



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADRIANO BRISCHILIARI

**FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS
MENTAIS**

MARINGÁ
2017

ADRIANO BRISCHILIARI

**FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS
MENTAIS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Marisa Pelloso

MARINGÁ
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

B859f Brischiliari, Adriano
 Fatores de risco para doenças crônicas não
 transmissíveis em mulheres com transtornos
 mentais/Adriano Brischiliari. -- Maringá, 2017.
 112 f. : il. color, tab., figs.

 Orientadora: Prof.a. Dr.a. Sandra Marisa Pelloso.

 Tese (doutorado) - Universidade Estadual de
 Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
 Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

 1. Saúde da mulher. 2. Saúde mental. 3.
 Enfermagem. 4. Doença crônica. 5. Fatores de risco.
 I. Pelloso, Sandra Marisa, orient. II. Universidade
 Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde.
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
 Título.

CDD 22. ED.616.98

JLM-001690

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADRIANO BRISCHILIARI

**FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Luciano de Andrade
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva de Barros Carvalho
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic
Universidade Estadual de Maringá

Dedicatória

Ao meu **Deus**, ser supremo de Amor, que principalmente diante das dificuldades provou-me todo seu Amor, fazendo com que eu soubesse aguardar, pois tudo acontece de acordo com sua vontade e no tempo certo. Obrigado por me guiar, iluminar, preparar, abençoar e proteger. Minha **Nossa Senhora Aparecida**, Padroeira do Brasil e minha protetora, que me permite fazer a diferença àqueles que necessitam, no momento em que mais precisam.

Minha esposa **Sheila**, meu presente de Deus, companheira nos mais variados aspectos e de todos os instantes. Sempre ao meu lado, mesmo que à distância, lá em Foz do Iguaçu, contribuiu para que eu enfrentasse todas as dificuldades, apontando soluções e sempre me motivando para seguir adiante na realização deste sonho. Recentemente me oferece uma motivação muito maior ao término desta etapa, com nossa filha em seus braços, nosso milagre Divino, nossa **Liz!**

Meu paizinho **Valdomiro** (*in memoriam*), que sempre incentivou e investiu em meus estudos e minha mãezinha **Luzia Iolanda**, que a vida toda me incentivou a realizar todos os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A minha esposa **Sheila**, que sonhou junto comigo e possibilitou que os sonhos se convertessem em realidade. Muito obrigado pelas muitas horas que passou me motivando e incentivando a caminhar por esse duro caminho. Obrigado pelas dicas, conselhos, sugestões e desabafos que permitiram findar esse processo. Se no mestrado permitiu saborear os preparativos de nosso matrimônio, no doutorado motivava com o objetivo de que novamente possamos deitar e acordar diariamente sobre o mesmo teto, com o objetivo maior de cuidar, proteger e ensinar tudo que é correto e digno à nossa filha Liz. Amo você!

A **Prof.^a Dr.^a Sandra Marisa Pelloso**, pela orientação que levo para a vida! Ensinava a cada dia como ser mais humano, me defendeu das muitas atribuições e direcionou todos os passos desta caminhada. Obrigado pela oportunidade e confiança tão significativas. É um prazer compartilhar de sua experiência e assim ser conduzido por um caminho tão honesto, sincero e humano, porquê, “devemos fazer por amor e não pela dor”.

Aos meus irmãos, **Amauri, Denivaldo e Cleide**, que ao lado de seus companheiros, filhos e netos fazem parte de uma das maiores dádivas de Deus, a família.

A **Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Pagliarini Waidman** (*in memoriam*), pessoa iluminada, que certamente está muito feliz com a conclusão de mais esta etapa.

Aos Professores **Leandro Barbosa de Pinho; Cristina Maria Garcia de Lima Parada; Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera; Maria das Neves Decesaro**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos professores membros da banca examinadora: **Leandro Barbosa de Pinho; Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera; Maria Dalva de Barros Carvalho, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic**, pelo grande carinho ao aceitarem participar desta etapa, bem como pela valorosa contribuição para o término deste processo.

A **Angela Gravena**, que realizou os testes estatísticos, mas que, muito além

disso, é uma amiga com um coração enorme e muito generoso, que só faz querer o bem do próximo.

A **Marcela Demitto, Maricy Torres, Fátima Merino, Rosana Rosseto, e Marcos Benatti**, por dividir as dificuldades, anseios, expectativas e vitórias durante o decorrer deste processo.

A **Prefeitura de Maringá**, nos serviços de CAPS 2, CAPS 3, UBS Pinheiros e UBS Cidade Alta, locais de tantos amigos que aqui não irei nomear, mas que muito me auxiliaram e me receberam de braços abertos, sempre prontos a colaborar para que aos poucos fosse coletando meus dados.

Aos **colegas e amigos de turma**, que estiveram presentes durante esta caminhada, cada um contribuindo com suas experiências, complementando dia-a-dia nosso conhecimento.

Aos **professores do Doutorado em Enfermagem**, que cada um em suas áreas me possibilitou a melhor forma de trilhar este caminho acadêmico.

Aos **professores do Departamento de Enfermagem** pela preocupação e palavras de apoio que sempre motivaram durante esta trajetória.

As enfermeiras e colegas da UPA Zona Sul pela preocupação e palavras de apoio que sempre motivaram durante esta trajetória, principalmente **Aline Moliterno, Hamanda Bergamini, Marina Benneman, Nilcelaine Cristina, Aline Tiemi e Viviane Barbosa**. Obrigado pela amizade e carinho e pelos muitos incentivos, motivação, palavras de apoio, e auxílio até com as várias trocas de plantão.

A enfermeira **Ana Carolina Carnelossi**, ex-aluna e agora amiga, atualmente diretora da UBS Céu Azul do Município de Maringá; pessoa muito dedicada que imensamente me auxiliou na difícil tarefa de entrevistar os sujeitos desta pesquisa.

A **Cris Druciak**, secretária do programa, por sempre me auxiliar, escutar e ajudar, mesmo em momentos impróprios.

Enfim, a todos que, de modo direto ou indireto, contribuíram para a realização deste estudo, o meu imenso e mais sincero...

Muito Obrigado!!!

*“Criar o que não existe ainda deve ser a
pretensão de todo sujeito que está vivo”*

Paulo Freire

BRISCHILIARI, A. Fator de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Mulheres com Transtornos Mentais. 2017. 112f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, 2017.

RESUMO

As políticas públicas relacionadas à assistência integral à saúde da mulher muito avançaram nas últimas duas décadas, mas ainda é urgente a necessidade de superar dificuldades e desafios, especialmente, quando se aborda a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental. Objetivou analisar a associação entre transtorno mental e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres. Tratou de estudo transversal de Caso-Controle realizado no município de Maringá, nos Centros de Atenção Psicossocial II e III. No grupo caso a amostra foi constituída por 208 mulheres selecionadas aleatoriamente, com diagnóstico de transtorno mental em acompanhamento pelos últimos 12 meses com idade compreendida entre ≥ 35 e ≤ 59 anos e no grupo controle, foram selecionadas aleatoriamente mulheres usuárias da Atenção Primária a Saúde, com idade entre 42 a 52 anos. Para a coleta dos dados foi utilizado questionário validado, com variáveis Socioeconômicas; História Obstétrica; Atividade Física; Rastreamento; Avaliação Antropométrica, características reprodutivas e clínicas da mulher e procura pelos serviços de saúde da mulher. Para análise estatística, foram utilizados a análise bruta por *odds ratio* (OR), teste qui-quadrado por meio do programa *Epi Info* 3.5.1. Na etapa seguinte foram selecionadas as variáveis cujo valor do nível descritivo de significância do teste foi menor do que 0,20, utilizando a análise multivariada, por meio da regressão logística, estudando as variáveis independentes em relação à presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizadas através do programa *Statistica* 7.1, adotando-se o nível de significância de 5%. Após análise multivariada, verificou-se no grupo de mulheres com transtorno mental associação significativa com alterações na tireoide, com câncer; e com dislipidemia. Foi observado também que a percepção de saúde razoável/ruim, ter apenas um filho, pós-menopausa, história familiar de câncer de mama. Foi associado ainda o fato de a mulher fazer uso de medicação (não psicotrópica), e de utilizar um maior número diário de medicamentos. Quanto ao acesso aos serviços de saúde da mulher, observou-se que as mulheres com transtorno mental apresentam uma maior

propensão de não buscar espontaneamente estes serviços. Concluiu-se que é efetiva a associação entre o transtorno mental em mulheres com outras condições crônicas. Cabe aos profissionais de saúde e aos gestores dar maior ênfase e elaborar políticas públicas que proporcionem integração efetiva entre a saúde mental e a saúde da mulher, para que estas possam ser cuidadas em sua totalidade, abordando suas características sociais, econômicas, reprodutivas, culturais, familiares e psicológicas.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher. Saúde Mental. Enfermagem. Doença Crônica. Fatores de Risco.

BRISCHILIARI, A. Risk Factor for Chronic Noncommunicable Diseases in Women with Mental Disorders. 2017. 112f. Thesis (Ph.D. in Nursing) – State University of Maringá. Maringá, Parana, 2017.

ABSTRACT

Public policies related to comprehensive health care for women have advanced a lot in the last two decades, but there is still a pressing need to overcome difficulties and challenges, especially when addressing the interface between women health and mental health. In this way, this study analyzed the association between mental disorders and risk factors for chronic noncommunicable diseases (CNCD) in women. This was a cross-sectional case-control study conducted in the municipality of Maringá, at Psychosocial Care Centers I and II. In the case group, the sample consisted of 208 randomly selected women with a diagnosis of mental disorder followed-up during the last 12 months, aged between ≥ 35 and ≤ 59 years, and in the control group, women who were users of Primary Health Care, randomly selected, aged 42-52 years. For data collection, a standardized questionnaire was applied, containing the variables for Socioeconomic data; Obstetric history; Physical Activity; Tracking; Anthropometric evaluation, reproductive and clinical characteristics of the women and search for women's health services. For statistical analysis, raw data were analyzed by odds ratio (OR) and chi-square using the Epi Info 3.5.1 software. Subsequently, we selected the variables whose significance value of the test was less than 0.20, using the logistic regression multivariate analysis, testing the independent variables in relation to the presence of CNCD, with the aid of the Statistica 7.1 software, adopting the significance level of 5% (p-value <0.05). After multivariate analysis, in the group of women with mental disorders, there was a significant association between changes in the thyroid, with cancer and dyslipidemia. It was also found that the perception of reasonable/poor health, having only one child, post-menopausal, family history of breast cancer. It was also associated with the use of medication (non-psychotropic) and the use of a greater number of drugs every day. Regarding the search for care in women health services, it was observed that women with mental disorders are more likely to not seek these services spontaneously. In conclusion, it is effective the association between mental disorder in women with other chronic conditions. It is the responsibility of health

professionals and managers to give greater emphasis and elaborate public policies that provide effective integration between mental health and women health, so that they can be cared for in their totality, addressing their social, economic, reproductive, cultural, family and psychological characteristics.

Keywords: Women's Health. Mental Health. Nursing. Chronic Disease. Risk Factors.

BRISCHILIARI, A. Factor de Riesgo para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Mujeres con Trastornos Mentales. 2017. 112h. Tesis (Doctoral en Enfermería) - Universidad Estatal de Maringá, Maringá, Paraná PR. 2017.

RESUMEN

Las políticas públicas relacionadas a la asistencia integral a la salud de la mujer avanzaron mucho en las últimas dos décadas, pero aún es urgente la necesidad de superar dificultades y desafíos, especialmente, cuando se aborda la interface entre la salud de la mujer y la salud mental. El objetivo es analizar la asociación entre trastorno mental y factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres. Se trató de estudio transversal de Caso-Control realizado en el municipio de Maringá, en los Centros de Atención Psicosocial II y III. En el grupo caso la muestra se constituyó por 208 mujeres seleccionadas aleatoriamente, con diagnóstico de trastorno mental e acompañamiento por los últimos 12 meses con edad comprendida entre ≥ 35 y ≤ 59 años y en el grupo control, se seleccionaron aleatoriamente mujeres usuarias de la Atención Primaria a la Salud, con edad entre 42 a 52 años. Para la recolecta de los datos se utilizó cuestionario validado, con variables Socioeconómicas; Historia Obstétrica; Actividad Física; Seguimiento; Evaluación Antropométrica, características reproductivas y clínicas de la mujer y busca por los servicios de salud de la mujer. Para análisis estadística, se utilizó el análisis bruto por odds ratio (OR), test chi-cuadrado por intermedio del programa Epi Info 3.5.1. En la etapa siguiente se seleccionaron las variables cuyo valor del nivel descriptivo de significancia del test fue menor de que 0,20, utilizando el análisis multivariado, por intermedio de la regresión logística, estudiando las variables independientes en relación a la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, realizadas a través del programa Statistica 7.1, adoptándose el nivel de significancia del 5%. Tras análisis multivariada, se verificó en el grupo de mujeres con trastorno mental asociación significativa con alteraciones en la tiroides, con cáncer; y con dislipidemia. Se observó, también, que la percepción de salud razonable/malo, tener solo un hijo, post-menopausia, historia familiar de cáncer de mama. Se asoció aun el hecho de la mujer hacer uso de medicación (no psicotrópica), y de utilizar un mayor número diario de medicamentos. Cuanto al acceso a los servicios de salud de la mujer, se observó que las mujeres con trastorno mental

presentan más propensión de no buscar espontáneamente estos servicios. Se concluye que es efectiva la asociación entre el trastorno mental en mujeres con otras condiciones crónicas. Cabe a los profesionales de salud y a los gestores dar más énfasis y elaborar políticas públicas que proporcionen integración efectiva entre la salud mental y la salud de la mujer, para que estas puedan ser cuidadas en su totalidad, abordando sus características sociales, económicas, reproductivas, culturales, familiares y psicológicas.

Palabras-Clave: Salud de la Mujer. Salud Mental. Enfermería. Enfermedad Crónica. Factores de Riesgo.

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DNT	Doenças Não-Transmissíveis
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
DEN	Departamento de Enfermagem
EP	Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá
HMM	Hospital Municipal de Maringá Thelma Villanova Kasprovicz
RS	Regional de Saúde do Estado do Paraná
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1. Análise bivariada e regressão logística multivariada da associação das características sociodemográficas e reprodutivas, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.51

Tabela 2. Análise bivariada e regressão logística multivariada da associação das doenças crônicas não transmissíveis, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.52

Tabela 3. Análise bivariada e regressão logística multivariada da associação dos fatores de risco para DCNT, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.53

Artigo 2

Tabela 1. Características sociodemográficas, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.66

Tabela 2. Análise bivariada da associação das características clínicas e reprodutivas da mulher, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.67

Tabela 3. Análise bivariada da associação da procura por atendimento em serviços de saúde da mulher, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.68

Tabela 4. Análise de regressão logística multivariada da associação das características relacionadas à saúde da mulher e procura pelo atendimento em serviços de saúde da mulher, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.70

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
	O TRANSTORNO MENTAL EM MINHAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS.....	17
2	INTRODUÇÃO	21
3	REVISÃO TEÓRICA	22
	3.1 PANORAMA DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA SAÚDE DA MULHER...22	
	3.2 A DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL E O TRANSTORNO MENTAL	25
	3.3 FATORES DE RISCO PARA DCNT EM MULHERES.....	31
4	JUSTIFICATIVA / IMPORTÂNCIA DO ESTUDO E PARA A ENFERMAGEM	34
5	OBJETIVOS	36
	5.1 OBJETIVO GERAL:.....	36
	5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	36
6	PERCURSO METODOLÓGICO	37
	6.1 TIPO DE ESTUDO	37
	6.2 LOCAL DO ESTUDO.....	37
	6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
	6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	40
	6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	40
	6.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	41
	6.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
	6.8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	44
	6.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
	7.1 ARTIGO 1.....	47
	7.2 ARTIGO 2.....	62
8	REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS DO ESTUDO	82
9	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA EM SAÚDE E DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	83
10	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	96
	APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
	APENDICE B – Instrumento de Coleta de Dados dos Casos	99
	APENDICE C – Instrumento de Coleta de Dados dos Controles.....	103
	ANEXOS	107
	ANEXO A – Parecer CEP	108
	ANEXO B – Autorização CECAPS.....	111

1 APRESENTAÇÃO

O TRANSTORNO MENTAL EM MINHAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS

Durante a graduação em enfermagem, na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, na Universidade Estadual de Maringá (UEM) tive o primeiro contato com uma pessoa diagnosticada com transtorno mental. Devido à dinâmica estabelecida para o estágio foi possível minha relação com essa pessoa em seu domicílio. Turmas anteriores desenvolviam esta prática clínica unicamente em hospital psiquiátrico, e durante todo o período de realização do estágio da disciplina de enfermagem psiquiátrica fomos apenas uma vez a uma instituição psiquiátrica. Assim, quase todo o período de estágio foi realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Maringá.

Após o término do curso de graduação em enfermagem iniciei minhas atividades profissionais em instituição psiquiátrica localizada no Norte do Estado do Paraná.

Trabalhar em uma instituição psiquiátrica possibilitou-me compreender muitos aspectos que envolvem o portador de transtorno mental, os sintomas da maioria das doenças e a forma de agir e lidar com os pacientes portadores de cada tipo de transtorno. Respeitar cada um como único e independente fez parte deste processo durante o convívio diário com diversas e inusitadas situações. Após pouco tempo de trabalho percebi que realizávamos o atendimento aos pacientes de forma fragmentada e setorizada. Tal constatação passou a inquietar-me e a despertar em mim o desejo de organizar um atendimento integral aos pacientes portadores de transtornos mentais internados naquele hospital psiquiátrico, e assim surgiu a oportunidade de cursar a pós-graduação em Projetos Assistenciais em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná. Desenvolvi na instituição um projeto assistencial que buscou sensibilizar a equipe de enfermagem para um atendimento humanizado ao portador de transtorno mental.

Ainda, no hospital psiquiátrico, continuei percebendo que uma das maiores falhas para a efetivação de um atendimento digno e de qualidade está relacionado com a equipe de profissionais. Assim, cursei outra pós-graduação, em Enfermagem do Trabalho, e desta vez trabalhei com o sofrimento no trabalho que afeta a equipe

de enfermagem. Como confirmação de minhas expectativas, obtive resultados que apontaram uma pressão exercida pelos gestores, na forma de assédio moral.

Posteriormente adquiri experiência na função de supervisor de estágio para cursos técnicos de enfermagem, passei a ministrar a disciplina de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Ainda, procurando aperfeiçoar-me na área, cursei, no primeiro semestre de 2006, na condição de aluno não regular do mestrado, a disciplina 'Os Sistemas de cuidar/cuidado humano' do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PSE do Departamento de Enfermagem – DEN, da Universidade Estadual de Maringá.

Convivendo com esse processo, iniciei uma nova pós-graduação, desta vez específica em saúde mental voltada ao contexto multiprofissional, o que creio ter sido fundamental, pois nessa época tive contato com os maiores interessados na questão e os grandes responsáveis por gerir boa parte dos serviços de saúde mental da 16ª Regional de Saúde (RS) do Estado do Paraná.

Com a experiência nas funções de enfermeiro, diretor, professor e supervisor de estágio, tentei aproveitar a oportunidade que surgiu e prestei concurso para professor colaborador da disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Estadual de Maringá e fui aprovado.

Encerrou-se assim um período de aproximadamente cinco anos de atuação em hospitais psiquiátricos, instituições onde trabalhei até 2008.

Esta mudança foi o marco para uma opção pessoal, pois foi então que decidi atuar como docente e fazer mestrado e doutorado. Creio que tenho muito a aprender, mas com o conhecimento que adquiri certamente posso contribuir, com familiares de portadores de transtornos mentais e também na graduação em enfermagem.

Pouco tempo depois de iniciar a supervisão de estágios e de ministrar algumas aulas no curso de graduação, fui convidado a ministrar o módulo de Epidemiologia da Saúde Mental em uma especialização em saúde mental. Essa experiência foi muito valiosa, pois o curso era à distância e tive muito que aprender sobre esse processo educacional, principalmente para confecção do material didático, a preparação e gravação das aulas e a supervisão à distância por e-mail e blogs de internet.

No ano de 2008, por meio de um projeto que assiste famílias e portadores de transtornos mentais de um grupo de auto ajuda, conheci e comecei a frequentar a Associação Maringaense de Saúde Mental - AMSM. Nesta entidade, além de visitas

com a finalidade de orientar e incentivar mudanças nas rotinas de familiares e portadores, também realizei orientações junto aos grupos, que se reúnem todas as quartas-feiras, às 20 horas. Posteriormente candidatei-me e fui eleito um de seus diretores.

Com a experiência profissional adquirida pela prática diária de atuação em hospital psiquiátrico, a experiência como docente da graduação em enfermagem, pude perceber como falhos muitos aspectos referentes ao transtorno mental, como a convivência entre portador e familiar, o tratamento oferecido, a dificuldade na participação financeira e a dependência dos demais membros da família para as tomadas de decisão. Destarte, pude refletir e acreditar em alternativas para conduzir o tratamento de portadores de transtornos mentais que os reconheçam realmente como seres humanos dignos e donos de direitos, deveres, sentimentos, crenças e, como tais, merecedores de respeito em seu todo.

Com a supervisão do estágio, tanto na emergência psiquiátrica quanto na unidade básica de saúde (UBS), tem-se a possibilidade de proporcionar um atendimento holístico ao portador de transtorno mental. Acredito ser essa a forma como ele deve ser cuidado, ou seja, com a promoção de seu acompanhamento em sua realidade social, com seus problemas rotineiros, pessoais, familiares e econômicos. Para fazer um cuidado de enfermagem condizente com a realidade é necessário conhecer os aspectos relacionados à convivência entre o portador de transtorno mental e sua família. Foi neste sentido que resolvi desenvolver a dissertação de mestrado.

Concluída a dissertação, atuei por mais quatro anos (2011 – 2014) como professor colaborador na disciplina de enfermagem em saúde mental pela UEM. Foi em 2013 que decidi fazer o doutorado em enfermagem.

Decidimos vincular minha área de atuação, que é a saúde mental com a área da orientadora, que é a saúde da mulher, permitindo avançar os saberes por meio dessa interdisciplinaridade.

Junto com o término do ano de 2014 encerrou-se mais uma vez meu contrato como docente da UEM. Já no mês de janeiro surge nova perspectiva, já que estava aprovado em concurso público para enfermeiro da prefeitura de Maringá. No mês de fevereiro fui convocado e no mês de março de 2015 iniciei minhas atividades como enfermeiro assistencial da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Zona Sul. É nesta função / emprego que estou atualmente.

Minha atividade profissional me fez perceber quantas mulheres são encaminhadas a UPA por conta de surtos, crises de ansiedade, depressão, pânico, bem como manifestações de sintomas psicóticos e tentativas de suicídio. Muitas destas apresentam comorbidades com outros problemas clínicos, onde se destacam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Este contexto veio reforçar a necessidade de desenvolver esta tese.

2 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) 60% das pessoas que vão a consultas em nível de cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável (WHO, 2009). Apesar desta alta incidência, ainda hoje, se vê a negligência para as questões de saúde mental, doenças mentais e custos substanciais que estas doenças impõem aos indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde, quando não tratados.

Mesmo considerando os avanços nesta área, ainda existe precariedade no atendimento das mulheres quando se trata de sintomas psíquicos e outras patologias. A literatura aponta aumento da morbidade psíquica, das doenças mentais, dos transtornos mentais comuns (TMC) entre a população em geral, mas esses vêm se destacando principalmente entre as mulheres (PINHO *et al.*, 2012). Na idade adulta surgem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais (ANDRADE *et al.*, 2006); a mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente quando associados a reprodução.

Pesquisa destaca a prevalência de problemas de saúde física nos indivíduos com doença mental grave. Além disso, outros fatores contribuem para o impacto sobre a saúde física dessas pessoas, tais como medicamentos psicotrópicos (antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor), estilo de vida (tabagismo, dieta, exercício), sintomas psiquiátricos, bem como as disparidades nos cuidados com a saúde (DE HERT, CORRELL, BOBES, *et al.*, 2011). Outro estudo afirma que as pessoas com doença mental grave estão em maior risco de desenvolver doença cardíaca coronária e existe uma crescente ênfase sobre a necessidade de monitorar a saúde física (WRIGHT *et al.*, 2006).

