵⁻⁸⁾, a baixos níveis de escolaridade⁽⁹⁾, à baixa renda⁽⁷⁾ e à mulher separada, divorciada, viúva ou sem parceiro^(6,9).

Em relação ao contexto rural, as condições de vida associadas com a pobreza, eventos estressantes, recursos sociais e econômicos limitados e outras desvantagens demográficas produzem maior risco para problemas de saúde mental⁽¹¹⁾.

Em relação às mulheres rurais, as questões da saúde mental podem ser mais acentuadas, pois embora alguns aspectos, como viver em um lugar com um ritmo mais calmo e numa comunidade fechada, possam ser favoráveis à saúde mental, outros aspectos podem ser estressantes. Essas mulheres podem ter menos oportunidades de emprego remunerado, menos contatos sociais, menos acesso aos serviços de saúde, em comparação com as mulheres da zona urbana⁽¹²⁾. Além da falta de perspectiva da melhoria das condições de vida e a sobrecarga física do trabalho.

A falta de oferta de trabalho no campo é uma realidade. A baixa oferta, associada à dificuldade de locomoção, compromete a possibilidade de uma opção de renda. Segundo dados apresentados no estudo realizado em Bangladesh, 86,0% das mulheres rurais eram donas de casas⁽¹³⁾. Entretanto, em outra pesquisa em Bangladesh, quase metade das participantes rurais estava envolvida em atividades geradoras de renda⁽¹⁴⁾.

Em estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, 96,7% das participantes realizavam trabalho agrícola e doméstico⁽¹⁵⁾, comprovando a sobrecarga física e a vulnerabilidade dessas mulheres. Acredita-se que existem variações nos papéis socioculturais e a sua associação com gênero e região de moradia – rural ou urbana⁽¹⁶⁾.

Além desses fatores, as pessoas que vivem em comunidades rurais têm acesso limitado aos serviços de saúde e

aos serviços especializados, como os de saúde mental. As mulheres que vivem em áreas rurais e com baixo nível de escolaridade são menos propensas a procurar assistência para uma doença mental, quando comparadas com as mulheres que vivem em áreas urbanas⁽¹⁷⁾.

Nessa perspectiva, ressalta-se que vários fatores podem influenciar a saúde mental das mulheres rurais. A interação entre questões ambientais, sociais, culturais, econômicas e individuais evidencia a singularidade dessa população.

Grupos específicos, como as mulheres, têm foco prioritário nas políticas públicas, especialmente nas questões voltadas à saúde reprodutiva. Entretanto, observa-se ainda uma lacuna nas questões relacionadas à saúde mental, especificamente na atenção às mulheres rurais.

Acredita-se que fatores sociais, econômicos, comportamentais e de saúde reprodutiva influenciam a saúde mental das mulheres rurais e, assim, podem trazer diversas consequências para a sua qualidade de vida.

A saúde mental das mulheres rurais em idade reprodutiva é essencial tanto para a sua qualidade de vida quanto para o bem-estar de seus filhos e familiares. Diante dessa realidade, são necessárias pesquisas nacionais que identifiquem os TMC, em mulheres residentes na zona rural e sua associação com diferentes fatores.

Constatou-se por meio da revisão da literatura uma lacuna referente a estudos nacionais nesta temática. Novos estudos podem fornecer subsídios para ações da equipe de saúde atuante nas áreas rurais e atuação da enfermagem na prevenção, identificação, encaminhamento e acompanhamento das mulheres que apresentam sintomas de adoecimento psíquico.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram: identificar a prevalência do TMC e analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o TMC em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.

MÉTODO

Estudo observacional, com delineamento transversal, realizado na zona rural do município de Uberaba-MG, Brasil.

A zona rural do município de Uberaba possui cobertura da ESF. Fazem parte quatro equipes da ESF.

Após contato com todas as equipes rurais da ESF do município, foi eleita para ser o campo da coleta de dados a ESF Santa Rosa. A escolha da referida equipe foi por apresentar um maior número de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, de acordo com lista fornecida pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) rurais. Outro fator que contribuiu para a escolha dessa equipe foi o número completo de agentes comunitários de saúde (ACS), ativos, proporcionando a cobertura de visitas em toda a área.

