

5 RESULTADOS

Apresentou-se o resultado dessa pesquisa no formato de dois artigos científicos elaborados considerando as instruções para os autores que constam no site das revistas selecionadas para a submissão.

Estes manuscritos visam atender os objetivos propostos por este estudo, visto que permitem compreender os fatores associados à inatividade física e aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes no município de Aiçara, Bahia.

A saber:

Manuscrito 1 : Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade – Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da Revista Científica **Cadernos de Saúde Pública**. Acesso em dezembro de 2013.

Manuscrito 2 : Fatores associados a inatividade física entre idosos residentes em comunidade – Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da Revista Científica **Ciência & Saúde Coletiva**. Acesso em dezembro de 2013.

5.1 MANUSCRITO 1: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade

Prevalence and factors associated to common mental disorders among community dwelling elderly

Paulo da Fonseca **Valença Neto**
Cezar Augusto **Casotti**

RESUMO

O objetivo do estudo é investigar a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns (TMC) em idosos residentes na zona urbana de um município de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos, do nordeste brasileiro. Estudo transversal, censitário, de base domiciliar, realizado em Aiquara, Bahia, Brasil, com 232 indivíduos com idade superior a 60 anos. Para coleta de dados foi utilizado um formulário contendo informações sociodemográficas, informações sobre autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida e condições de saúde mental. Para a triagem dos TMC utilizou-se o Self Reporting Questionnaire. Para análise estatística foi utilizado a técnica de regressão logística, com o cálculo das razões de prevalência, intervalo de confiança (95 %) e nível de significância $p \leq 0,05$. A prevalência global de TMC foi 33,2 %. A análise dos dados revelou que ser do sexo feminino (RP=2,49 IC95% 1,27 – 4,88), possuir autopercepção de saúde negativa (RP=2,73 IC95% 1,46 – 5,10), possuir distúrbios do sono (RP=3,12 IC95% 1,56 – 6,21) e ser inativo fisicamente (RP=2,30 IC95% 1,20 – 4,41), estavam associadas à maior prevalência de TMC. A prevalência de TMC foi de 33,2%, sendo mais prevalente em mulheres, com autopercepção de saúde negativa, com distúrbios do sono e inativos fisicamente. Faz-se necessário incorporar estratégias que visem a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos, através de articulação entre as políticas de atenção à saúde da população.

Palavras-chave: Idosos; Transtornos Mentais; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the prevalence and factors associated to common mental disorders (CMD) in elderly residents in the urban area of a small municipality, with low socioeconomic levels, in northeastern Brazil. This is a cross-sectional study, population-based, consisting of 232 individuals residing in the urban area of Aiquara, small municipality, with low socioeconomic levels, located in the Center-South region of Bahia, Brazil. A specific form was used to obtain information about demographic information, information about self-perception of health, sleep disorders, life habits and mental health conditions. For triage of the CMD used Self Reporting Questionnaire. For statistical analysis we used the logistic regression technique, with the calculation of prevalence reasons, confidence interval (95%) and $p \leq 0.05$ significance level. The global prevalence of TMC was 33.2%. The analysis of the data revealed that being female (RP = 2.49 95% CI 1.27-4.88), self-perception of negative health (RP = 2.73 95% CI 1.46-5.10), have sleep disturbances (RP = 3.12 95% CI 1.56-6.21) and being physically inactive (RP = 95% CI 1.20 – 2.30 4.41), were associated with higher prevalence of TMC. The prevalence of TMC was 33.2%, being more prevalent in women, with self-perception of negative health, sleep disorders and physically inactive. It is necessary to incorporate strategies aimed at the improvement of health and quality of life of older people, through coordination between the policies of health care of the population.

Keywords: Aged; Mental Disorders; Health of the elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está consolidado como um fenômeno presente na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se temática presente no cotidiano de pesquisadores.