Em diferentes culturas, as mulheres são mais propensas que os homens a relatar transtornos somatoformes, depressão e ansiedade (SHIDHAYE, MENDENHALL, *et al.*, 2013). Porém, uma revisão dos estudos epidemiológicos sobre a saúde mental mostra escassez de dados por gênero, o que dificulta uma análise específica (GAVIRIA, RODON, 2010). Existem limitações globais e regionais na cobertura de dados epidemiológicos dos transtornos mentais. Estas limitações deve-se em parte à ausência de estudos, especialmente em países com poucos recursos. Além de baixa prioridade de pesquisa em transtornos mentais há grande variação nos

métodos de estudo que impactam na precisão de medidas epidemiológicas (BAXTER, et al., 2013).

O conhecimento das condições de saúde associadas aos transtornos mentais em mulheres adultas pode contribuir para ações específicas dentro da saúde mental, assim como na atuação em grupos vulneráveis na atenção primária, contribuindo desta forma com a sua qualidade de vida (SENICATO, BARROS, 2012).

Desta forma, este estudo pretende analisar a associação entre transtorno mental e comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres que foram acompanhadas em serviços extra-hospitalares.

3 REVISÃO TEÓRICA

3.1 PANORAMA DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA SAÚDE DA MULHER

O Ministério da Saúde considerando a saúde da mulher uma prioridade, lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” que incorpora enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, abortamento inseguro e violência doméstica e sexual. Também agrega a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e apoio tecnológico e de insumos, para mulheres vivendo com HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico e de pulmão. Amplia ainda, as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, que são as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua, as ciganas e a saúde mental (BRASIL, 2004).

As políticas públicas relacionadas à assistência integral à saúde da mulher muito avançaram nas últimas duas décadas, mas ainda é urgente a necessidade de superar dificuldades e desafios, especialmente, quando se aborda a interface entre a

saúde da mulher, a saúde mental (BOTTI, FERREIRA, NASCIMENTO, *et al.*, 2013) e as doenças crônicas não transmissíveis.

Globalmente, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza (MALTA, GOSCH, BUSS, *et al.*, 2014); (FERRETTI, 2015).

O aumento da prevalência das doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda tem impulsionado os recentes aumentos na carga global de DCNT, e mais importante, a probabilidade de morte prematura devido a DCNT é maior em países periféricos do que em países de alta renda (KONTIS, MATHERS, REHM, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde em 2008 no mundo as DCNT levaram dezenas de milhões de pessoas a óbito, e uma grande parte destas mortes ocorreram antes da idade de 60 anos, durante a fase mais produtiva da vida (WHO, 2010). A magnitude dessas doenças continua a aumentar, especialmente em países de baixa e média renda (WHO, 2010). Doenças não transmissíveis são condições crônicas que não resultam de processo infeccioso. Essas condições causam disfunção ou prejuízo na qualidade de vida, e geralmente se desenvolvem durante períodos relativamente longos e, finalmente, levam à morte se não for controlada (NELSON, NYARKO, BINKA, 2015; WHO, 2000b).

Embora a expectativa de vida esteja aumentando nos países em desenvolvimento, em locais como as ilhas do Pacífico ela está estagnada (TAYLOR, CARTER, NAIDU, *et al.*, 2013). Esses padrões refletem a mortalidade adulta prematura por doenças não transmissíveis (TUITAMA, YOUNG-SOO, CLARK, *et al.*, 2014), e estas mortes constituem uma proporção crescente no nível mundial (GOUDA, RICHARDSON, BEAGLEHOLE, *et al.*, 2015).

De acordo com o último relatório WHO, as doenças não transmissíveis foram responsáveis por 38 milhões (68%) de 56 milhões de mortes no mundo em 2012. Mais de 40% delas (16 milhões) foram mortes prematuras no âmbito da idade de 70 anos. Quase três quartos de todas as mortes por doenças não transmissíveis (28 milhões) e pela maioria das mortes prematuras (82%) ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2014); (HORTON, 2013).

As principais doenças crônicas não transmissíveis são doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e *diabetes mellitus* (FERRETTI, 2015; WHO, 2005).

Neste sentido, quatro fatores de risco comportamentais estão associados a alterações metabólicas e / ou alterações fisiológicas, quais sejam – aumento da pressão arterial, aumento de peso levando à obesidade, hiperglicemia e hiperlipidemia. Estas mudanças podem ter vários efeitos. Por exemplo, para além do seu papel direto na *diabetes*, o aumento da glicemia de jejum também eleva o risco de mortes por doenças cardiovasculares, e foi estimada em 22% das causas mortes por doença cardíaca coronária e 16% das mortes por acidente vascular cerebral (WHO, 2012; WHO, 2009).

Em função da importância das DCNT, em 2011 a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu chefes de Estados de diversos países que assumem compromissos globais para o seu enfrentamento (MALTA, BERNAL, OLIVEIRA, 2015). Assim, os países membros estabeleceram metas de redução dos fatores de risco, dentre eles o tabagismo e a inatividade física (WHO, 2013); concordaram também em reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2025 em 25% dos níveis, intenção estas referidas como a meta de 25 x 25 (KONTIS, MATHERS, BONITA, *et al.*, 2015).

Enquanto os países desenvolvidos estão mais preparados em termos de recursos humanos qualificados para a gestão das DCNT, desenvolver os recursos humanos necessários ainda é um desafio nos países em desenvolvimento (MISHRA, NEUPANE, PREEN, 2015). Estudos têm demonstrado que a carga de doenças não transmissíveis pode ser reduzida através de medidas preventivas eficazes em até 30% para o câncer e 75% para as doenças cardiovasculares (MENDIS, 2010).

No Brasil, estudo mostra que a hipertensão, sedentarismo, a hipercolesterolemia, tabagismo e consumo excessivo de álcool são os principais encargos e promovem o maior impacto sobre a saúde. O mesmo estudo aponta também o sobrepeso – obesidade como uma prioridade intermediária para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (SIMOES, BOURAS, CORTEZ-ESCALANTE, *et al.*, 2015).

Visando ampliar o comprometimento do Brasil com o tema DCNT, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011), que define e prioriza as ações e os investimentos necessários para

preparar o país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos (MALTA, MORAIS NETO, JUNIOR, 2011).

Este plano requer ações de prevenção e controle de DCNT e também articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT. Existem evidências de que a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações propostas de enfrentamento das DCNT (MALTA, GOSCH, BUSS, *et al.*, 2014).

3.2 A DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL E O TRANSTORNO MENTAL

Os indivíduos com transtornos mentais constituem um grupo de risco de morbimortalidade mais elevada uma vez que estes transtornos podem apresentar impacto nas doenças crônicas ocasionado por mecanismos bioquímicos subjacentes (CHARLSON, STAPELBERG, BAXTER, *et al.*, 2011). O tempo de vida de pessoas com doença mental grave é menor em comparação com a população em geral, sendo que este aumento de mortalidade se deve principalmente à doença física (DE HERT, CORRELL, BOBES, *et al.*, 2011). Os principais fatores de risco associados ao estilo de vida, obesidade, síndrome metabólica e uso de medicamentos para tratamento de alguns transtornos mentais podem estar associados as mais elevadas taxas de mortalidade e morbidade (CHARLSON, BAXTER, DUA, *et al.*, 2015). Assim, além das repercussões negativas do adoecimento psíquico, aspectos associados à saúde mental aumentam em relevância quando avaliadas suas repercussões em outras esferas da vida (ARAÚJO *et al.*, 2005).

Além dos fatores que podem levar ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão, *diabetes*, é muito característico estar presente nesta população, o tabagismo, abuso de drogas ilícitas e sexo desprotegido, que direta ou indiretamente, são associadas a transtornos mentais da mulher e que se constituem em importantes fatores de risco para outras condições deletérias à saúde (ANDRADE *et al.*, 2006).

Relacionado a doenças crônicas a síndrome metabólica é um transtorno complexo, caracterizado por um agrupamento de fatores de risco cardiovascular

(MENDES, THEODORO, RODRIGUES, et al., 2012). Em um estudo com pacientes com transtorno mental (esquizofrenia) e Síndrome Metabólica, os autores evidenciaram uma prevalência de síndrome metabólica de 30,4 % sendo que destes 20,7 eram homens e 51,3 eram mulheres (SHAKERI, et al., 2016). Corroborando com este estudo, outra pesquisa realizada no Irã mostrou que a prevalência da síndrome metabólica em mulheres internadas na ala psiquiátrica foi de 39,8% (SAADATIAN, et al., 2012).

Nesse sentido, a prevenção, detecção e tratamento da síndrome metabólica na população psiquiátrica são de extrema importância. São necessários esforços para identificar os fatores de risco e tratamento oportuno de pacientes acometidos, melhorando sua qualidade de vida e reduzindo os custos com a saúde (SHAKERI, et al., 2016), uma vez que esta população é negligenciada no recebimento de cuidados médicos gerais (ROCHA, BEZERRA, 2006).

Por isso, pode existir uma maior prevalência de síndrome metabólica em populações psiquiátricas por ter uma causalidade multifatorial, em que se incluem fatores ligados ao estilo de vida desses pacientes, fatores genéticos, perinatais, neuroquímicos e hormonais, além do uso de psicofármacos (TEIXEIRA, ROCHA, 2007).

Outro fator de risco comum nas mulheres e que podem apresentar alguma relação com os problemas e sintomas psíquicos é a neoplasia, frequente e de alta incidência nas mulheres. Segundo alguns autores, fatores que podem estar associados ao aumento de risco para o câncer de mama podem estar relacionados com a utilização de anticoncepcionais orais e da terapia de reposição hormonal. Fatores de risco como a obesidade pós-menopausa e exposição à radiação ionizante também podem ser considerados comuns a outros tipos de câncer (BORGHESAN, PELLOSO, CARVALHO, 2008) e estes podem desencadear problemas de ordem psíquica.

Neste sentido, os estudos de fatores de risco para doenças crônicas e transtornos mentais podem apresentar relevância no planejamento de medidas preventivas e educacionais para a população em geral. Desta forma, é importante o conhecimento destes fatores de risco e sua associação com as doenças crônicas e doenças mentais.

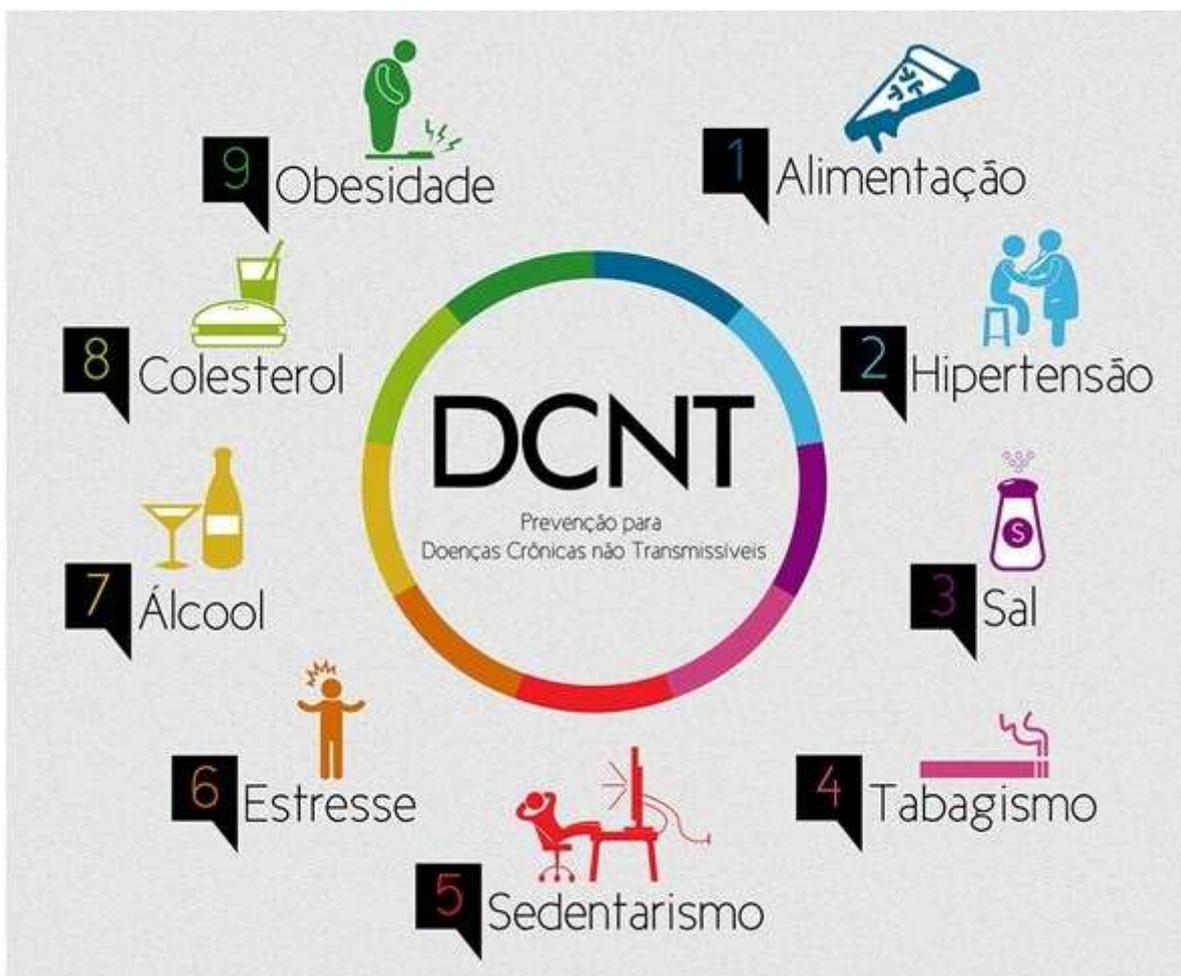


Figura 1. Prevenção para Doenças Crônicas não Transmissíveis. Brasil, 2015.

Comorbidades de doenças crônicas é cada vez mais comum entre os adultos e é mais prevalente com o avançar da idade (MATHESON *et al.*, 2014). A presença do transtorno mental é elevada em pessoas com qualquer doença crônica (KATON, 2003; MATHESON *et al.*, 2014). Indivíduos com comorbidade física e doença mental experienciam piores resultados, cuidados inadequados e aumento da mortalidade em relação àqueles sem doença mental (KATON, 2003). Poucos estudos epidemiológicos investigaram as diferenças de gênero no início da doença mental, secundária a uma doença física crônica (MATHESON, *et al.*, 2014).

Ainda com relação à epidemiologia dos transtornos mentais, estudo de revisão identificou quase 77.000 estudos relacionados a aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais. A maioria deles focava na prevalência, particularmente na Europa Ocidental e na América do Norte. Contudo, os estudos permanecem escassos para grande parte da África e Europa Central e Oriental, embora a investigação sobre

transtornos mentais na população esteja aumentando em países da Ásia e América Latina, (BAXTER, *et al.*, 2013), conforme é apresentado na figura 2.

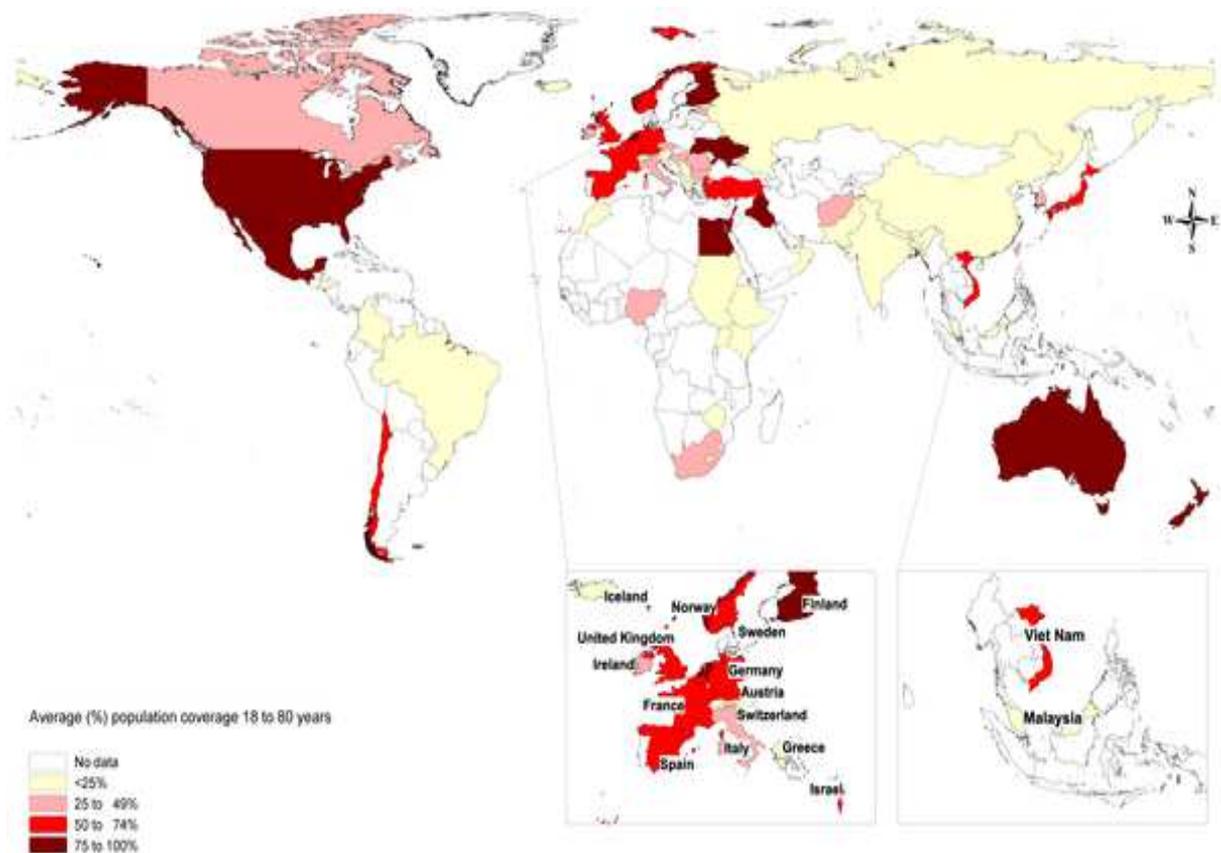


Figura 2. Cobertura da população por dados de prevalência de transtornos mentais comuns: em média, entre os principais distúrbios depressivos, distímia e ansiedade. Fonte: Baxter, *et al.*, 2013.

Também são apresentados dados referentes a transtornos mentais graves, embora de baixa prevalência, conforme pode ser observado na figura 3.

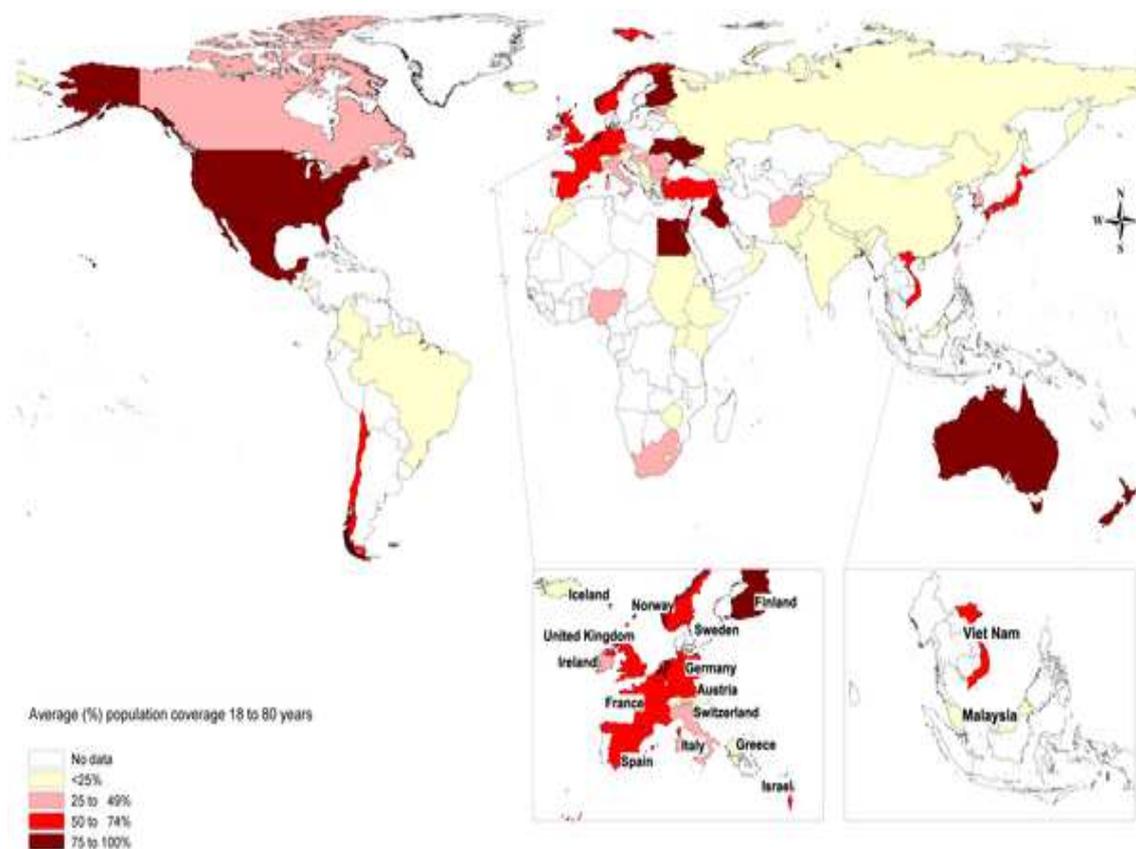


Figura 3. Cobertura média populacional para transtornos de baixa prevalência: média entre esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos alimentares. Baxter, *et al.*, 2013.

Estima-se que os pacientes com transtorno mental grave têm uma expectativa de vida de até 25 anos menos do que a população em geral (COLTON, MANDERSCHIED, 2006; BRESSINGTON, *et al.*, 2013), também as pessoas com doença mental grave têm significativamente pior saúde física em comparação com a população em geral (BRESSINGTON, MUI, HULBERT, *et al.*, 2014), além de que pacientes com doença mental grave têm um risco aumentado de desenvolver doenças metabólicas (BRESSINGTON, MUI, CHEUNG, *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, muita atenção tem sido dada à pesquisa sobre a prevalência de distúrbios metabólicos em pacientes com doenças mentais. Isto é devido a uma consciência crescente de que alguns medicamentos antipsicóticos contribuem para o ganho de peso em pacientes que sofrem de doença mental, e, conseqüentemente, conduzir ao desenvolvimento de um número de fatores somáticos inter-relacionados, tais como a obesidade abdominal, tolerância à glicose diminuída, hipertrigliceridemia, e hipertensão (ŁOPUSZAŃSKA, *et al.*, 2014)

Apesar da disponibilidade atual de tratamento eficaz de saúde mental, a maioria das pessoas com problemas de saúde mental não procuram ajuda. Globalmente, o número de pessoas que sofrem de transtornos mentais que não recebem qualquer tratamento de saúde é estimado em até 70% (HANISCH, *et al.*, 2016; THORNICROFT, 2007).

Aproximadamente 84% dos indivíduos que apresentam algum transtorno mental não fazem uso de psicotrópicos, o que indica uma importante lacuna entre a demanda e o acesso ao tratamento. Uma falha significativa é evidente no sistema de saúde para pacientes com transtornos mentais; isto pode ser devido à incapacidade dos trabalhadores de saúde para reconhecer os transtornos mentais entre os indivíduos (QUINTANA, *et al.*, 2013).

Pacientes com transtornos mentais graves são comumente diagnosticados como psicóticos, bipolar ou como depressivos (HART, *et al.*, 2012), apresentam não só problemas psicológicos, mas também relacionados ao abuso de substâncias pela impulsividade, habilidades sociais debilitadas e pobreza no teste de realidade e julgamento (KAMPERMAN, *et al.*, 2014).

Diferenças entre os gêneros masculino e feminino na prevalência de transtornos psiquiátricos específicos (depressão unipolar e bipolar, ansiedade, esquizofrenia e suicídio), idade de início (na esquizofrenia), apresentação sintomática e triagem estão bem estabelecidas. Por exemplo, os transtornos de ansiedade e depressivos são conhecidos por ocorrer duas vezes mais em mulheres do que em homens, estando presentes diferentemente nos dois sexos (AFIFI, 2007; SAXENA, *et al.*, 2007; OLIVER, *et al.*, 2005).