Participaram da pesquisa mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa, do município de Uberaba – MG, com idade entre 15 e 49 anos.

Os critérios de inclusão foram: mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa, do município de Uberaba-MG, há mais de 1 ano; mulheres

com idade entre 15 e 49 anos e mulheres orientadas quanto ao tempo, espaço e pessoa.

Foi realizado um teste piloto a fim de observar a aplicabilidade e adequação dos instrumentos de coleta de dados, que revelou a necessidade de pequenos ajustes, devidamente realizados.

Durante a coleta de dados, as visitas domiciliares foram realizadas junto com o ACS da área de abrangência. Previamente, foi feita uma lista, com o nome das mulheres que seriam incluídas no estudo. Posteriormente, foi seguida a escala de visitas dos ACS, definida mensalmente, pela enfermeira da ESF. Durante as visitas, seguia-se como referencial a lista disponibilizada.

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2014 e maio de 2015, no domicílio das mulheres participantes na forma de entrevista direta, ainda que os instrumentos pudessem ser autoaplicáveis. Considerando-se que algumas mulheres poderiam apresentar algum tipo de dificuldade de leitura ou compreensão das questões, além do cansaço, o que poderia interferir nas respostas e resultados da pesquisa, optou-se realizar dessa forma. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, face a face, no domicílio, em local reservado, para assegurar sigilo e privacidade.

Totalizaram 345 mulheres, na listagem fornecida pela equipe ESF. Dessas, foram excluídas da pesquisa 122, das quais 77 mudaram da área rural em questão, 33 não foram encontradas em casa, após três tentativas do entrevistador, uma havia falecido, quatro se encontravam fora da idade, cinco se recusaram a participar da pesquisa e duas possuíam declínio cognitivo. Cinco participaram do estudo-piloto. No momento da coleta de dados, 62 mulheres que não se encontravam na lista foram incluídas por se apresentarem dentro dos critérios de inclusão. Participou do estudo um total de 280 mulheres.

Os instrumentos de caracterização sociodemográfica e econômica, comportamental e de saúde reprodutiva foram elaborados e fundamentados com base na literatura, em pesquisas científicas realizadas na área e experiências prévias dos pesquisadores. Estes foram submetidos à validação de conteúdo e à apreciação de três juízes especialistas na área. As variáveis investigadas foram: idade, escolaridade, cor, situação conjugal, ocupação, renda individual, valor da renda individual, renda familiar, atividade física, atividade de lazer, hábito de fumar, doença crônica, convivência com companheiro, gravidez, filhos e ocorrência de aborto.

Para avaliar a prevalência de TMC, foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Trata-se de um instrumento para rastreamento e não diagnóstico. Recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, em populações de países em desenvolvimento⁽¹⁸⁾. É composto por 20 questões. As respostas que compõem o questionário são sim/não. Cada resposta positiva corresponde ao valor 1 que, ao final da somatória dos pontos, fornecerá o escore final. O resultado pode variar de zero (nenhuma probabilidade de TMC) a 20 (extrema probabilidade de TMC). Na avaliação de desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico, o ponto de corte mais adequado para o SRQ-20 foi de 7/8, independentemente

do sexo, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%. O escore total igual ou menor que sete classifica caso negativo e igual ou maior que oito considera-se positivo, para as 20 questões⁽¹⁸⁾. Esse foi o ponto de corte utilizado, neste estudo, para classificação de TMC.

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica, no programa Excel®, empregando-se a técnica de validação por dupla digitação, para detectar inconsistências. A análise estatística foi realizada com o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versão 20.0.

Na análise univariada, os dados foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas; e valores de média e desvios padrão e valores máximo e mínimo para as variáveis quantitativas. Na análise bivariada, a existência de associação foi verificada por meio de tabelas de contingência e suas respectivas medidas de associação: Teste Qui-Quadrado de Pearson (X^2), Razões de prevalência (RP) e Razões de chances de prevalência brutas (RCP). Para a análise multivariada, foi utilizada a regressão logística múltipla.

A inclusão das variáveis preditoras considerou a literatura nacional e internacional pertinente para o desfecho – TMC. As variáveis preditoras utilizadas na regressão logística múltipla foram: escolaridade (classificada de forma quantitativa), renda individual (classificada em duas categorias: “sim”; “não”), atividade de lazer (classificada em duas categorias: “sim”; “não”), convivência com companheiro (classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”) e número de filhos vivos (classificada de forma quantitativa).

