

## Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil

Factors associated with minor psychiatric disorders among women selected from a healthcare center in Rio de Janeiro, Brazil

Gilberto Kac <sup>1</sup>  
Erika Aparecida Silveira <sup>2,3</sup>  
Lívia Costa de Oliveira <sup>1</sup>  
Jair de Jesus Mari <sup>4</sup>

### Abstract

*The aim was to investigate factors potentially associated with minor psychiatric disorders, including maternal nutritional status variables. A cohort was studied with 479 women 15-45 years of age. The reduced General Health Questionnaire (GHQ – 12 items) was applied at nine months post-partum with the 312 women who had completed follow-up. Minor psychiatric disorder was defined as a GHQ score of  $\geq 4$  points and was treated as the response variable. Statistical analysis used hierarchical multivariate logistic regression models. The prevalence of minor psychiatric morbidity was 54.2% (95%CI: 48.6-59.7). According to the final model, the following variables remained statistically associated with minor psychiatric morbidity: level 1: total family income (1<sup>st</sup> quartile: OR = 2.71, 95%CI: 1.42-5.19; 2<sup>nd</sup> quartile: OR = 2.13; 95%CI: 1.13-4.04); level 3: body fat  $\geq 30\%$  (OR = 1.66; 95%CI: 1.03-2.65). In conclusion, low income and obesity were the only factors potentially associated with minor psychiatric disorders, even after adjusting for confounding variables, while there are few studies relating maternal nutritional status and minor psychiatric morbidity.*

*Obesity; Body Mass Index; Nutritional Status*

### Introdução

Entende-se por morbidades psiquiátricas menores transtornos muito comuns e de difícil caracterização. A maioria dos indivíduos com morbidades psiquiátricas menores apresenta queixas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia. Morbidades psiquiátricas menores também podem ser denominadas de transtornos mentais comuns, termo abrangente e que reforça a ocorrência frequente desses transtornos. Goldberg <sup>1</sup> propôs um instrumento de caráter auto-aplicável, para detecção dessas morbidades, denominado *Questionário de Saúde Geral (QSG)* e da sigla do inglês, mais conhecida, *General Health Questionnaire (GHQ)*, contendo, na versão original, sessenta itens. Em geral, o GHQ tem sido amplamente utilizado, sobretudo, devido a sua eficácia em aferir a existência de transtornos mentais comuns. O GHQ está disponível em diferentes versões, com 30, 20 ou 12 itens, mostrando um bom nível de validade quando comparado com entrevistas psiquiátricas padronizadas <sup>2,3,4,5</sup>.

Dados de um estudo multicêntrico realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, em 1991, revelaram prevalências ajustadas para idade de 34%, 19% e 33,7%, respectivamente, segundo o instrumento DSM-III *Symptom Checklist* e o indicador necessidade potencial de tra-

<sup>1</sup> Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Social e Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

#### Correspondência

G. Kac  
Departamento de Nutrição Social e Aplicada, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Av. Brigadeiro Trompowsky s/n, Rio de Janeiro, RJ 21941-590, Brasil.  
gkac@nutricao.ufrj.br

tamento<sup>6</sup>. Na atenção primária, a prevalência de morbidade psiquiátrica menor variou de 47 a 56% em estudo realizado em três Centros de Saúde do Município de São Paulo, em 1983<sup>7</sup>. Esses níveis de transtornos mentais observados na população brasileira são comparáveis aos observados em estudos realizados em países desenvolvidos.

São escassos os estudos no Brasil e no mundo que já relacionaram o estado nutricional em mulheres em idade reprodutiva com a presença de morbidades psiquiátricas menores, independente do instrumento de aferição<sup>8,9,10</sup>. No presente estudo, trabalhar-se-á com a hipótese de que desvios no estado nutricional materno, como o baixo peso e o sobrepeso/obesidade, estão potencialmente associados às morbidades psiquiátricas menores. Dentro desse contexto, o objetivo da presente investigação é estudar fatores potencialmente relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores, incluindo variáveis relativas ao estado nutricional materno, em um grupo de mulheres acompanhadas durante nove meses pós-parto, momento de grande vulnerabilidade no desenvolvimento desse desfecho.