As mulheres têm uma taxa consistentemente maior de prevalência, a carga de doença, e a probabilidade de procurar tratamento ambulatorial para transtornos psiquiátricos, incluindo ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático; as mulheres são, no entanto, menos prováveis do que os homens para receber serviços de saúde mental formais, e mais propensas a receber prescrições farmacológicas (RANNEY, *et al.*, 2014)

A depressão é um fator de risco independente para a doença cardiovascular e, por conseguinte, é importante reconhecê-la, principalmente nas mulheres. Se as mulheres são diagnosticadas adequadamente para a depressão, é necessário que recebam aconselhamento e medicação, mas também deve-se avaliar e tratar os fatores de risco cardiovasculares (LUTWAK, DILL, 2012).

Em estudo com amostra de 1.069 pacientes atendidos em três UBS de Pelotas-RS, os transtornos de ansiedade estiveram presentes em 27,9% dos entrevistados. A prevalência de depressão entre os usuários de UBS foi de 23,9% (n= 256). As mulheres apresentaram quase o dobro de prevalência de depressão quando comparadas ao sexo masculino (MOLINA, *et al.*, 2012).

3.3 FATORES DE RISCO PARA DCNT EM MULHERES

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, *diabetes*, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. Nesse contexto, dados de estudo Longitudinal da Saúde do Adulto revela a realidade brasileira de altas prevalências de *diabetes mellitus* e hipertensão e de fatores de risco para as DCNT (DUNCAN, CHOR, AQUINO, *et al.*, 2012).

Estudo entre mulheres de 20 anos ou mais encontrou prevalência de obesidade de 23% e quando somados o excesso de peso e a obesidade uma prevalência de 56%. Porém, encontrou associação inversa entre anos de estudo, excesso de peso e obesidade (LINS, SICHIERI, COUTINHO, *et al.*, 2013).

Em outro estudo com população adulta na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, residentes na zona urbana, as mulheres apresentaram maiores prevalências de comportamentos considerados fatores de proteção em relação à alimentação (LONGO, NEVES, CASTRO, *et al.*, 2011).

Em pesquisa com uma amostra de mulheres adultas e idosas de Belo Horizonte os autores associaram a pior qualidade de vida com a presença autorreferida de gastrite/úlcera, uso de medicamentos, maior consumo de açúcar, valores elevados de índice de massa corporal e maior consumo de carboidratos (HORTA, CARDOSO, LOPES, *et al.*, 2013).

Ao analisar os fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais por informações provenientes do VIGITEL de 2008, estudo mostrou diferenças na prevalência de fatores de risco e proteção de DCNT entre sexos, idade e escolaridade. As mulheres se alimentam melhor e referem mais diagnóstico médico de doenças,

como hipertensão arterial, dislipidemia e osteoporose, além de estado de saúde ruim (MALTA, SILVA, OLIVEIRA, *et al.*, 2012). Apontou que em geral, fatores de risco são mais frequentes na população de menor escolaridade.

As mulheres mostraram maior prevalência de hipertensão arterial, *diabetes*, dislipidemia e osteoporose e consomem mais frutas e vegetais. Entre as mulheres, tabaco, sobrepeso, obesidade e doenças autorreferidas decrescem com aumento da escolaridade, enquanto o consumo de frutas e legumes, atividade física, mamografia e exame de papanicolaou aumentam com a escolaridade (MALTA, OLIVEIRA, MOURA, *et al.*, 2011).

Pesquisa que objetivou revisar estudos sobre padrão alimentar de risco para as DCNT e sua associação com a gordura corporal em adultos, identificou que a prevalência do excesso de peso oscilou de 38,6% a 51,3% e de gordura abdominal de 23,4% a 43,1%. Na maioria dos estudos, o consumo de frutas, legumes e verduras esteve abaixo do recomendado. Foi encontrada associação significativa entre padrões alimentares e perfil antropométrico (AZEVEDO, DIAS; DINIZ, *et al.*, 2014).

Outro estudo aponta que a prevalência de obesidade abdominal em mulheres (49,7%) foi mais que o dobro da verificada em homens. Variáveis que permaneceram associadas à obesidade abdominal em ambos os sexos foram: inatividade física no lazer, idade e hipertensão arterial. Apenas entre as mulheres foi classe econômica, tabagismo e *diabetes* (SIQUEIRA, SOUZA, MESAS, *et al.*, 2015).

A pesquisa realizada com o objetivo de descrever o monitoramento das metas do terceiro ano de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, no período 2011-2013 referentes às nove metas estabelecidas a serem atingidas pelo país até 2022, identificou que as metas avaliadas foram alcançadas, exceto na contenção da obesidade que apresentou aumento (MALTA, SILVA JR., 2014). Afirmam que houve redução significativa para o consumo do tabaco e do consumo abusivo do álcool, aumento do consumo de frutas e legumes, aumento dos níveis de atividade física, da cobertura de mamografia e estabilidade na citologia oncótica.

Da mesma forma, outros autores (COSTA, BRITO, LESSA, 2014) sugerem que o aumento da ingestão de frutas, hortaliças e leguminosas e a redução do consumo de gordura impacta nos fatores de risco cardiometabólico em mulheres obesas.

Ao descrever a mortalidade por DCNT no período 2000-2011 e as projeções

do Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil para 2011-2022, os autores (MALTA, MOURA, PRADO, *et al.*, 2014) apontam que houve um declínio médio de 2,5% ao ano no conjunto das quatro principais DCNT no Brasil com declínio de 3,3% para doenças cardiovasculares, de 4,4% para doenças respiratórias crônicas, com 0,9% para o câncer e 1,7% para o *diabetes*.

Estudo (WINKELMANN, FONTELA, 2014) que buscou descrever as condições de saúde de pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), destacou a prevalências de comorbidades, como a hipertensão arterial (74,9%), e complicações associadas ao DM2, com alterações visuais (63,1%). Já 56,8% das mulheres apresentavam triglicerídeos elevados e 40% glicose elevada. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente o dobro entre os pacientes com *diabetes*, na comparação com indivíduos sem *diabetes*.

Ao buscar identificar os fatores associados ao *diabetes mellitus* tipo 2 (MARINHO, VASCONCELOS, ALENCAR, 2012) apontou que 59,7% estavam com excesso de peso, 84% com obesidade central, 83,3% eram sedentários e 53,7% não comiam frutas e/ou verduras diariamente

Neste sentido, estudo apontou que o *diabetes mellitus* no sexo feminino esteve associado ao sobrepeso em 49,2%, obesidade 58,3% e excesso de peso 70,6%, com 5,4% dos anos de vida perdidos por incapacidade em 2008 (FLOR, CAMPOS, OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

Outro estudo baseado no Vigitel observou desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para DCNT, com fumantes 17,1% e ex-fumantes 20,7%, aproximadamente 47,0% apresentaram excesso de peso, e apenas 13,4% referiram prática de atividade física. Em geral, os fatores de risco foram mais prevalentes entre homens e indivíduos menos escolarizados (FRANCISCO; SEGRI; BARROS, *et al.*, 2015).

Ao descrever as tendências nas prevalências do excesso de peso e de obesidade, a tendência temporal foi independente do estado civil, mas o aumento nas prevalências ocorreu em mulheres brancas e com menor escolaridade (GIGANTE, FRANÇA, SARDINHA, *et al.*, 2011).

4 JUSTIFICATIVA / IMPORTÂNCIA DO ESTUDO E PARA A ENFERMAGEM

Nas últimas décadas, esforços vêm sendo realizados tanto em nível nacional quanto internacional, a fim de diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Para além disso, o cuidado que se oferece às pessoas com DCNTs precisa ser qualificado, enaltecendo o enfermeiro nesse processo.

Nota-se que a incidência das doenças mentais tem se elevado muito, com diagnósticos mais frequentes e expectativas negativas de se tornarem a maior causa de inatividade e afastamento do trabalho em poucos anos, principalmente quando associadas às doenças crônicas.

Apesar da incidência do transtorno mental não ter tanta diferença para homens e mulheres, para estas, as consequências podem ser adicionais, vinculadas a ordem fisiológica como, por exemplo, para fatores reprodutivos e sociais.

Neste sentido, as mulheres tem se apresentado mais ativas em relação ao trabalho, atuando no mercado de trabalho formal e, ao mesmo tempo, continuam responsáveis por grande parte das tarefas domiciliares. Percebe-se que essa excessiva carga de trabalho acumulada, além de preocupações familiares e outras que abarcam várias situações do dia a dia, podem contribuir para desencadear na mulher transtornos mentais ou de ordem psicológica. Isto propicia a existência de uma via de mão dupla, onde a mulher diagnosticada com transtorno mental, muitas vezes, pode ser estigmatizada em decorrência desta doença, podendo ser tratada de forma superficial e não holística, não investigando a relação com comorbidades.

Geralmente as doenças psiquiátricas levam a um estado incapacitante como a inabilidade para o trabalho, ausência de lazer e de atividade física, que são fatores determinantes, característicos da doença mental em seus estados crônicos, e que podem resultar em alterações na saúde física como obesidade, *diabetes mellitus*, elevação da pressão arterial e dislipidemias – conhecidas como doenças relacionadas à síndrome metabólica.

Por fim, outro fator que merece destaque está relacionado ao tratamento por meio do uso de medicamentos psicotrópicos, que sabidamente produzem efeitos colaterais que agravam ainda mais esse estado.

Estudos sobre a prevalência dos transtornos mentais em países de baixa e média renda tem mostrado o aumento significativo destes problemas em associações

com questões econômicas e sociais, porém com pouca associação com problemas crônicos. Diante da escassez de estudos na literatura nacional e internacional associando os transtornos mentais em mulheres com as doenças crônicas, surgiu o interesse em desenvolver esta pesquisa, com o objetivo de analisar a associação entre transtorno mental e comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres acompanhadas em serviços extra-hospitalares.

A atuação profissional do enfermeiro que atende mulheres com transtornos mentais deve ser realizada de forma holística, ao abordar aspectos físicos e psicológicos. Unir essas duas interfaces é essencial à promoção de uma saúde de qualidade pois, não é mais possível que instituições ou profissionais desvinculem os cuidados a serem oferecidos, deixando assim de oferecer uma atenção integralizada.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL:

- ✓ Analisar a associação entre transtorno mental e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Caracterizar mulheres que recebem atendimento de saúde mental segundo variáveis sociodemográficas, ginecológicas e reprodutivas;
- ✓ Avaliar se existe relação entre transtorno mental e fatores de risco para DCNT; e excesso de peso e obesidade em mulheres com transtorno mental;
- ✓ Identificar a busca por serviços de rastreamento de câncer de mama e de colo de útero por mulheres com transtorno mental.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, transversal, de caso-controle, com a finalidade de verificar a associação entre transtorno mental e comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Maringá, cidade de porte médio do noroeste do Paraná, que conta hoje com 397.437 habitantes, sendo 64.899 mulheres na faixa etária entre 35-59 anos (IBGE, 2015). A cidade situa-se geograficamente no Norte do Paraná e está localizada em um divisor de águas, sendo cortada em sua parte sul pela linha imaginária do Trópico de Capricórnio. Seu clima é caracteristicamente subtropical, uma vez que se situa a 554,9m acima do nível do mar, condição que lhe proporciona chuvas bem-distribuídas (MARINGÁ, 2010).

A rede básica de saúde é constituída por 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de acordo com o Plano Municipal de Saúde, ao final de 2017 estima-se ter 70 equipes da Estratégia Saúde da Família com cobertura de 71% da população.

A rede de saúde mental, em Maringá, atualmente é composta pelas UBS, e pelo Complexo Integrado de Saúde Mental, que proporciona sede própria para todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são um CAPSi, um CAPSad (álcool e drogas) de porte III, um CAPS de porte III (antigo CISAM). Fora do complexo, ainda existe um CAPS de porte II (Canção), três Residências Terapêuticas (RT), sendo duas masculinas e uma feminina, duas Equipes de Consultório na Rua e a Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal. (MARINGÁ, 2013).

No município em questão os usuários com transtorno mental recebem assistência das UBS e, de acordo com o caso, são encaminhados para os serviços de referência extra-hospitalares citados anteriormente, recomendados conforme designação do Ministério da Saúde para municípios com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2005), (PARANÁ, 2009).

Maringá possui características de cidade planejada e conta com farta arborização. A cada habitante correspondem 40m² de área verde, a saber, 27m²

constituídos de arborização de ruas e praças e 13m² de reservas e parques no perímetro urbano (MARINGÁ, 2010).

A cidade conta com dois hospitais públicos: o Hospital Universitário Regional de Maringá, o qual tem gestão estadual e é referência na região para casos de alta complexidade, e o Hospital Municipal de Maringá Thelma Villanova Kasprowitz (HMM), que é referência no atendimento à população de Maringá, no tocante a casos de baixa e média complexidade.

O HMM, mesmo sendo um hospital municipal, conta com um setor de Emergência Psiquiátrica (EP), o qual é referência para três Regionais de Saúde (RS) do Estado do Paraná no que concerne à atenção em saúde mental, a saber, a 15ª RS de Maringá, a 11ª RS de Campo Mourão e a 13ª RS de Cianorte, e assim se constitui, obrigatoriamente, como porta de entrada para o sistema de internação psiquiátrica (MARINGÁ, 2004).

No Brasil, o Sistema único de Saúde (SUS) vem consolidando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, a Raps busca estratégias integradas para responder às necessidades dos cidadãos, em parceria com outras redes intra e intersetoriais (BRASIL, 2015).

Atualmente no Brasil a rede de Atenção Psicossocial, segundo normas ministeriais, está constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção Básica em Saúde;
- II. Atenção Psicossocial Especializada;
- III. Atenção de Urgência e Emergência;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V. Atenção Hospitalar;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII. Reabilitação Psicossocial.

Estes, segundo Mendes (2011), podem ser observados a seguir na figura 4.



Figura 4. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Mendes, 2011.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Devido a impossibilidade de realizar-se o cálculo amostral devido a ausência de dados do volume de atendimento ou número de mulheres que frequentam e/ou são atendidas no CAPS III, optou-se por desenho de estudo que não privilegia-se a definição de número de participantes.

Assim, a população foi constituída por dois grupos de mulheres. No primeiro grupo (caso), 208 mulheres atendidas nos serviços extra-hospitalares para transtorno mental entrevistadas de agosto a dezembro 2015. No segundo grupo (controle), 416 mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS), entrevistadas em UBS do município de Maringá, de dezembro 2015 a fevereiro de 2016.

Foram selecionadas como casos, mulheres com um diagnóstico psiquiátrico

confirmado de transtorno mental, em acompanhamento pelos últimos 12 meses antes da entrevista nos CAPS II ou CAPS III. Foram selecionadas aleatoriamente ao buscarem atendimentos oferecidos pelos serviços nas áreas de psicologia, psiquiatria, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, além de atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa.

Para controles, foram selecionadas aleatoriamente mulheres que foram às UBS do município no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, para realização de consulta médica ou outro serviço oferecido pela UBS.

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

No primeiro grupo, para obtenção dos casos, foram selecionadas aleatoriamente mulheres residentes em Maringá com diagnóstico de transtorno mental em acompanhamento nos últimos 12 meses pelos serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II ou CAPS III, com idade entre ≥ 35 e ≤ 59 anos.

No segundo grupo, foram incluídas como controles, e selecionadas aleatoriamente (Amostragem Aleatória Simples), mulheres residentes em Maringá, usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS), que foram às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município para realizar consulta médica ou outro serviço oferecido, com idade entre 42 a 52 anos, que não são atendidas em nenhum CAPS, e que não utilizam medicamentos de receita controlada (antipsicóticos / psicotrópicos) – substâncias com ações no sistema nervoso central que produzem alterações de comportamento, humor e cognição. Os psicotrópicos podem ser constituídos por medicamentos das seguintes classes farmacológicas: antidepressivos, estabilizantes de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos/neurolépticos, benzodiazepínicos, e psicoestimulantes.

6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres que apresentaram falta de condições cognitivas para responder as questões. Não foi utilizado nenhum instrumento para avaliar e selecionar as

participantes. Observaram-se os aspectos de lucidez e orientação no tempo e espaço durante abordagem prévia ao início das entrevistas.

6.5.1 AMOSTRAGEM

Para a definição dos participantes e coleta dos dados utilizou-se a Amostragem Aleatória Simples: Este é um método bastante preciso e apresenta todos os elementos da população com probabilidade conhecida de serem escolhidos para fazer parte da amostra. A seleção das mulheres participantes do estudo foi feita de forma que a amostra foi composta unidade a unidade até que se fosse atingido o número possível de sujeitos no período de tempo específico. Os casos foram definidos de agosto a dezembro de 2015. Já para os controles, procedeu-se da mesma forma, contudo não levando em consideração o período de tempo mas definiu-se como o dobro do número de controles. Assim, cada mulher que buscou os serviços de saúde (CAPS ou UBS) para a realização de qualquer procedimento, e que se enquadra nos critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo.

Desta forma, o tamanho da amostra foi estimado a partir da identificação das pacientes diagnosticadas com transtorno mental no período selecionado para a pesquisa com os casos, totalizando 208 mulheres ilegíveis. Quanto aos controles foi coletado dados na proporção de 1 caso para 2 controles resultando em um total de 416 controles, sendo estes pareados pela média de idade dos casos (dp 5 anos).

6.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

O contato inicial com cada uma das mulheres (sujeitos do estudo) foi feito por abordagem direta do pesquisador na sala de espera / recepção dos serviços. Neste momento os sujeitos foram informados sobre aspectos gerais relacionados ao estudo, seus objetivos, o tipo de participação do sujeito, e todas as dúvidas foram esclarecidas.

Com a sinalização de concordância em participar do estudo, os sujeitos assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, e iniciaram as entrevistas.

A coleta dos dados referentes às variáveis antropométricas dos casos foi realizada durante a pré-consulta de enfermagem, pela qual passaram todas as mulheres antes de seus atendimentos. As medições das circunferências da cintura e

do quadril foram realizadas pelo próprio pesquisador. Utilizou-se o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000a) para as medições das circunferências da cintura e do quadril. Utilizou-se fita métrica com graduação a cada 1 mm e a fita foi posicionada na cintura, na linha média entre a costela inferior e a borda superior da crista ilíaca, com o sujeito parado e, ao final da expiração suave. A circunferência do quadril foi medida após posicionar-se a fita na maior curvatura glútea.

Já nas UBS, os controles tiveram todas as medições e aferições realizadas pelo próprio pesquisador. A pressão arterial foi verificada com esfigmomanômetros aneroides, utilizando o método auscultatório indireto, por meio de um estetoscópio, no braço direito após pelo menos 5 minutos de repouso e ao nível do precórdio, com indivíduos em posição supina, registrando a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente. Dados como o peso aos 20 anos foram autorreferidos.

6.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário padronizado, já validado em estudos anteriores, com as seguintes variáveis:

a) SOCIOECONÔMICAS:

- Idade: mulheres com idade entre ≥ 35 e ≤ 59 anos – A idade selecionada para as mulheres que compuseram este estudo é considerada importante como fator de risco, uma vez que a prevalência de doenças cardiovasculares como hipertensão, *diabetes* e obesidade tem maior incidência no período da peri-menopausa e menopausa (acima de 35 anos), bem como a ciência de que a passagem da adolescência para a fase adulta, e a entrada na menopausa, podem apresentar repercussões na saúde da mulher.
- Estado Civil: com companheiro e sem companheiro. A presença ou não do companheiro pode ser um fator importante para o risco de doença ou sintomas psíquicos como ansiedade, tristeza e depressão.

- Escolaridade: anos de estudos (< 8 anos e mais de 8 anos). Estudo de Ferreira *et al.*, (2011) mostrou que mulheres com ensino médio e superior tem maior facilidade de entendimento das orientações.

 - Raça/ cor: branca e não branca (relacionadas com as condições socioeconômicas e maior incidência de comorbidades como hipertensão, *diabetes*, neoplasias e obesidade). Existe uma forte relação entre a presença de comorbidades e fatores socioeconômicos e demográficos (GONÇALVES, *et al.*, 2012).

 - Informações sobre trabalho: ocupação – trabalha fora do lar e não trabalha fora do lar; renda per capita (< 0,5; 0,5 a 1; 1 e mais salários mínimos);
- b) AVALIAÇÃO CLÍNICA: estado de saúde geral (doenças pré-existentes), comorbidades (hipertensão, *diabetes*, obesidade, neoplasias), uso de medicamentos para doenças cardiovasculares, diagnóstico psiquiátrico, uso regular de medicação, consultas psiquiátricas, internação psiquiátrica.
- c) HISTÓRIA OBSTÉTRICA: consulta ginecológica, em uso de reposição hormonal, em uso de anticoncepcional, idade da menarca, frequência de relação sexual, número de filhos, número de gestação.
- d) ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ: sedentária e não sedentária. A inatividade física está entre os 10 principais fatores de risco relacionados com o comportamento de risco para as doenças cardiovasculares (STENHOLM, *et al.*, 2016). O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) aborda a quantidade de dias e minutos das atividades físicas realizadas como atividades de lazer, ocupacionais, locomoção e trabalho doméstico. Neste estudo foi utilizada para identificar tempo gasto com atividade física pesada, moderada e realização de caminhada.
- e) RASTREAMENTO: mamografia, USG da mama, preventivo de câncer cérvico uterino, história familiar de câncer de mama e útero. Considerou-se aqui a busca pelas mulheres que participaram do estudo, por serviços de saúde / realização

de exames, que estão disponíveis a qualquer mulher em idade adequada, nas Unidades Básicas de Saúde.

- f) AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA: peso, estatura, circunferência da cintura, IMC, Aferição da Pressão Arterial (PA). De acordo com os critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000a), mulher com circunferência abdominal ≥ 88 cm é considerada como tendo obesidade abdominal e, aumenta o risco para as doenças cardiovasculares. Já a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso) recomenda como ponto de corte para obesidade abdominal 80 cm - <80 cm = risco aumentado; e $CC \geq 80$ cm = risco aumentado substancialmente (Abeso, 2009). A hipertensão foi definida como pressão arterial $\geq 130 / 85$ mmhg.
- g) Hábitos: etilismo e tabagismo. Etilismo: frequência, tipo de bebida, quantidade. Tabagismo: há quanto tempo, quantidade diária; se ex-tabagista, por quanto tempo fumou e, há quanto tempo parou de fumar.
- h) Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Hipertensão; diabetes, alteração na tireoide, doenças osteoarticulares, doença cardiovascular, câncer, fibromialgia, dislipidemias, outras.

6.8 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram transcritos para planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel 2010*[®] e processados. Para análise estatística, foram utilizados a análise bruta por *odds ratio* (OR), qui-quadrado por meio do programa *Epi Info 3.5.2*. As médias foram comparadas pelo teste t de *Student* para análise das variáveis (média e desvio padrão).

Na etapa seguinte foram selecionadas as variáveis cujo valor do nível descritivo de significância do teste foi menor do que 0,20 utilizando a análise multivariada, por meio da regressão logística, estudando as variáveis independentes em relação à presença de DCNT, realizadas através do programa *Statistica 7.1*, buscou-se a relação de significância, adotando-se o nível de significância de 95% (valor de $p < 0,05$).

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá parecer CEP/UEM (1.024.651 de 13/04/2015), CAAE: 43117015.8.0000.0104 (ANEXO A).

Para o desenvolvimento deste estudo nos serviços extra-hospitalares do município de Maringá, bem como nas UBS, o projeto foi submetido à análise e posteriormente aprovado pela Assessoria de Formação e Capacitação dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) da Secretaria da Saúde de Maringá, pelo Comitê Avaliador de Pesquisa, através do Ofício nº (1998/2014) e adendo Ofício nº (2335/2015) (ANEXO B).

Os aspectos éticos que envolveram o presente estudo foram embasados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012) (BRASIL, 2012).

Os sujeitos do estudo foram esclarecidos previamente sobre o caráter sigiloso das informações coletadas. Foram também informados quanto aos objetivos do estudo, ao direito de recusar-se a dela participar em qualquer fase de sua execução e sobre garantia de que não sofreriam nenhum ônus nem receberiam qualquer gratificação pela participação no estudo.

Após dirimir as dúvidas dos participantes sobre a pesquisa e assegurar-lhes o anonimato, foi distribuído, em duas vias de igual teor, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), cuja assinatura foi solicitada e obtida das participantes.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão apresentados os resultados e a discussão da pesquisa, em forma de dois manuscritos científicos, conforme proposição e normas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

✓ **Manuscrito 01**

Título: DOENÇAS CRÔNICAS E TRANSTORNO MENTAL EM MULHERES.