A consistência interna das respostas ao instrumento SRQ-20 foi medida pelo Coeficiente de Kuder-Richardson (kr-20).

Para todos os testes, foi considerado um intervalo de confiança (IC) de 95,0% e um nível de significância α de 5%.

A presente investigação teve início após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberaba e do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) sob o protocolo nº 280/2013 e CAAE 21860113.2.0000.5393.

As mulheres eram convidadas a participar do estudo e esclarecidas sobre a natureza e os objetivos da pesquisa. Aquelas que aceitaram participar formalizaram sua anuência por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. No caso de adolescentes, menores de idade, foi solicitado o aceite à adolescente e ao responsável legal que formalizaram as anuências por meio da assinatura do termo de assentimento.

RESULTADOS

Participaram do estudo mulheres de 15 a 49 anos, com média de idade de 33,6 anos e desvio padrão (dp) de 9,8. Quanto à escolaridade, a média foi de 7,0 anos de estudo (dp=3,3). O tempo de estudo variou de 0 a 15 anos. A maioria considerou-se branca (72,1%), era casada ou em união estável (83,6%), não possuía ocupação remunerada, do lar (55,7%), sem renda individual mensal (45,4%) e, entre as que possuíam renda individual, predominou a

renda referente ao mercado informal (21,8%) e o valor da renda individual de um salário-mínimo (51,0%). O valor da renda familiar predominante foi entre um e dois salários-mínimos (37,2%).

No que tange à caracterização comportamental, a maioria das mulheres não realizava atividade física (80,7%), tinha atividades de lazer (54,3%), relatou não possuir doença crônica (73,9%), não fumava (78,2%) e respondeu como “boa” a convivência com o companheiro (91,9%).

Considerando-se a saúde reprodutiva das participantes, 91,0% das mulheres já haviam engravidado e 17,2% referiram ter sofrido aborto, não sendo questionado se espontâneo ou provocado. A quantidade média de gestações foi de 2,8 (dp=1,7) gestações. Em relação à ocorrência de abortos, a

média foi de 1,5 (dp=0,8). A média de filhos vivos foi de 2,5 (dp=1,43) filhos por mulher.

Em relação às respostas das participantes do estudo à escala SRQ-20, a prevalência de TMC foi de 35,7%.

A consistência interna, medida pelo coeficiente κ -20 no SRQ-20 foi de 0,87.

Na análise bivariada, as variáveis: não realizar atividade de lazer ($p=0,04$), possuir doença crônica ($p<0,001$) e ter convivência “ruim” com o companheiro ($p<0,001$) associaram-se ao TMC, Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta a análise bivariada das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva relacionadas ao TMC, entre as mulheres residentes na zona rural.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres residentes na zona rural, segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e TMC – Uberaba, MG, Brasil, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | POSSUI TMC | | | | RP (IC95%) | RCPbruta (IC95%) | p* |
|------------------------------------|------------|------|-----|------|---------------|---------------------|--------|
| | SIM | | NÃO | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Mora com companheiro | | | | | | | 0,25 |
| Sim | 87 | 37,2 | 147 | 62,8 | 1,32 | 1,50 | |
| Não | 13 | 28,3 | 33 | 71,7 | (0,81-2,15) | (0,75-3,01) | |
| Ocupação remunerada | | | | | | | 0,80 |
| Sim | 39 | 34,8 | 73 | 65,2 | 0,96 | 0,94 | |
| Não | 61 | 36,3 | 107 | 63,7 | (0,69-1,33) | (0,57-1,55) | |
| Renda individual | | | | | | | 0,56 |
| Sim | 57 | 37,3 | 96 | 62,7 | 1,10 | 1,16 | |
| Não | 43 | 33,9 | 84 | 66,1 | (0,80-1,51) | (0,71-1,90) | |
| Atividade física | | | | | | | 0,30 |
| Sim | 16 | 29,6 | 38 | 70,4 | 0,80 | 0,71 | |
| Não | 84 | 37,2 | 142 | 62,8 | (0,51-1,24) | (0,37-1,35) | |
| Atividade de lazer | | | | | | | 0,04 |
| Sim | 46 | 30,3 | 106 | 69,7 | 0,72 | 0,60 | |
| Não | 54 | 42,2 | 74 | 57,8 | (0,52-0,98) | (0,36-0,97) | |
| Hábito de fumar | | | | | | | 0,06 |
| Sim | 28 | 45,9 | 33 | 54,1 | 1,40 | 1,73 | |
| Não | 72 | 32,9 | 147 | 67,1 | (1,00-1,95) | (0,97-3,09) | |
| Doença crônica | | | | | | | <0,001 |
| Sim | 41 | 56,2 | 32 | 43,8 | 1,97 | 3,21 | |
| Não | 59 | 28,5 | 148 | 71,5 | (1,47-2,65) | (1,85-5,58) | |
| Convivência com companheiro | | | | | | | <0,001 |
| Boa | 72 | 33,5 | 143 | 66,5 | 0,42 | 0,13 | |
| Ruim | 15 | 78,9 | 4 | 21,1 | (0,32-0,57) | (0,04-0,42) | |
| Filhos | | | | | | | 0,16 |
| Sim | 89 | 37,4 | 149 | 62,6 | 1,43 | 1,68 | |
| Não | 11 | 26,2 | 31 | 73,8 | (0,84-2,44) | (0,81-3,52) | |
| Aborto | | | | | | | 0,45 |
| Sim | 18 | 42,9 | 24 | 57,1 | 1,17 | 1,30 | |
| Não | 74 | 36,6 | 128 | 63,4 | (0,79-1,73) | (0,66-2,55) | |