As inquietações sobre o universo dos idosos trazem à tona questionamentos que ordenam respostas e conquistam espaços cada vez mais significantes no mundo contemporâneo. Tem-se então a evidência do viver mais e melhor, mas as implicações da longevidade se estendem em múltiplos aspectos da condição humana, repercutindo em dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, dentre outras¹.

Um dos grandes problemas de saúde pública enfrentados na atualidade são as morbidades psíquicas, levando o comprometimento da saúde da população, refletindo em um alto custo para a saúde pública². Ainda de acordo com estimativas apontadas pela Organização Mundial de saúde, uma em cada quatro pessoas poderá vir a ser comprometida por algum distúrbio mental durante a vida³.

Os transtornos psíquicos menores, atualmente denominados transtornos mentais comuns (TMC), categoria nosológica estabelecida por Goldberg & Huxley⁴, tem como características sintomatológicas a fadiga, irritabilidade, esquecimento, a dificuldade de concentração, insônia, bem como queixas somáticas.

Rocha et. al.⁵ destaca que em muitos casos, as características supracitadas são equivocadamente observadas como inerentes ao processo de envelhecimento, o que por sua vez pode vir a comprometer o diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

Os transtornos mentais comuns, são mais comumente observados com o avançar da idade^{2,6}, bem como em indivíduos do sexo feminino^{2,7-8}, além de uma maior predisposição em pessoas com comportamentos de risco (uso do tabaco)^{2,6}, condições precárias de moradia⁹, doenças crônicas e baixo nível educacional^{7-8,10}, bem como pessoas idosas inativas fisicamente no lazer⁵.

Apesar do avanço no número de pesquisas com idosos, informações referentes à saúde mental desta população em municípios de pequeno porte, com características agrícolas e baixos níveis socioeconômicos são escassos. Considerando que no Brasil, 47,9% dos municípios são classificados como de pequeno porte (inferior a 5.000 hab.) e ainda as limitações enfrentadas por este na oferta de serviços especializados, o presente trabalho objetivou investigar a prevalência e fatores associados aos TMC em idosos residentes em um município de pequeno porte, com baixo nível socioeconômico do nordeste brasileiro.

METODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, censitário, de base domiciliar, com população de 60 ou mais anos de idade residentes na área urbana do município de Aiquara, Bahia. De acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, área urbana corresponde à área interna ao perímetro urbano de uma cidade ou vila, definida por lei municipal.

O município de Aiquara, localizado na região centro-sul do estado da Bahia, possui uma população estimada para o ano de 2013 de 4.767 habitantes, sendo o 410º município em população do Estado, de um total de 417. Possui Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0.583, classificado de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD como baixo, sendo o 4562º, numa lista de 5.565 municípios brasileiros.

Foi procedido o censo da população idosa, em janeiro de 2013, a partir da listagem dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da população do município, para a identificação de todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, não institucionalizados e residentes na zona urbana.

Um estudo-piloto foi conduzido por equipe previamente treinada, no intuito de testar a metodologia proposta e a adequação dos instrumentos de pesquisa em população com características semelhante.

Os domicílios da zona urbana do município de Aiquara foram separados por área de abrangência dos agentes comunitários de saúde, sendo visitados por entrevistadores devidamente treinados para o procedimento da identificação dos sujeitos com mais de 60 anos. Neste censo identificou-se 263 idosos, os quais foram convidados a participar do estudo, e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido procedeu-se a entrevista, por meio de um questionário semi-estruturado.

Dos 263 idosos, nove se recusaram a participar do estudo, vinte e dois não atenderam aos critérios de elegibilidade, 4 acamados, 15 por apresentarem doenças neurológicas prévias e três por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos, o que fez com que a população do estudo fosse de 232 indivíduos, de ambos os sexos.

Os dados foram obtidos através de instrumento contendo informações sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, arranjo familiar, raça/cor, renda), informações sobre autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, nível de atividade física) e condição da saúde mental.