Submissão para revista: *Public Health Nursing*

Qualis A1 Enfermagem. (Fator de impacto: 0,901)

Instruções para submissão disponíveis em:

[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1525-1446/homepage/ForAuthors.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1525-1446/homepage/ForAuthors.html)

✓ **Manuscrito 02**

Título: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E REPRODUTIVAS E A BUSCA PELOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE DA MULHER POR MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL NO SUL DO BRASIL.

Submissão para revista: PLoS ONE

Qualis A1 Enfermagem. (Fator de impacto: 3,54)

Instruções para submissão disponíveis em:

<http://journals.plos.org/plosone/s/submit-now>

7.1 ARTIGO 1

DOENÇAS CRÔNICAS E TRANSTORNO MENTAL EM MULHERES.

RESUMO

INTRODUÇÃO: São escassos os estudos sobre a associação de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com transtorno mental. Objetivou-se analisar a associação entre transtorno mental e a presença de doenças crônicas não transmissíveis, em mulheres que são atendidas em Centros de Atenção Psicossocial. **MÉTODO:** Estudo transversal, de caso-controle, com 618 mulheres. No primeiro grupo, foram incluídas, aleatoriamente, como casos 206 mulheres com diagnóstico de transtorno mental, com idade entre ≥ 35 e ≤ 59 anos em acompanhamento pelo CAPS. As entrevistas com este grupo ocorreram entre agosto a dezembro 2015. No segundo grupo, foi incluído aleatoriamente, na proporção de um caso para dois controles, o total de 412 controles, sendo estes pareados por idade entre 42 a 52 anos (dp 5 anos da média de idade dos casos). Todas usuárias da Atenção Primária à Saúde. As entrevistas com este grupo ocorreram no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016. Foram selecionadas as variáveis com valor de significância menor do que 0,20, utilizando a análise multivariada e regressão logística por meio do programa *Statistica 7.1*, com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A associação entre a presença de doenças crônicas não transmissíveis e transtorno mental, mostrou que as mulheres com transtorno mental apresentaram mais chance de desenvolver alterações na tireoide e risco de câncer; A análise multivariada entre os fatores de risco mostrou associação entre dislipidemia e a pressão arterial baixa entre os casos de transtorno mental. As mulheres com transtorno mental não apresentaram risco para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. **CONCLUSÃO:** Este estudo revelou associação de significância entre transtorno mental e doenças crônicas não transmissíveis como câncer e alterações na tireoide. Contudo, outras doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e obesidade não apresentaram associação.

Descritores: Enfermagem. Doença Crônica. Saúde Mental. Saúde da Mulher. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

A literatura aponta o aumento da morbidade psíquica entre as mais diversas populações (GBD 2015, *et al.*, 2016). Globalmente, em 2015 o número total de pessoas com depressão e com ansiedade foi estimado em 300 milhões e em 264 milhões de pessoas, respectivamente (WHO, 2017).

As consequências desses transtornos em termos de perda de saúde são enormes. A depressão é classificada pela OMS como o maior contribuinte para a incapacidade global (7,5%); Os transtornos de ansiedade são a sexta maior causa (3,4%) (WHO, 2017). Estudo estimou que o impacto global acumulado de transtornos mentais em termos de perda de produção econômica será de US \$ 16,3 milhões entre 2011 e 2030 (Bloom, Cafiero, Jané-Llopis, *et al.*, 2011).

As pessoas com depressão e esquizofrenia têm 40% a 60% mais chance de morrer prematuramente do que a população em geral, devido a problemas de saúde física, como cânceres, doenças cardiovasculares, *diabetes* (WHO, 2013a). A presença do transtorno mental é elevada em pessoas com doenças crônicas (Matheson, Smith, Fazli, *et al.*, 2014), destacando-se os transtornos mentais comuns (TMC), principalmente entre as mulheres (Pinho & Araújo, 2012).

As principais DCNT são doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e *diabetes*, que resultam de uma combinação de fatores de risco não-modificáveis (sexo, idade, características genéticas), e um conjunto de fatores de risco modificáveis (uso do tabaco, abuso de álcool, alimentação pouco saudável, falta de atividade física, poluição ambiental e infecção crônica) (Ferretti, 2015), o que contribui para elevada morbimortalidade deste grupo de doenças, principalmente em países periféricos aos países de alta renda (Kontis, Mathers, Rehm, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 38 milhões (68%) de 56 milhões de mortes no mundo em 2012 (WHO, 2014), enquanto que no Brasil foram responsáveis por 72,4% dos óbitos no ano de 2011 (Malta, Moura & Prado, 2014).

Pessoas com transtorno mental, geralmente, tem significativamente pior saúde física em comparação com a população em geral (Bressington *et al.*, 2014). Isso pode ser creditado pelo risco aumentado de desenvolver doenças metabólicas (Bressington *et al.*, 2013), ou por fatores como o uso de medicamentos psicotrópicos (antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor), as escolhas de estilo de vida individual (tabagismo, dieta, exercício), sintomas psiquiátricos, bem como as disparidades nos cuidados com a saúde (DeHert, Correll, Bobes, *et*

al., 2011). O número de problemas de saúde física também é preditor significativo para a depressão grave (Weiss, Simeonova, Kimmel, et al., 2016).

As políticas públicas relacionadas à assistência integral à saúde da mulher muito avançaram nas últimas duas décadas, mas ainda é urgente a necessidade de se superar dificuldades e desafios, especialmente, quando se aborda a interface entre a saúde da mulher e a saúde mental (Botti, Ferreira, Nascimento, et al., 2013). No entanto, até onde se sabe, não foram encontrados estudos que estabeleçam uma relação entre a presença de DCNT em mulheres portadoras de transtorno mental. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo analisar a associação entre mulheres com transtorno mental e a presença de doenças crônicas não transmissíveis.

MÉTODO

Desenho do Estudo e Local do Estudo

Estudo observacional, transversal, de caso-controle, realizado com um grupo de 618 mulheres. O tamanho da amostra foi estimado a partir da identificação das mulheres diagnosticadas com transtorno mental no período selecionado para a pesquisa (agosto a dezembro 2015), totalizando 206 mulheres elegíveis para os casos. Quanto aos controles foram coletados dados na proporção de um caso para dois controles resultando em um total de 412 controles, sendo estes pareados por idade (dp 5 anos), com realização das entrevistas no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

No primeiro grupo, foram selecionadas aleatoriamente como casos, mulheres com diagnóstico de transtorno mental em acompanhamento nos últimos 12 meses anteriores ao início da pesquisa, pelos serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II ou CAPS III, com idade entre ≥ 35 e ≤ 59 anos. No segundo grupo, foram incluídas como controle e selecionadas aleatoriamente, mulheres usuárias da Atenção Primária a Saúde (APS), que foram às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município para realizar consulta médica ou outro serviço oferecido. Os critérios de inclusão foram residir em Maringá-PR, idade entre 42 a 52 anos (desvio padrão da média de idade dos casos), não ter realizado atendimento no CAPS, não usuárias de medicamentos antipsicóticos / psicotrópicos.

Coleta dos Dados

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista utilizando um questionário estruturado, com variáveis sociodemográficas, reprodutivas, presença de DCNT e fatores de

risco para DCNT. As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade (calculada em anos completos na data da entrevista e categorizado como 35-46 e 47-59 anos); escolaridade (de acordo com a última série concluída, em <8 anos ou ≥ 8 anos de estudo); estado civil (com e sem companheiro); raça/ cor: (branca e não branca); ocupação anterior (já trabalhou e nunca trabalhou); ocupação atual (trabalha e não trabalha); tempo trabalhado (em anos, e categorizado em < 10 anos, 10 a 20 anos, e > 20 anos); auxílio financeiro (definido pelo recebimento de aposentadoria ou auxílio doença e categorizado em sim ou não); renda per capita (categorizada em 0 a 3 salários e ≥ 4 salários); número de pessoas no domicílio (categorizado em residir sozinho, 2 a 4 pessoas e, ≥ 5); local de residência (categorizada em urbana e rural); religião (categorizada em nenhuma, católica e não católica); plano privado de saúde (possui e não possui); quantidade de filhos (categorizado em 1 e ≥ 2); número de gestações (1 a 2, ≥ 3); estado menopausal (pré-menopausa, menopausa).

A presença de DCNT (hipertensão arterial sistêmica - HAS, *Diabetes Mellitus*, alteração da tireoide, doenças osteoarticulares, doenças cardiovasculares, câncer, fibromialgia, doenças respiratórias) foram autorreferidas e categorizadas em sim ou não. Os fatores de risco para as DCNT foram: tabagismo (fumante e não fumante); dislipidemias (sim ou não); avaliação do índice de massa corporal (IMC) (classificado em $\leq 18 \text{ kg/m}^2$ – baixo peso; $18-24,99 \text{ kg/m}^2$ – peso normal; $25-29,99 \text{ kg/m}^2$ – sobrepeso, $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ – obesidade) (Organização Mundial da Saúde, 2013b); obesidade abdominal (categorizada em $CC < 80 \text{ cm}$ e $CC \geq 80 \text{ cm}$) (Organização Mundial da Saúde, 2005); etilismo (sim ou não). A pressão arterial categorizada em normal (PA sistólica < 130 e PA diastólica < 85); limítrofe (PA sistólica entre 130-139 ou PA diastólica entre 85-89); hipertensão estágio 1 (PA sistólica entre 140-159 ou PA diastólica entre 90-99); Hipertensão estágio 2 (PA sistólica 160-179 ou PA diastólica 100-109) e hipertensão estágio 3 (PA sistólica ≥ 180 ou PA diastólica ≥ 110). Contudo, para fins didáticos, nesta pesquisa foi utilizada a seguinte classificação da pressão arterial: (baixa – PA sistólica <100 e/ou PA diastólica <60, normal – PA sistólica 101-139 e/ou PA diastólica 61-89, e alta – PA sistólica ≥ 140 e / ou PA diastólica ≥ 90) (Mancia, Fagard, Narkiewicz, et al., 2013).

A coleta dos dados referentes às variáveis antropométricas dos casos foi realizada durante a pré-consulta de enfermagem, pela qual passaram todas as mulheres. A medição da circunferência da cintura foi realizada pelo próprio pesquisador.

Análise dos Dados

Para análise estatística utilizou-se análise descritiva (média e desvio padrão) e análise bruta, mediante teste de qui-quadrado e Exato de Fischer, quando aplicável, a fim de verificar

a associação entre as características selecionadas da população do estudo. Foi utilizado *odds ratio* bruta (OR) pelo teste do qui-quadrado no programa *Epi Info* 3.5.1. para avaliar os efeitos das características sociodemográficas, reprodutivas, presença de doenças crônicas não transmissíveis e estilo de vida com o risco de transtorno mental, Para o modelo de regressão logística multivariada com a finalidade de determinar o *odds ratio* ajustado utilizou-se o programa *Statistica* 7.1 e nível de significância estatística $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá-UEM com o parecer (1.024.651/2015).

RESULTADOS

A média de idade para os 206 casos e 412 controles foi de 47,66 (dp 7,89) e 47,36 (dp 3,38), respectivamente. Os transtornos mentais mais frequentes nesta população foram esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, ansiedade e depressão. As características sociodemográficas e reprodutivas da população do estudo estão mostradas na Tabela 1.

Após análise multivariada, as mulheres com transtorno mental apresentaram maior proporção de estado civil com companheiro, raça branca, não trabalhar atualmente, recebimento de auxílio financeiro e residir em área urbana. Quanto às variáveis reprodutivas a associação foi entre as mulheres com dois ou mais filhos, três ou mais gestações e em estado de menopausa (Tabela 1).

Tabela 1. Análise bivariada e regressão logística multivariada da associação das características sociodemográficas e reprodutivas, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Características	Caso n (%)	Controle n (%)	OR bruta	IC95%	p	OR ajustada	IC95%	p
Idade								
34-46	84 (42,4)	114 (57,6)	1,85	1,30-2,64	< 0,01	0,84	0,44-1,59	0,59
47-59	118 (28,4)	297 (71,6)	1,0					
Escolaridade								
< 8 anos de estudo	105 (31,7)	226 (68,3)	0,87	0,62-1,23	0,45	1,38	0,80 - 2,39	0,24
≥ 8 anos de estudo	90 (34,6)	170 (65,4)	1,0					
Estado civil								
Com companheiro	104 (24,8)	316 (75,2)	1,0	2,33-4,76	< 0,001	2,35	1,33 - 4,18	0,003
Sem companheiro	102 (52,3)	93 (47,7)	3,33					
Raça – cor								

Branca	158 (39,1)	246 (60,9)	2,20	1,51 - 3,22	< 0,001	2,12	1,19 - 3,77	0,01
Não branca	48 (22,5)	165 (77,5)	1,0					
Ocupação anterior								
Trabalhou	178 (43,2)	343 (65,8)	1,0					
Não trabalhou	28 (30,1)	65 (69,9)	0,83	0,51 - 1,33	0,44	1,16	0,52 - 2,59	0,70
Ocupação atual								
Trabalha	92 (26,9)	250 (73,1)	1,0					
Não trabalha	114 (41,5)	161 (58,5)	1,92	1,37 - 2,69	< 0,001	1,86	1,06 - 3,27	0,02
Tempo trabalhado								
< 10 anos	60 (47,6)	66 (52,4)	2,93	1,75 - 4,91	< 0,001	1,12	0,55 - 2,30	0,74
10 a 20 anos	83 (28,0)	213 (72,0)	1,25	0,79 - 1,98	0,32	0,69	0,38 - 1,18	0,24
> 20 anos	35 (23,6)	113 (76,4)	1,0					
Auxílio financeiro								
Sim	44 (64,7)	24 (35,3)	4,39	2,58 - 7,46	< 0,001	3,97	1,70 - 9,32	0,001
Não	162 (29,5)	388 (70,5)	1,0					
Renda per capita								
0 a 3 salários	171 (33,7)	337 (66,3)	1,00	0,64 - 1,56	0,91	0,88	0,43 - 1,82	0,74
≥ 4 salários	35 (33,6)	69 (66,4)	1,0					
Pessoas no domicílio								
Sozinho	20 (64,5)	11 (35,5)	3,83	1,79 - 8,19	< 0,001	1,54	0,52 - 4,62	0,43
2 a 4 pessoas	157 (32,2)	331 (67,8)	1,0					
5 ou + pessoas	29 (32,6)	60 (67,4)	1,01	0,62 - 1,65	0,93	0,97	0,46 - 2,07	0,93
Local residência								
Urbana	202 (37,3)	339 (62,7)	10,87	3,91 - 30,20	< 0,001	4,90	1,43 - 16,76	0,01
Rural	4 (5,2)	73 (94,8)	1,0					
Religião								
Nenhuma	12 (42,9)	16 (57,1)	1,54	0,70 - 3,37	0,27	1,85	0,54 - 6,36	0,32
Católica	116 (32,7)	239 (67,3)	1,0					
Não católica	78 (33,3)	156 (66,7)	1,03	0,72 - 1,46	0,86	1,23	0,71 - 2,13	0,45
Plano privado saúde								
Possui	44 (37,0)	75 (63,0)	1,0					
Não possui	162 (32,5)	337 (67,5)	0,81	0,54 - 1,24	0,34	0,79	0,42 - 1,49	0,46
Quantidade de filhos								
1	33 (45,2)	40 (54,8)	1,0					
≥ 2	142 (29,5)	340 (70,5)	1,97	1,19 - 3,25	0,006	0,04	0,01 - 0,16	< 0,0001
Gestações								
1 e 2	93 (2,9)	313 (77,1)	1,0					
≥ 3	79 (54,5)	66 (45,5)	4,02	2,69 - 6,01	< 0,001	47,57	12,95 - 174,86	< 0,0001
Estado menopausal								
Menopausa	110 (95,7)	5 (4,3)	22,00	8,32 - 58,7	< 0,001	99,44	33,59 - 294,41	< 0,0001
Pré-Menopausa	54 (50,0)	54 (50,0)	1,0					

A associação entre a presença de DCNT e transtorno mental, mostrou que as mulheres com transtorno mental apresentaram 1,71 vezes mais chance de desenvolver alterações na tireoide e risco de 3,02 de câncer (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada e regressão logística multivariada da associação das doenças crônicas não transmissíveis, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Características	Caso n (%)	Controle n (%)	OR bruta	IC95%	p	OR ajustada	IC95%	p
-----------------	---------------	-------------------	-------------	-------	---	----------------	-------	---

Hipertensão								
Sim	63 (37,3)	106 (62,7)	1,27	0,87 - 1,84	0,20	1,16	0,78-1,73	0,45
Não	143 (31,8)	306 (68,2)	1,0					
Diabetes tipo 2								
Sim	18 (36,7)	31 (63,3)	1,17	0,64 - 2,15	0,59	1,12	0,59-2,15	0,71
Não	188 (33,0)	381 (67,0)	1,0					
Alteração da tireoide								
Sim	32 (45,7)	38 (54,3)	1,81	1,09 - 2,99	0,01	1,71	1,02-2,89	0,04
Não	174 (31,8)	374 (68,2)	1,0					
Doenças osteoarticulares								
Sim	1 (47,1)	9 (52,9)	0,22	0,02 - 1,79	0,12	1,54	0,57-4,21	0,39
Não	198 (32,9)	403 (67,1)	1,0					
Doença cardiovascular								
Sim	97 (37,3)	163 (62,7)	1,26	0,89 - 1,77	0,17	1,6	0,38-6,79	0,52
Não	109 (32,1)	231 (67,9)	1,0					
Câncer								
Sim	10 (62,5)	6 (37,5)	3,45	1,23 - 9,63	0,01	3,02	1,04-8,79	0,04
Não	196 (32,6)	406 (67,4)	1,0					
Fibromialgia								
Sim	8 (50,0)	8 (50,0)	2,04	0,75 - 5,51	0,15	1,84	0,65-5,22	0,24
Não	198 (32,9)	404 (67,1)	1,0					
Doenças respiratórias								
Sim	4 (80,0)	1 (20,0)	8,13	0,90 - 73,29	0,04	7,96	0,86-73,60	0,06
Não	202 (33,0)	411 (67,0)	1,0					

A análise multivariada entre os fatores de risco de DCNT mostrou associação entre a presença de dislipidemia e a pressão arterial baixa aferida entre os casos de transtorno mental. Mulheres com transtorno mental não apresentaram risco para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade, sendo estes fator de proteção (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada e regressão logística multivariada da associação dos fatores de risco para DCNT, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Características	Caso n (%)	Controle n (%)	OR bruta	IC95%	p	OR ajustada	IC95%	p
Tabagismo								
Sim	40 (38,8)	63 (61,2)	1,32	0,85 - 2,04	0,20	1,11	0,68-1,82	0,66
Não	166 (32,4)	346 (67,6)	1,0					
Dislipidemias								
Sim	23 (71,6)	9 (28,1)	5,62	2,55-12,40	< 0,001	6,69	2,74-13,36	<0,001
Não	183 (31,2)	403 (68,8)	1,0					
IMC								
Baixo peso	4 (80,0)	1 (20,0)	4,34	0,47 - 39,8	0,15	5,76	0,55-60,82	0,14
Peso normal	69 (47,9)	75 (52,1)	1,0					
Sobrepeso	71 (27,3)	189 (72,7)	0,40	0,26 - 0,62	< 0,001	0,40	0,26-0,64	<0,001
Obesidade	61 (30,2)	141 (69,8)	0,47	0,30 - 0,73	< 0,001	0,46	0,28-0,75	0,001

Obesidade abdominal								
Sim	16 (34,0)	31 (66,0)	1,03	0,55 - 1,93	0,92	1,41	0,68-2,96	0,35
Não	188 (33,3)	376 (66,7)	1,0					
Etilismo								
Sim	25 (40,3)	37 (59,7)	1,36	0,79 - 2,33	0,25	0,27	0,73-2,35	0,35
Não	181 (33,2)	365 (66,8)	1,0					
Pressão arterial aferida								
Baixa	14 (77,8)	4 (22,2)	7,38	2,39-22,7	<0,001	5,27	1,63-17,07	0,005
Normal	171 (32,1)	361 (67,9)	1,0					
Alta	17 (28,3)	43 (71,7)	0,83	0,46-1,50	0,54	0,76	0,41-1,44	0,40

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se a associação do transtorno mental com o desenvolvimento de doenças crônicas específicas, como alterações na tireoide e câncer. Além disso, identificou-se que alguns fatores de risco para doenças crônicas como a dislipidemia esteve presente em mulheres com transtorno mental.

Mulheres com transtorno mental apresentaram alteração / disfunção na tireoide, seja hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Nesse sentido, estudo aponta que o hipotireoidismo pode ter associação significativa com queixas somáticas, ansiedade e depressão (Baumgartner, Blum, Rodondi, 2014). Ainda, que alterações na tireoide podem manifestar alguns sintomas psiquiátricos, tais como depressão, demência, mudança de personalidade e, raramente, psicose (Smith, Bahn, Gorman, 1989).

Outro estudo aponta que indivíduos com sintomas obsessivo-compulsivos apresentaram maiores taxas de prevalência de distúrbios tireoidianos (Witthauer, Gloster, Meyer, et al., 2014). Assim, sugere-se que novos estudos investiguem com maior ênfase a associação entre alterações / disfunções na tireoide e transtorno mental, pois a literatura que estabelece essa relação ainda é escassa.

Foi estatisticamente significativa a associação entre transtorno mental e câncer neste estudo. Está bem estabelecida na literatura que pacientes com câncer apresentam risco relativamente elevado de apresentar sintomas psiquiátricos (Jagannathan & Juvva, 2016), e sofrimento psíquico (Maheu, Lebel & Courbasson, 2016), como depressão e ansiedade (Lima, Longatto-Filho & Osório, 2016), sendo a depressão o transtorno mental mais comum em mulheres com câncer (Duarte & Rego, 2007; Cangussu, Soares, Barra, et al., 2010).

Contudo, é pouco evidenciada na literatura a associação de câncer em mulheres com transtorno mental. Neste sentido estudo de revisão sobre o risco de câncer em pacientes com

doença mental grave aponta que a doença mental está associada a comportamentos que predisõem um indivíduo a risco aumentado de alguns tipos de câncer, incluindo câncer de pulmão e de mama (Howard, Barley, Davies, et al., 2010), e de colo de útero (Aggarwal, Pandurangi, Smith, et al., 2013).

A doença mental pode ser uma barreira para a realização oportuna e adequada de rastreamento do câncer (Yee, White, Lee, et al., 2011), o que é verificado em outro estudo que confirma disparidades nas taxas de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero entre mulheres com doença mental (Aggarwal, Pandurangi, Smith, et al., 2013). Para que as mulheres com uma doença mental passem a aderir ao rastreamento, conforme recomendado, é necessário esforços mais intensos de toda a equipe de saúde (Yee, White, Lee, et al., 2011), principalmente ao encorajá-las (Barley, Borschmann, Walters, et al., 2013), a utilização dos serviços disponíveis da melhor maneira possível (Júnior, Miranda, Dutra, et al., 2014).

Em contrapartida, estudo realizado no Reino Unido aponta que não houve evidência de que as taxas de incidência de câncer, sejam eles de colo de útero, retais, de pulmão ou de mama, diferem em pessoas com doença mental em comparação com pessoas sem esse diagnóstico (Osborn, Limburg, Walters, et al., 2013).

Diante das divergências entre os estudos e destes resultados, a associação entre transtorno mental e câncer merece uma exploração mais aprofundada, principalmente devido às suas implicações clínicas.

Neste estudo, as mulheres com transtorno mental apresentaram maiores taxas de dislipidemia. Esse resultado contrasta com revisão que aponta que não foram encontrados estudos que abordassem especificamente a associação entre transtornos mentais e dislipidemias (Teixeira & Rocha, 2007). É já conhecido que as perturbações relacionadas com o estilo de vida e a utilização de antipsicóticos estão intimamente relacionadas com a progressão de aterosclerose em pacientes psiquiátricos (Kanzaki, Uju, Sekine, et al., 2015). Assim, faz-se necessário maior atenção à dislipidemia em mulheres com transtorno mental.

Neste estudo, a pressão arterial baixa foi constatada em mulheres com transtorno mental. O mesmo ocorre em pesquisa onde a pressão arterial baixa foi positivamente associada com depressão e ansiedade (De Buyzere, Clement, Duprez, et al., 1998). Uma hipótese para o achado de hipotensão arterial entre as mulheres com transtorno mental pode ser o fato destas estarem expostas aos fármacos antipsicóticos pois, já está estabelecido pela literatura que este grupo medicamentoso pode ter efeitos como reduzir a pressão arterial (Marcolan, Urasaki, 1998).