*Valor de p para o Teste Qui-Quadrado.

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla, referente à associação das variáveis

escolaridade, renda individual, atividade de lazer, convivência com companheiro e número de filhos vivos com o TMC.

Tabela 2 – Associação entre variáveis sociodemográfica e econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e TMC em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão logística múltipla – Uberaba, MG, Brasil, 2014-2015.

| VARIÁVEIS | POSSUI TMC | | | | RCPbruta (IC95%) | RCPajustada (IC95%) | p* |
|------------------------------------|------------|------|-----|------|---------------------|------------------------|-------|
| | SIM | | NÃO | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Escolaridade** | — | — | — | — | — | 0,88 (0,80-0,98) | 0,02 |
| Renda individual | | | | | | | |
| Sim | 57 | 37,3 | 96 | 62,7 | 1,16 | 1,19 | 0,57 |
| Não | 43 | 33,9 | 84 | 66,1 | (0,71-1,90) | (0,66-2,16) | |
| Atividade de lazer | | | | | | | |
| Sim | 46 | 30,3 | 106 | 69,7 | 0,60 | 0,82 | 0,51 |
| Não | 54 | 42,2 | 74 | 57,8 | (0,36-0,97) | (0,45-1,49) | |
| Convivência com companheiro | | | | | | | |
| Boa | 72 | 33,5 | 143 | 66,5 | 0,13 | 0,16 | 0,002 |
| Ruim | 15 | 78,9 | 4 | 21,1 | (0,04-0,42) | (0,05-0,51) | |
| Número de filhos vivos** | — | — | — | — | — | 1,11 (0,90-1,38) | 0,33 |

*Valor de p para o teste de máxima verossimilhança.

**Variável quantitativa.

As variáveis escolaridade (RCPajustada=0,88; IC95,0% (0,80-0,98) $p=0,02$) e convivência com companheiro (RCPajustada=0,16; IC95,0% (0,05-0,51); $p=0,002$) associaram-se ao TMC, mesmo após o ajuste para as demais variáveis previamente reconhecidas na literatura nacional e internacional. Portanto, a “boa” convivência com o companheiro reduz em 84% as chances de a mulher ter TMC, assim como para cada ano a mais de estudo diminuem em 12% as chances de a mulher ter TMC, mesmo após ajustar para as variáveis renda individual, atividade de lazer e número de filhos.

Em relação à escolaridade, é oportuno destacar que, entre as mulheres com TMC, a média foi de 6,0 anos de estudo (dp=3,2) e, entre as que não apresentaram TMC, a média foi 7,5 anos de estudo (dp=3,2).