A variável escolaridade foi categorizada como sem escolaridade (Nunca foi à escola/sabe ler e escrever o nome) e com escolaridade (aqueles com algum grau de instrução).

Para a avaliação da saúde mental foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde¹¹, e validado por Gonçalves, Stein e Kapczinski¹², utilizado para identificar a suspeição de transtornos mentais. O resultado é uma medida quantitativa, assumindo valores de zero e a vinte pontos. Neste estudo adotou-se o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, o mesmo utilizado por Rocha et. al.^{2,5}. Na sua validação¹², o SRQ-20 apresentou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, tendo como padrão-ouro o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*.

O nível de atividade física foi mensurado por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas- IPAC- versão adaptada para idosos¹³. Nesse sentido os idosos foram questionados sobre tempo gasto fazendo atividade física na última semana. As perguntas incluíam as atividades praticadas 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. Foram considerados ativos no lazer aqueles entrevistados que realizavam atividades físicas no lazer com intensidade moderada ou vigorosa por mais de 150 minutos/semana e inativos os que não atendiam à classificação. O procedimento adotado foi semelhante ao de outro estudo encontrado na literatura¹⁴.

No presente estudo, a medida da autopercepção de saúde foi dicotomizada em positiva ou negativa. As categorias, excelente, muito boa e boa, indicaram autopercepção de saúde positiva, e a regular e ruim, negativa. Os distúrbios do sono foram informados por meio de medida autorreferida, sendo sim a presença e não para a sua ausência.

Para a avaliação do uso de bebidas alcoólicas e tabaco foram obtidas respostas sim ou não para a sua utilização nos últimos 30 dias.

Foi procedida inicialmente a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida e transtornos mentais comuns, no intuito de caracterizar a população estudada.

As prevalências do desfecho TMC foram avaliadas e estratificadas segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, arranjo familiar, renda), autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, nível de atividade física). Foram calculadas as razões de prevalência bem como seus respectivos intervalos de confiança a 95 %. Para avaliação da medida de significância estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, adotando $\alpha=5\%$.

No intuito de obter a avaliação simultânea dos fatores incluídos no estudo foi procedida a análise de regressão logística múltipla, com finalidade exploratória. A análise foi conduzida segundo procedimentos recomendados por Hosmer & Lemeshow¹⁵.

A regressão logística adotou procedimento backward stepwise para a seleção do melhor modelo. O modelo completo incluiu as variáveis sociodemográficas incluídas no estudo, autopercepção de saúde, distúrbios do sono e hábitos de vida.

As variáveis de ajuste que apresentaram significância de pelo menos 10% ($p \leq 0,10$) na análise univariada foram incluídas na análise múltipla.

Para confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, procedendo dupla digitação, para comparação dos dados tabulados, no intuito de minimizar possíveis erros de tabulação. A análise estatística foi procedida através da utilização do SPSS 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

O presente estudo seguiu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, bem como na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualmente substituída pela resolução 466/12. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

RESULTADOS

Dos 232 idosos, 136 são mulheres (58,6%) e a média de idade foi de 71,6 anos \pm 7,5, sendo o valor máximo de 93 anos.

As características da população encontram-se descritas na tabela 1.

Conforme observado na tabela 1, prevaleceram indivíduos na faixa etária de 60 e 79 anos, que vivem com companheiro, não negros, com renda mensal de até um Salário Mínimo, com autopercepção positiva de saúde, sem distúrbios do sono e inativos fisicamente.

Tabela 1 – Idosos residentes na área urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara – BA, 2013.