Corroborando esta informação, estudo que buscou examinar os efeitos da exposição aos fármacos antipsicóticos sobre a frequência cardíaca e sobre a pressão arterial em indivíduos

com transtorno bipolar, encontrou uma relação significativa com alterações de frequência cardíaca e hipotensão arterial (Linder, Sodhi, Haynes, et al., 2014).

As anormalidades cardio-metabólicas também se tornaram uma grande preocupação no tratamento precoce de pessoas com transtorno mental, onde anormalidades metabólicas são debatidas, especialmente quando se considera o papel da medicação antipsicótica na ocorrência dessas anormalidades (Mitchell, Vancampfort, De Herdt, et al., 2013).

Estudos recentes não relacionam a hipotensão arterial com a presença do transtorno mental, contrariando nossos resultados. Por outro lado, estudos têm relatado frequentemente a relação entre hipotensão ortostática e comprometimento cognitivo leve (Regan, Kearney, Cronin, et al., 2013; Elmståhl S & Widerström, 2014). Ainda, a pressão arterial baixa foi associada com declínio cognitivo e demência (Nilsson, Read, Berg, et al., 2007). Desta forma, é recomendável que estudos direcionados abordem especificamente a associação entre hipotensão arterial e transtorno mental, pois nenhum estudo deixa claro essa relação.

Uma limitação do estudo é devido ao desenho do mesmo, em que métodos epidemiológicos prospectivos mais consistentes que o delineamento transversal são indicados para utilização em futuras pesquisas, principalmente para verificar a prevalência de causalidade e temporalidade das relações entre transtorno mental e DCNT na vida de mulheres que são acompanhadas em CAPS ou outros serviços de saúde mental. Outra possível limitação é de que devido a amostra ser principalmente caucasiana, os achados podem não se generalizar a todas as populações.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou significância na associação entre transtorno mental com doenças crônicas não transmissíveis, como câncer, alterações na tireoide e dislipidemia, sugerindo investigação mais aprofundada nesta temática.

É indispensável que o profissional de saúde que atua com as mulheres com transtornos mentais auxilie na prevenção de doenças e na promoção da saúde, para que possa garantir uma redução significativa de fatores de risco tradicionalmente associados às DCNT.

Sugere-se a realização de novos estudos que enfatizem a relação entre transtorno mental e doenças crônicas não transmissíveis, afim de estabelecer as relações de significância já identificadas no presente estudo, bem como identificar possíveis outras relações patológicas.

Apesar do avanço das políticas públicas de saúde mental no Brasil, é preciso que os profissionais de saúde tenham um olhar diferenciado a esse público, em que possa garantir a

integralidade da assistência em todos os níveis de atenção básica à saúde.

REFERÊNCIAS

- Aggarwal, A., Pandurangi, A., Smith, W. (2013). Disparities in Breast and Cervical Cancer Screening in Women with Mental Illness: A Systematic Literature Review. *Am J Prev Med*, 44(4), 392-398. doi: [Http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.006](http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.006). Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379713000081>
- Barley, E., Borschmann, R. D., Walters, P., Tylee, A. (2013). Interventions to encourage uptake of cancer screening for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, (7), CD009641. doi:10.1002 / 14651858.CD009641.pub2. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857563>
- Baumgartner, C., Blum, M. R., Rodondi, N. (2014). Subclinical hypothyroidism: summary of evidence in 2014. *Swiss Med Wkly*, 23;144, w14058. doi: 10.4414/smw.2014.14058. eCollection 2014. Review. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25536449>
- Botti, N. C. L., Ferreira, S. C., Nascimento, R. G., Pinto, J. A. F. (2013). Condições de saúde de mulheres com transtorno mental. *Rev Rene*, 14(6), 1209-1216. Retrieved from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1371/pdf>
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. World Economic Forum, the Harvard School. Retrieved from: *of Public Health. Geneva, 2011.* http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
- Bressington, D. T., Mui, J., Cheung, E. F., Petch, J., Clark, A. B., Gray, R. (2013). The prevalence of metabolic syndrome amongst patients with severe mental illness in the community in Hong Kong--a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 18;13:87. doi: 10.1186/1471-244X-13-87. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3606123/>
- Bressington, D. T., Mui, J., Hulbert, S., Cheung, E., Bradford, S., Gray, R. (2014). Enhanced physical health screening for people with severe mental illness in Hong Kong: results from a one-year prospective case series study. *BMC Psychiatry*, 27;14:57. doi: 10.1186/1471-244X-14-57. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576042>
- Cangussu, R. O., Soares, T. B. C., Barra, A. A., Nicolato, R. (2010). Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 106-110. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a05v59n2.pdf>

- De Buyzere, M., Clement, D. L., Duprez, D. (1998). Chronic low blood pressure: A review. *Cardiovasc Drugs Ther*, 12, 29–35. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9607130>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21379357>
- Duarte, M. B., Rego, M. A. V. (2007). Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 23(3), 691-700. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300027
- Elmståhl, S., Widerström, E. (2014). Orthostatic intolerance predicts mild cognitive impairment: incidence of mild cognitive impairment and dementia from the Swedish general population cohort Good Aging in Skåne. *ClinInterv Aging*, 9, 1993-2002. doi: 10.2147/CIA.S72316. eCollection 2014. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4242065/>
- Ferretti, F. (2015). Unhealthy Behaviours: An International Comparison. *PLoS One*, 29;10(10):e0141834. doi: 10.1371/journal.pone.0141834. eCollection 2015. Doi: [10.1371 / journal.pone.0141834](http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0141834)
- Global Disease Group (GBD 2015). (2016). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 388 (10053):1545-1602. Doi: [10.1016 / S0140-6736 \(16\) 31678-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733282>
- Howard, L. M., Barley, E. A., Davies, E., Rigg, A., Lempp, H., Rose, D., Taylor, D., Graham-Thornicroft, G. (2010). Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *The Lancet Oncology*, 11(8), 797–804. [Http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70085-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70085-1). Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204510700851>
- Jagannathan, A., Juvva, S. (2016). Emotions and coping of patients with head and neck cancers after diagnosis: A qualitative content analysis. *J Postgrad Med* [serial online], 62(3), 143-149. Retrieved from: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2016/62/3/143/184273>
- Júnior, J. M. P., Miranda, F. A. N., Dutra, S. V. O., Santos, E. C., Silva, M. B. (2014). Reforma psiquiátrica e transtornos mentais na estratégia saúde da família: opinião de familiares e profissionais. *Cienc Cuid Saude*, 13(2), 271-277. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19402/pdf_183
- Kanzaki, T., Uju, Y., Sekine, K., Ishii, Y., Yoshimi, T., Yasui, R., et al. (2015). Increased Silent Brain Infarction Accompanied With High Prevalence of Diabetes and Dyslipidemia in Psychiatric Inpatients: A Cross-Sectional Study. *Prim Care Companion CNS Disord*, 26;17(2). doi: 10.4088/PCC.14m01713. eCollection 2015. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560189/>

- Kontis, V., Mathers, C. D., Rehm, J., Stevens, G. A., Shield, K. D., Bonita, R., et al. (2014). Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*, 384(9941):427–37. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60616-4. Retrieved from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60616-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60616-4.pdf)
- Lima, M. P., Longatto-Filho, A., Osório, F. L. (2016). Predictor Variables and Screening Protocol for Depressive and Anxiety Disorders in Cancer Outpatients. *PLoSOne*, 11(3), e0149421. doi: 10.1371/journal.pone.0149421. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26954671>
- Linder, J. R., Sodhi, S. K., Haynes, W. G., & Fiedorowicz, J. G. (2014). Effects of antipsychotic drugs on cardiovascular variability in participants with bipolar disorder. *Human Psychopharmacology*, 29(2), 145–151. doi: <http://doi.org/10.1002/hup.2380>. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24590543>
- Maheu, C., Lebel, S., Courbasson, C., Lefebvre, H., Singh, M., Bernstein, et al. (2016). Protocol of a randomized controlled trial of the fear of recurrence therapy (FORT) intervention for women with breast or gynecological cancer. *BMC Cancer*, 16(1), 291. doi: 10.1186/s12885-016-2326-x. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27112319>
- Malta, D. C., Moura, L., Prado, R. R., Escalante, J. C., Schmidt, M. I., Duncan, B. B. (2014). Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*, 23(4):599-608.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., et al. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 34(28), 2159-219. doi: 10.1093/eurheartj/ehj151. Epub 2013 Jun 14. Retrieved from: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>
- Marcolan, J.F.; Urasaki, M.B.M. (1998). Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos. *Rev. esc. enferm. USP*. 32(3):208-217. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Matheson, F. I., Smith, K. L., Fazli, G. S., Moineddin, R., Dunn, J. R., Glazier, R. H. (2014). Physical health and gender as risk factors for usage of services for mental illness. *J Epidemiol Community Health*., 68(10):971-8. doi: 10.1136/jech-2014-203844. Epub 2014 Jun 25. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174114/>
- Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A, Yu W, De Hert M. Is the Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities Increased in Early Schizophrenia? A Comparative Meta-Analysis of First Episode, Untreated and Treated Patients. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(2):295-305. doi: [10.1093 / schbul / sbs082](https://doi.org/10.1093/schbul/sbs082). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576152/>
- Nilsson, S. E., Read, S., Berg, S., et al. (2007). Low systolic blood pressure is associated with

- impaired cognitive function in the oldest old: longitudinal observations in a population-based sample 80 years and older. *Aging ClinExp Res*, 19, 41–7. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17332720>
- Osborn, D. P. J., Limburg, H., Walters, K., Petersen, I., King, M., Green, J., Watson, J., Nazareth, I. (2013). Relative incidence of common cancers in people with severe mental illness. *Schizophrenia Research*, 143(1), 44–9. DOI:[Http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.009). Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996412006238?np=y&npKey=de6467cbf92528f73a98a183601cb0b9885a0e3b6bf3326531c00f4284c0ae09>
- Pinho, O. S., Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev. bras. epidemiol.* [online], 15(3),560-572. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300010&lng=pt
- Regan, O. C., Kearney, P. M., Cronin, H., Savva, G. M., Lawlor, B. A., Kenny, R. (2013). Oscillometric measure of blood pressure detects association between orthostatic hypotension and depression in population based study of older adults. *BMC Psychiatry*, 13:266. doi:10.1186/1471-244X-13-266. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3816594/>
- Smith, T. J.; Bahn, B. R. S.; Gorman, C. A. (1989). Connectivetissue, glycosaminoglycansand diseases of the thyroid. *Endocr Rev*, 10(3), 366-391. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2673756>
- Teixeira, P. J. R.; Rocha, F. L. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. *Rev. Psiq. Clín.* 2007, 34 (1): 28-38. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n1/a05v34n1> acesso em 11 nov 2016.
- Weiss, S. J., Simeonova, D. I., Kimmel, M.C., Batalha, C. L., Maki, P. M., Flynn, H. A. (2016). Anxiety and physical health problems increase the odds of women having more severe symptoms of depression. *Arch WomensMent Health.*, 19(3), 491-499. Retrieved from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-015-0575-3>
- WHO. World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization/Ottawa: Public Health Agency of Canada. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf
- WHO. World Health Organization. (2013a). Mental health action plan 2013-2020. WHO Press, Geneva, Switzerland. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- WHO. World Health Organization. (2013b). Obesity and overweight. Fact sheet N°311, Updated March 2013. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO. World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
- WHO. World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders:

Global Health Estimates. Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. Retrieved from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> .

- Witthauer, C., Gloster, A. T., Meyer, A. H., Lieb, R. (2014). Physical diseases among persons with obsessive compulsive symptoms and disorder: a general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(12), 2013-2022. doi: [10.1007 / s00127-014-0895-z](https://doi.org/10.1007/s00127-014-0895-z). Epub 2014 Jun 8. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24907897>
- Yee, E. F. T., White, R., Lee, S-J., Washington, D. L., Yano, E. M., Murata, G., Handanos, C., Hoffman, R. M. (2011). Mental Illness: Is there an Association With Cancer Screening Among Women Veterans? *Women's Health Issues*, 21(4), S195–S202. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.04.027](http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.04.027). Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386711001125>

7.2 ARTIGO 2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E REPRODUTIVAS E A BUSCA PELOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE DA MULHER POR MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL NO SUL DO BRASIL

Mulheres com transtorno mental e a busca por serviços de saúde da mulher

RESUMO

Introdução: São escassos estudos entre a associação de características clínicas e reprodutivas e a busca por serviço específico de saúde da mulher com diagnóstico estabelecido para transtorno mental.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre o transtorno mental em mulheres às características clínicas e reprodutivas, sociodemográficas, e a busca pelos serviços de atendimento em saúde da mulher.

Método: Estudo transversal, de caso-controle, com 618 mulheres. No primeiro grupo, foram selecionadas, aleatoriamente, como casos 206 mulheres com diagnóstico de transtorno mental, com idade entre ≥ 35 e ≤ 59 anos. Como controle, no segundo grupo foi incluído aleatoriamente, na proporção de um caso para dois controles, o total de 412 controles, sendo estes pareados por idade entre 42 a 52 anos (dp 5 anos da média de idade dos casos). Todas usuárias da Atenção Primária a Saúde. As entrevistas com o grupo 1 ocorreram entre agosto a dezembro 2015 e com o grupo 2 no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016. Foram selecionadas as variáveis com valor de significância menor do que 0,20, utilizando a análise multivariada e regressão logística por meio do programa Statistica 7.1, com nível de significância de 5%.

Resultados: Verificou-se associação significativa da presença do transtorno mental com estado civil sem companheiros e raça branca; percepção de saúde razoável/ruim; ter um filho; pós-menopausa; história familiar de câncer de mama; usar medicação; usar diariamente vários medicamentos. Foi fator de proteção significativo para o desenvolvimento do transtorno mental a menarca < 12 anos; atividade sexual de 1 a 2x/semana; uma a duas gestações e; não ter feito exame clínico das mamas. Quanto a busca por serviços de saúde, verificou-se associação com a presença do transtorno mental não buscar atendimento em serviços de saúde da mulher ao não realizar: consulta com ginecologista, mamografia, autoexame das mamas, exame papanicolaou.

Conclusão: Observou-se que as mulheres com transtorno mental apresentam maior propensão de não buscar espontaneamente serviços públicos e gratuitos de saúde da mulher.

Descritores: Enfermagem. Doença Crônica. Saúde Mental. Saúde da Mulher. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que os transtornos mentais representem 15% do total de todas as doenças até 2020 [1]. Os Transtornos Mentais Comuns são os que incluem transtornos de humor e de ansiedade [2, 3], e atingem principalmente as mulheres [4].

A prevalência de problemas de saúde em pessoas com doenças mentais (esquizofrenia, depressão, ansiedade, tentativa de suicídio, problemas emocionais, desesperança e transtornos por uso de álcool e drogas) é alta, principalmente por não acessarem serviços básicos de saúde [5].

A depressão afeta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e este número deverá aumentar, pois, menos de metade das pessoas afetadas têm acesso ao tratamento adequado e aos cuidados de saúde [6]. Ainda existem lacunas para essas demandas, como o atendimento à mulher portadora de transtorno mental [7], implicando em cuidados que vão além das demandas e necessidades deste campo [8].

No entanto, ainda não está bem estabelecida na literatura a associação das características clínicas e reprodutivas em mulheres com transtorno mental e nem como se dá a adesão a serviços específicos de saúde da mulher por mulheres com transtorno mental.

O transtorno mental é também associado com muitas outras condições de saúde e fatores de estilo de vida, como tabagismo, obesidade e hipertensão [9]. Evidências crescentes sugerem que condições físicas e comorbidades são geralmente subdiagnosticadas e subtratadas em pessoas com transtornos mentais [10], além destas serem menos propensas a receber tratamento para seus problemas clínicos.

Mulheres portadoras de transtorno mental não recebem atenção no campo da saúde sexual e reprodutiva ou, recebe inadequadamente, sendo ignoradas as especificidades e o cumprimento de seus direitos nessa área do cuidado [11]. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo analisar a associação entre o transtorno mental em mulheres, com as características clínicas e reprodutivas, sociodemográficas; e a busca pelos serviços de atendimento em saúde da mulher.

MÉTODOS

Desenho e Local do Estudo

Estudo transversal, de caso-controle, realizado com um grupo de 618 mulheres. O tamanho da amostra foi estimado a partir da identificação das pacientes diagnosticadas com transtorno mental no período selecionado para a pesquisa (agosto a dezembro 2015), totalizando 206 mulheres elegíveis para os casos. Quanto aos controles foram coletados dados na proporção de um caso para dois controles resultando em um total de 412 controles, sendo estes pareados por idade (dp 5 anos), com realização das entrevistas no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

No primeiro grupo, foram selecionadas aleatoriamente como casos, mulheres com diagnóstico de transtorno mental em acompanhamento nos últimos 12 meses anteriores ao início da pesquisa, pelos serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II ou CAPS III, com idade entre ≥ 35 e ≤ 59 anos. No segundo grupo, foram incluídas como controle e selecionadas aleatoriamente, mulheres usuárias da Atenção Primária a Saúde (APS), que foram às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município para realizar consulta médica ou outro serviço oferecido. Os critérios de inclusão foram residir em Maringá, idade entre 42 a 52 anos (desvio padrão da média de idade dos casos), não ter realizado atendimento no CAPS, não usuárias de psicofármacos.

Fonte de Dados

Para a coleta dos dados foi utilizado questionário validado, contendo variáveis sociodemográficas, características reprodutivas e clínicas da mulher e adesão aos serviços de saúde da mulher.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade (calculada em anos completos na data da entrevista e categorizado em média e desvio padrão entre os casos e controles); escolaridade (de acordo com a última série concluída, em <8 anos ou ≥ 8 anos de estudo); estado civil (com companheiro e sem companheiro); raça/ cor: (branca e não branca); renda per capita (categorizada em 0 a 3 salários e ≥ 4 salários); religião (categorizada em nenhuma, católica e não católica).

As variáveis relacionadas às características da mulher foram: saúde de modo geral (categorizada em excelente/boa, razoável/ruim, muito ruim); uso de reposição hormonal

(categorizadas em sim ou não); uso de anticoncepcional (categorizadas em sim ou não); idade da menarca (< 12 anos e ≥ 12 anos); relação sexual (categorizadas em sim ou não); frequência de atividade sexual (categorizada em nenhuma, 1x/semana, 2x/semana, ≥ 3 x/semana); aborto (categorizadas em sim ou não); quantidade de filhos (1 e ≥ 2); número de gestações (1 a 2, ≥ 3); estado menopausal (pré-menopausa, menopausa); história familiar de câncer de mama (categorizadas em sim ou não); grau de parentesco com familiar com câncer de mama (categorizada em primeiro grau, segundo grau, terceiro grau), história familiar de câncer de colo do útero (categorizadas em sim ou não); grau de parentesco câncer de colo do útero (categorizada em primeiro grau, segundo grau, terceiro grau), medicação psicotrópica prescrita (categorizadas em sim ou não); quantidade de medicamentos (não psicotrópicos) prescritos (categorizada em 1, 2, 3, 4, 5, ≥ 6); usuárias de serviços de saúde (categorizadas em pública, privada); dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública (categorizadas em sim ou não).

As variáveis relacionadas à procura específica pelos serviços de saúde da mulher disponibilizados na atenção primária à saúde foram realização de: consulta com ginecologista; de mamografia; exame clínico das mamas; autoexame das mamas; ultrassom das mamas; exame preventivo/papanicolaou. Estas informações foram autorreferidas e categorizadas em sim ou não. Ambas as variáveis, motivo por não ter realizado mamografia aos 40 anos e; motivo por não ter iniciado preventivo/papanicolaou com 25 anos, foram categorizadas a priori em dificuldade de acesso, constrangimento/medo, indisponibilidade de horário, outros motivos. Foram levantados os dados referentes à idade da primeira mamografia (apresentada pela média e desvio padrão); motivo de realização do exame clínico das mamas (categorizadas em rastreamento/campanha ou diagnóstico/suspeita); frequência que realiza o preventivo/papanicolaou (categorizadas em a cada 6 meses, 1x/ano, a cada 2 anos).

Análise dos Dados

Para análise estatística, foi utilizada a análise bruta, mediante χ^2 por meio do programa Epi Info 3.5.1. e o teste de *t student* para as variáveis quantitativas (média de idade). Foram selecionadas as variáveis com valor de significância menor do que 0,20, utilizando a análise multivariada e regressão logística. As variáveis independentes (características da mulher e procura pelos serviços de saúde da mulher) em relação aos casos e controles, foram realizadas no programa Statistica 7.1, com nível de significância de 5%.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de

Maringá-UEM com o parecer (1.024.651/2015).

RESULTADOS

A média de idade para os 206 casos e 412 controles foi de 47,66 (dp 7,89) e 47,36 (dp 3,38), respectivamente. Características sociodemográficas como sem companheiros e a raça branca estiveram relacionados à presença de transtorno mental (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Características	Caso n (%)	Controle n (%)	p
Idade (média)	47,7 (7,80)	47,3 (3,38)	0,20
escolaridade			
< 8 anos de estudo	105 (31,7)	226 (68,3)	0,45
≥ 8 anos de estudo	90 (34,6)	170 (65,4)	
Estado civil			
Com companheiro	104 (24,8)	316 (75,2)	
Sem companheiro	102 (52,3)	93 (47,7)	< 0,001
Raça - cor			
Branca	158 (39,1)	246 (60,9)	< 0,001
Não branca	48 (22,5)	165 (77,5)	
Renda per capita			
0 a 3 salários	171 (33,7)	337 (66,3)	0,91
≥ 4 salários	35 (33,6)	69 (66,4)	
Religião			
Nenhuma	12 (42,9)	16 (57,1)	0,27
Católica	116 (32,7)	239 (67,3)	
Não católica	78 (33,3)	156 (66,7)	

A análise bivariada das características das mulheres relacionada ao transtorno mental, mostrou que esteve associada em maior proporção com as variáveis saúde geral muito ruim, idade da menarca ≥ 12 anos, não ter relação sexual, nenhuma frequência semanal de relação sexual, presença de aborto, número de filhos igual a 1 (um), número de gestações ≥ 3, menopausa, história familiar de câncer de mama, uso de medicamentos e maior quantidade de uso, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada da associação das características clínicas e reprodutivas da mulher, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Características	Caso n (%)	Controle n (%)	p
Saúde de modo geral			
Excelente/boa	50 (13,1)	331 (86,9)	
Razoável/ruim	141 (65,7)	74 (34,3)	
Muito ruim	14 (7,0)	6 (3,0)	< 0,001
Reposição hormonal			
Sim	23 (43,1)	28 (54,9)	
Não	183 (32,3)	383 (67,7)	0,06
Anticoncepcional			
Sim	21 (29,6)	50 (70,4)	
Não	185 (33,9)	361 (66,1)	0,46
Idade menarca			
< 12 anos	72 (25,7)	208 (74,3)	
>=12 anos	132 (39,5)	202 (60,5)	< 0,001
Relação sexual			
Sim	183 (30,9)	410 (69,1)	
Não	17 (100)	0 (0)	< 0,001
Frequência de atividade sexual			
Nenhuma	99 (67,8)	47 (32,2)	< 0,001
1x/semana	65 (23,2)	215 (76,8)	
2x/semana	26 (16,2)	134 (83,8)	
>=3x/semana	16 (61,5)	10 (38,5)	
Aborto			
Sim	47 (42,0)	65 (58,0)	0,03
Não	159 (31,5)	346 (68,5)	
Quantidade de filhos			
1	33 (45,2)	40 (54,8)	
>= 2	142 (29,5)	340 (70,5)	0,006
Gestações			
1 e 2	93 (2,9)	313 (77,1)	
>= 3	79 (54,5)	66 (45,5)	< 0,001
Estado menopausal			
Menopausa	110 (95,7)	5 (4,3)	
Pré-Menopausa	54 (50,0)	54 (50,0)	< 0,001
História familiar de câncer de mama			
Sim	41 (54)	35 (46)	
Não	165 (30,5)	376 (65,5)	0,001
Grau de parentesco câncer de mama			
Primeiro grau = 1	11 (47,1)	12 (52,2)	
Segundo grau = 2	7 (36,8)	12 (63,2)	
Terceiro grau = 3	1 (73,3)	2 (66,7)	0,73
História familiar de câncer de colo de útero			
Sim	21 (44,7)	26 (55,3)	
Não	185 (32,5)	385 (67,5)	0,08
Grau de parentesco câncer de útero			