## Métodos

### Recrutamento e seleção dos participantes, critérios de elegibilidade e padrão de perdas

Quatrocentos e setenta e nove mulheres foram recrutadas e acompanhadas por nove meses pós-parto, em um estudo de seguimento, realizado no Município do Rio de Janeiro, Brasil, entre maio de 1999 e abril de 2001. Foram realizadas quatro ondas de seguimento, aos 15 dias, 2, 6 e 9 meses, aproximadamente; momentos nos quais dados antropométricos e todas as co-variáveis foram coletados. As mulheres foram recrutadas em três locais distintos, a saber: na maternidade central da área, durante a rotina de pré-natal e durante a rotina de imunização do BCG; os dois últimos locais situavam-se no próprio Centro Municipal de Saúde.

Os critérios de elegibilidade estabelecidos para entrada na coorte foram: ter entre 15 e 45 anos, ter menos de 30 dias de pós-parto na data da primeira entrevista, estar livre de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes tipo I e II, hipertireoidismo e cardiovasculares), idade gestacional  $\geq 35$  semanas ao nascimento, não apresentar gestação gemelar e residir na área programática do estudo.

Como os dados referentes ao GHQ só foram investigados aos nove meses pós-parto, foram incluídas, na presente análise, apenas as 312 mulheres que completaram o seguimento. Essas mulheres representam 65% do grupo inicialmente recrutado. Para avaliar o padrão de perdas, levou-se em consideração a distribuição da taxa final de seguimento (número de mulheres com seguimento completo/número de mulheres que entraram na coorte), segundo diversas co-variáveis importantes (faixa etária, renda em quartis, estado marital, escolaridade e gordura corporal  $\geq 30\%$  no *baseline*). Diferenças nas taxas finais de seguimento foram avaliadas segundo o teste do qui-quadrado para proporções.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e está de acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, contidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>11</sup>. Todas as participantes assinaram termo de consentimento, que foi obtido de forma livre e espontânea, após terem sido feitos todos os esclarecimentos necessários.

### Variável dependente e co-variáveis

O GHQ foi desenvolvido por Goldberg<sup>1</sup> para o rastreamento de transtornos mentais menores na clínica geral e atenção primária. Esse instrumento foi traduzido e validado na população brasileira<sup>12,13</sup>, em três centros de atenção primária na Cidade de São Paulo, Brasil. Os questionários de rastreamento foram comparados de forma independente com uma entrevista psiquiátrica padronizada, revelando uma sensibilidade de 85%, especificidade de 79% e taxa de classificação incorreta de 18%. O instrumento é composto por 12 itens que investigam se o indivíduo experimentou recentemente um sintoma ou comportamento específico, classificado em uma escala de quatro pontos: “de jeito nenhum” (código 1); “não mais do que de costume” (código 2); “mais do que de costume” (código 3); e “muito mais do que de costume” (código 4). Os códigos 1 e 2 são transformados em zero, e os códigos 3 e 4 são transformados em um, indicando ausência e presença do sintoma, respectivamente. Procedeu-se o somatório de pontos e define-se morbidade psiquiátrica menor como a probabilidade de um indivíduo apresentar transtorno mental comum quando apresenta escores  $\geq 4$  em uma escala de 12 pontos potenciais. Os 12 itens do GHQ cobrem sentimentos de tensão, depressão, incapacida-

de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança.