Variáveis (N)	n	%
Sexo (232)		
Masculino	96	41,4
Feminino	136	58,6
Idade (232)		
60 a 79 anos	191	82,3
80 ou mais	41	17,7
Situação conjugal (232)		
Com companheiro	127	54,7
Sem companheiro	105	45,3
Escolaridade (226)		
Com escolaridade	88	38,9
Sem escolaridade	138	61,1
Raça/Cor (225)		
Negro	64	28,4
Não negro	161	71,6

Arranjo Familiar (231)		
Sozinho	34	14,7
Acompanhado	197	85,3
Renda (217)*		
Até 1 SM ¹	188	86,6
Acima de 1 SM	29	13,4
Autopercepção de saúde (228)		
Positiva	118	51,8
Negativa	110	48,2
Distúrbios do sono (232)		
Sim	57	24,6
Não	175	75,4
Uso do álcool (232)		
Sim	49	21,1
Não	183	78,9
Uso tabaco (232)		
Sim	23	9,9
Não	209	90,1
Atividade Física (232)		
Suficientemente ativo	107	46,1
Insuficientemente ativo	125	53,9
Transtorno Mental Comum (232)		
Com suspeição	77	33,2
Sem suspeição	155	66,8

*Dicotomizada pela mediana 1- Salário mínimo igual a 678,00

A prevalência global de transtornos mentais comuns (TMC) entre os idosos entrevistados foi de 33,2%. Observou-se uma maior prevalência entre as mulheres (41,2%), com idade mais avançada, sem companheiros, sem escolaridade, negros, que residem sozinhos, com renda de até 1 salário mínimo, com autopercepção de saúde negativa, que não faziam uso de álcool e tabaco e inativos fisicamente (tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara – BA, 2013.

Variáveis (N)	Preval (%)	IC (95%)	Valor de p
Sexo (232)			
Masculino	21,9		0,002
Feminino	41,2	(1,38- 4,52)	
Idade (232)			
60 a 79 anos	30,4		0,049
80 ou mais	46,3	(0,99- 3,93)	
Situação conjugal (232)			
Com companheiro	27,6		0,045
Sem companheiro	40,0	(1,01- 3,04)	

Escolaridade (226)			0,037
Com escolaridade	25,0		
Sem escolaridade	38,4	(1,03- 3,38)	
Raça/Cor (106)			0,226
Não Negro	29,2		
Negro	37,5	(0,79- 2,67)	
Atualmente reside (231)			0,293
Acompanhado	32,0		
Sozinho	41,2	(0,70- 3,13)	
Renda (217)*			0,138
Acima de 1 SM ¹	20,7		
Até 1 SM	34,6	(0,78- 5,22)	
Autopercepção de saúde (228)			<0,001
Positivo	20,3		
Negativo	46,4	(1,88- 6,07)	
Distúrbios do sono (232)			<0,001
Não	24,6		
Sim	59,6	(2,41- 8,53)	
Uso do álcool (232)			0,072
Sim	22,4		
Não	36,1	(0,24- 1,07)	
Uso do tabaco (232)			0,524
Sim	39,1		
Não	32,5	(0,30- 1,81)	
Atividade Física (232)			0,015
Suficientemente ativo	25,2		
Insuficientemente ativo	40,3	(1,13- 3,52)	

*Dicotomizada pela mediana 1- Salário mínimo igual a 678,00

Ainda segundo a tabela 2, as variáveis raça/cor, arranjo familiar, renda e uso do álcool e tabaco não estão associadas ao TMC.

No modelo final, obtido na análise de regressão logística múltipla, as variáveis que permaneceram no modelo preditivo por confirmarem a associação positiva com os TMC foram: sexo, autopercepção de saúde, distúrbios do sono e atividade física (Tabela 3).

Tabela 3 – Coeficiente de regressão, razão de prevalência ajustado (RP ajustado), intervalo de confiança 95% e o valor de p das variáveis incluídas no modelo de predição quanto a TMC. Aiquara – BA, 2013.