Primeiro grau = 1	11 (47,8)	12 (52,2)	
Segundo grau = 2	7 (36,8)	12 (63,2)	
Terceiro grau = 3	1 (33,3)	2 (66,7)	0,73
Medicação prescrita			
Sim	205 (59,4)	140 (40,6)	
Não	0 (0)	272 (100)	< 0,001
Quantidade de medicamentos			
1	49 (43,7)	63 (56,3)	
2	57 (61,9)	35 (38,1)	
3	51 (83,6)	10 (16,4)	
4	31 (91,2)	3 (8,8)	
5	14 (93,3)	1 (6,7)	
≥ 6	4 (100)	0 (0)	< 0,001
Usuários de serviço de saúde			
Pública	189 (33,2)	380 (66,8)	
Privada	17 (34,7)	32 (65,3)	0,83
Dificuldade de acesso serviços saúde pública			
Sim	68 (80)	17 (20)	
Não	138 (39,7)	210 (60,3)	< 0,001

Quanto à procura pelo atendimento nos serviços de saúde da mulher disponíveis na atenção básica e serviços públicos, observou-se associação entre o transtorno mental com a não procura por consulta com ginecologista, não realização de mamografia, maior idade na primeira mamografia, a não realização do autoexame das mamas e a não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (papanicolaou) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada da associação da procura por atendimento em serviços de saúde da mulher, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Características	Caso n (%)	Controle n (%)	p
Consulta com ginecologista			
Sim	191 (32,3)	401 (67,7)	
Não	15 (57,7)	11 (42,3)	0,007
Fez mamografia			
Sim	141 (29,2)	342 (70,8)	
Não	65 (49,6)	66 (50,4)	< 0,0001
Idade 1ª mamografia			
Média	39,1 (dp 9,34)	31,4 (dp 15,49)	<0,001*
Não iniciou mamografia aos 40 anos por			
Dificuldade de acesso	5 (35,7)	9 (64,3)	
Constrangimento/medo	19 (34,5)	36 (65,5)	
Indisponibilidade de horário	3 (20)	12 (80)	
Outros motivos	19 (51,4)	18 (48,6)	0,15
Fez exame clínico das mamas			
Sim	111 (47,8)	121 (52,2)	

Não	95 (24,9)	287 (75,1)	< 0,0001
Motivo de realização do exame (ECM)			
Rastreamento/campanha	80 (50,6)	78 (49,4)	
Diagnóstico/suspeita	9 (32,1)	19 (67,9)	0,07
Fez autoexame das mamas			
Sim	118 (30,1)	274 (69,9)	
Não	82 (37,9)	134 (62,1)	0,04
Fez USG das mamas			
Sim	57 (46,7)	65 (53,3)	
Não	138 (28,9)	340 (71,1)	< 0,0001
Fez exame papanicolaou			
Sim	182 (30,9)	407 (69,1)	
Não	24 (88,9)	3 (11,1)	< 0,0001
Frequência que realiza o papanicolaou			
A cada 6 meses	11 (68,7)	5 (31,2)	
1x/ano	125 (33,8)	245 (66,2)	0,01
A cada 2 anos	13 (30,2)	30 (69,8)	
Não iniciou preventivo com 25 anos por			
Dificuldade de acesso	4 (66,7)	2 (33,3)	
Constrangimento/medo	19 (73,1)	7 (26,9)	
Indisponibilidade de horário	2 (66,7)	1 (33,3)	0,21
Outros motivos	5 (38,5)	8 (61,5)	

* Teste de t student

Após análise multivariada, quanto às **características relacionadas à mulher**, foi observado que a percepção de saúde razoável/ruim, ter apenas um filho, pós-menopausa, história familiar de câncer de mama, foram percebidas entre as mulheres com o transtorno mental. Foi associado também ao transtorno mental o fato de a mulher fazer uso de medicação (não psicotrópica), bem como de utilizar maior número diário de medicamentos. Contudo apresentou-se como fator de proteção à mulher com a menarca < 12 anos, a frequência de atividade sexual de 1x/semana e, de 2x/semana, ter vivenciado uma a duas gestações (Tabela 4).

Quanto à **procura pelo atendimento em serviços de saúde da mulher**, observou-se que as mulheres com transtorno mental apresentaram maior chance/propensão de não buscar espontaneamente estes serviços, principalmente os serviços de consulta com ginecologista, realização de mamografia, autoexame das mamas, exame preventivo de papanicolaou (tabela 4).

Tabela 4. Análise de regressão logística multivariada da associação das características relacionadas à saúde da mulher e procura pelo atendimento em serviços de saúde da mulher, segundo caso e controle. Maringá, PR, 2017.

Variáveis	OR ajustada	IC 95%	p
<i>Características relacionadas à saúde da mulher</i>			
Saúde de modo geral			
Razoável/ruim	5,19	2,11-11,04	<0,001
Muito ruim	2,38	0,33-17,10	0,38
Uso de reposição hormonal	0,49	0,17-1,46	0,20
Idade menarca – < 12 anos	0,38	0,19-0,78	0,008
Ausência de relação sexual	1,71	0,20-5,60	0,99
Frequência de atividade sexual			
Nenhuma	1,02	0,26-3,98	0,97
1x/semana	0,12	0,03-0,50	0,002
2x/semana	0,11	0,03-0,45	0,002
Aborto - sim	0,68	0,29-1,65	0,40
Quantidade de filhos – 1	9,62	3,15-29,45	<0,001
Gestações – 1 e 2	0,16	0,07-0,39	<0,001
Estado menopausal – pós-menopausa	2,31	0,90-5,96	0,08
História familiar de câncer de mama	3,63	1,18-11,22	0,02
História familiar de câncer de colo de útero	1,18	0,37-3,77	0,77
Uso de medicação prescrita	38,25	13,15-47,9	<0,001
Quantidade de medicamentos			
2	3,34	1,43-7,78	0,005
3	12,61	4,27-37,26	<0,001
4	31,13	5,91-63,90	<0,001
5	33,76	1,39-36,35	0,04
6	68,47	7,15-98,90	<0,001
Dificuldade de acesso a serviços de saúde – sim	50,71	9,86-60,89	<0,001
<i>Procura pelo atendimento em serviços de saúde da mulher</i>			
Consulta com ginecologista – não	3,73	1,35-10,37	0,01
Fez mamografia – não	4,89	2,98-8,04	<0,001
Fez exame clínico das mamas – não	0,36	0,23-0,56	<0,001
Motivo de realização do exame - diagnóstico/suspeita	1,42	0,57-3,59	0,44
Fez autoexame das mamas – não	2,10	1,38-3,19	<0,001
Fez USG das mamas – não	1,03	0,67-1,60	0,87
Fez exame preventivo de papanicolaou – não	43,93	11,44-68,76	<0,001
Frequência que realiza o preventivo			
1x/ano	6,15	3,98-9,49	<0,001
A cada 2 anos	6,04	2,75-13,29	<0,001

DISCUSSÃO

São escassos os estudos que relacionam a associação entre as características clínicas e reprodutivas em mulheres e o transtorno mental e também a associação entre o transtorno mental com a busca por serviços específicos de saúde da mulher.

Mulheres sem companheiros e da raça branca estiveram relacionados à maior risco de desenvolvimento de transtorno mental. Pesquisa nacional aponta que o apoio social oferecido pelo companheiro parece ser fator de proteção para transtornos de ansiedade com efeito positivo sobre a saúde mental [12].

A autopercepção de saúde negativa (razoável ou ruim) mostrou-se associada ao transtorno mental em nosso estudo. O resultado é semelhante à pesquisa que aponta desfecho de maior prevalência de autopercepção negativa de saúde entre mulheres, indivíduos com menor escolaridade ou que apresentam alguma doença crônica [13]. A ocorrência de várias doenças crônicas concomitantes está associada com a piora da autopercepção de saúde [14].

A autopercepção de saúde tem sido utilizada em estudos epidemiológicos como indicador de saúde [13, 15], pois incorpora tanto componentes físicos, cognitivos e emocionais quanto aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida [16].

A menarca com idade inferior a 12 anos foi estatisticamente significativa para ausência de transtorno mental, ou seja, foi fator de proteção. Outro estudo aponta a menarca antes dos 12 anos como fator de risco para o transtorno mental, e isso pode ter explicação no fato de ocorrer em um momento de grande imaturidade psicossocial, deflagrando posteriormente o transtorno mental [17]. Outros autores associam sua origem na ação de esteroides sexuais femininos, como o estrógeno, que age na modulação do humor [8], predispondo a um transtorno mental futuro.

Nas últimas décadas, a idade da menarca diminuiu de forma constante em todo o mundo, porém, há crescente evidência de que as mulheres que tiveram a menarca em idade precoce têm maior risco de obesidade, *diabetes* tipo 2, doença cardiovascular [18], câncer [19] e depressão [20]. A menarca precoce é fator de risco para DCNT, necessitando de cuidados por parte dos profissionais de saúde, também na área de saúde mental, apesar da divergência verificada entre os estudos.

A sexualidade é parte da vida humana e da qualidade de vida, além de ser uma das questões responsáveis pelo bem-estar individual [21], que para além dos aspectos reprodutivos,

obedece a uma necessidade fisiológica e emocional do indivíduo, como a obtenção de prazer e afetividade [22]. Possibilita à mulher vivenciar sua sexualidade em plenitude e sem estigmas, principalmente na atualidade, em que ela foi empoderada e pode exercer abertamente sua sexualidade. Este fato corrobora os resultados deste estudo, em que a atividade sexual com as frequências de uma e duas vezes semanais constituíram-se em fator de proteção para o transtorno mental. Os profissionais de saúde necessitam abordar as mulheres com transtorno mental sobre a temática da sexualidade e fornecer informações adequadas e claras sobre a prática do ato sexual, bem como de medidas que promovam a saúde sexual e reprodutiva.

Em relação ao número de filhos nota-se que se elevou a frequência do transtorno mental nas mulheres que tiveram apenas um filho. Porém, estudo observou que quando se aumenta o número de filhos aumenta-se também a prevalência de transtornos mentais [23]. É consenso que o nascimento de um bebê, tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias, principalmente diante das mudanças nas rotinas diárias [24], e pode envolver uma gama de emoções como instabilidade do humor, irritabilidade e choro, agitação, momentos de confusão e até delírios [25].

O fato de a mulher ter passado por 01 ou 02 períodos gestacionais foi fator de proteção para o transtorno mental. Uma hipótese que justifique esses dados é o fato de que ter filhos faz parte dos planos de vida da maioria das mulheres. Ser mãe ou ser gestante, constitui-se em sonhos ou desejos estabelecidos desde a infância, e muitas, já se imaginavam gestantes. Ainda, a própria sociedade direciona e exige que a mulher tenha filhos, principalmente quando se encontra em uma união estável, normalmente configurada pelo casamento. Não passar pela experiência da gestação pode ser um fator de risco, por gerar sentimentos de ansiedade, medo e depressão. Ter vivenciado a gestação, desta forma, é um fator de proteção ao transtorno mental.

Outra hipótese é que, ao passar pelo período gestacional, a mulher passa a reduzir comportamentos nocivos e a adotar medidas e comportamentos que visam melhorar seu estado de saúde, tais como adequar a alimentação, promover um ambiente seguro, prevenir e controlar doenças, promover a saúde mental, prevenir o uso de substâncias lícitas e ilícitas [26]. Somadas todas essas ações, o resultado pode ser a promoção da saúde mental, corroborando nossos resultados.

Contudo, pesquisas revelam a prevalência de transtornos mentais durante e após a gravidez [27]. Já entre as mães com doença mental, a maioria dos estudos tem-se centrado sobre a ansiedade durante a gravidez [28]. Fato é que cabe ao profissional da saúde fornecer informações adequadas sobre o processo que envolve a gestação.

Este estudo aponta relação significativa entre a história familiar de câncer de mama e o transtorno mental, o que até onde se sabe, ainda não está estabelecido pela literatura. Talvez isso ocorra pelo impacto gerado pela presença do câncer de mama em um membro da família, resultando em sofrimento psicológico aos demais membros, agravando um quadro de transtorno mental.

A literatura aponta que pessoas com transtorno mental apresentam 30% mais probabilidade de morrer de câncer do que a população em geral [29], estabelecendo relação entre câncer e a presença do transtorno mental [10]. Diante do histórico familiar de câncer, vários sentimentos emergem, como dúvidas e inseguranças, podendo, inclusive, interferir na forma de lidar com a doença e nos cuidados para com o membro enfermo da família, ressaltando a espiritualidade e o apoio psicológico como medidas de suporte [30]. Desta forma, esses resultados devem ser interpretados com cautela e confirmados em outros estudos.

O uso de medicamentos simboliza o desejo de modificar o curso natural da maioria das doenças [31]. No presente estudo investigou-se o uso contínuo de medicação por prescrição médica, independente do tipo de medicação. Os dados apontaram associação com um risco de 38,25 vezes mais chances de desenvolver o transtorno mental nos que se utilizam de medicação de uso contínuo comparando com os que não utilizam nenhum medicamento por prescrição médica. Afirma-se assim que, ser usuário e fazer uso contínuo de medicação, independente da finalidade, oferece risco para apresentar transtorno mental.

Uma hipótese para esses achados pode ser o fato de que ao utilizar medicação contínua, a mulher já se sente doente, incapacitada, dependente da medicação para recuperar sua condição de ser saudável, desenvolvendo neste ínterim sentimentos negativos, dentre os quais, podem estar presentes medo, ansiedade, depressão, dentre outros.

No que se refere à quantidade de medicamentos diferentes utilizados pelas participantes da pesquisa, observou-se associação progressiva entre o uso de dois até seis medicamentos diferentes com o desenvolvimento do transtorno mental.

As mulheres procuram mais os serviços de saúde e assim, são mais propensas à utilização de medicamentos e em maior quantidade [32]. Estudo nacional aponta que quanto maior o número de doenças crônicas apresentadas, maior a diversidade de medicamentos necessários para o tratamento completo e eficaz [33].

Assim, os dados apresentados permitem inferir que a quantidade de medicamentos utilizados por prescrição médica implica diretamente na qualidade de saúde do usuário e reflete também na saúde mental destes. Talvez isso também ocorra pelos sentimentos negativos ao depender de tantos medicamentos como suporte à manutenção de uma saúde adequada.

Foi apontado nesse estudo um risco 50 vezes maior de desenvolver transtorno mental naqueles que referiram ter tido dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde. Assim, o uso de serviços de saúde está associado não só com a disponibilidade e qualidade dos serviços, mas também são moldados por experiências, crenças, estado de saúde e características socioeconômicas dos usuários [34].

Infere-se, portanto, que ao se deparar com uma doença crônica, a expectativa criada pela mulher é a de que terá um atendimento rápido e condizente com suas necessidades de saúde. Isto não ocorrendo, proporciona desestabilização emocional, estresse e raiva, podendo ser um desencadeante de um transtorno mental em indivíduos susceptíveis.

Outro achado do presente estudo foi em relação as mulheres que são portadoras de transtorno mental apresentaram maior propensão de não buscar espontaneamente o atendimento em serviços de saúde específico da mulher. Neste sentido, estudo afirma que quando investigada a busca por atendimento de promoção e prevenção da saúde da mulher, as mulheres com transtorno mental podem atrasar a detecção de comorbidades específicas pelo comportamento de busca por serviços de saúde abaixo do ideal, além de não realizar exames de rotina ou de rastreio [35].

O atendimento prestado, que deveria ser holístico, na realidade é fragmentado, ineficaz e ineficiente, em decorrência do modelo de saúde ainda vigente no Brasil, de atendimento focado em sistemas especializados e específicos, onde se observa que os profissionais de saúde prosseguem dissociando doenças mentais de outras doenças, dando ênfase à mente separada do corpo.

Diante destas evidências, é necessário intervenção em forma de educação em saúde para conscientização das mulheres que não buscam os serviços de saúde para realizar vários exames, pois, independentemente da existência de fatores de risco, deve ser estimulada a prevenção [36]. Neste sentido, ressalva-se que os melhores resultados são atribuídos à educação para o autocuidado da pessoa com DCNT, de forma que ela assimile, entenda, e possa tomar decisões sobre sua saúde [37].

Assim, muitas vezes, nos centros de referência de saúde mental, deixa-se de orientar ou direcionar as mulheres para serviços básicos de saúde da mulher. Este atendimento é oferecido em toda a Atenção Primária à Saúde (APS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como atendimento ginecológico ou realização de exame preventivo de câncer de colo do útero, bem como de exames referentes ao câncer de mama, que podem ser detectados pelo autoexame da mama, exame clínico das mamas, mamografia. Desta forma, ao se abordar a saúde da mulher, deve-se corrigir várias lacunas existentes, como a atenção ao climatério/menopausa, queixas

ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, saúde mental, doenças infectocontagiosas e crônicas, dentre outros aspectos [38].

Observa-se assim que não há integração efetiva entre os elementos da rede de atenção à saúde. Na APS, não é feita busca ativa qualificada para captar as mulheres com transtorno mental e direcioná-las a um atendimento em saúde da mulher, visto os resultados desta pesquisa. Já nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os profissionais de saúde, onde se destaca a figura do enfermeiro, poderiam realizar campanhas de mobilização para incentivar / ofertar / direcionar as usuárias para que busquem os serviços de saúde da mulher. Um cuidado integral encontra barreiras, principalmente, quanto à elaboração e à gestão de projetos terapêuticos interdisciplinares que visem à integralidade das ações de saúde [39]. É indispensável que se efetive a ligação entre os serviços de saúde mental com a atenção primária à saúde para que a mulher seja atendida e cuidada em todos os âmbitos.

CONCLUSÃO

O fato de uma mulher vivenciar um transtorno mental acarreta situações que refletem em diminuição de sua saúde, que pode se tornar ainda pior ao estar associada a alterações em características sociodemográficas, clínicas e reprodutivas. Assim, a mulher ao receber atendimento em serviços de saúde mental, acaba por não ser atendida de forma integral, tendo o foco de seu atendimento apenas no transtorno mental.

Ainda foi observado que mulheres que apresentam um transtorno mental não buscam os serviços específicos de saúde da mulher, como o de rastreamento para câncer de mama e do colo do útero, patologias estas que em nosso país ainda são causas de elevadas incidência e mortalidade.

Cabe aos profissionais de saúde da atenção básica e da saúde mental promover ações estratégicas que assegurem o estabelecido pelas políticas públicas de saúde da mulher para que possam ser cuidadas em sua totalidade.

Novos estudos são necessários para explorar implicações sobre a presença do transtorno mental na mulher, em associação com suas características clínicas e reprodutivas, e a busca pelos serviços de atendimento em saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Women's Mental Health: An Evidence Based Review. Mental Health Determinants and Populations. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Geneva, 2000. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66539/1/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf.
2. Bell SA, Lori J, Redman R, Seng J. Psychometric Validation and Comparison of the SRQ-20 and SRQ-SIB among Congolese Refugee Women. Journal of nursing measurement. 2015;23(3):393-408. doi:10.1891/1061-3749.23.3.393.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927334/>
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2013, 382 (9904). p. 1575-1586.
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61611-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61611-6.pdf)
4. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. WHO Press, World Health Organization 2013, Geneva, Switzerland.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
5. World Health Organization (WHO). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44257/1/9789241563949_eng.pdf
6. World Health Organization (WHO). Health topics. Global burden of disease. 10 facts on the state of global health, June 2014. Available from:
http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/facts/en/index6.html. Acesso em 23-08-2016.
7. Moura ERF, Guedes TG, Freire SA, Bessa AT, Braga VA, Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46(4):935-43.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/22.pdf>

8. Botti NCL, Ferreira SC, Nascimento RG, Pinto JAF. Cuidado à mulher com transtorno mental. Rev. RENE. 2013;14(6):1209-16.
9. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007; 370 (9590):859–77.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804063?dopt=Abstract>
10. Ribe AR, Laurberg T, Laursen TM, Charles M, Vedsted P, Vestergaard M. Ten-Year Mortality after a Breast Cancer Diagnosis in Women with Severe Mental Illness: A Danish Population-Based Cohort Study. PLoS One 2016 27 de julho; 11 (7): e0158013. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158013>. eCollection de 2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27462907>
11. Guedes TG, Moura ERF, Evangelista DR, Conceição MAV. Aspectos reprodutivos de mulheres portadoras de transtorno mental. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):153-8. <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a02.pdf>
12. Peter PJ, de Mola CL, de Matos MB, Coelho FM, Pinheiro KA, da Silva RA, Castelli RD, Pinheiro RT, Quevedo LA. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. Rev Bras Psiquiatr. 2016 Aug 4:0. [Internet]. [Cited 2016 18 de ago]. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016005009101&lng=en. In press 2016. Epub 04 de agosto de 2016. PMID: [27508395](http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1806) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1806>.
13. Loch MR, Souza RKT; Mesas AE; González AD; Rodriguez-Artalejo F. Associação entre capital social e autopercepção de saúde em adultos brasileiros. Revista de Saúde Pública [online] vol. 49, 2015, pp. 1-9. [Acesso em: 28 de julho de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240213034>>.
14. Theme-Filha, MM; Souza-Junior, PRB; Damacena, GN, Szwarcwald CL. Prevalência de Doenças crônicas Não Transmissíveis e Associação com autoavaliação de Saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2015, vol.18, suppl.2, pp.83-96. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060008> . <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00083.pdf>

15. Moseholm E, Rydahl-Hansen S, Overgaard D, Wengel HS, Frederiksen R, Brandt M, et al. Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. *Health and Quality of Life Outcomes* (2016) 14:80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27206557>
16. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 May [cited 2016 July 28]; 31(5): 1049-1060. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
17. Gonçalves RCB, Campos PL, Machado OS, Reis VM, Samad VGA, Machado DAD, Gonçalves E, Pereira AK. Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do Centro de Saúde Cachoeirinha, após o parto. *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22(3): 296-300. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/80>
18. Won JC, Hong JW, Noh JH, Kim D-J. Association Between Age at Menarche and Risk Factors for Cardiovascular Diseases in Korean Women: The 2010 to 2013 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Liu. J, ed. *Medicine*. 2016;95(18):e3580. doi:10.1097/MD.00000000000003580. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863802/>
19. Tapety FI, Magalhães JV, Júnior FJAC, Cunha LVT, Chaves TV, Cavalcante AACM. Risk factors associated with breast cancer patients in Teresina, Piauí, Brazil. *Rev. pesq.: cuid. fundament.* online 2013. dez. 5(6):91-103. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n6Esp2p91 http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3400/pdf_1128
20. Carter R, Caldwell CH, Matusko N, Jackson JS. Heterosexual Romantic Involvement and Depressive Symptoms in Black Adolescent Girls: Effects of Menarche and Perceived Social Support. *Journal of youth and adolescence*. 2015;44(4):940-951. doi:10.1007/s10964-015-0258-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25678429>
21. Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK, et al. . Freqüência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Aug 03] ; 53(1): 41-46. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482->

- [50042013000100004&script=sci_arttext&tlng=pt](http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000100004&script=sci_arttext&tlng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000100004>
22. Vieira KFL, Nóbrega RPM, Arruda MVS, Veiga PMM. Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres. *Psicol. cienc. prof.*, 2016. 36(2), 329-340. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001752013>
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000200329&script=sci_arttext&tlng=pt
23. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2005 Sep [cited 2016 Aug 03]; 5(3): 337-348. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>.
24. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*, 2007. 12(2): 319-326.
<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n2/v12n2a20>
25. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015; 57(Suppl 2):S216-S221.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26330638>
26. Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Aug 04]; 50(2): 208-216. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200208&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>.
27. Kassada DS, Waidman MAP, Miasso AI, Marcon SS. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Aug 18]; 28(6): 495-502. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600495&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500084>.