A partir do elenco de variáveis coletadas pela pesquisa, construiu-se um modelo teórico de determinação das morbidades psiquiátricas menores que considerou três níveis. As seguintes co-variáveis foram incluídas na análise segundo os diversos níveis de determinação: (i) bloco de variáveis sócio-demográficas: faixa etária (16-19, 20-29, 30-45 anos), renda familiar total em quartis (< 282,5; 282,6-500,0; 500,1-878,5; 878,6-5.500,0 reais), escolaridade (0-4, 5-8, 9-21 anos), cor de pele (branca, parda, negra), estado marital (casada, em união, solteira), trabalho durante a gravidez (sim, não) e hábito de fumar (sim, não); (ii) bloco de variáveis reprodutivas: idade da mãe ao primeiro parto (13-19, 20-40 anos), paridade (1-2, ≥ 3 filhos), ligadura tubária (sim, não), aborto prévio (sim, não), tipo de parto (vaginal, cesárea) e; (iii) bloco de variáveis relacionadas ao estado nutricional materno aos nove meses pós-parto: IMC < 18,5kg/m<sup>2</sup> (sim, não), IMC ≥ 25kg/m<sup>2</sup> (sim, não), IMC ≥ 30kg/m<sup>2</sup> (sim, não), gordura corporal medida pela bioimpedância (≥ 30, < 30%) e retenção de peso pós-parto relativa (< 0, 1-10, ≥ 11%). A retenção de peso pós-parto relativa foi calculada através da fórmula  $[(\text{peso observado aos nove meses} - \text{peso pré-gestacional}) / \text{peso pré-gestacional}] \times 100$ . O peso pré-gestacional foi informado pela mãe na primeira onda de seguimento.

Os dados de peso e estatura foram coletados segundo procedimentos padronizados<sup>14</sup> pelo pesquisador principal e foram utilizados para o cálculo do IMC – [peso (kg)/estatura (m<sup>2</sup>)]. Os pontos de corte adotados para classificação do estado nutricional foram os definidos pela Organização Mundial da Saúde<sup>15</sup>, quais sejam: IMC < 18,5kg/m<sup>2</sup> para definir baixo peso, IMC ≥ 25kg/m<sup>2</sup> para definir sobrepeso e IMC ≥ 30kg/m<sup>2</sup> para definir obesidade. O exame de bioimpedância elétrica foi realizado seguindo as normas propostas pelo fabricante (RJA Inc., Estados Unidos). A estimativa de gordura corporal foi utilizada para classificar obesidade, tendo sido adotado o ponto de corte de 30%, na ausência de valores de referência consolidados<sup>16</sup>.

#### **Análise estatística**

Inicialmente, investigou-se a distribuição de cada co-variável da amostra com o objetivo de definir as melhores categorias. Nessa mesma fase da análise, calculou-se a prevalência de morbidades psiquiátricas menores para todas as variáveis dos três níveis hierárquicos descri-

tos acima. As comparações entre as categorias foram feitas com o qui-quadrado para proporções. Na análise bivariada, foram utilizados, como medida de efeito, o *odds ratio* (OR) bruto, com intervalo de confiança de 95% (IC95%), e o teste do qui-quadrado, para verificar a associação. Em situações nas quais se observou tendência linear, utilizou-se o qui-quadrado de tendência. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados como estatisticamente significantes.

Como o desfecho morbidades psiquiátricas menores apresenta distribuição binária, o procedimento de análise escolhido foi o de regressão logística. Adotou-se a estratégia proposta por Victora et al.<sup>17</sup>, que utiliza modelos hierarquizados. De acordo com essa estratégia, todas as variáveis com valores de  $p < 0,20$  na análise bivariada são selecionadas para análise multivariada, com o objetivo de evitar a exclusão de variáveis potencialmente importantes. Usou-se a seleção *backwards* a partir do modelo saturado, ou seja, todas as variáveis do mesmo nível foram incluídas e depois retiradas, uma a uma, do modelo saturado quando o  $p$  valor foi  $\geq 0,20$ . Dessa forma, a razão de chance e valor  $p$  apresentados estão ajustados para as variáveis do mesmo nível hierárquico e para os níveis superiores. A associação foi avaliada com o teste da razão de máxima verossimilhança (*likelihood-ratio test*), e, para avaliar a qualidade do ajuste do modelo final de regressão logística, utilizou-se o *goodness-of-fit test*. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 8.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

#### **Resultados**

Não se observou perda seletiva quando foram comparadas as 479 mulheres que ingressaram na coorte e as 312 que responderam ao GHQ 12, em relação às diversas variáveis sócio-econômicas e do estado nutricional.

A prevalência de morbidades psiquiátricas menores foi de 54,2% (IC95%: 48,6-59,7). A Tabela 1 apresenta dados sobre a distribuição de frequência para cada uma das doze perguntas que compõem o GHQ reduzido.