Variáveis	Coeficiente de regressão (β)	RP ajustado	IC (95%)	Valor de p
Sexo	0,913	2,49	(1,27 - 4,88)	0,008
Autopercepção de saúde	1,003	2,73	(1,46 - 5,10)	0,002
Distúrbios do sono	1,137	3,12	(1,56 - 6,21)	<0,001
Atividade Física	0,832	2,30	(1,20 - 4,41)	0,012
Constante	- 2,59	-	-	-

Obtido o modelo final, analisou-se a sua adequação aos dados. A bondade do ajuste do modelo foi analisada através da Curva ROC, a qual revelou uma área igual a 0,756, IC-95% (0,695 - 0,810), com significância $p=0,0001$, sensibilidade de 53,2 e especificidade de 88,4, além de critério $>0,37$. Desta forma, o modelo obtido revelou estar bem ajustado aos dados.

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC em idosos no presente estudo foi de 33,2%, mais elevada quando comparada a outros estudos^{5,16,17}, sendo portanto no município um problema de saúde pública, principalmente pela população acometida ser de pessoas idosas. Além disso, supera as expectativas da Organização Mundial da Saúde¹⁸ a qual indica uma prevalência média em populações adultas em 25%.

A presente investigação revelou ainda elevada prevalência de TMC entre as mulheres, como apresentado em outros estudos¹⁸⁻²¹, inclusive com população idosa^{2,17}, o que, em conformidade com Rocha et al.², deixa claro a real necessidade de políticas que visem a contribuição da proteção da saúde mental na população.

Clement, Loyola Filho e Firmo²² destacam a idade como um preditor significativo para o desencadeamento de problemas psicológicos. As pessoas mais idosas estão expostas a fatores como viuvez, isolamento social, doenças hipocinéticas, problemas de ordem

econômica, doenças crônicas, as quais podem inclusive favorecer o surgimento de morbidades de ordem psíquica^{5,22}.

O presente estudo evidenciou que indivíduos idosos sem companheiro apresentam 1,75 mais chances de apresentar TMC quando comparados aos que possuem companheiro, o que talvez possa ser explicado pelos fatores mencionados anteriormente. Coutinho, Almeida e Mari²³ destacam que o ambiente familiar e social, a situação conjugal, e o desemprego podem ser fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de TMC.

O município de Aiquara apresenta baixos indicadores educacionais e socioeconômicos. Cerca de 61,1% dos idosos são caracterizados como sem escolaridade. Os altos índices de analfabetismo entre os idosos representam um grave problema de ordem social, pois é considerado um dos indicadores mais precisos para identificar o nível socioeconômico de uma população.

Uma possível explicação para essa repercussão negativa pode estar relacionada aos idosos estarem atrelados a um município com característica predominantemente rural, o que não favorece a necessidade pessoal em um maior grau de instrução educacional.

Rocha et. al.² deixam evidente que o nível de escolaridade relaciona-se diretamente com a condição socioeconômica, pois os indivíduos com baixa/sem escolaridade exercem funções na vida adulta com menor remuneração, o que por sua vez pode repercutir no bem-estar psicológico.

Grande parte da população de idosos referiram ter renda de até um salário mínimo, e dentre eles aproximadamente 34% apresentavam suspeição aos TMC. Estudos apontam a possível influência das condições socioeconômicas^{9,24} no declínio do bem-estar psíquico, pois condições desfavoráveis podem promover instabilidade, estresse, bem como insegurança, fatores que contribuem para a ocorrência dos TMC.

Neste estudo, não houve associação estatística entre o consumo de álcool e a prevalência de TMC. Na literatura consultada, também não houve constatação de associação direta entre consumo de bebidas alcoólicas e maior prevalência de TMC^{2,25}. Entretanto, mesmo não sendo fator associado aos TMC, vale ressaltar que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode repercutir negativamente na saúde dos idosos, principalmente pela susceptibilidade ao risco de doenças, alterações cognitivas, dentre outras²⁶.

Na população estudada, a prevalência de TMC esta associada à autopercepção de saúde negativa. Nestes indivíduos a prevalência deste agravo foi maior quando comparados aos que autorreferem à saúde como positiva. Estudos evidenciam o aumento da prevalência

de transtornos mentais à medida que piora a autoavaliação de saúde^{17,27}. Destaca-se que a autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional²⁸.