28. Newman, L., Judd, F., Olsson, C. A., Castle, D., Bousman, C., Sheehan, P., Everall, I. (2016). Early origins of mental disorder - risk factors in the perinatal and infant period. *BMC Psychiatry*. 2016;16:270. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0982-7>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966730/>
29. Clifton A, Burgess C, Clement S, Ohlsen R, Ramluggun P, Sturt J, Walters P, Barley EA. Influences on uptake of cancer screening in mental health service users: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2016; 16:257.
<http://doi.org/10.1186/s12913-016-1505-4>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27405348>
30. Farinhas GV, Wendling MI, Dellazzana-Zanon LL. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. *Rev Pensando fam*, 2013; 17(2), 111-129. Disponível em:
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&tlng=pt.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009&lng=pt&tlng=pt)
31. Gonçalves JTT, Silveira MF, Campos MCC, Costa LHR. Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério. *Ciênc. saúde coletiva*, 2016. 21(4):1145-1155.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1145.pdf>
32. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4):759-68.
<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76608/80374>
33. Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Méndez MC, Bertoldi AD. A desigualdade no acesso das mulheres brasileiras aos medicamentos para doenças crônicas. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2015 julho [cited 07 de agosto de 2016]; 31 (7): 1416-1426. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26248097>.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00083614>
34. Tran BX, Nguyen LH, Nong VM, Nguyen CT. Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam. *Health Qual Life Outcomes*. 2016 07 de junho; 14: 85. doi: 10,1186 / s12955-016-0485-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27267367>

35. Irwin KE, Henderson DC, Knight HP, Pirl WF. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer*. 2014 Feb 1;120(3):323-34. doi: 10.1002/cncr.28431. Epub 2013 Oct 21.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28431/abstract;jsessionid=31B5DA2D076B86BDF0084ABCB46B4A56.f02t02>
36. Brischiliari SCR, Dell'Agnolo CM, Gil LM, Romeiro TC, Gravena AAF, Carvalho MDB, et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. *Cad. Saude Publica*. 2012, 28(10): 1976-1984. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000015>
37. Manso MEG, Câmara R, Souza SA, Maciel TD, Livrari DB. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Cienc Cuid Saude* 2016 Apr/Jun; 15(2): 321-327.
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28683/17575>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.
39. Fiorati RC, Saeki T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013.

8 REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS DO ESTUDO

Estudos abordando a associação de transtorno mental com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ou com fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, em mulheres com transtorno mental, são escassos.

Assim, ao final deste estudo, espera-se fomentar a reflexão sobre a temática abordada e que esta possa refletir de forma integrada em várias esferas, não apenas em âmbito acadêmico, mas também na prática, buscando sensibilizar profissionais de saúde, por meio de programas de educação continuada ou cursos de atualização. Também é esperado que este estudo possa despertar o interesse de autoridades e políticos, com a finalidade de que sejam implementadas políticas públicas já existentes de promoção da saúde mental que levem em consideração fatores de risco relacionados com outras doenças crônicas não transmissíveis, tudo isso visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde desta população.

Estudos sobre a prevalência dos transtornos mentais em países de baixa e média renda tem mostrado pouca associação com problemas crônicos, o que difere de nosso estudo, pois, observou-se associação significativa.

Este estudo aponta que as mulheres em assistência à saúde mental são desassistidas em outros aspectos da integralidade da sua saúde.

Conclui-se afirmando que as expectativas foram supridas e que este estudo pode contribuir para minimizar a escassez de estudos que associam os transtornos mentais em mulheres, com outras doenças crônicas.

Aqui foram apontadas lacunas sobre associações que não estão devidamente estabelecidas na literatura, instigando que estudos mais complexos e direcionados sejam realizados com essa parcela da população.

9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA EM SAÚDE E DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A realização desse estudo e seus resultados somam contribuições a diversas áreas da saúde, entre elas para a profissão de Enfermagem.

A alta prevalência de comorbidades e complicações advindas de doenças crônicas não transmissíveis indica a necessidade de implementar ações voltadas à educação em saúde e a intervenção terapêutica na perspectiva de melhorar as condições de saúde dos pacientes.

Nessa perspectiva, cabe aos gestores e profissionais da saúde o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente no fortalecimento e na qualificação da Estratégica da Saúde da Família (ESF), com ênfase na promoção de hábitos de vida saudáveis, como prática regular de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e controle do peso.

Assim, para o ensino, este estudo demonstra a necessidade contínua de os profissionais de saúde estar sempre sendo preparados, desde a graduação, com uma concepção de cuidado integral, em que o indivíduo possa ser visto em sua plenitude e totalidade, não mais tendo espaço para um atendimento fragmentado, em que cada especialidade atenda ao paciente segundo suas particularidades.

É neste contexto que deve ocorrer o aprendizado sobre a assistência em saúde mental, bem como a assistência em saúde da mulher, que fazem parte da formação acadêmica do profissional enfermeiro. Esse deve ser capaz de identificar fatores que coloquem em risco as condições de saúde de todo indivíduo, e assim realizar a assistência adequada, principalmente com o auxílio da consulta de enfermagem para que possa efetivamente oferecer o cuidado compatível com as expectativas e necessidades do paciente, a fim de promover a saúde e reduzir agravos.

Neste sentido, a atenção em saúde mental, não pode desvincular-se da atenção em saúde da mulher, nem da atenção ao indivíduo portador de condições crônicas. Para isso, a rede de atenção psicossocial deve contar com os componentes estabelecidos pelos princípios que originaram a Atenção Primária à Saúde, principalmente a territorialidade, com a devida atenção ao indivíduo, família, grupo e comunidade, buscando-se uma atuação em equipe, que seja interdisciplinar e multiprofissional.

Este estudo pode implicar em novas práticas de atenção à saúde mental na atenção primária, ao passo que promove a reflexão sobre a real situação do atendimento oferecido e/ou prestado, onde a mulher não é percebida em sua integralidade. Novas abordagens devem ser realizadas, garantindo o acesso destas mulheres com transtorno mental a todos os serviços disponíveis. Não é possível responsabilizar a mulher por não buscar os serviços de saúde da mulher mas, a responsabilidade deve ser compartilhada com as equipes de saúde. Deve-se investir no acesso programado, propiciando participação efetiva da mulher nos serviços disponíveis.

Por sua vez, acredita-se ter contribuído para a pesquisa na área da enfermagem, ao abordar-se uma temática tão atual, mas, ao mesmo tempo, pouco explorada. Evidenciou-se várias associações significativas, as quais merecem aprofundamento e podem resultar na formulação de políticas públicas específicas.

Já para a prática de enfermagem, ressalta-se que como profissional que deve realizar a promoção da saúde, cabe ao enfermeiro estar habilitado a identificar os fatores de risco para DCNT, levando em consideração o contexto onde a pessoa está inserida. Com suas habilidades de comunicação e liderança, o enfermeiro é capaz de incentivar a participação dessas pessoas no planejamento das intervenções nos fatores de risco evidenciados, traçando, junto com os interessados, um plano de ação viável, com o objetivo de melhorar a saúde dos mesmos.

10 REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.
- AFIFI, M. Gender differences in mental health. **Singapore Med J**. v. 48, n. 5, p. 385–391, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453094>>. Acesso em: 8 mar 2015.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos da mulher. **Rev Psiquiatr Clín**. n. 33, p. 43-54, 2006.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, O. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n.3, p. 337-348, jul. / set., 2005.
- AZEVEDO, E. C. C.; DIAS, F. M. R. S.; DINIZ, A. S.; CABRAL, P. C. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, v.19, n.5, p. 1613-1622, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01613.pdf>>.
- BAXTER, A. J.; PATTON, G.; SCOTT, K. M.; DEGENHARDT, L.; WHITEFORD, H. A. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? **PLoS One**. v. 8, n. 6, p.e65514, jun. 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0065514. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826081>>.
- BORGHESAN, D. H. P.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Câncer de mama e fatores associados. **Cienc Cuid Saude**. v. 7, Suplem. 1, p. 62-68, 2008.
- BOTTI, N. C. L.; FERREIRA, S. C.; NASCIMENTO, R. G.; PINTO, J. A. F. Condições de saúde de mulheres com transtorno mental. **Rev Rene**. v. 14, n. 6, p. 1209-1216, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1371/pdf>>.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres

humanos e atualiza a resolução 196. Brasília, 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

_____. _____. _____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRESSINGTON, D. T.; MUI, J.; CHEUNG, E. F.; PETCH, J.; CLARK, A. B.; GRAY, R. The prevalence of metabolic syndrome amongst patients with severe mental illness in the community in Hong Kong--a cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013 Mar 18;13:87. doi: 10.1186/1471-244X-13-87. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3606123/>>.

_____. _____. HULBERT, S.; CHEUNG, E.; BRADFORD, S.; GRAY, R. Enhanced physical health screening for people with severe mental illness in Hong Kong: results from a one-year prospective case series study. *BMC Psychiatry*. v.14, n.57, fev. 2014. doi: 10.1186/1471-244X-14-57. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576042>>.

CHARLSON, F. J.; BAXTER, A. J.; DUA, T.; DEGENHARDT, L.; WHITEFORD, H. A.; VOS, T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 24, n. 2, p. 121–140, 2015. doi:10.1017/S2045796014000687. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25497332>>.

_____. STAPELBERG, N. J. C.; BAXTER, A. J.; WHITEFORD, H. A. Should Global Burden of Disease Estimates Include Depression as a Risk Factor for Coronary Heart Disease? *BMC Medicine*, v. 9 n. 47, May, 2011. doi: 10.1186/1741-7015-9-47, 2011. Disponível em: <<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-47>>.

COLTON, C. W.; MANDERSCHIED, R. W. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. **Prev Chronic Dis.** n. 3, p. 1–14, 2006.

COSTA, M. C.; BRITO, L. L.; LESSA, I. Práticas alimentares associadas ao baixo risco cardiometabólico em mulheres obesas assistidas em ambulatórios de referência do Sistema Único de Saúde: estudo de caso-controle. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2014, v. 23, n.1, p. 67-78, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a07.pdf>>.

De HERT, M.; CORRELL, C. U.; BOBES, J.; CETKOVICH-BAKMAS, M.; COHEN, D.; ASAI, I.; *et al.* Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. **World Psychiatry.** v. 10, n. 1, p. 52-77, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21379357>>.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública [online]**., v. 46, suppl.1, p. 126-134. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>.

FERREIRA, V. O. G.; MELNIKOV, P.; TOFFOLI-KADRI, M. C. Nível de entendimento de prescrições medicamentosas pediátricas em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 11, n. 3, p. 249-256, Set. 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Nov. 2016.

FERRETTI, F. Unhealthy Behaviours: An International Comparison. **PLoS One.** v. 10, n. 10, p. e0141834, 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0141834. eCollection 2015.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R.; OLIVEIRA, A. F.; SCHRAMM, J. M. A. Carga de *diabetes* no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Rev Saúde Pública.**n. 49, p. 29. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005571.pdf>.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. A.; MALTA, D. C. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. v. 24, n. 1, p. 07-18. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00007.pdf>>.

GAVIRIA, S. L.; RONDON, M. B. Some considerations on women's mental health in Latin America and the Caribbean. **International Review of Psychiatry**. v. 22, n. 4, p. 363-369, 2010. Available from: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09540261.2010.500868>>.

GIGANTE, D. P.; FRANÇA, G. V. A.; SARDINHA, L. M. V.; ISER, B. P. M.; MELÉNDEZ, G. V. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. **Rev. bras. epidemiol. [online]**. v. 14, suppl.1, p. 157-165. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a16v14s1.pdf>>.

GOUDA, H. N.; RICHARDSON, N. C.; BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; LOPEZ, A. D. Health information priorities for more effective implementation and monitoring of non-communicable disease programs in low- and middle-income countries: lessons from the Pacific. **BMC Med**. 13:233. 2015. doi: 10.1186/s12916-015-0482-5.

HANISCH, S. E.; TWOMEY, C. D.; SZETO, A. C.; BIRNER, U. W.; NOWAK, D.; SABARIEGO, C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. **BMC Psychiatry**. v. 16, n. 1, p. 1. 2016. doi: 10.1186/s12888-015-0706-4. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4704270/>>.

HART, C.; de VET, R.; MORAN, P.; HATCH, S. L.; DEAN, K. A UK population-based study of the relationship between mental disorder and victimisation. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** n. 47, p. 1581–1590. 2012.

HORTA, P. M.; CARDOSO, A. H.; LOPES, A. C. S.; SANTOS, L. C. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 4, p. 121-129. 2013.

HORTON, R. Non-communicable diseases: 2015–2025. **Lancet**. v. 381, n. 9866, p. 509–510, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60100-2.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Maringá-PR. Senso demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=411520&idtema=67&se arch=parana|maringa|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios->>. IBGE, 2016. Acesso em: 15.03.2016.

KAMPERMAN, A. M.; HENRICH, J.; BOGAERTS, S.; LESAFFRE, E. M.; WIERDSMA, A. I.; GHAUHARALI, R. R.; *et al.* Criminal victimisation in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. **PLoS One**. v. 9, n. 3, p. e91029, 2014.

doi:10.1371/journal.pone.0091029. eCollection 2014. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24609108>>.

KATON, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biol Psychiatry**. n. 54, p. 216–226. 2003. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322303002737>>.

KONTIS, V.; MATHERS, C. D.; BONITA, R.; STEVENS, G. A.; REHM, J.; SHIELD, K. D, *et al.* Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25 x 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. **Lancet Glob Health**. v. 3, n. 12, p. e746–e757. 2015. doi:
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00179-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00179-5).

_____. _____. REHM, J.; STEVENS, G. A.; SHIELD, K. D.; BONITA, R.; *et al.* Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. **Lancet**. v. 384, n. 9941, p. 427–437. 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60616-4.

LINS, A. P. M.; SICHIERI, R.; COUTINHO, W. F.; RAMOS, E. G.; PEIXOTO, M. V. M.; FONSECA, V. M. Healthy eating, schooling and being overweight among low-income women. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357-366, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/07.pdf>>.

LONGO, G. Z.; NEVES, J.; CASTRO, T. G.; PEDROSO, M. R. O.; MATOS, I. B. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. **Rev. bras. epidemiol. [online]**. v.14, n.4, p. 698-708. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2011000400016&script=sci_arttext&tlng=es>.

ŁOPUSZAŃSKA, U. J.; SKORZYŃSKA-DZIDUSZKO, K.; LUPA-ZATWARNICKA, K.; MAKARA-STUDZIŃSKA, M. Mental illness and metabolic syndrome--a literature review. **Ann Agric Environ Med**. v. 21, n. 4, p. 815-821. 2014. doi: 10.5604/12321966.1129939. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528926>>.

LUTWAK, N.; DILL, C. The Importance of Screening and Treating Depression in All Women. **Journal of Women's Health**. v. 21, n. 12. 2012. Disponível em:
<<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/jwh.2012.4042>>.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T.; OLIVEIRA, M. Trends in risk factors chronic diseases, according of health insurance, Brazil, 2008-2013. **Cien Saude Colet**. v. 20, n. 4, p. 1005-1016. 2015. doi: 10.1590/1413-81232015204.14712014.

_____. _____. NUNES, M. L.; OLIVEIRA, M. M.; ISER, B. P. M.; *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. v. 23, n.4, p. 609-622, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00609.pdf>>.

_____. GOSCH, C. S.; BUSS, P.; ROCHA, D. G.; REZENDE, R.; FREITAS, P. C.; *et al.* Chronic Non Communicable Diseases and the support of intersectorial action to tackle them. *Cien Saude Colet.* v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014.

_____. ISER, B. P. M.; CLARO, R. M.; MOURA, L.; BERNAL, R. T. I.; NASCIMENTO, A. F.; *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. v. 22, n.3, p. 423-434. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>.

_____. MORAIS NETO, O. L. M.; Junior, J. B. S. Grupo Técnico de Redação. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 20, n. 4, p. 425-438. 2011.

_____. MOURA, L.; PRADO, R. R.; ESCALANTE, J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. v. 23, n. 4, p. 599-608. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>.

_____. OLIVEIRA, M. R.; MOURA, E. C.; SILVA, S. A.; ZOUAIN, C. S.; SANTOS, F. P.; *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 16, n.3, p. 2011-2022, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/35.pdf>>.

_____. SILVA JR, J. B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. v. 23, n. 3, p. 389-395. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00389.pdf>>.

_____. SILVA, S. A.; OLIVEIRA, P. P. V.; ISER, B. P. M.; BERNAL, R. T. I.; SARDINHA, L. M. V.; *et al.* Resultados do monitoramento dos Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. **Rev. bras. epidemiol. [online]**. v. 15, n. 3, p. 639-650, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/17.pdf>>.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal de Maringá. Demografia do município. Dados do censo 2010. Disponível em:
<<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=06da4b05f41x06&id=20>>.
Acesso em: 09 fev. 2015.

_____. _____. Estratégia Saúde da Família. 2013. Disponível em:
<<http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=estrategia-saude-familia>>. Acesso em
15.mar.2016.

_____. Secretaria municipal de saúde. Protocolos da Atenção Básica. Maringá,
2004.

MARINHO, N. B. P.; VASCONCELOS, H. C. A.; ALENCAR, A. M. P. G.; ALMEIDA,
P. C.; DAMASCENO, M. M. C. *Diabetes mellitus*: fatores associados entre usuários
da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm. [online]**. v. 25, n. 4, p. 595-600.
July. 2012. I. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/aop1912.pdf>>.

MATHESON, F. I.; SMITH, K. L.; FAZLI, G. S.; MOINEDDIN, R.; DUNN, J. R.;
GLAZIER, R. H. Physical health and gender as risk factors for usage of services for
mental illness. **J Epidemiol Community Health**. v. 68, n. 10, p. 971-978, 2014. doi:
10.1136/jech-2014-203844. Epub 2014 Jun 25. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174114/>>.

MENDES, K. G.; THEODORO, H.; RODRIGUES, A. D.; OLINTO, M. T. A.
Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição
menopáusicas: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro.v. 28,
n. 8, p. 1423-1437, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-
Americana da Saúde; 2011. 549p. Disponível em:
<<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. p. 36. Acesso em
20. maio.2016.

MENDIS, S. The policy agenda for prevention and control of non-communicable
diseases. **Br Med Bull**. n. 96, p. 23–43, 2010. doi: 10.1093/bmb/ldq037.

MISHRA, S. R.; NEUPANE, D.; PREEN, D.; KALLESTRUP, P.; PERRY, H. B.
Mitigation of non-communicable diseases in developing countries with community
health workers. **Global Health**. v. 11, n. 1, p. 43, 2015. doi: 10.1186/s12992-015-
0129-5.

MOLINA, M. R. A. L.; WIENER, C. D.; BRANCO, J. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.;
TOMASI, E.; *et al.* Prevalence of depression in users of primary care settings. **Rev
Psiq Clín**. v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

NELSON, F.; NYARKO, K. M.; BINKA, F. N. Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases for New Patients Reporting to Korle-Bu Teaching Hospital. **Ghana Med J.** v. 49, n. 1, p. 12-18, mar. 2015.

OLIVER, M. I.; PEARSON, N.; COE, N.; GUNNELL, D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. **Br J Psychiatry.** n. 186, p. 297–301. 2005.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (BR). **Programa Saúde Mental na Comunidade.** 2009. [acesso em: 04 out 2015]. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=582>>.

PINHO, O. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Rev. bras. epidemiol. [online].** v.15, n. 3, p. 560-572. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300010&lng=pt>.

QUINTANA, M. I.; ANDREOLI, S. B.; MOREIRA, F. G.; RIBEIRO, W. S.; FEIJO, M. M.; BRESSAN, R. A.; *et al.* Epidemiology of psychotropic drug use in Rio de Janeiro, Brazil: gaps in mental illness treatments. **PLoS One.** v. 8, n. 5, p. e62270. May. 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0062270. Print 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653914/>>.

RANNEY, M. L.; LOCCI, N.; ADAMS, E. J.; BETZ, M.; BURMEISTER, D.B.; CORBIN, T.; *et al.* Gender-specific research on mental illness in the emergency department: current knowledge and future directions. **Acad Emerg Med.** v. 21, n. 12, p. 1395-1402. Dec. 2014. doi: 10.1111/acem.12524. Epub 2014 Nov 20. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271843/#R8>>.

ROCHA, F. F.; BEZERRA, B. P. S. Síndrome Metabólica e Transtornos Psiquiátricos: Uma associação que não pode ser esquecida. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 50, n. 6. 2006.

SAADATIAN, V.; GHORH, S.; SHAKERI, M. T.; EMADZADEH, M.; TARAZ J.; EMADZADEH, A. Prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients. **Med J Mashad Univ Med Sci.** v. 54, n. 4. p. 230-237. 2012.

SAXENA, S.; THORNICROFT, G.; KNAPP, M.; WHITEFORD, H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **The Lancet.** v. 370, n. 9590, p. 878–889, 8 Sept. 2007. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61239-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61239-2/abstract)>.

SENICATO, C.; BARROS, M. B. A. Saúde mental e comorbidades em mulheres adultas residentes em Campinas, SP, Brasil. **Memorias Convención Internacional de Salud Pública**. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012.

Disponível em:

<<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/1333/842>>.

SHAKERI, J.; KARIMI, K.; FARNIA, V.; GOLSHANI, S.; ALIKHANI, M. Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia Referred to Farabi Hospital, Kermanshah, Iran. **Oman Med J**. v. 31, n. 4, p. 270–275. Jul. 2016. PMID: PMC4927727. doi: [10.5001/omj.2016.53](https://doi.org/10.5001/omj.2016.53). Available from>

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927727/>>.

SHIDHAYE, R.; MENDENHALL, E.; SUMATHIPALA, K.; SUMATHIPALA, A.; PATEL V. Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low and middle income countries: a systematic review. **International review of psychiatry** (Abingdon, England). v. 25, n.1, p. 65-76. 2013.

SIMÕES, E. J.; BOURAS, A.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; MALTA, D. C.; PORTO, D. L.; *et al.* A priority health index identifies the top six priority risk and related factors for non-communicable diseases in Brazilian cities. **BMC Public Health**. v. 1, n. 15, p. 443. May. 2015. doi: [10.1186/s12889-015-1787-1](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1787-1).

SIQUEIRA, D. G. B.; SOUZA, R. K. T.; MESAS, A. E.; SANTOS, H. G.; BORTOLETTO, M. S. S. Diferenças entre sexos nos determinantes da obesidade abdominal em adultos de 40 anos ou mais: estudo de base populacional. **Rev. Nutr. [online]**. v. 28, n. 5, p. 485-496. 2015. ISSN 1678-9865. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v28n5/1415-5273-rn-28-05-00485.pdf>>.

STENHOLM, S.; HEAD, J.; KIVIMÄKI, M.; KAWACHI, I.; AALTO, V.; ZINS, M.; *et al.* Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. **Int J Epidemiol**. 2. pii: dyw126. Aug. 2016. [Epub ahead of print]. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27488415>>.

TAYLOR, R.; CARTER, K.; NAIDU, S.; *et al.* Divergent mortality trends by ethnicity in Fiji. **Aust N Z J Public Health**. n. 37, p. 509–15. 2013.

TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, n. 1, p. 28-38. 2007.

THORNICROFT, G. Most people with mental illness are not treated. **Lancet**. v. 370, n. 9590, p. 807–808. 2007.

TUITAMA, L. T.; YOUNG-SOO, S.; CLARK, H.; TUKUITONGA, C.; BEAGLEHOLE, R. Acting on the Pacific crisis in non-communicable diseases. **Lancet**. v. 384, n. 9957, p. 1823-1824. Nov. 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61824-9.

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com *diabetes mellitus* tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. v. 23, n. 4, p. 665-674. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00665.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020** [internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/>.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland, 2000a.

_____. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: World Health Organization/Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2005. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf>.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva, World Health Organization, 2009 Available from: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf>.

_____. **Global status report on non-communicable diseases**. Geneva: World Health Organization; 2014.

_____. **Non-communicable diseases and mental health: Global status report on non-communicable diseases, their risk factors and determinants**. 2010.

_____. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: 2005. World Health Organization/Ottawa: Public Health Agency of Canada. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf>.

_____. **Report 2000-Health Systems: Improving Performance**. Geneva: 2000b.

_____. **World health statistics 2012**. WHO Press, Geneva, Switzerland, 2012. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>

WRIGHT, C. A.; OSBORN, D. P. J.; NAZARETH, I.; KING, M. B. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preferences for care. **BMC Psychiatry**. v. 6, n. 16. 2006. Available from:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1459150/?tool=pubmed>>.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS ACOMPANHADAS EM SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES.

O presente trabalho tem por objetivo: Identificar o comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com transtornos mentais em acompanhamento por Centros de Atenção Psicossocial.

Desta forma, propomos a realização de uma entrevista (não gravada) seguida da aplicação de instrumentos compostos por questões relacionadas ao tema de estudo. Este estudo tem caráter totalmente **voluntário**, tendo você a liberdade de recusar a participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou ônus. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. A sua participação se dará ao responder a entrevista, após esclarecimento sobre a pesquisa. Acredita-se que tal participação não acarretará qualquer tipo de risco ou desconforto, contudo, possíveis desconfortos podem estar relacionados a responder alguma questão que cause constrangimento, mas que, para contornar isso você tem a liberdade de deixar de responder qualquer questão, sem a necessidade de apresentar justificativas para isso. Suas respostas serão analisadas posteriormente, resguardando sua identidade, no caso de divulgação científica dos resultados. Ao participar desta pesquisa você não terá benefícios diretos e os resultados serão retornados aos CAPS na forma de artigo científico. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue a você, devidamente preenchida e assinada.

Comprometemo-nos, assim a prestar todas as informações necessárias para seu pleno esclarecimento, agradecendo desde já a sua colaboração.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o(a) pesquisador(a), **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, participar do mesmo.

_____, ____/____/____
Assinatura da participante

Nós, pesquisadores, declaramos que fornecemos todas as informações necessárias para esclarecimento sobre o estudo e decisão voluntária da participação das trabalhadoras.

_____, ____/____/____.
Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Sandra Marisa Pelloso

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco 111 da UEM (CCS)

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4293 / e-mail: smpelloso@uem.br

Adriano Brischiliari:

Rua Tietê, 222, apartamento 202, Zona Sete.

CEP 87020-210. Maringá - PR:

Fones: 044 9911-2371 / 044 3034-4530 /e-mail: adriano.enfermeiro@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444

E-mail: copep@uem.br

APENDICE B – Instrumento de Coleta de Dados dos Casos

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA, CLÍNICA E ANTROPOMÉTRICA DA MULHER EM ATENDIMENTO PSQUIÁTRICO

1. AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA		
1.1 Nome:	1.2 Data:	1.3 Idade: DN:
1.4 Endereço:	1.5 Telefone: Código SUS	
1.6 Estado Civil: () casada () solteira () viúva () divorciada () união estável		
1.7 Escolaridade: () até a 5ª série; () 5ª a 8ª; () Fund C; () Médio I; () Médio C; () Outro:		
1.8 Cor: () Branca () Negra () Parda/morena () Amarela () Vermelha/indígena		
1.9 Trabalha atualmente: () Sim () Não. Caso sim, () Remunerado () Não Remunerado.		
1.10 Trabalhou anteriormente: () Sim () Não. Caso sim, () Remunerado () Não Remunerado.		
1.11 Tempo trabalhado em anos: _____ () < 10 anos () 10 a 20 anos () > 20 anos		
1.12 Recebe auxílio doença ou aposentadoria pelo Transtorno: () Sim () Não. Caso sim, qual? _____		
1.13 *considere o salário mínimo de R\$ 788,00 Renda familiar: R\$ _____ 1.14 Número pessoas domicílio: _____		
1.15 Renda Per Capita: R\$ _____		
1.16 Religião: () Católica () Evangélica () Outras () Sem religião		
1.17 Local residência: () Rural () Urbana		
1.18 Plano Privado de saúde: () Sim () Não Se SIM, qual? _____		
2. AVALIAÇÃO CLÍNICA		
2.1 Como é sua saúde de modo geral?: () excelente () boa () razoável () ruim () muito ruim		
2.2 A senhora tem alguma doença referida por médicos: () Sim () Não Se SIM, a senhora faz tratamento ou toma medicação para alguma dessas doenças: () hipertensão () diabetes tipo 1 - insulina () diabetes tipo 2 - medicamentos () tireoide () doenças osteoarticulares () incontinência urinária () doença cardiovascular () câncer () fibromialgia () dislipidemias / colesterol: alterações níveis séricos dos lipídeos = gorduras		
2.3 Diagnóstico Psiquiátrico: () Depressão () Ansiedade () Transtorno Bipolar () Esquizofrenia () Outros Qual? _____		
2.4 Uso regular de medicação por prescrição médica: () Sim () Não Se SIM, quantos? _____ Se SIM, qual o tipo? _____		
2.5 Usuária de serviço de saúde: () Público () Privado Se PRIVADO, qual? _____ Se PÚBLICO, possui dificuldade de acesso ao sistema? () Sim () Não Quanto tempo de espera? _____		
2.6 Realizou consulta psiquiátrica no último ano? () Sim () Não Quantas? _____		

2.7 Realizou consulta com outros médicos no último ano? () Sim () Não	
2.8 Possui algum médico especialista de referência? () Sim () Não	
2.9 Teve internação psiquiátrica nos últimos 5 anos? () Sim () Não Se SIM, quantas? _____ Onde? _____ Quanto Tempo Internada? _____	
2.10 Teve internação por outras causas no último ano? () Sim () Não Se SIM, quantas? _____	
2.11 Já realizou consulta com ginecologista? () Sim () Não	
2.12 A senhora ainda tem menstruações? () Sim () Não Estado Menopausal: () pré-menopausa ± 40 anos. () menopausa: () Natural () Histerectomia Desde quando a senhora não tem mais menstruações (MENOPAUSA)? Mês/Ano _____ / _____	
2.13 Faz uso ATUAL de reposição hormonal para evitar os sintomas da menopausa: () Sim () Não Se SIM, desde quando? _____ Se SIM, qual o tipo (injetável/VO) de terapia hormonal utilizado (nome)? _____	
2.14 Fez uso PASSADO de reposição hormonal: () Sim () Não Se SIM, por quanto tempo (duração em anos)? _____ Se SIM, qual o tipo (injetável/VO) de terapia hormonal utilizado (nome)? _____	
2.15 Faz uso ATUAL de anticoncepcional: () Sim () Não Se SIM, há quanto tempo? _____ Se SIM, qual o tipo (oral/injetável/DIU)? _____ Se SIM, qual o nome do medicamento? _____	
2.16 Fez uso PASSADO de anticoncepcional: () Sim () Não Se SIM, quanto tempo (anos)? _____ Se SIM, qual o tipo (oral/injetável)? _____ Se SIM, qual o nome do medicamento? _____	
2.17 Idade da menarca (primeira menstruação): _____	
2.18 Já teve relação sexual: () Sim () Não Idade da coitarca (primeira relação): _____ Qual a frequência de atividade sexual mensal? _____ () nenhuma () 1 X na semana () 2 X semana () 3 ou + na semana	A Senhora está SATISFEITA com sua vida sexual na atualidade? () Sim () Não. Se não, por quê?
2.19 Tem filho(s): () Sim () Não Se SIM, quantos (1) (2) (3) (4) (5) ()	
2.20 Número de Gestação(ões): _____ Sua idade no primeiro parto: _____	
2.21 Teve algum aborto: () Sim () Não Se sim, foi: Espontâneo: () Sim () Não Provocado: () Sim () Não	
ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ	PESADA: Grande esforço físico; respirar MUITO mais forte que o normal. MODERADA: Algum esforço físico; respirar UM POUCO mais forte que o normal.
2.22 Em quantos dias da última semana você fez atividade física PESADA (≥ 10') no lar ou na academia: ____ dias por semana () Nenhum Por dia foram: _____ horas: _____ minutos:	
PESADA: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal, cavoucar no jardim, carregar pesos elevados aumentando MUITO sua respiração ou batimentos do coração.	

2.23 Em quantos dias da última semana você fez atividade física **MODERADA** ($\geq 10'$) no lar ou na academia:

___ dias por semana () Nenhum

Por dia foram: ___ horas: ___ minutos:

MODERADA: pedalar leve, nada, dançar, ginástica leve, vôlei, carregar pesos leves, serviços domésticos na casa, como varrer, aspirar, no quintal, jardim, aumentando UM POUCO a respiração ou batimentos do coração. (NÃO INCLUIR CAMINHADA)

2.24 Em quantos dias da última semana você fez CAMINHADA por elo menos 10 minutos contínuos em casa, no trabalho, para se deslocar de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

___ dias por semana () Nenhum

Por dia foram: ___ horas: ___ Minutos:

2.25 Tabagismo: () Sim () Não () Ex-fumante

Se SIM, há quanto tempo? _____ Por quanto tempo fumou? _____

Se SIM, qual quantidade/dia? _____ Há quanto tempo parou de fumar? _____

2.26 Consumiu alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias = Etilismo: () Sim () Não

Se SIM, qual frequência? () raramente ou socialmente () nos fins de semana () diariamente

Se SIM, qual tipo / bebida? _____ () Destiladas () Fermentadas

Se SIM, quantas doses? _____

CONSUMO ABUSIVO: Quatro ou mais doses para mulher em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias, considerando-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

2.27 História familiar de:

Câncer: () Sim () Não

Se SIM: () câncer de mama () outros Tipos: _____ Grau de parentesco: _____

Doença cardiovascular: () Sim () Não

Se SIM: () IAM () outros Tipos: _____ Grau de parentesco: _____

3. RASTREAMENTO

3.1 Já fez mamografia? () Sim () Não * Mulher ≥ 50 anos / cada 2 anos. Mulher ≥ 35 anos com alto risco para câncer de mama / anual.

Com qual idade realizou a 1ª? _____

Em que ano fez mamografia pela última vez? _____

Se NÃO iniciou após 40 anos, por quê? () dificuldade de acesso () constrangimento () indisponibilidade de horários () medo () outros motivos _____

3.2 Realização de exame clínico de mamas[#] por profissional de saúde? () Sim () Não

[#] (Algum profissional de saúde já palpou / examinou sua mama, no postinho por exemplo)

Se SIM, foi feito por: () Médico () Enfermeira * prioriza-se mulher com idade ≥ 40 anos e deve ser ANUAL!

Se SIM: Motivo: () rastreamento / campanha () diagnóstico / suspeita

Em que ano realizou o ECM pela última vez? _____

Com qual idade fez o ECM pela 1ª vez? _____

Com que frequência faz o ECM? _____

3.3 Faz autoexame das mamas? () Sim () Não

Com qual idade iniciou? _____ *MENSAL. A climatérica em qualquer data; demais mulheres, 1 sem. após a menstruação.

Quando costuma fazer o autoexame das mamas? () semanal () quinzenal () mensal () Outros _____

3.4 Já faz USG da mama? () Sim () Não

Se SIM, com qual idade fez? _____

Se SIM, há quanto tempo fez pela última vez? _____

3.5 Faz Preventivo (**Papanicolaou**)? () Sim () Não

Se SIM, com qual idade fez pela primeira vez? _____

Se SIM, há quanto tempo fez o último exame? _____

Se SIM, faz com que frequência? () A cada 6 meses () 1 x / ano () A cada 2 anos

Se NÃO iniciou com 25 anos, por quê? () dificuldade de acesso () constrangimento () medo () indisponibilidade de horários () outros motivos _____

3.6 História familiar de câncer de mama? () Sim () Não

Se SIM: Grau de parentesco: () 1° () 2° () 3° _____	
3.7 História familiar de câncer de colo de útero? () Sim () Não	
Se SIM: Grau de parentesco: () 1° () 2° () 3° _____	
3.8 Já sofreu algum tipo de violência?	
() Física () Psicológica () Sexual Por Quem? _____	
() Dentro de Casa () Fora de Casa () No trabalho Em que fase da Vida? _____	
4. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	
4.1 Peso aos 20 anos: _____ kg	4.2 Peso atual: _____ kg
4.3 Estatura: _____ m	4.4 IMC: _____
4.5 Circunferência da cintura: _____ cm	4.6 Circunferência do quadril: _____ cm
4.7 PA: _____ X _____ mm/Hg	

APENDICE C – Instrumento de Coleta de Dados dos Controles

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA, CLÍNICA E ANTROPOMÉTRICA DA MULHER EM ATENDIMENTO NA UBS

1. AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA		
1.1 Nome:	1.2 Data:	1.3 Idade: DN:
1.4 Endereço:	1.5 Telefone: Código SUS	
1.6 Estado Civil: () casada () solteira () viúva () divorciada () união estável		
1.7 Escolaridade: () até a 5ª série; () 5ª a 8ª; () Fund C; () Médio I; () Médio C; () Outro:		
1.8 Cor: () Branca () Negra () Parda/morena () Amarela () Vermelha/indígena		
1.9 Trabalha atualmente: () Sim () Não. Caso sim, () Remunerado () Não Remunerado.		
1.10 Trabalhou anteriormente: () Sim () Não. Caso sim, () Remunerado () Não Remunerado.		
1.11 Tempo trabalhado em anos: _____ () < 10 anos () 10 a 20 anos () > 20 anos		
1.12 Recebe auxílio doença ou aposentadoria pelo Transtorno: () Sim () Não. Caso sim, qual? _____		
1.13 *considere o salário mínimo de R\$ 788,00 Renda familiar: R\$ _____ 1.14 Número pessoas domicílio: _____		
1.15 Renda Per Capita: R\$ _____		
1.16 Religião: () Católica () Evangélica () Outras () Sem religião		
1.17 Local residência: () Rural () Urbana		
1.18 Plano Privado de saúde: () Sim () Não Se SIM, qual? _____		
2. AVALIAÇÃO CLÍNICA		
2.1 Como é sua saúde de modo geral?: () excelente () boa () razoável () ruim () muito ruim		
2.2 A senhora tem alguma doença referida por médicos: () Sim () Não Se SIM, a senhora faz tratamento ou toma medicação para alguma dessas doenças: () hipertensão () diabetes tipo 1 - insulina () diabetes tipo 2 - medicamentos () tireoide () doenças osteoarticulares () incontinência urinária () doença cardiovascular () câncer () fibromialgia () dislipidemias / colesterol: alterações níveis séricos dos lipídeos = gorduras		
2.3 . .		
2.4 . . .		
2.5 Usuária de serviço de saúde: () Público () Privado Se PRIVADO, qual? _____ Se PÚBLICO, possui dificuldade de acesso ao sistema? () Sim () Não Quanto tempo de espera? _____		
2.6 .		

.	
2.7 Realizou consulta com outros médicos no último ano? () Sim () Não	
2.8 Possui algum médico especialista de referência? () Sim () Não	
2.9	
2.10 Teve internação por outras causas no último ano? () Sim () Não Se SIM, quantas? _____	
2.11 Já realizou consulta com ginecologista? () Sim () Não	
2.12 A senhora ainda tem menstruações? () Sim () Não Estado Menopausal: () pré-menopausa ± 40 anos. () menopausa: () Natural () Histerectomia Desde quando a senhora não tem mais menstruações (MENOPAUSA)? Mês/Ano _____ / _____	
2.13 Faz uso ATUAL de reposição hormonal para evitar os sintomas da menopausa: () Sim () Não Se SIM, desde quando? _____ Se SIM, qual o tipo (injetável/VO) de terapia hormonal utilizado (nome)? _____	
2.14 Fez uso PASSADO de reposição hormonal: () Sim () Não Se SIM, por quanto tempo (duração em anos)? _____ Se SIM, qual o tipo (injetável/VO) de terapia hormonal utilizado (nome)? _____	
2.15 Faz uso ATUAL de anticoncepcional: () Sim () Não Se SIM, há quanto tempo? _____ Se SIM, qual o tipo (oral/injetável/DIU)? _____ Se SIM, qual o nome do medicamento? _____	
2.16 Fez uso PASSADO de anticoncepcional: () Sim () Não Se SIM, quanto tempo (anos)? _____ Se SIM, qual o tipo (oral/injetável)? _____ Se SIM, qual o nome do medicamento? _____	
2.17 Idade da menarca (primeira menstruação): _____	
2.18 Já teve relação sexual: () Sim () Não Idade da coitarca (primeira relação): _____ Qual a frequência de atividade sexual mensal? _____ () nenhuma () 1 X na semana () 2 X semana () 3 ou + na semana	A Senhora está SATISFEITA com sua vida sexual na atualidade? () Sim () Não. Se não, por quê?
2.19 Tem filho(s): () Sim () Não Se SIM, quantos (1) (2) (3) (4) (5) ()	
2.20 Número de Gestação(ões): _____ Sua idade no primeiro parto: _____	
2.21 Teve algum aborto: () Sim () Não Se sim, foi: Espontâneo: () Sim () Não Provocado: () Sim () Não	
ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ	PESADA: Grande esforço físico; respirar MUITO mais forte que o normal. MODERADA: Algum esforço físico; respirar UM POUCO mais forte que o normal.
2.22 Em quantos dias da última semana você fez atividade física PESADA (≥ 10') no lar ou na academia: ____ dias por semana () Nenhum Por dia foram: _____ horas: _____ minutos:	
PESADA: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal, cavoucar no jardim, carregar pesos elevados aumentando MUITO sua respiração ou batimentos do coração.	

2.23 Em quantos dias da última semana você fez atividade física **MODERADA** ($\geq 10'$) no lar ou na academia:

___ dias por semana () Nenhum

Por dia foram: ___ horas: ___ minutos:

MODERADA: pedalar leve, nada, dançar, ginástica leve, vôlei, carregar pesos leves, serviços domésticos na casa, como varrer, aspirar, no quintal, jardim, aumentando UM POUCO a respiração ou batimentos do coração. (NÃO INCLUIR CAMINHADA)

2.24 Em quantos dias da última semana você fez CAMINHADA por elo menos 10 minutos contínuos em casa, no trabalho, para se deslocar de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

___ dias por semana () Nenhum

Por dia foram: ___ horas: ___ Minutos:

2.25 Tabagismo: () Sim () Não

() Ex-fumante

Se SIM, há quanto tempo? _____

Por quanto tempo fumou? _____

Se SIM, qual quantidade/dia? _____

Há quanto tempo parou de fumar? _____

2.26 Consumiu alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias = Etilismo: () Sim () Não

Se SIM, qual frequência? () raramente ou socialmente () nos fins de semana () diariamente

Se SIM, qual tipo / bebida? _____ () Destiladas () Fermentadas

Se SIM, quantas doses? _____

CONSUMO ABUSIVO: Quatro ou mais doses para mulher em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias, considerando-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

2.27 História familiar de:

Câncer: () Sim () Não

Se SIM: () câncer de mama () outros Tipos: _____ Grau de parentesco: _____

Doença cardiovascular: () Sim () Não

Se SIM: () IAM () outros Tipos: _____ Grau de parentesco: _____

3. RASTREAMENTO

3.1 Já fez mamografia? () Sim () Não * Mulher ≥ 50 anos / cada 2 anos. Mulher ≥ 35 anos com alto risco para câncer de mama / anual.

Com qual idade realizou a 1ª? _____

Em que ano fez mamografia pela última vez: _____

Se NÃO iniciou após 40 anos, por quê? () dificuldade de acesso () constrangimento () indisponibilidade de horários () medo () outros motivos _____

3.2 Realização de exame clínico de mamas[#] por profissional de saúde? () Sim () Não

[#] (Algum profissional de saúde já palpou / examinou sua mama, no postinho por exemplo)

Se SIM, foi feito por: () Médico () Enfermeira * prioriza-se mulher com idade ≥ 40 anos e deve ser ANUAL!

Se SIM: Motivo: () rastreamento / campanha () diagnóstico / suspeita

Em que ano realizou o ECM pela última vez? _____

Com qual idade fez o ECM pela 1ª vez? _____

Com que frequência faz o ECM? _____

3.3 Faz autoexame das mamas? () Sim () Não

Com qual idade iniciou? _____ *MENSAL. A climatérica em qualquer data; demais mulheres, 1 sem. após a menstruação.

Quando costuma fazer o autoexame das mamas? () semanal () quinzenal () mensal () Outros _____

3.4 Já faz USG da mama? () Sim () Não

Se SIM, com qual idade fez? _____

Se SIM, há quanto tempo fez pela última vez? _____

3.5 Faz Preventivo (**Papanicolaou**)? () Sim () Não

Se SIM, com qual idade fez pela primeira vez? _____

Se SIM, há quanto tempo fez o último exame? _____

Se SIM, faz com que frequência? () A cada 6 meses () 1 x / ano () A cada 2 anos

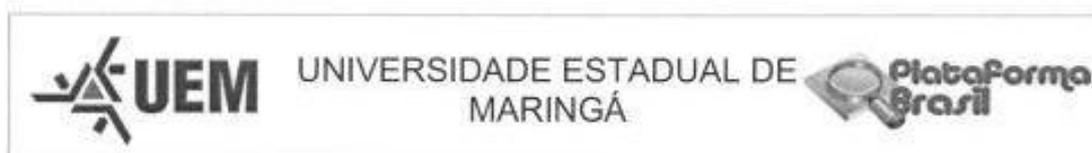
Se NÃO iniciou com 25 anos, por quê? () dificuldade de acesso () constrangimento () medo

() indisponibilidade de horários () outros motivos _____

3.6 História familiar de câncer de mama? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM: Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° _____	
3.7 História familiar de câncer de colo de útero? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM: Grau de parentesco: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° _____	
3.8 Já sofreu algum tipo de violência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual Por Quem? _____ <input type="checkbox"/> Dentro de Casa <input type="checkbox"/> Fora de Casa <input type="checkbox"/> No trabalho Em que fase da Vida? _____	
4. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	
4.1 Peso aos 20 anos: _____ kg	4.2 Peso atual: _____ kg
4.3 Estatura: _____ m	4.4 IMC: _____
4.5 Circunferência da cintura: _____ cm	4.6 Circunferência do quadril: _____ cm
4.7 PA: _____ X _____ mm/Hg	

ANEXOS

ANEXO A – Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres com transtornos mentais acompanhadas em serviços extra-hospitalares.

Pesquisador: SANDRA MARISA PELLOSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43117015.8.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.024.651

Data da Relatoria: 13/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a associação entre transtorno mental e comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres acompanhadas em serviços extra-hospitalares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de abordagem quantitativa, observacional, tipo transversal, com a finalidade de verificar a associação entre comportamento de risco para doenças cardiovasculares e transtornos mentais em uma população de mulheres. 6.1 Local do Estudo: O local do estudo será o município de Maringá, cidade de porte médio do noroeste do Paraná, conta hoje com 386 mil habitantes. A rede básica de saúde é constituída por 29 Unidades de Saúde com 66 equipes de Saúde da Família e cobertura

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4518

E-mail: copec@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.024.651

estimada em 60%. Tem também os serviços extra-hospitalares de atenção à saúde mental como Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), futuro CAPS III, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Canção, e a Residência Terapêutica (RT) composta por mulheres de 20 a 59 anos no município de Maringá- Pr. Segundo dados do município as doenças do aparelho circulatório (diabetes, AVC, infarto agudo do miocárdio) são as principais causas de morte (MARINGÁ, 2013). No município em questão os usuários com transtorno mental recebem assistência das UBSs e, de acordo com o caso, são encaminhados para os serviços de referência extra-hospitalares citados anteriormente, recomendados conforme designação do Ministério da Saúde para municípios com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2005), (PARANÁ, 2009).

6.2 População e amostra A população será composta de mulheres atendidas nos serviços extra-hospitalares para transtorno mental atendidas de maio a agosto de 2015. Para estabelecer a amostragem do presente estudo, as entrevistas serão aplicadas em todas as mulheres que fazem acompanhamento ativo em cada serviço extra-hospitalar em um período de quatro meses, que atendem aos critérios de inclusão da pesquisa.

6.5 Instrumento de coleta de dados Será utilizado um questionário padronizado, com as seguintes variáveis: a) SOCIOECONÔMICAS; b) AVALIAÇÃO CLÍNICA; c) HISTÓRIA OBSTÉTRICA; d) ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ; e) RASTREAMENTO; f) AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

Recomendações:

Recomenda-se resguardar o anonimato das participantes da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela

Endereço: Av. Colombo, 5780, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 1.024.651

aprovação do protocolo de pesquisa em tela,

MARINGÁ, 15 de Abril de 2015

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

ANEXO B – Autorização CECAPS**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
CECAPS
Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

OFICIO Nº1998/2014/SAÚDE

Maringá, 10 de outubro de 2014.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; a pesquisa **“Análise das Condições de Vida e Saúde de Mulheres com Transtornos Mentais no Município de Maringá-PR”**, a ser realizada no CAPS-II Canção, CISAM e Residência Terapêutica Feminina, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor solicitado.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilm. Sr.
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo
DD.Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá - UEM
Maringá-Pr



ESTADO DO PARANÁ

Ofício nº2335/2015

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS

Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

Maringá, 13 de novembro de 2015.

Prezado Senhor

Informamos que a Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde, autoriza a realização do adendo a pesquisa **“Comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com transtornos mentais acompanhadas em serviços extra-hospitalares”**, ampliando os locais de coleta de dados para a Emergência Psiquiátrica, Clínica da mulher, UPAs Zona Sul e Zona Norte, UBS Alvorada III, Cidade Alta, Guaiapó, Ney Braga, Paraiso, Piatã, Pinheiros, Portal das Torres, Vila Esperança e Olímpico, desta Secretaria Municipal de Saúde. Além dos locais já cedidos: CAPS II, CAPS III e Residência Terapêutica.

Esta pesquisa está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, sob parecer nº 1.024.651 de 13/04/2015.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente



Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo
DD. Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – Pr.