A média de filhos vivos, entre as mulheres com TMC, foi de 2,9 filhos (dp=1,6) e, entre as que não apresentaram TMC, a média foi de 2,3 filhos (dp=1,3).

DISCUSSÃO

A prevalência do TMC, no presente estudo, foi de 35,7%. Em pesquisa conduzida entre mulheres rurais assentadas do Rio Grande do Norte, foi identificada prevalência de 43,6%⁽¹⁰⁾. Em outro estudo nacional, realizado com mães do semiárido de Alagoas, a prevalência de TMC na zona rural foi de 56,2%, superior quando comparada à urbana, que foi de 43,8%⁽⁹⁾. Ademais, em pesquisa na Zona da Mata pernambucana, a prevalência desse transtorno entre a população participante (homens e mulheres) foi de 36,0% e entre as

mulheres foi de 44,17%⁽⁵⁾. Em relação ao presente estudo, evidenciou-se uma menor prevalência de TMC em relação aos estudos nacionais em área rural.

No entanto, em duas pesquisas internacionais, desenvolvidas em área rural do Paquistão, foram identificadas altas prevalências do TMC entre as mulheres, 66% e 57,5% respectivamente⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Resultado diferente foi apresentado no estudo em aldeias rurais, na Índia. Entre as 658 mulheres participantes, 22,8% apresentaram TMC, quando utilizado o SRQ-20⁽²¹⁾.

Em estudo desenvolvido na Etiópia, com 512 pessoas residentes em áreas rural e urbana, os residentes da área rural (33,3%) apresentaram maior prevalência de TMC, quando comparado com os da área urbana, e as mulheres (33%), quando comparadas como os homens⁽²²⁾.

Em estudos realizados em ambiente urbano, os autores evidenciaram maior prevalência de TMC, entre mulheres, quando comparados com o nosso estudo. Ressalta-se que, apesar de o ambiente urbano possuir características diferentes do rural, as mulheres dos estudos citados podem se assemelhar às mulheres investigadas em nossa pesquisa, pela questão do trabalho doméstico e sobrecarga de trabalho.

Outras pesquisas nacionais em ambiente urbano, com população geral (homens e mulheres), identificaram a prevalência de TMC entre as mulheres, atendidas em UBS, na cidade de Ribeirão Preto (44,1%)⁽²³⁾, em uma cidade no interior paulista (52,1%)⁽⁷⁾, na cidade de Barbacena (41,7%)⁽³⁾ e em município de médio porte na região Centro-Oeste do Brasil (37,9%)⁽⁶⁾.

Em um estudo de coorte com 15.105 pessoas de seis cidades brasileiras, os autores identificaram que, em relação à prevalência de TMC, este foi mais frequente entre as mulheres (33,8%), dado inferior ao apresentado no presente estudo⁽⁸⁾.

Constatou-se que a prevalência de TMC identificada na presente pesquisa evidencia resultados inferiores aos apresentados na maioria dos estudos nacionais e internacionais, na área rural e urbana. Entretanto, essa prevalência é preocupante visto o impacto que o TMC pode causar na vida das mulheres rurais e em suas famílias.

Na regressão logística múltipla, as variáveis convivência com o companheiro e escolaridade associaram-se ao TMC, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. A “boa” convivência com o companheiro diminui em 84% as chances de a mulher ter TMC, assim como cada ano a mais de estudo reduz em 12% as chances de a mulher ter TMC.

Pesquisa desenvolvida em Alagoas, na área rural, após análise de regressão logística, as variáveis escolaridade, idade e número de crianças não apresentaram associação significativa com os TMC, nesse estudo a variável que manteve associação foi a falta de parceiro⁽⁹⁾.

Em relação à escolaridade, os resultados estão em concordância com investigações realizadas em área urbana e com o estudo desenvolvido com mulheres rurais no Paquistão, onde, após análise de regressão múltipla, as variáveis escolaridade, não ter um confidente e ter quatro ou mais crianças associaram-se ao escore no SRQ. Quanto menor a escolaridade, maior escore no SRQ⁽²⁴⁾. Ressalta-se que nesse estudo citado, foi verificado o escore, e não a prevalência, como em nosso estudo.