Outro ponto a ser destacado, é a elevada prevalência de TMC entre os idosos que referem distúrbios do sono, sendo 3,12 vezes maior em comparação aos que não apresentam tal distúrbio. Ao obter dados semelhantes, Sateia²⁹ deixa evidente que esta associação é bidirecional, onde tanto os transtornos mentais contribuem para episódios de distúrbios do sono, quanto os distúrbios do sono relacionam-se na ocorrência de transtornos mentais.

Identificou-se ainda associação entre inatividade física e transtorno mental comum, sendo que outros estudos^{5,30-32} corroboram com estes achados. Destaca-se que a melhoria dos sintomas depressivos, ansiedade, estresse, bem-estar, bem como o aumento da autoestima e a interação social podem ser beneficiados através da prática de atividades físicas^{31,33-35}.

A probabilidade maior ou menor de um fator para prever um resultado (TMC) pode ser calculada por meio de regressão logística.

Assim, por meio da avaliação do sexo, da autopercepção de saúde, de distúrbios do sono e atividade física, a probabilidade de o idoso ter fadiga pode ser maior. Se os quatro fatores preditores estão presentes (sexo feminino, autopercepção de saúde negativa, distúrbio do sono e inatividade física), a chance de um idoso ter TMC é de cerca de aproximadamente 80%.

O fato de apenas quatro variáveis serem capazes de prever os transtornos mentais comuns com tanta precisão (80%) chamou a atenção e indicou que o modelo proposto neste artigo é muito útil na identificação desse desfecho. No entanto, ainda há a necessidade de se investigar os fatores que predizem os TMC dos outros idosos (20%).

A especificidade do modelo foi boa (88,4%), mas a sensibilidade do modelo foi moderada (53,2%), o que aumenta a possibilidade de não se diagnosticar um idoso com TMC. Novos estudos que busquem a identificação de outros fatores de risco, aumentando a sensibilidade do modelo, são necessários.

Com base nos resultados de sexo, autopercepção de saúde, distúrbios do sono e atividade física, o profissional pode, na verdade, estimar a probabilidade de o idoso ter ou não TMC, com elevada especificidade.

Nessa perspectiva, o presente estudo confirma a magnitude dos TMC como um elemento de saúde pública, devido ao impacto na vida dos idosos e possivelmente na vida de seus familiares, bem como para o sistema de saúde, além de representar um problema de

ordem social, principalmente quando se destaca qualidade e autonomia de vida ao fenômeno da longevidade.

Normalmente se supõe de forma empírica que a vida em pequenas cidades possa vir a favorecer o menor surgimento de doenças, maior tranquilidade de vida, por apresentarem menores índices de violência, por não apresentarem níveis de poluição acima do tolerável e pela facilidade no deslocamento diário. No entanto, através de constatações científicas, como no presente estudo, observa-se que as pequenas cidades se assemelham em alguns aspectos às cidades de médio e grande porte, principalmente nos aspectos relacionados à saúde mental.

Os desfechos apresentados relacionam os transtornos mentais com algumas características desse município, onde grande parte dos idosos se enquadra como inativos fisicamente, principalmente do sexo masculino, ora podendo ser explicado pela falta de oportunidade de trabalho nessa faixa etária, ora pelo ócio estabelecido pela falta de políticas de lazer, observadas durante o período de realização da pesquisa.

O estatuto do idoso³⁶ traz como garantia o acesso à cultura, a práticas de atividades esportivas e de lazer, atividades essas que podem ser importantes ferramentas para a melhoria da condição de saúde física e mental.