As Tabelas 2, 3 e 4 apresentam dados de prevalência e OR bruto para morbidades psiquiátricas menores, segundo variáveis dos níveis hierárquicos 1, 2 e 3, respectivamente. As maiores prevalências de morbidades psiquiátricas menores foram observadas em mulheres pertencentes a famílias com o mais baixo quartil de renda (65,4%), com escolaridade < 4 anos (65,8%), solteiras (62,5%) (Tabela 2), com três

Tabela 1

Distribuição de freqüência dos itens que compõem o *General Health Questionnaire* (GHQ), em mulheres aos nove meses pós-parto. Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Itens do GHQ	Opções de resposta								
	Melhor do que de costume		O mesmo de sempre		Menos que de costume		Muito menos que de costume		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Você tem sido capaz de se manter atenta?	65	20,8	155	49,6	66	21,1	26	8,3	
Você tem achado que está tendo um papel útil na vida que está levando?	157	50,3	113	36,2	27	8,6	15	4,8	
Você tem se sentido capaz de tomar decisões?	142	45,5	98	31,4	46	14,7	26	8,3	
Você tem sido capaz de desfrutar (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?	78	25,0	143	45,8	52	16,6	39	12,5	
Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?	107	34,2	131	41,9	45	14,4	29	9,2	
Você tem se sentido feliz de um modo geral?	148	47,4	108	34,6	31	9,9	25	8,0	
			De jeito nenhum		Não mais do que de costume		Um pouco mais do que de costume		Muito mais que de costume
Você tem perdido o sono por preocupação?	93	29,8	40	12,8	113	36,2	66	21,1	
Você tem se sentido constantemente agoniada e tensa?	60	19,2	38	12,1	114	36,5	100	32,0	
Você tem notado que está difícil superar as dificuldades?	62	19,8	48	15,3	129	41,3	73	23,4	
Você tem se sentido triste e deprimida?	111	35,5	33	10,5	103	33,0	65	20,8	
Você tem perdido a confiança em você mesma?	217	69,5	33	10,5	47	15,0	15	4,8	
Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?	227	72,7	25	8,0	43	13,7	17	5,4	

ou mais filhos (62,9%) (Tabela 3) e com gordura corporal medida pela bioimpedância  $\geq 30\%$  (61,8%) (Tabela 4).

Observou-se risco estatisticamente significativo de apresentar MPM para mulheres pertencentes aos mais baixos quartis de renda: 1º quartil (OR = 2,71; IC95%: 1,42-5,19), 2º quartil (OR = 2,13; IC95%: 1,13-4,01), com escolaridade < 4 anos (OR = 2,29; IC95%: 1,24-4,24) e com gordura corporal  $\geq 30\%$  (OR = 1,65; IC 95%: 1,04-2,62). Além dessas variáveis, as seguintes co-variáveis com p valor < 0,20 foram selecionadas da análise bivariada para o modelo multivariado: trabalho durante a gravidez, idade da mãe ao primeiro parto e paridade (Tabelas 2 e 3).

Os resultados do modelo final multivariado hierarquizado são apresentados na Tabela 5. Observa-se que, do bloco de variáveis sócio-econômicas, apenas a renda em quartis permaneceu estatisticamente associada à presença de morbidades psiquiátricas menores. Em relação aos demais blocos, apenas a variável gordura corporal medida pela bioimpedância permaneceu associada. Os valores de OR ajustados foram, respectivamente, de 2,71 (IC95%: 1,42-5,19) para o primeiro quartil de renda, 2,13 (IC95%: 1,13-4,04) para o segundo quartil

de renda e 1,66 (IC95%: 1,03-2,65) para mulheres com gordura corporal  $\geq 30\%$ .

## Discussão

A prevalência global de morbidades psiquiátricas menores observada no presente estudo foi de 54,2% (IC95%: 48,6-59,7), tendo a mesma alcançado 65,4% entre mulheres do mais baixo quartil de renda e 61,8% entre aquelas com percentual de gordura corporal  $\geq 30$ . Esses valores são altos quando comparados a outros estudos com amostras de indivíduos brasileiros, como a estudada em Olinda<sup>18</sup>, onde se observou prevalência global de 35% para adultos de ambos os sexos com 15 anos ou mais, ou mesmo na amostra de adultos investigada pelo Estudo Pró-Saúde, que verificou prevalências de 34,5 e 22,3% para mulheres e homens, respectivamente<sup>10</sup>. Devido à ausência de estudos sobre fatores associados a morbidades psiquiátricas menores em mulheres no pós-parto, é importante que ressalvas sejam feitas em relação às populações que estão sendo comparadas.

É interessante constatar que as prevalências de morbidades psiquiátricas menores aqui

Tabela 2

Prevalência de morbidades psiquiátricas menores e *odds ratio* (OR) bruto, segundo variáveis sócio-demográficas, em mulheres no pós-parto. Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Variáveis	Amostra		Prevalência		OR bruto (IC95%)	p valor
	n	%	n	%		
<b>Faixa etária (anos)</b>						0,9818
16-20	52	16,7	28	53,8	1,00	
21-30	185	59,3	101	54,6	1,03 (0,56-1,91)	
31-40	75	24,0	40	53,3	0,98 (0,48-1,99)	
<b>Renda familiar total (quartis)</b>						<b>0,0120</b>
1 <sup>a</sup> (< 282,5)	78	25,0	51	65,4	2,71 (1,42-5,19)	
2 <sup>a</sup> (285,6-500,0)	82	26,3	49	59,7	2,13 (1,13-4,01)	
3 <sup>a</sup> (500,1-878,5)	74	23,7	37	50,0	1,44 (0,76-2,73)	
4 <sup>a</sup> (878,6-5.500)	78	25,0	32	41,0	1,00	
<b>Escolaridade (anos)</b>						<b>0,0250</b>
0-4	82	26,3	54	65,8	2,29 (1,24-4,24)	
5-8	138	44,2	73	52,9	1,34 (0,79-2,27)	
9-21	92	29,5	42	45,6	1,00	
<b>Cor de pele da mãe</b>						0,7765
Branca	118	37,8	61	51,7	1,00	
Parda/Mulata/Morena	139	44,6	78	56,1	1,19 (0,73-1,95)	
Negra	55	17,6	30	54,5	1,12 (0,59-2,13)	
<b>Estado marital</b>						0,1008
Casada/Vive em união	240	76,4	124	51,7	1,00	
Solteira	72	23,1	45	62,5	1,56 (0,91-2,67)	
<b>Trabalho durante gravidez</b>						0,1501
Sim	152	48,7	76	50,0	1,00	
Não	160	51,3	93	58,1	1,39 (0,89-2,17)	
<b>Hábito de fumar</b>						0,7281
Sim	46	14,7	26	56,5	1,00	
Não	266	85,3	143	53,7	0,89 (0,47-1,68)	

observadas são comparáveis, em termos de magnitude, sobretudo às de estudos realizados em unidades de saúde, a exemplo do desenvolvido por Mari <sup>7</sup>, em três Centros Municipais de Saúde de São Paulo. O estudo de Ludermit & Melo-Filho <sup>18</sup> foi conduzido em uma amostra domiciliar aleatória, no ano de 1993, com 621 adultos com 15 anos ou mais, tendo utilizado o GHQ 20. Segundo os autores, a maior prevalência de morbidades psiquiátricas menores ocorreu entre indivíduos analfabetos (49,7%) e com renda familiar *per capita* menor que 0,25 salários mínimos (55,7%). Esses resultados são ligeiramente menores do que os observados em nosso estudo com mulheres no pós-parto. Entretanto, é necessário ressaltar que Ludermit &

Melo-Filho <sup>18</sup> não apresentaram dados estratificados por sexo. Ainda segundo esses mesmos autores, a análise de regressão logística, ajustada para sexo, idade, situação conjugal e variáveis relativas às condições de vida, revelou OR de 2,87 para a variável renda familiar *per capita* (IC95%: 1,4-5,8), valor muito próximo ao observado na presente investigação. A relação inversa entre transtorno mental e classe econômica é um dos resultados mais consistentes dos estudos epidemiológicos populacionais e de atenção primária no Brasil <sup>19</sup>.

São escassos os estudos que já relacionaram o estado nutricional materno e a ocorrência de morbidades psiquiátricas menores <sup>8,9,10</sup>, não tendo sido identificado, até o momento,

Tabela 3

Prevalência de morbidades psiquiátricas menores e *odds ratio* (OR) bruto, segundo variáveis reprodutivas, em mulheres no pós-parto. Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Variáveis	Amostra		Prevalência		OR bruto (IC95%)	p valor
	n	%	n	%		
<b>Idade ao primeiro parto (anos)</b>						0,0815
13-19	158	50,8	93	58,8	1,00	
20-40	153	49,2	75	49,0	0,67 (0,43-1,05)	
<b>Paridade (número de filhos)</b>						0,0590
1-2	230	73,9	117	50,9	1,00	
≥ 3	81	26,1	51	62,9	1,64 (0,98-2,76)	
<b>Ligadura</b>						0,9852
Sim	26	8,4	14	53,8	1,00	
Não	285	91,6	154	54,0	1,01 (0,45-2,25)	
<b>Aborto espontâneo ou provocado</b>						0,5248
Sim	108	34,7	61	56,5	1,00	
Não	203	65,3	107	52,7	0,86 (0,54-1,37)	
<b>Tipo de parto</b>						0,4837
Vaginal	198	63,7	104	52,5	1,00	
Cesárea	113	36,3	64	56,6	1,18 (0,74-1,88)	

Tabela 4

Prevalência de morbidades psiquiátricas menores e *odds ratio* (OR) bruto, segundo variáveis do estado nutricional, em mulheres no pós-parto. Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Variáveis	Amostra		Prevalência		OR bruto (IC95%)	p valor
	n	%	n	%		
<b>IMC &lt; 18,5 (kg/m<sup>2</sup>)</b>						0,5078
Sim	25	8,1	12	48,0	0,76 (0,33-1,72)	
Não	286	91,9	157	54,9	1,00	
<b>IMC ≥ 25,0 (kg/m<sup>2</sup>)</b>						0,6119
Sim	112	36,1	63	56,2	1,12 (0,71-1,79)	
Não	199	63,9	106	53,3	1,00	
<b>IMC ≥ 30,0 (kg/m<sup>2</sup>)</b>						0,9801
Sim	33	10,6	18	54,5	1,00 (0,49-20,8)	
Não	278	89,4	151	54,3	1,00	
<b>Gordura corporal ≥ 30%*</b>						<b>0,0320</b>
Não	188	60,5	93	49,5	1,00	
Sim	123	39,5	76	61,8	1,65 (1,04-2,62)	
<b>Retenção de peso relativa (%)**</b>						0,9353
< 0	96	31,6	50	52,1	1,00	
1-10	118	38,8	64	54,2	1,09 (0,63-1,87)	
≥ 11	90	29,6	49	54,4	1,10 (0,62-1,96)	

\* Gordura corporal estimada através da técnica de bioimpedância elétrica;

\*\* Variável calculada através da fórmula  $([\text{peso observado aos nove meses} - \text{peso pré-gestacional}] / \text{peso pré-gestacional}) \times 100$ .

estudos em mulheres no pós-parto. É importante destacar que, devido à escassez de estudos sobre o tema, não existe uma hipótese clara que norteie o entendimento da relação entre estado nutricional materno e morbidades psiquiátricas menores, já que as manifestações típicas das morbidades psiquiátricas menores podem desencadear alterações no estado nutricional, representativas tanto do baixo peso como do sobrepeso e da obesidade.

Em um dos poucos estudos sobre o tema <sup>8,9</sup>, foram acompanhadas 865 mulheres grávidas atendidas em clínicas de pré-natal de Jundiaí, São Paulo. As principais conclusões revelaram associação entre morbidades psiquiátricas menores, medida pelo GHQ 12, baixo peso ao nascer (RR = 1,97; p valor = 0,019) e prematuridade (RR = 2,32; p valor = 0,015) <sup>8</sup>. Em outra análise, baseada no mesmo estudo, os autores detectaram, através de regressão linear múltipla, associações negativas entre o GHQ e ganho de peso gestacional no primeiro trimestre. Os autores também observaram associações negativas entre IMC e ansiedade crônica, medida pela escala TAI (índice de ansiedade crônica) <sup>9</sup>.

O Estudo Pró-Saúde investigou a relação entre IMC, percepção corporal e transtornos mentais em uma amostra representativa de funcionários da Universidade Estadual do Rio de Janeiro <sup>10</sup>. Os autores observaram, entre mulheres, uma tendência de aumento da prevalência de morbidade psiquiátrica menor segundo mudanças nas categorias de IMC. Dessa forma, observou-se que mulheres com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> apresentaram OR 1,35 (IC95%: 1,0-1,83) vezes maior em comparação com mulheres de IMC normal, quando a estimativa foi ajustada apenas para idade e prática de atividade física recreativa. Quando o modelo foi ajustado também para renda e problemas de saúde auto-referido, o OR perdeu a significância. No presente estudo, observou-se risco ligeiramente aumentado de desenvolver morbidades psiquiátricas menores em mães com gordura corporal  $\geq 30\%$ , mesmo após o controle para variáveis de confusão como a renda e a escolaridade. A relação entre maior risco de morbidades psiquiátricas menores e condições desfavoráveis, como baixa escolaridade e renda, já está relativamente bem documentada. Por outro lado, a maior propensão em apresentar morbidades psiquiátricas menores em mulheres obesas ainda não foi suficientemente estudada, mas uma hipótese consiste no maior potencial de consumo energético devido ao componente GHQ associado à ansiedade. Foi curioso observar ausência de associação entre sobrepeso e obesidade, medido pelo IMC, e

Tabela 5

Modelo final de regressão logística para morbidades psiquiátricas menores em mulheres no pós-parto. Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Variáveis	OR ajustado	IC95%	p valor
<b>Nível 1</b>			
Renda familiar total (quartis)			<b>0,010</b>
1ª (< 282,5)	2,71	1,42-5,19	
2ª (285,6-500,0)	2,13	1,13-4,01	
3ª (500,1-878,5)	1,44	0,76-2,73	
4ª (878,6-5.500)	1,00		
Escolaridade (anos)			0,140
0-4	1,86	0,97-3,56	
5-8	1,18	0,68-2,04	
9-21	1,00		
Estado marital			0,120
Casada/Vive em união	1,00		
Solteira	1,55	0,88-2,70	
Trabalho durante gravidez			0,400
Sim	1,00		
Não	1,22	0,77-1,93	
<b>Nível 2</b>			
Idade do primeiro parto (anos)			0,320
13-19	1,00		
20-40	0,78	0,49-1,26	
Paridade (número de filhos)			0,200
1-2	1,00		
$\geq 3$	1,42	0,83-2,43	
<b>Nível 3</b>			
Gordura corporal $\geq 30\%*$			<b>0,035</b>
Não	1,00		
Sim	1,66	1,03-2,65	

\* Gordura corporal estimada através da técnica de bioimpedância elétrica.

morbidades psiquiátricas menores, sobretudo, porque esse índice é considerado, pela Organização Mundial da Saúde, como indicador de sobrepeso/obesidade.

Uma potencial limitação do estudo refere-se ao fato de que o GHQ foi aplicado na última onda de seguimento, e, portanto, apenas 312 das 479 mulheres que ingressaram responderam o mesmo. Apesar de o montante de perdas ter sido de quase 35%, é importante frisar que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre perdas e mulheres com seguimento completo (resultados não apresentados). Nesse sentido, está garantida a validade do estudo. Em relação à validade externa, é importante destacar que as mulheres aqui investigadas apresentam perfil sócio-econômico

e do estado nutricional muito parecido com o observado por Nucci et al.<sup>20</sup>, que estudaram amostra de mais de cinco mil mulheres em Centros Municipais de Saúde de seis capitais brasileiras.

O fato do instrumento GHQ 12 ter sido aplicado por entrevistadores, ao contrário do que ocorre com populações de melhor nível educacional, não deve ter interferido nos resultados. A baixa escolaridade aumenta o risco de falso-positivos no questionário<sup>21</sup>, sugerindo-se a participação de entrevistadores para

indivíduos com escolaridade inferior a oito anos de estudo.

Em síntese, observou-se que a baixa renda e a obesidade foram as únicas variáveis potencialmente associadas às morbidades psiquiátricas menores nesse grupo de mulheres no pós-parto. Conclui-se que é escassa a literatura associando estado nutricional materno e morbidades psiquiátricas menores, sendo importante que futuros estudos investiguem outros fatores nutricionais associados a esse importante desfecho.

## Resumo

*O objetivo foi investigar fatores potencialmente associados às morbidades psiquiátricas menores, incluindo variáveis do estado nutricional materno. Foi estudada uma coorte com 479 mulheres entre 15 – 45 anos. O General Health Questionnaire (GHQ) reduzido (12 itens) foi aplicado, aos nove meses pós-parto, nas 312 mulheres que completaram o seguimento. A presença de morbidades psiquiátricas menores foi definida como valores do escore derivado do GHQ  $\geq 4$  pontos, sendo analisada como variável dependente. As análises foram realizadas com modelos de regressão logística multivariados hierarquizados. A prevalência de morbidades psiquiátricas menores foi de 54,2% (IC95%: 48,6-59,7). Os resultados do modelo final revelaram que as seguintes variáveis permaneceram estatisticamente associadas: nível 1: renda familiar (1º quartil: OR = 2,71; IC95%: 1,42-5,19; 2º quartil: OR = 2,13; IC95%: 1,13-4,04); nível 3: gordura corporal  $\geq 30\%$  (OR = 1,66; IC95%: 1,03-2,65). Conclui-se que a baixa renda e a obesidade foram os únicos fatores potencialmente associados à probabilidade de ocorrência de morbidades psiquiátricas menores, mesmo após o controle para variáveis de confusão, e que são escassos os estudos relacionando estado nutricional materno e morbidades psiquiátricas menores.*

*Obesidade; Índice de Massa Corporal; Estado Nutricional*

## Colaboradores

G. Kac participou de todas as etapas do estudo e da elaboração do artigo. E. A. Silveira fez as análises e participou de todas as etapas de elaboração do artigo. L. C. Oliveira participou de todas as etapas de elaboração do artigo. J. J. Mari contribuiu com a interpretação dos dados e modificações nas diversas versões do manuscrito.

## Agradecimentos

Gilberto Kac recebeu bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (1999/2002). O projeto de pesquisa original foi financiado pelas seguintes fontes: Fundação Universitária José Bonifácio, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. Gilberto Kac é Pesquisador II, e Jair de Jesus Mari é Pesquisador IA do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

## Referências

1. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
2. Jones RA, Murphy E. Severity of psychiatric disorder and the 30-item General Health Questionnaire. *Br J Psychiatry* 1979; 134:609-16.
3. Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *J Occupational Psychol* 1980; 53:187-94.
4. Goldberg D. A classification of psychological distress for use in primary care settings. *Soc Sci Med* 1992; 35:189-93.
5. Valdiney V, Chaves SS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A Utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psic Teor Pesq* 2003; 19:241-8.
6. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997; 171:524-9.
7. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry* 1987; 22:129-38.
8. Rondo PH, Ferreira RE, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57:266-72.
9. Rondo PH, Souza MR, Moraes F, Nogueira F. Relationship between nutritional and psychological status of pregnant adolescents and non-adolescents in Brazil. *J Health Popul Nutr* 2004; 22:34-45.
10. Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:242-7.
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4:415-25.
12. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires in Brazil using ROC analysis. *Psychol Med* 1985; 15: 651-9.
13. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
14. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Illinois: Human Kinetics Books; 1988.
15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
16. Pichard C, Kyle UG, Bracco D, Slosman DO, Morabia A, Schutz Y. Reference values of fat-free and fat masses by bioelectrical impedance analysis in 3393 healthy subjects. *Nutrition* 2000; 16:245-54.
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-7.
18. Ludermir AB, Melo-Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213-21.
19. Lima MS, Soares BG, Mari JJ. Mental health epidemiological research in South America: recent findings. *World Psychiatry* 2004; 2:120-2.
20. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1367-74.
21. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chronic Dis* 1986; 39:371-8.

---

Recebido em 16/Mai/2005

Versão final reapresentada em 11/Out/2005

Aprovado em 19/Out/2005