Em estudo na área urbana do semiárido de Alagoas, a escolaridade foi associada ao TMC⁽⁹⁾. Dados evidenciados, em Feira de Santana, após análise de regressão logística múltipla, confirmaram associação entre sobrecarga doméstica e TMC, ajustada pelas variáveis renda, escolaridade e atividades de lazer⁽²⁵⁾.

Entretanto, no presente estudo, após análise de regressão logística múltipla, as variáveis renda individual, atividade de lazer e número de filhos não apresentaram associação significativa com TMC. O fato de a mulher não ter uma “boa” convivência com o companheiro foi um fator importante para a presença do TMC, assim como o baixo nível de escolaridade.

Em pesquisa com 3.504 grávidas da área rural de Bangladesh, 35% apresentaram escore positivo no SRQ-20. O estudo evidenciou que todas as formas de violência doméstica estavam associadas a níveis mais altos de TMC⁽²⁶⁾.

No presente estudo, não foi investigada a questão da violência doméstica, entretanto a convivência “ruim” com o parceiro foi um dado que deve ser considerado e tratado com atenção. A questão de gênero, associada às desvantagens socioeconômicas das mulheres residentes em área

rural podem estar associadas ao TMC, como evidenciado no presente estudo.

Portanto, a presença desse transtorno está estreitamente ligada a fatores de desvantagem social⁽⁷⁾. A baixa escolaridade está associada às condições socioeconômicas. A principal consequência social desta situação é a falta de oportunidade, assim como a difícil inclusão para a melhoria da situação educacional e social destas pessoas⁽²⁵⁾.

Para melhorar a saúde mental da comunidade é importante práticas de gestão na atenção primária, além da necessidade de avanço no nível educacional e social das pessoas⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que a prevalência de TMC entre as mulheres rurais participantes do estudo foi inferior ao apresentado em outras pesquisas no contexto rural.

Os resultados ainda identificaram que a convivência com o companheiro e a escolaridade estiveram relacionadas ao TMC. Portanto, o fato de as mulheres rurais possuírem uma convivência “ruim” com o seu companheiro é um fator que pode acarretar repercussões na sua saúde mental, como evidenciado no estudo. A escolaridade também prevaleceu sobre outras variáveis identificadas na literatura. Contudo, a “boa” convivência com o parceiro e a maior escolaridade são fatores que reduzem os riscos de TMC entre as mulheres rurais.

A identificação precoce e a assistência individualizada na atenção primária de saúde, por meio de profissionais de saúde capacitados e serviços de saúde preparados para a identificação e a adequada intervenção, são essenciais para diminuir as complicações referentes à saúde mental. A utilização de instrumento validado, como o utilizado neste estudo, representa ferramentas potenciais que podem contribuir para o reconhecimento e a identificação dos TMC. Dentre esses profissionais de saúde, destaca-se o enfermeiro com o desenvolvimento de práticas assistenciais e educativas em saúde. Ações desenvolvidas por esse profissional, por meio de consulta de enfermagem, visita domiciliar, atividades em grupos, entre outras, proporcionam a aproximação e o vínculo das mulheres, ajudando na identificação dos sintomas relacionados ao TMC. A utilização de instrumentos validados, como o SRQ-20, deve ser incentivada na prática profissional a fim contribuir para a assistência em saúde.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para análise e reflexão desta temática, assim como para elaboração de planos de ações eficientes com vistas à assistência à saúde mental de mulheres rurais.

As limitações do estudo foram: se tratar de um estudo transversal, e não poder inferir causalidade; número de perdas, devido, principalmente, à mudança de residência e à realização da pesquisa em uma única área rural, o que pôde limitar as informações referentes às mulheres de outras áreas rurais.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência do transtorno mental comum e analisar a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o transtorno mental comum em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do

município de Uberaba-MG, Brasil. **Método:** Estudo observacional e transversal. Foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica, econômica, comportamental e de saúde reprodutiva, e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar os transtornos mentais comuns. Na análise multivariada dos dados, foi utilizada a regressão logística múltipla. **Resultados:** Participaram do estudo 280 mulheres. A prevalência do transtorno mental comum foi de 35,7%. Na análise de regressão logística, as variáveis convivência com o companheiro e escolaridade, associaram-se ao transtorno mental comum, mesmo após o ajuste para as demais variáveis. **Conclusão:** Os achados evidenciaram a associação de fatores sociais e comportamentais com o transtorno mental comum, entre mulheres rurais. A identificação e a assistência individualizada na atenção primária de saúde são essenciais para a qualidade de vida destas mulheres.

DESCRITORES

Mulheres; População Rural; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Enfermagem de Atenção Primária.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de trastornos mentales comunes y analizar la influencia de las variables socio-demográficas, económicas, de comportamiento y de salud reproductiva en el trastorno mental común en las mujeres en edad fértil, que viven en el municipio rural de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudio observacional y transversal. Se usaron instrumentos sociodemográficos, económicos, de comportamiento y salud reproductiva, y el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para identificar los trastornos mentales comunes. En el análisis multifactorial de los datos, se utilizó la regresión logística múltiple. **Resultados:** El estudio incluyó a 280 mujeres. La prevalencia de los trastornos mentales comunes fue de 35,7%. En el análisis de regresión logística, las variables convivencia con su pareja y la escolarización se asociaron con trastorno mental común, incluso después de ajustar por otras variables. **Conclusión:** Los resultados muestran la relación entre los factores sociales y de comportamiento con el trastorno mental común entre las mujeres rurales. La identificación y la atención individual en la atención primaria de salud son esenciales para la calidad de vida de las mujeres.

DESCRIPTORES

Mujeres; Población Rural; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica; Enfermería de Atención Primaria.

REFERÊNCIAS

1. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.
2. Malhotra S, Shah R. Women and mental health in India: an overview. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(6):205-11.
3. Vidal CEL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(4):457-64.
4. Paiva PC, Torrenté MON, Landim FLP, Branco JGO, Tamboril BCR, Cabral ALT. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(n.spe):134-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300020>
5. Costa AG, Ludemir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):73-9.
6. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.
7. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI. Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(6):1203-11.
8. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(2):91-7.
9. Paffer AT, Ferreira HS, Cabral Júnior CR, Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Med J*. 2012;130(2):84-91.
10. Costa MGSG, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol*. 2014;19(2):145-54.
11. Simmons LA, Wu Q, Yang N, Bush HM, Crofford LJ. Sources of health information among rural women in Western Kentucky. *Public Health Nurs*. 2015;32(1):3-14.
12. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM. Mental health status among rural women of reproductive age: findings from the Central Pennsylvania Women's Health Study. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1271-79.
13. Rahman M, Rahman A, Sajani TT, Chowdhury SA, Akhter A. Reproductive health practice of married women in the rural community of Dhamrai Upazila, Dhaka. *Anwer Khan Modern Med Coll J*. 2013; 4(2):31-6.
14. Shariful Islam SM, Mainuddin A. Relationship between income generating activities of rural women and their reproductive health behavior in Bangladesh. *Rural Remote Health*. 2015;15(4):3216.
15. Cezar-Vaz MR, Clarice Alves Bonow CA, Santos da Silva MR. Mental and physical symptoms of female rural workers: relation between household and rural work. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11037-49.
16. Habtamu K, Atalay Alem A, Medhin G, Fekadu A, Prince M, Hanlon C. Development and validation of a contextual measure of functioning for people living with severe mental disorders in rural Africa. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):311.
17. Dolja-Gore X, Loxton DJ, D'Este CA, Byles JE. Mental health service use: is there a difference between rural and non-rural women in service uptake? *Aust J Rural Health*. 2014;22(3):92-100.
18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):380-90.

19. Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med.* 2000;30(2):395-402.
20. Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *Br J Psychiatry.* 1997;170:473-8.
21. Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Moore Simas TA, Vankar J, et al. Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: results of a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2016; 6(7):e010834.
22. Yimam K, Kebede Y, Azale T. Prevalence of common mental disorders and associated factors among adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. *J Depress Anxiety.* 2014;S1:007. DOI: 10.4172/2167-1044.S1-007
23. Borges TL, Hegadoren KM, Miaso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(3):195-201.
24. Husain N, Gater R, Tomenson B, Creed F. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(8):618-24.
25. Pinho OS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):560-72.
26. Ziaei S, Frith AL, Ekstrom EC, Naved RT. Experiencing lifetime domestic violence: associations with mental health and stress among pregnant women in rural Bangladesh: the MINIMat Randomized Trial. *PLoS One.* 2016;11(12):e0168103.