Compete acrescentar, que o presente estudo apresenta limitações, visto a complexidade do processo de determinação da ocorrência de TMC e a limitação dos estudos transversais, os quais impossibilitam a identificação da precedência temporal dos fatores estudados, comprometendo as evidências de relação causal. Além disso, tentou-se controlar os possíveis vieses de confundimento através da análise multivariada, no entanto, pode ser que exista em algum grau, visto a complexidade de relações entre as variáveis estudadas.

No entanto, o presente estudo traz subsídios que podem servir como orientação na proposição de estudos longitudinais, servindo como método para a validação dos resultados desta pesquisa, bem como no planejamento e auxílio da atenção à saúde da população idosa, servindo inclusive como insumo para possíveis medidas interventivas em saúde direcionadas a população de municípios de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos.

Destaca-se ainda a necessidade dos profissionais de saúde em identificar o transtorno mental comum nesse grupo etário, para melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado, contribuindo para a garantia de melhor qualidade de vida dessa população, bem como na (re) orientação de políticas de públicas para o lazer.

COLABORADORES

VALENÇA NETO realizou a proposta do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. RIBEIRO, DE PAULA e CASOTTI colaboraram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual.

AGRADECIMENTOS

A CAPES pela concessão da bolsa de mestrado de P. F. VALENÇA NETO, bem como à Secretaria Municipal de Saúde de Aiquara-BA pela disponibilidade em conceder a liberação para a realização do projeto de pesquisa, bem como ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no apoio material e intelectual para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1 - Amaro ES, Johann JR, Meira PRS. O estilo de vida do idoso urbano: o caso de Porto Alegre - RS. RBCHE 2007, 4(1): 115-126.
- 2- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Epidemiol 2010, 13(4), 630-640.

- 3- Who. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2001. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- 4- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
- 5- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Medeiros-Rodrigues WK, Barreto-Santos L, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. Rev. Salud Pública 2012, 14(4), 620-629.
- 6- Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica. 2005;21:73-9.
- 7- Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saude Publica 2008; 42: 26-33.
- 8- Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Saude Mater Infant 2005; 5: 337-48.
- 9- Ludermir AB, Melo Filho DA. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(2): 213-21.
- 10- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008; 30(1): 32-7.
- 11- Who. User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994.
- 12- 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 Saude Publica. 2008;24(2):380-90.
- 13- Benedetti TRB, Antunes PC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. Rev Bras Med Esporte. 2007; 13(1): 11-16.
- 14- Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 2003 Nov; 35(11):1894-900.
- 15- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley e Sons, 2000.

- 16- Costa JDS, Menezes ANB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Brito MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5:164-73.
- 17- Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(7), 1415-1426.
- 18 - Ludemir AB. Inserção Produtiva, Gênero e Saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2000; 3: 647-59.
- 19 -Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6): 1713-1720.
20. Maragno L, Goldbaum M, Ginini RJ, Novaes HMD, César CHG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 1639-48.
- 21- Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras de Epidemiol* 2012, 15(3), 560-572.
- 22 - Clement AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Mar, 2011; 27(3): 555-564.
- 23- Coutinho E, Almeida F, Mari J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clí* 1999; 26(5):246-256.
- 24- Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(6):1060-6.
- 25- Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5: 164-73.
- 26- Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. *Brasília Med* 2005; 42:35-40.
- 27- Pereira AR, Morita M, Barros MBA. Transtorno mental comum. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 143-52.
- 28- Ofstedal MB, Zimmer Z, Cruz G, Chan A, Lin YH. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. *Ann Arbor: University of Michigan, Population Studies Center*; 2002. (Research Reports/Population Studies Center 03–60).
- 29 - Sateia MJ. Update on sleep and psychiatric disorders. *Chest* 2009; 135(5):1370-1379.

30- Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):243-51.

31 - Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(2), 80-85.

32- Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly Study. *Am J Epidemiol*. 2007;165:946-54.

33- Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2010;197:357-64.

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

35- Reijneveld S, Westhoff W, Hopman-Rock M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:405-11.

36- Brasil. Lei No 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [acesso em 10 de Dezembro de 2013]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm