

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Centro Biomédico  
Instituto de Nutrição**

Gabriela Bioni e Silva

**Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio**

Rio de Janeiro  
2009

Gabriela Bioni e Silva

**Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Nutrição.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Hasselmann  
Co-orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Valéria Cardim da Silva

Rio de Janeiro  
2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S586 Silva, Gabriela Bioni e.  
Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-  
parto tardio / Gabriela Bioni e Silva. - 2009.  
61 f.

Orientadora : Maria Helena Hasselmann.  
Co-orientadora: Cláudia Valéria Cardim da Silva.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Instituto de Nutrição.

1. Gravidez – Aspectos nutricionais - Teses. 2. Saúde  
mental – Teses. 3. Obesidade – Teses. 4. Saúde pública –  
Teses. I. Hasselmann, Maria Helena. II. Silva, Cláudia Valéria  
da. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de  
Nutrição. IV. Título.

CDU 618.2:613.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese.

---

Assinatura

---

Data

Gabriela Bioni e Silva

**Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Nutrição.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Hasselmann (Orientadora)  
Instituto de Nutrição da UERJ

---

Prof. Dr. Guilherme Werneck  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. Gilberto Kac  
Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ

Rio de Janeiro  
2009

Dedico este trabalho a todos os amigos que torceram por mim ao longo dessa caminhada; aos meus pais, que abdicaram dos próprios sonhos para a realização dos meus e em especial para minha orientadora, Maria Helena Hasselmann, que confiou em mim desde o princípio e me ajudou incansavelmente na concretização desta dissertação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela vida e por sempre iluminar meu caminho.

Aos meus pais, Mafalda e César, que sempre foram para mim exemplos de vida e de força. Obrigada pelo carinho, tolerância e estímulo constantes.

Ao meu irmão, Guilherme, por sua admiração, paciência e lições de vida. Sem perceber, você me ajudou imensamente.

Ao Thomaz, meu companheiro e amigo, por todo amor, dedicação e paciência. Obrigada por viver meus projetos como se fossem seus.

A Maria Helena Hasselmann, minha orientadora e amiga, por toda dedicação e atenção, pelos ensinamentos profissionais e pessoais e por nunca ter me deixado desanimar. Com ela aprendi que, enquanto houver vida, há esperança. Serei eternamente grata!

A Cláudia Valéria, minha co-orientadora e amiga, pelo conforto e colo nos meus momentos de catarse e por todo carinho e encorajamento em diversas situações. Obrigada por ter me apresentado à Saúde Coletiva.

A Maria, secretária do Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, por todos os momentos de atenção e por toda ajuda que sempre me foi dada a qualquer hora.

Às minhas amigas de mestrado, que experimentaram comigo todas as glórias e desafios de ser a primeira turma de mestrado.

Às minha amigas do Núcleo de Epidemiologia Social da Nutrição Materno-infantil, Thaís e Bruna, pelas longas horas de conversa ao telefone e pelos momentos de troca de conhecimentos, alegria e angústias. Obrigada pelo carinho e atenção, sempre.

À minha querida amiga Grazi, pela confiança, apoio e eterna amizade.

Às mulheres entrevistadas, por sua disponibilidade e por terem despertado em mim o interesse pelo tema.

## RESUMO

BIONI, Gabriela. *Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio*. 2009. XXX f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Faculdade de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

**Introdução:** A obesidade e os transtornos mentais comuns são atualmente considerados relevantes problemas de saúde pública. Entretanto, a relação entre esses agravos é complexa e controversa e as investigações que abordam este tema, particularmente no período pós-parto são escassas. **Objetivo:** Investigar a associação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso em mulheres no pós-parto tardio. **Material e Métodos:** Estudo seccional inserido em um coorte prospectivo, cujo objetivo principal é investigar os determinantes sociais do crescimento infantil. A amostra foi composta por 189 mulheres adultas ( $\geq 18$  anos) captadas em 4 unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro um ano após o parto. O estado nutricional materno foi aferido e classificado com base no Índice de Massa Corporal (IMC). A aferição dos transtornos mentais comuns (TMC) foi feita por meio da versão em português do General Health Questionnaire (GHQ-12). A associação entre TMC materno e excesso de peso foi verificada via modelos de regressão logística multinomial, mediante estimativas de razões de chances (OR) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), utilizando o grupo de eutrofia como categoria de referência. Foram excluídas das análises mulheres baixo-peso, mães adolescentes e de gemelares. **Resultados:** A frequência de TMC foi de 41,1% e de excesso de peso foi de 46%. Após ajuste pelas variáveis que foram estatisticamente significantes ( $p \leq 0,2$ ) na análise bruta (paridade, idade, escolaridade materna, posse de utensílios domésticos e IMC pré-gestacional), observou-se que mulheres com TMC apresentam quatro vezes mais chance de apresentarem obesidade  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> quando comparadas com mulheres sem TMC ( $p = 0,056$ ). **Conclusão:** Se corroborada por novos estudos, a associação entre transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio reforça a necessidade de serem incluídos mecanismos de detecção e assistência voltadas para a saúde mental das mães nesta fase de grandes mudanças psicossociais, biológicas e comportamentais.

**Palavras-chaves:** transtornos mentais comuns; excesso de peso; mulheres; pós-parto

## ABSTRACT

**Introduction:** Actually obesity and mental disorders are major public health problems. However, the relationship between mental health and obesity is complex and unclear and research addressing this topic is new and scarce. **Objective:** To investigate the association between common mental disorders and overweight in the postpartum period. **Methods:** Sectional study with 189 women received in four primary care units in Rio de Janeiro- Brazil a year after childbirth. The maternal nutrition status was measured directly and based on body mass index (BMI). The measurement of common mental disorders (CMD) was made by the Portuguese version of the General Health Questionnaire (GHQ-12). The association between maternal CMD and overweight was found via logistic regression models multivariate estimating odds ratio (OR) and respective 95% confidence intervals for the associations between variables, using the group as eutrophic reference category. Were excluded from the analysis teenagers and mothers of twins. **Results:** The frequency of CMD was 41.1% and overweight was 46%. After adjustment for variables that were significant ( $p \leq 0.2$ ) in the crude analysis (parity, age, educational level, pre-pregnancy BMI and possession of household goods) showed that women with CMD have four times more likely to have obesity  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  compared to women without CMD. **Conclusion:** Special attention should be given to the relationship of mental health in the obesity in females, especially in the postpartum period.

**Key words:** Common mental disorders; obesity; women; postpartum



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1-</b> Estudos sobre a relação entre saúde mental e excesso de peso.....	20
<b>Figura 1-</b> Fatores associados ao excesso de peso em mulheres adultas.....	29
<b>Figura 2-</b> Modelo operacional.....	30
<b>Quadro 2-</b> Categorização do estado nutricional.....	32

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Características gerais da população estudada. Rio de Janeiro, Brasil 2005/2008..... 43

**Tabela 2-** Razão de chance entre as variáveis independentes e o desfecho excesso de peso (análises bivariadas). Rio de Janeiro, Brasil 2005/2008.....44

**Tabela 3-** Razão de chance entre as variáveis independentes e o desfecho excesso de peso (análise multivariada). Rio de Janeiro, Brasil 2005/2008.....45

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde;

WHO – World Health Organization;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

GHQ-12 – General Health Questionnaire – 12;

TMC – Transtornos mentais comuns;

IMC – Índice de massa corporal;

PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde;

IOM – Institute of Medicine;

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico;

FAPERJ – Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro;

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 Perfil antropométrico-nutricional de mulheres em idade fértil .....	13
1.2 Fatores associados à obesidade em mulheres em idade reprodutiva. .	15
1.3 Saúde mental e obesidade .....	18
1.4 Transtornos mentais comuns e obesidade em mulheres em idade reprodutiva .....	22
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	25
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	27
3.1 Geral .....	27
3.2 Específicos .....	27
<b>4 MÉTODOS</b> .....	28
4.1 Modelo operacional.....	28
4.2 Desenho e população de estudo .....	30
4.3 Aferição e coleta de dados.....	31
4.4 Processamento e análise de dados.....	34
4.5 Aspectos éticos.....	35
<b>5 ARTIGO</b> .....	36
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> (referentes às seções 1 a 4).....	55
<b>ANEXO</b> .....	59

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação está inserida em um estudo mais amplo, intitulado *O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte*. Esse trabalho é desenvolvido no Núcleo de Epidemiologia Social da Nutrição Materno-Infantil do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e é financiado por CNPq e FAPERJ.

Particpei desta investigação desde o estudo-piloto, inicialmente como auxiliar de pesquisa e, em seguida, como supervisora de campo, vivenciando intensamente as diversas etapas da pesquisa.

O trabalho aqui apresentado denomina-se *Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio*. É um estudo epidemiológico do tipo seccional e tem como objetivo principal investigar a relação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso em mulheres um ano após o nascimento de seus filhos.

A vontade de trabalhar com esse tema surgiu pela observação do comportamento dessas mulheres no momento da entrevista. A complexidade do período pós-parto, aliado às mudanças no corpo feminino, me fizeram refletir sobre uma possível relação entre os aspectos psicológicos dessas mulheres e seu estado nutricional.

A realização desta pesquisa se justifica pelas altas prevalências desses agravos no Brasil e no mundo e pela relativa ausência de trabalhos que abordem temas relacionados aos transtornos mentais comuns e desfechos nutricionais na população brasileira, principalmente em mulheres um ano após o parto.

A apresentação da dissertação foi estruturada em oito partes: revisão bibliográfica do tema proposto, justificativa, objetivo, métodos, resultado (apresentado sob a forma de artigo), considerações finais, referências e anexos.

Na primeira seção, são apresentadas as evidências científicas que embasam a hipótese do trabalho, seguida da segunda parte, onde está descrita a justificativa de acordo com a literatura acerca do tema proposto.

A terceira e quarta seções são compostas pelos objetivos e pelo método. Nesta última, apresentamos um modelo hipotético de determinação relacionado à

exposição central (transtornos mentais comuns) e ao desfecho (excesso de peso) e possíveis variáveis de confundimento identificadas na revisão da literatura. A apresentação dos resultados na quinta seção é feita sob a forma de artigo científico e na sexta parte são expostas as considerações finais sobre o assunto abordado.

As referências utilizadas nas seções 1 a 4 e os anexos estão apresentados nas últimas seções, ao final da presente dissertação, dado que aquela específica ao artigo encontra-se no final do mesmo, na quinta seção.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Perfil antropométrico-nutricional de mulheres em idade fértil

A obesidade caracterizada por um acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, resultante de um desequilíbrio entre a ingestão de energia e o gasto energético, é hoje considerada um sério problema de saúde pública no mundo (WHO, 1997; OPAS, 2003; BRASIL, 2006). Sua importância está baseada não somente em suas altas prevalências, como também nas suas consequências à saúde da população (NUCCI et al., 2001; SEGAL et al., 2002; OPAS, 2003; LINNÉ et al., 2004; BRASIL, 2006; AZEVEDO et al., 2008; ORSI et al., 2008).

De acordo com a WHO (2005), nos últimos anos, a obesidade tem crescido rapidamente na Europa, com prevalências variando de 5% a 20% nos homens e percentuais acima de 30% para as mulheres. Outro achado que chama atenção é o maior aumento da obesidade grau III na população feminina, em comparação ao sobrepeso (LISSNER et al., 2000; PUOANE et al., 2002; FREEDMAN et al., 2002; JANGHORBANI et al., 2007, NCHS, 2007).

Nos Estados Unidos, o problema atinge um percentual elevado da população há algum tempo, sendo observado um aumento de 6,9% na prevalência de obesidade grave para as mulheres em idade fértil entre 1999/2000 e 2003/2004 (FLEGAL et al., 2006). Dados mais recentes do *National Center for Health Statistics* (2007) corroboram o exposto acima e revelam que a obesidade em mulheres variou de 33,2% nos anos 2003-2004, para 35,3% nos anos 2005-2006.

Lissener et al.(2000), visando a descrever a evolução da obesidade na Suécia, apontaram para um aumento na frequência deste agravo na população feminina de 8,8% (1980) para 11,9% (1996). No continente africano, identificou-se que 56% das mulheres da África do Sul apresentavam sobrepeso/obesidade (PUOANE et al., 2002).

Estudo de corte seccional, realizado entre dezembro de 2004 a fevereiro de 2005 no Irã, verificou na população feminina 57% de excesso de peso, sendo 25,2% destas obesas (JANGHORBANI et al., 2007). Na América Latina, o excesso de peso

atinge 68% da população adulta no Paraguai, 60% na Argentina, 60% no México e 53% no Peru, sendo que as mulheres apresentam os maiores percentuais de obesidade desses países (MARTORELL et al., 1998; FILOZOF et al., 2001).

No Brasil, nos últimos trinta anos, inquéritos de abrangência nacional, como o Estudo Nacional de Pesquisa Familiar (1975), a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (2004), evidenciaram expressivo aumento da obesidade nas diferentes regiões, classes sociais, faixa etária e sexo. Recentemente, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 2006, identificou uma frequência de 43% e 16% de excesso de peso e obesidade, respectivamente, em mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos. Em todas as regiões brasileiras, também foram observadas altas prevalências deste agravo, sendo os menores percentuais para Região Norte e os maiores para a Região Sul. Neste estudo, não foi verificada diferença nas frequências de obesidade entre residentes de áreas urbanas ou rurais.

Em suma, nota-se que as prevalências da obesidade vêm crescendo de maneira importante no Brasil e no mundo, provocando prejuízos ao sistema de saúde e à qualidade de vida das pessoas, evidenciado através dos gastos com internações hospitalares, medicamentos, consultas médicas, absenteísmo, condições debilitantes e morte precoce (OLSON et al., 2003; PINHEIRO et al., 2004; SIEGA-RIZ, et al., 2004; BRASIL, 2006). Em adição, tem-se que as principais consequências associadas à obesidade para saúde de mulheres em idade fértil são: amenorreia e infertilidade (AZEVEDO et al., 2008), problemas respiratórios (ORSI et al., 2008), doenças cardiovasculares (SANTOS-FILHO; MARTINEZ, 2002), diversos tipos de cânceres, como os de mama, endométrio e cólon intestinal (OPAS, 2003), transtornos alimentares, depressão, ansiedade e baixa autoestima (SEGAL et al., 2002), bem como complicações relacionadas à gestação e ao parto (NUCCI et al., 2001; LINNÉ et al., 2004).

Tendo em vista as expressivas prevalências de excesso de peso observadas no sexo feminino, torna-se necessário investigar os possíveis caminhos de determinação deste agravo.



## **1.2 Fatores associados ao excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva**

Obesidade é uma doença crônica e de etiologia multifatorial que envolve uma complexa rede de determinantes, como fatores genéticos, sócio-ambientais, culturais e comportamentais, com danos à saúde física e mental (WHO, 1997; BRASIL, 2006; LOPES, 2007).

Acredita-se que a gênese da obesidade em mulheres em idade reprodutiva seja resultante de uma multiplicidade de fatores, como alterações hormonais relacionadas com ciclo menstrual e gravidez, mudanças de estilo de vida e exposição a fatores psicológicos, comportamentais e culturais (KAC, 2001; HUANG; DAÍ, 2007).

Diversos estudos têm sugerido a relação entre variáveis obstétricas, retenção de peso e obesidade em mulheres no período pós-parto. Variáveis como paridade, idade materna, renda, escolaridade, estado civil, lactação, peso pré-gestacional e ganho de peso gestacional, bem como fatores ligados ao estilo de vida, ao apoio social e à saúde mental, têm sido apontados como determinantes deste processo (KAC, 2001; LORRAINE et al., 2002; KAC et al., 2003; LACERDA; LEAL, 2004; LACOURSIERE et al., 2006; HUANG; DAÍ, 2007).

Gigante et al. (1997) conduziram um estudo transversal com 1.035 adultos no período de janeiro a maio de 1994, no município de Pelotas, e identificaram que os principais fatores associados ao excesso de peso na população feminina foram: aumento da idade, obesidade dos pais, ocorrência de diabetes ou hipertensão, não fumar, menor número de refeições diárias e não ter realizado exercício físico no lazer durante o último ano.

Kain et al. (2003), investigando as publicações sobre a tendência da obesidade e seus fatores determinantes na América Latina, destacaram a importância dos fatores socioeconômicos, do nível educacional, dos aspectos dietéticos e da inatividade física como principais elementos na etiologia do excesso de peso na população adulta, principalmente no sexo feminino.

Ressalta-se que, nas mulheres em idade fértil, um potencial caminho para o excesso de peso passa pela retenção do ganho de peso gestacional (KAC, 2001; KAC et al., 2003; LACERDA; LEAL, 2004). Isso parece ser mais problemático em

mulheres negras, com elevado índice de massa corporal pré-gestacional, baixa condição socioeconômica, alta paridade, elevados níveis de depressão e ansiedade, baixa autoestima e reduzido apoio social (CARTER et al., 2000; SIEGA-RIZ et al., 2004; LACOURSIERE et al., 2006; HUANG; DAÍ, 2007).

Huang e Daí (2007), objetivando descrever potenciais fatores associados à retenção de peso seis meses após o parto, observaram que, além do ganho de peso gestacional, variáveis como IMC pré-gestacional acima do recomendado pela OMS e insatisfação com a imagem corporal estiveram estritamente ligados à retenção de peso nesse período.

Olson et al. (2003), em coorte prospectivo, identificaram a importância do ganho de peso gestacional, da dieta e do exercício no pós-parto na mudança de peso de mulheres desde o início da gravidez até um ano após o nascimento do bebê. Destaca-se que mulheres de baixa renda foram consideradas como grupo de risco em relação às de maior renda, uma vez que tenderam a ganhar peso acima do recomendado pelo *Institute of Medicine* (IOM), com maior modificação do peso no período pós-gravidez.

Com o objetivo de examinar a diferença de peso durante e após a gestação em quatro categorias de IMC pré-gestacional, Gunderson et al. (2001) notaram que a perda de peso seis semanas após a gestação foi similar em todos os grupos, enquanto no pós-parto tardio (dois anos após nascimento do bebê), a redução do peso foi maior nos grupos de baixo-peso e de eutrofia.

Pesquisa de seguimento com duração de 15 anos, *Stockholm Pregnancy and Women's Nutrition Study* (SPAWN), identificou, em amostra final de 563 mulheres, a gestação como fator de risco para obesidade 15 anos após o parto. Neste trabalho, apenas foram comparadas mulheres eutróficas e aquelas com excesso de peso. Todas as mulheres que apresentaram sobrepeso e obesidade apresentaram elevado índice de massa corporal pré-gestacional, maior ganho de peso gestacional, retiveram mais peso um ano após o parto e deixaram de fumar durante a gravidez (LINNÉ et al., 2003).

Poucos são os estudos relacionando estilo de vida e obesidade em mulheres com idade reprodutiva, principalmente no período pós-gestacional. Um estudo longitudinal com gestantes conduzido em Estocolmo mostrou que a modificação do peso da mulher um ano após o parto é afetada principalmente pelo estilo de vida, como a realização de pouco ou nenhum exercício, e aumento da ingestão

energética, do consumo de sanduíches, menor número de refeições/dia durante e após a gestação, principalmente no segundo semestre do puerpério (ÖHLIN; RÖSSNER, 1994).

George et al. (2005), avaliando a adesão de mulheres de baixa renda ao guia alimentar americano um ano após o parto, observaram que 63% daquelas que não aderiram ao guia estavam acima do peso. Verificou-se, ainda, um baixo consumo de laticínios, grãos, frutas e vegetais e uma alta ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar simples, bem como reduzida atividade física para as mulheres que apresentaram angústia com o peso relatado, negligência com o autocuidado, imagem corporal negativa, estresse e depressão.

Estudo qualitativo feito com 12 mulheres com excesso de peso e idade entre 34 e 60 anos, na favela da Rocinha (Rio de Janeiro), identificou como elementos importantes na compreensão do paradoxo da obesidade-pobreza a falta de atividade física e a alimentação monótona caracterizada pelo consumo de arroz, feijão e carne, com maior consumo de frango, frequentemente adicionada de farinhas e macarrão, baixa ingestão de hortaliças e alto consumo de açúcar, café, doces, bolos e frituras. Os principais motivos apontados por essas mulheres para se alimentarem de forma não-saudável foram: se sentirem sozinhas, preocupadas e sob pressão. Chama atenção o fato de as mulheres terem relacionado corpo obeso com o casamento e a gestação (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Recentemente, estudos na área materno-infantil têm tentado elucidar o papel dos aspectos psicossociais no desenvolvimento da obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Fatores como o estresse e a angústia, por exemplo, parecem estar relacionados ao aumento de requerimento de nutrientes, bem como a um desequilíbrio emocional que faz com que mulheres respondam se alimentando qualitativa e quantitativamente de maneira não-saudável (CARTER et al., 2000; SIEGA-RIZ et al., 2004; LACOURSIERE et al., 2006; HUANG; DAÍ, 2007).

No período pós-parto, a mudança no estilo de vida e problemas psicológicos e sociais parecem ser mais importantes do que as questões biológicas na determinação do peso corporal da mulher (HUANG; DAÍ, 2007). No entanto, pouco se sabe sobre a importância dos aspectos psicológicos na determinação deste agravamento – ou seja, como os fatores psicológicos podem contribuir no desenvolvimento do excesso de peso.

### 1.3 Saúde mental e excesso de peso

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão e a obesidade estão entre as principais causas de morbidades no mundo. Diversos estudos epidemiológicos têm examinado a relação entre saúde mental e obesidade na população geral e em grupos específicos, evidenciando associações divergentes. Alguns trabalhos sugerem associação inversa entre obesidade e depressão (CRISP; MCGUINESS, 1976; CRISP et al., 1980); outros não observaram associação (HALLSTROM; NOPPA, 1981; FAUBEL, 1989). Para os artigos que observaram relação direta entre obesidade e depressão, alguns verificaram associação apenas para obesidade grave (FRIEDMAN et al., 2002; ONYKE et al., 2003) enquanto outros acharam associação para mulheres, mas não para homens (SCOTT et al., 2008; SIMON et al., 2008).

Estudos prévios sugerem diferentes explicações para a associação entre obesidade e depressão, indicando uma bidirecionalidade na qual tanto a obesidade pode gerar sofrimento psicológico (VEGGI et al., 2004; LOPES, 2007), quanto os sintomas depressivos, ansiosos e outros transtornos mentais psicóticos e não-psicóticos podem levar ao excesso de peso (SIMON et al., 2008, KIVIMÄKI et al., 2009).

Os mecanismos propostos para que a depressão possa ser a causa ou contribuir para o excesso de peso na população incluem aumento no apetite com consequente hiperfagia e redução na atividade física (SIMON et al., 2008; ZENDER; OLSHANSKY, 2009; KIVIMÄKY et al., 2009). Outro caminho possível e que tem sido bastante discutido está ligado aos transtornos alimentares e aos medicamentos utilizados para gerenciar problemas depressivos e de ansiedade (SIMON et al., 2008; ZENDER; OLSHANSKY, 2009; KIVIMÄKY et al., 2009).

Simon et al. (2008), objetivando avaliar a relação entre depressão e obesidade em mulheres de 40 a 65 anos, identificaram que a prevalência de obesidade foi de 25,4% entre mulheres sem depressão e de 57,8% entre aquelas com depressão moderada a grave. A depressão esteve associada significativamente com o aumento da ingestão energética entre mulheres obesas. Nesse estudo, observou-se que o aumento na gravidade dos sintomas depressivos esteve fortemente associado com

maior risco de obesidade, assim como o aumento do IMC foi intimamente relacionado com maior chance de desenvolver transtornos mentais.

A persistência das desordens mentais também pode ser identificada em estudos longitudinais realizados com adolescentes, onde se verificou associação positiva entre depressão na infância e adolescência com excesso de peso na vida adulta. Esses autores observaram que adolescentes depressivos apresentavam mais chance de desenvolver obesidade ou de permanecerem obesos (PINE et al., 2001; GOODMAN, 2002).

A literatura epidemiológica que faz o elo entre saúde mental e excesso de peso é recente e parca. No entanto, uma série de estudos vem sugerindo uma possível relação entre aspectos psicológicos e nutricionais. Nesta perspectiva, esta subseção apresenta nas próximas páginas (quadro 1) uma síntese da revisão bibliográfica sobre o tema, com alguns exemplos de trabalhos que sustentam a proposta de se estudar a relação entre transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio, bem como possibilita uma reflexão para que se possa compreender melhor o caminho de determinação dos aspectos psicológicos na gênese da obesidade.

Quadro 1 - Estudos sobre a relação entre saúde mental e excesso de peso

Autor/Ano	Coleta de Dados	Local do Estudo	Objetivo Principal	Tipo de Estudo	Amostra	Aferição TMC	Confundimento	Principais Resultados
Kivimäki et al. (2009)	Fase 1(1985-1988) Fase 2 (1991-1993) Fase 3(2003-2004)	Inglaterra	Examinar a relação entre TMC e obesidade no curso da vida adulta	Longitudinal (19 anos)	10,166 respondentes entre 35-55 anos	GHQ-30	Sexo, raça, idade, situação conjugal, tipo de trabalho, status sócio-econômico e uso de drogas psicotrópicas.	O risco de excesso de peso aumentou na presença de transtornos mentais com o aumento da idade. Não houve variação segundo sexo, raça e classe social.
Scott et al. (2008)	2003/2004	13 países situados nos continentes: Ásia, América, Europa	Investigar a associação entre obesidade e distúrbios mentais (ansiedade, depressão e uso de álcool) na população de diferentes países do mundo	Seccional	62,277 (mulheres e homens ≥ 18 anos)	DSM-IV	Idade, sexo e educação	Foram observadas associações entre obesidade e depressão e obesidade e ansiedade, principalmente em mulheres e para obesidade ≥ 35kg/m <sup>2</sup>
Barry, Pietrzac & Petry. (2008)	2001/2002	50 estados dos EUA	Investigar as diferenças de gênero na associação entre IMC e distúrbios afetivos	Seccional	40,790 (mulheres e homens ≥ 18 anos)	DSM-IV	Idade, sexo, raça e região de residência	A obesidade esteve associada a depressão e ansiedade tanto em homens, quanto em mulheres. Para sobrepeso observou-se associação para as distúrbios afetivos apenas entre as mulheres
Petry et al. (2008)	2001/2002	EUA	Avaliar a associação entre IMC e distúrbios psiquiátricos	Seccional	41,654 respondentes ≥ 18 anos	AUDADIS DSM-IV	Idade, sexo, raça, educação, situação conjugal, renda e região rural ou urbana	O IMC utilizado de forma contínua apresentou associação com ansiedade, humor e distúrbios de personalidade, enquanto para o IMC categórico, todas as categorias de obesidade estiveram associadas com todas as distúrbios psiquiátricos
Ho et al. (2008)	—	China	Avaliar o IMC, a circunferência abdominal e a relação cintura-quadril com sintomas depressivos em idosos	Seccional	2,804 respondentes ≥ 55 anos	GDS-15	Idade, sexo, educação, suporte social e emocional, álcool, tabagismo, atividade física, comorbidades, medicamentos, percepção da saúde e hospitalização no último ano	Foi observada associação inversa entre o aumento do IMC e os sintomas depressivos. Esse padrão não foi verificado para a circunferência abdominal e para a relação cintura-quadril

Quadro 1 - Estudos sobre a relação entre saúde mental e excesso de peso (continuação)

Autor/Ano	Coleta de Dados	Local do Estudo	Objetivo Principal	Tipo de Estudo	Amostra	Aferição TMC	Confundimento	Principais Resultados
Scott et al. (2008)	2003/2004	Nova Zelândia (Austrália)	Investigar a associação entre as desordens mentais (principalmente a ansiedade) e obesidade	Seccional	12,992 respondentes ≥ 16 anos	CIDI 3,0	Raça, idade, sexo e educação	A obesidade foi associada significativamente com problemas de humor, depressão, ansiedade e ansiedade pós-trauma
LaCoursiere et al. (2006)	2000/2001	Utah (EUA)	Compreender a relação entre IMC e depressão pós-parto (PPD)	Seccional	3,439 mulheres	Aferido através da pergunta: Nos meses após o parto, como você se sentia ? (com 4 possibilidades de resposta)	Renda, estado civil, estresse e plano de saúde	Observou-se que mulheres obesas apresentam mais problemas emocionais e estresse do que mulheres eutróficas na gestação
Kac et al. (2006)	1999/2001	Rio de Janeiro Brasil	Investigar fatores associados aos TMC, incluindo variáveis relacionadas ao estado nutricional materno	Seccional	312 mulheres entre 15 e 45 anos	GHQ-12 (pontode corte ≥ 4)	Idade, escolaridade, renda, raça, situação conjugal, trabalho na gestação, tabagismo, idade da mãe no 1º parto, paridade, aborto prévio, ligadura tubária, tipo de parto, IMC, retenção de peso no 9º mês pós-parto e gordura corporal	Apresentaram associação estatística significativa com TMC: renda e gordura corporal. Nesse estudo não foi observada associação entre TMC e IMC
Veggi et al. (2004)	1999	Rio de Janeiro, Brasil	Avaliar as associações entre IMC e percepção inadequada do peso corporal com os TMC	Seccional	4,030 homens e mulheres (22 à 59 anos)	GHQ-12 (ponto de corte ≥ 3)	Idade, escolaridade, renda, atividade física recreativa e morbidade auto-referida e estado civil	Nesse estudo não foi observado associação entre IMC e TMC. A percepção inadequada do peso corporal e os TMC apresentaram associação apenas para as mulheres, independente do IMC
Carter (2000)	—	EUA	Descrever a associação entre IMC, atitudes alimentares e sintomas afetivos na gestação e no período pós-parto	Longitudinal	64 mulheres	EAT; CES-D; STAI	Idade, raça, renda, educação e paridade	O trabalho identificou associação entre as variáveis IMC, atitudes alimentares e sintomas de depressão e ansiedade no 4º e 14º mês pós-natal. Esta associação não foi observada para a gestação

De acordo com os estudos consultados, observam-se diferenças metodológicas que podem contribuir potencialmente para a variabilidade dos resultados. Identifica-se inicialmente que a maior parte dos trabalhos é do tipo seccional e muitos são os instrumentos e os pontos de corte utilizados para aferir os aspectos psicológicos e o estado nutricional. Outra observação pertinente é o fato de que nem todos os trabalhos utilizam escalas de diagnóstico de desordens psíquicas consideradas padrão-ouro, aspecto este relevante, uma vez que a maioria dos instrumentos é capaz apenas de rastrear, mas não de diagnosticar desordens mentais.

É importante ressaltar que os trabalhos têm-se apropriado dos aspectos psicológicos como desfecho e poucos são os trabalhos que utilizaram a hipótese dos transtornos mentais comuns como exposição, na tentativa de compreender seus efeitos sobre a massa corporal e o excesso de peso. Chama atenção, ainda, que muitos estudos pautam os aspectos psicológicos, principalmente na depressão e na ansiedade, com apenas quatro trabalhos, entre todos citados, relacionando os transtornos mentais comuns com a obesidade.

Como visto, a literatura sugere uma possível associação entre saúde mental e excesso de peso. No entanto, pouco se sabe sobre a relação entre os transtornos mentais comuns e a obesidade no pós-parto. Assim, existe uma aparente lacuna a ser explorada, qual seja, o papel dos aspectos psicológicos na determinação do excesso de peso.

#### **1.4 Transtornos mentais comuns e excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva**

A literatura mostra que mulheres são mais vulneráveis a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente no momento da gravidez e no período pós-parto. Esta fase é considerada crítica e complexa. Profundas alterações ocorrem no âmbito social, psicológico e físico da mulher. Dessa maneira, os riscos para o aparecimento de sinais de depressão e de transtornos psiquiátricos psicóticos e não-psicóticos se tornam maiores (DIXON et al., 2003; SILVA; BOTTI, 2005).



Os transtornos mentais comuns, também chamados de morbidades psiquiátricas menores, são de difícil caracterização, dado que os fatores etiológicos são múltiplos e relacionados a fatores hereditários, orgânicos e psicossociais (LUIS; OLIVEIRA, 1998; LOPES, 2007). Os sintomas relacionados a estes transtornos são tristeza, fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988).

Estudos epidemiológicos têm identificado estas morbidades mais frequentemente na população feminina, em pessoas idosas, que vivenciaram eventos de vida estressantes, desempregadas, com reduzido apoio social, solteiras ou viúvas, de baixa renda e menor escolaridade (COUTINHO, 1995; VEGGI et al., 2004; COSTA; LUDERMIR, 2005; TUONO et al., 2007; LOPES, 2008).

Coutinho (1995), avaliando resultados de 13 estudos, observou que as prevalências de transtornos mentais em 13 estudos variaram entre 7% e 26%, com média de 17%, sendo 20% para o sexo feminino e 12,5% para o sexo masculino.

Muitos trabalhos têm mostrado que, em mulheres, a obesidade está intimamente ligada à depressão (CARTER et al., 2000; ONILKE et al., 2003; DIXON et al., 2003; KAC et al., 2006; LACOURSIERE et al., 2006). Carter et al. (2000), em estudo prospectivo realizado desde a gravidez até o puerpério, sugerem diferenças na relação entre IMC, depressão, ansiedade e atitude alimentar quando observadas na gestação e no período pós-parto. A ansiedade na gravidez estaria mais relacionada à saúde do bebê, enquanto no pós-parto tardio, mais ligada à imagem corporal e a preocupações com retorno ao corpo e peso pré-gravídico. Mulheres entendem que o ganho de peso na gestação e a mudança no corpo são socialmente aceitáveis e se sentem mais justificadas a comer excessivamente na gestação.

Ainda de acordo com os resultados do estudo de Carter et al. (2000), a ansiedade e a depressão não foram significativamente correlacionadas com alimentação e IMC no momento gravídico, mais sim no quarto e décimo quarto mês após o parto. Acrescenta-se, ainda, que o grupo com maior IMC ( $\geq 27 \text{ Kg/m}^2$ ) apresentou maiores níveis de ansiedade e depressão pós-parto (CARTER et al., 2000).

Kac et al. (2006), estudando fatores relacionados à prevalência de transtornos mentais comuns em 312 mulheres no nono mês pós-parto, observaram que as maiores prevalências foram encontradas naquelas pertencentes a famílias de baixa renda (65%), solteiras (64%), com três ou mais filhos (63%) e com gordura corporal

maior ou igual a 30% (62%). É importante ressaltar que, neste trabalho, não foi observada associação entre sobrepeso/obesidade, medida através do IMC, e transtornos mentais comuns.

Lacoursiere et al. (2006), com o objetivo de conhecer a associação entre IMC e depressão autorrelatada no período pós-parto em 2000 e 2001, identificaram prevalência de sintomas depressivos em 27,7% de mulheres baixo-peso, 22,8% eutróficas, 24,8% nas com sobrepeso e 30,8% nas obesas. Destaca-se que, neste estudo, estresses emocionais acometem mais mulheres com excesso de peso do que eutróficas, principalmente no período puerperal.

Petry et al. (2008), objetivando avaliar a associação entre índice de massa corporal e desordens psiquiátricas em amostra com 41.654 respondentes pertencentes ao *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, apontaram para uma relação positiva entre sobrepeso/obesidade e morbidade psiquiátricas. Após controlar o efeito das condições demográficas, a variável IMC utilizada de forma contínua foi significativamente associada a desordens de personalidade, ansiedade e humor. Ao se categorizar o IMC, observou-se que todas as categorias relacionadas à obesidade apresentaram aumento significativo na chance de todas as morbidades citadas anteriormente, acrescida das desordens relacionada ao uso de álcool.

Adicionalmente, resultados de inquérito sobre saúde mental conduzido em 13 países (México, Estados Unidos, Colômbia, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Espanha, Holanda, Israel, Líbia, Japão e Nova Zelândia) apontaram para associação entre obesidade e depressão/ansiedade em todas as regiões estudadas, principalmente entre mulheres e no grupo classificado com obesidade  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  (SCOTT et al., 2008).

Como visto, a literatura sugere uma possível associação entre TMC e excesso de peso, principalmente obesidade extrema. No entanto, a maioria desses trabalhos tem-se aproximado do tema utilizando os transtornos mentais como desfecho e obesidade como exposição. Assim, pouco se sabe sobre a relação entre os transtornos mentais comuns e desfechos nutricionais. Nesse contexto, é importante a realização de estudos abordando o estado nutricional como variável dependente, sobretudo nas mulheres, grupo mais vulnerável a problemas psicológicos, distúrbios alimentares e mais suscetíveis a sofrer com o estigma do excesso de peso.

## 2 JUSTIFICATIVA

A obesidade e os transtornos mentais comuns representam atualmente dois fenômenos de expressividade no Brasil e no mundo. As repercussões físicas, psíquicas e sociais implicadas em ambos os processos, no nível individual e coletivo, aliadas a altas prevalências, traduzem por si só a importância dessas morbidades.

A relação entre obesidade e saúde mental é complexa e os resultados dos estudos são divergentes. Autores que se aproximaram do tema apontaram para uma gama de resultados como associações negativas, positivas e ausência de associação. Diferentes métodos e critérios foram utilizados para definir e mensurar os aspectos psicológicos e obesidade. Outra questão que parece justificar os resultados controversos é a via causal bidirecional desses eventos, segundo a qual tanto a obesidade pode gerar sofrimento psicológico (VEGGI, 2003; LOPES, 2007), quanto os transtornos mentais comuns podem levar à obesidade.

Observa-se, na literatura, um predomínio de estudos utilizando problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade e morbidades psiquiátricas como consequência do excesso de peso. Poucos trabalhos investigaram esta relação na direção das desordens mentais levando à obesidade. Os possíveis mecanismos descritos que sustentam esta direcionalidade estão pautados no conhecimento de que sintomas depressivos são persistentes e recorrentes e que podem gerar distúrbios alimentares, aumento do apetite e redução da atividade física, com consequente ganho de peso.

Estudos prévios têm identificado que mulheres são mais acometidas por problemas psicológicos. De acordo com McDowell (2008), mulheres depressivas no período pós-parto apresentam quatro vezes mais chance de se tornarem depressivas quatro anos depois do parto, quando comparadas a mulheres que não eram depressivas no pós-natal.

O período pós-natal é caracterizado por mudanças rápidas no estilo de vida da mulher que podem favorecer o desequilíbrio psicológico e influenciar aspectos psicossociais, como negligência com o autocuidado, estresse, angústia com o peso, imagem corporal negativa e aumento da necessidade de suporte social (GEORGE et al., 2005).

Dessa forma, percebe-se que apesar das crescentes evidências apontando a relação entre os fatores psicológicos e o excesso de peso, principalmente em mulheres, essa ainda é pouco investigada (SIEGA-RIZ et al., 2004; LOPES, 2007). A relação entre estes aspectos e desfechos nutricionais no momento pós-gestacional ainda não foi bem explorada na literatura brasileira e mundial, sendo necessários mais trabalhos que abordem o tema. Nessa perspectiva, a presente investigação trata de aspectos ainda não estudados em relação à obesidade feminina na população brasileira e pode contribuir potencialmente para a identificação de mais um elo na explicação das altas prevalências do problema no país.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Investigar a relação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso em mulheres um ano após o parto.

#### **3.2 Específicos**

1. estimar as prevalências de transtornos mentais comuns, excesso de peso, sobrepeso e obesidade;
2. investigar as associações entre variáveis selecionadas e excesso de peso; e
3. conhecer a relação dos transtornos mentais comuns e excesso de peso/obesidade controlados por potenciais variáveis de confundimento.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Modelo operacional

O modelo operacional que será apresentado adiante foi concebido por meio de revisão bibliográfica e de modelos conceituais sobre a determinação do excesso de peso em mulheres em idade fértil (WHO, 1997; SILVA, 2001; TEICHMANN et al., 2006).

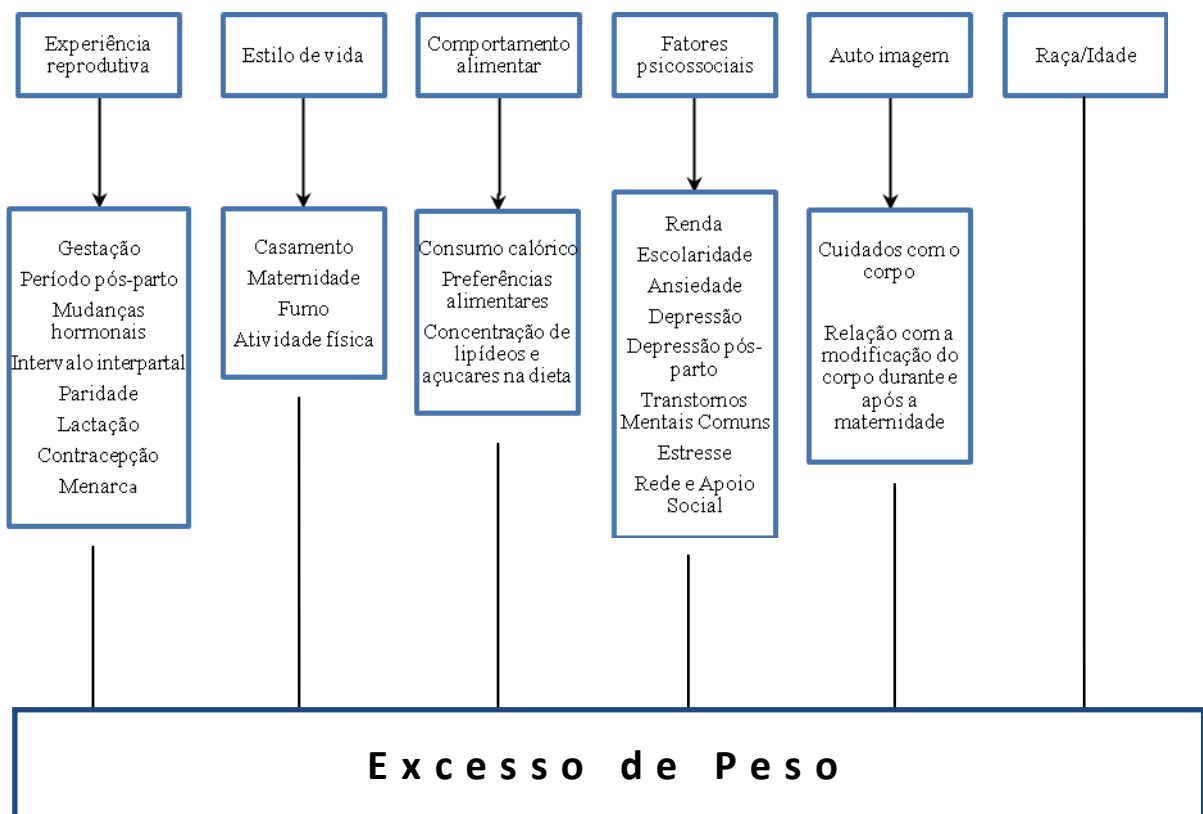
A construção do modelo foi elaborada em duas etapas. Na primeira parte, foi feita uma reflexão sobre os determinantes da obesidade em mulheres em idade reprodutiva e listadas todas as possíveis variáveis associadas ao ganho excessivo de peso na população feminina (figura 1), enquanto na etapa posterior desenhou-se o modelo operacional que será testado no presente estudo (figura 2), buscando contemplar a relação de ocorrência entre TMC e excesso de peso. Inicialmente, todas as variáveis descritas no modelo foram consideradas potenciais fatores de confundimentos deste processo.

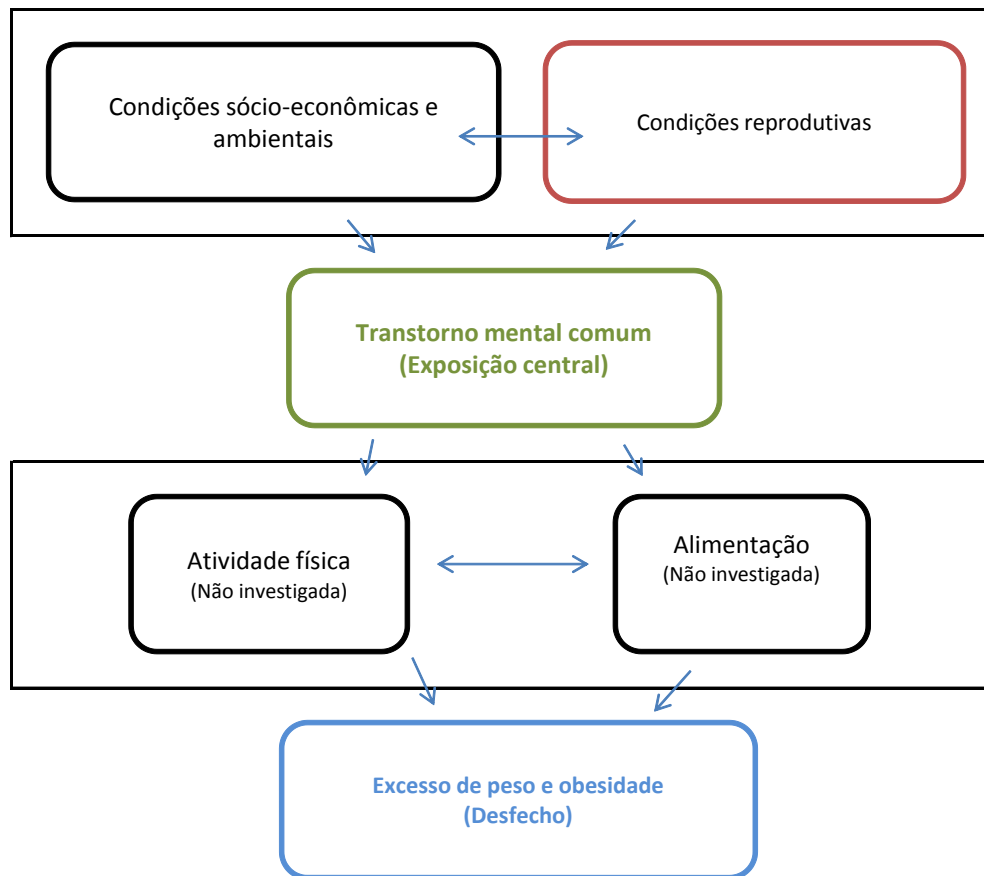
A estrutura do modelo foi baseada na hipótese central do estudo, de que os transtornos mentais comuns podem levar à obesidade em mulheres em idade reprodutiva. Apesar de diversos estudos apontarem para a contribuição do excesso de peso na ocorrência de problemas psicológicos, não se pode descartar que situações cotidianas como estresse, preocupação com a autoimagem, cuidado com o bebê, falta de apoio e rede social, incapacidade de lidar e solucionar problemas do dia a dia, entre outros, podem desencadear distúrbios alimentares e consumo de alimentos inadequados, com conseqüente ganho de peso.

Nessa perspectiva, são identificadas como base da relação entre TMC e excesso de peso as condições socioeconômicas, ambientais e reprodutivas (figura 2). Os transtornos mentais comuns, exposição central, estão relacionados com todas as covariáveis apresentadas e determinam a atividade física e os hábitos alimentares de mulheres no pós-parto tardio, preditores diretos do desfecho excesso de peso na população adulta. A cor vermelha utilizada para as condições

reprodutivas identificam a importante influência do IMC pré-gestacional, paridade, ganho de peso gestacional e retenção de peso no consequente ganho de peso nas mulheres em idade fértil. Nesse sentido, a elaboração do modelo operacional nos auxilia na percepção dos potenciais fatores de confundimento, visto que há indícios de que eles se relacionem com a exposição e sejam possíveis fatores de risco para o desenlace na base populacional. Cada condição exposta no modelo foi avaliada por alguma variável coletada em nossa pesquisa (vide subseção “Aferição e coleta de dados”).

**Figura 1-** Fatores associados ao excesso de peso em mulheres adultas



**Figura 2 - Modelo operacional**

#### 4.2 Desenho e população de estudo

As informações analisadas neste estudo são oriundas de uma investigação cujo objetivo principal é avaliar o papel desempenhado pela violência familiar, pelos cuidados maternos com a criança e pelo apoio social no processo de determinação do crescimento infantil. Trata-se de um estudo do tipo coorte prospectivo, no qual está sendo acompanhado o crescimento de 550 recém-natos acolhidos em quatro Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro durante o primeiro ano de vida.

O estudo é do tipo seccional. A amostra foi composta por 189 mulheres no pós-parto tardio (um ano após o parto) que apresentavam informações sobre o



desfecho e a exposição de interesse e que compareceram a quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas em diferentes bairros do município do Rio de Janeiro (Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Matoso e Del Castilho), para realização da primeira (acolhimento) e sexta (um ano após o parto) entrevistas de seguimento. Ressalta-se que a entrada dessas mulheres no estudo principal ocorreu na época do teste do pezinho ou para vacinação (BCG) do seu filho no período de junho de 2005 até junho de 2008. Foram excluídas da amostra adolescentes com idade inferior a 18 anos, mães de gemelares e mulheres com baixo-peso.

As Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo foram selecionadas de forma intencional, em função do número de atendimentos no “Programa de Acolhimento Mãe-Bebê” da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da disponibilidade de espaço físico para as entrevistas.

Este estudo apresenta um poder de 80% de detectar como significante (erro  $\alpha$  de 0,05) uma razão de chance de 2,81 considerando-se uma prevalência de excesso de peso de 17% entre as não-expostas. O tamanho da amostra foi estimado no programa EPI-INFO, versão 6.4.

### **4.3 Aferição e coleta de dados**

Todas as informações coletadas para o estudo foram obtidas por meio de entrevistas com questionário pré-testado e administrados por pesquisadores previamente treinados. Utilizou-se um instrumento com perguntas fechadas, pré-codificadas e outras abertas ou semiabertas, para codificação posterior.

Ao todo foram aplicados seis questionários no acompanhamento da coorte, nos momentos do teste do pezinho e/ou vacina BCG, um mês, dois meses, quatro meses, seis meses e um ano após o parto, de acordo com o calendário de vacinação infantil e/ou consulta com pediatra.

Para o presente estudo, foram utilizados apenas dados referentes ao questionário de acolhimento e um ano após o parto.

#### 4.3.1 Desfecho – excesso de peso

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) como indicador da situação nutricional de adultos. Também chamado de Índice de Quetelet, o IMC é calculado por meio da razão do peso (massa corporal em quilos) pelo quadrado da altura (em metros) (WHO, 1995). Este índice apresenta como vantagens: baixo custo, facilidade de obtenção das medidas, capacidade de prever riscos de morbi-mortalidade e possibilidade de diagnóstico nutricional individual e coletivo. Uma das principais desvantagens é a não-mensuração da composição corporal, bem como sua distribuição (SISVAN, 2002).

O IMC é amplamente utilizado em estudos populacionais de adultos pelo fato de se apresentar como método indireto que se correlaciona positivamente com a gordura corporal e por ser estável a extremos nos valores de estatura (muito altas e muito baixas). Os pontos de corte para excesso de peso e obesidade são definidos pela OMS, respectivamente, como valores maiores ou iguais a 25 e 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO, 1995). Para o presente trabalho, o desfecho foi categorizado da seguinte maneira:

Quadro 2 - Categorização do Estado Nutricional (kg/m <sup>2</sup> )	
Eutrofia	18,5 à 24,9
Sobrepeso	25,0 à 29,9
Obesidade Grau I	30,0 à 34,9
Obesidade Grau II e III	≥ 35,0

Este indicador foi usado na avaliação do estado nutricional de mulheres um ano após o parto. O peso e a estatura necessários para o cálculo do IMC foram aferidos de forma direta por antropometristas previamente treinados e com supervisão contínua.

#### 4.3.2 Exposição - transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram aferidos através do *General Health Questionnaire 12* (GHQ-12), instrumento que é uma versão resumida do GHQ principal, que contém 60 perguntas. No Brasil, o GHQ-12 foi adaptado para língua portuguesa e validado com sensibilidade de 85% e especificidade de 79% em três clínicas de atenção primária no município de São Paulo, tendo como padrão ouro o critério do *Clinical Interview Schedule (CIS)* (MARI; WILLIAMS, 1985) (anexo 1).

Esse instrumento contém 12 itens, cada um com quatro possibilidades de resposta, que investigam se o indivíduo experimentou, nas duas últimas semanas, algum sentimento ou comportamento específico, como: depressão, tensão, ansiedade, incapacidade de lidar com situações habituais e falta de confiança. As duas primeiras respostas são consideradas negativas em relação aos sentimentos expostos anteriormente, enquanto as duas últimas assertivas são consideradas positivas.

Para a análise estatística, essa variável foi dicotomizada, sendo as alternativas negativas codificadas como zero e as positivas como 1, indicando ausência ou presença de sintoma. Somam-se os pontos e define-se transtorno mental comum quando o somatório for maior ou igual a 3 em uma escala com 12 pontos potenciais.

#### 4.3.3 Covariáveis

Descrevem-se abaixo as outras variáveis que foram utilizadas no presente estudo:

a) Paridade: número total de filhos nascidos vivos da mulher até a data da entrevista. Foi utilizada de forma categórica, sendo < que 3 filhos / ≥ 3 filhos.

b) Idade materna: anos completos até o momento da entrevista. Foi utilizada de forma contínua.

c) Escolaridade materna: anos estudados da mulher até o momento da entrevista. Utilizada de forma contínua.

d) IMC pré-gestacional: o peso pré-gestacional foi referido pela participante e concerne à primeira consulta de pré-natal. A estatura foi aferida por antropometristas treinados no momento do teste do pezinho ou para vacinação do bebê. A classificação para o IMC pré-gestacional foi a mesma recomendada pela OMS. Essa variável foi utilizada de forma contínua.

e) Utensílios domésticos: somatório de utensílios domésticos. Categorizado com base em tercís.

#### 4.4 Processamento e análise de dados

Os questionários foram checados e codificados por auxiliares da pesquisa e digitados por um técnico especialmente designado para esta tarefa. Utilizou-se o programa Epi-info, versão 6.4, para o armazenamento dos dados. Para análise estatística, foi utilizado o pacote estatístico Plataforma R, versão 2.8.0 (*R Development Core Team*, 2008) e Stata, versão 9.2 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Foram estimadas inicialmente prevalências da variável dependente, da exposição central e covariáveis. As associações entre as covariáveis e o excesso de peso foram verificadas via modelos de regressão logística multinomial, mediante estimativas de razões de chances (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%), utilizando o grupo de eutrofia como categoria de referência. Antes de proceder às análises com as covariáveis contínuas, foi testada a linearidade das covariáveis com a *log-odds* das variáveis de desfecho. Na análise multivariada, as associações entre a variável de interesse central (TMC) e excesso de peso foram ajustadas pelas covariáveis cujos níveis de significância foram menores ou iguais a 20% nas análises brutas ( $p\text{-valor} \leq 0,2$ ).

#### **4.5 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Para participar da pesquisa, todas as entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3).

## 5 ARTIGO

### TÍTULO: Transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio

#### Resumo

**Introdução:** A obesidade e os transtornos mentais comuns são atualmente considerados relevantes problemas de saúde pública. Entretanto, a relação entre esses agravos é complexa e controversa, e as investigações que abordam o tema, particularmente no período pós-parto, são escassas. **Objetivo:** Investigar a associação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso em mulheres no pós-parto tardio. **Material e métodos:** Estudo seccional composto por 189 mulheres adultas ( $\geq 18$  anos) captadas em quatro unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro um ano após o parto. O estado nutricional materno foi aferido e classificado com base no Índice de Massa Corporal (IMC). A aferição dos transtornos mentais comuns (TMC) foi feita por meio da versão em português do *General Health Questionnaire* (GHQ-12). A associação entre TMC materno e excesso de peso foi verificada via modelos de regressão logística multinomial, mediante estimativas de razões de chances (OR) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), utilizando o grupo de eutrofia como categoria de referência. Foram excluídas das análises mulheres com baixo-peso, mães adolescentes e de gemelares. **Resultados:** A frequência de TMC foi de 41,1%, e de excesso de peso foi de 46%. Após ajuste pelas variáveis que foram estatisticamente significantes ( $p \leq 0,2$ ) na análise bruta (paridade, idade, escolaridade materna, posse de utensílios domésticos e IMC pré-gestacional), observou-se que mulheres com TMC apresentam quatro vezes mais chance de apresentar obesidade  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, quando comparadas com mulheres sem TMC ( $p=0,056$ ). **Conclusão:** Se corroborada por novos estudos, a associação entre transtornos mentais comuns e excesso de peso no pós-parto tardio reforça a necessidade de serem incluídos mecanismos de detecção e assistência voltados para a saúde mental das mães nesta fase de grandes mudanças psicossociais, biológicas e comportamentais.

**Palavras-chave:** transtornos mentais comuns; excesso de peso; mulheres; pós-parto.

## Abstract

**Introduction:** Obesity and mental disorders are major public health problems. However, the relationship between mental health and obesity is complex and unclear and research addressing this topic is scarce, particularly in the postpartum period. **Objective:** To investigate the association between common mental disorders and overweight in the postpartum period. **Methods:** Sectional study with 189 women received in four primary care units in Rio de Janeiro, Brazil, a year after childbirth. The maternal nutrition status was measured directly and based on body mass index (BMI). The measurement of common mental disorders (CMD) was made through the Portuguese version of the General Health Questionnaire (GHQ-12). The association between maternal CMD and overweight was found via logistic regression models multinomial estimating odds ratio (OR) and respective 95% confidence intervals for the associations between variables, using the group as eutrophic reference category. Underweight women, teenagers and mothers of twins were excluded from the analysis. **Results:** The frequency of CMD was 41.1%, and overweight was 46%. After adjustment for variables that were significant ( $p \leq 0.2$ ) in the crude analysis (parity, age, educational level, pre-pregnancy BMI and possession of household goods) showed that women with CMD are four times more likely to have obesity  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, as compared to women without CMD ( $p= 0,056$ ). **Conclusion:** If confirmed by further studies, the association between mental disorders and late postpartum overweight reinforces the need to include mechanisms to detect, and assistance aimed at the mental health of mothers, period of change psychosocial, biological and behavioral factors.

**Key words:** Common mental disorders; obesity; women; postpartum.

## Introdução

A magnitude da obesidade vem aumentando de maneira importante em diversos países do mundo (MARTORELL et al., 1998; LISSNER et al., 2000; FILOZOF et al., 2001; PUOANE et al., 2002; FREEDMAN et al., 2002; KAIN et al., 2003; FLEGAL et al., 2004; WHO, 2005; MS, 2006; JANGHORBANI et al., 2007; NCHS, 2007). No Brasil, estudos mostram que a ocorrência deste problema é maior entre as mulheres, sendo registradas em 2006 prevalências de 43% e 16% para excesso de peso e obesidade, respectivamente (PNDS, 2006).

As consequências do excesso de peso para a saúde da mulher vão desde problemas respiratórios (ORSI et al., 2008), amenorreia e infertilidade (WANG, 2004; AZEVEDO et al., 2008) e complicações relacionadas à gestação e ao parto (NUCCI et al., 2001; LINNÉ et al., 2004) até a ocorrência de doenças cardiovasculares (SANTOS-FILHO; MARTINEZ, 2002) e diversos tipos de cânceres, como de mama, de endométrio e de cólon intestinal (OPAS, 2003).

A gênese da obesidade em mulheres em idade reprodutiva é complexa e acredita-se que seja resultante de uma multiplicidade de fatores, como alterações hormonais relacionadas com ciclo menstrual e gravidez, e fatores psicossociais, comportamentais e culturais (KAC, 2001; HUANG; DAÍ, 2007).

Diversos estudos têm descrito que variáveis como paridade, idade materna, renda, escolaridade, situação conjugal, lactação, peso pré-gestacional, ganho de peso gestacional, dieta, atividade física, apoio social e aspectos psicológicos estão associados ao excesso de peso e obesidade, principalmente no período puerperal, quando profundas alterações ocorrem no âmbito social, psicológico e físico da mulher (KAC, 2001; LORRAINE et al., 2002; KAC et al., 2003; LACERDA; LEAL, 2004; LACOURSIERE et al., 2006; HUANG; DAÍ, 2007).

Nesta fase, os riscos de depressão e de transtornos psiquiátricos psicóticos e não-psicóticos se tornam maiores (DIXON et al., 2003), assim como a possibilidade de negligência com o autocuidado e de imagem corporal negativa. De acordo com George et al. (2005), angústia com o peso relatado, imagem corporal negativa, estresse e sintomas depressivos foram associados a dietas pouco saudáveis e sedentarismo no período pós-parto. A redução da atividade física, assim como alterações nas práticas alimentares, vêm sendo relatadas como possíveis



mecanismos implicados no ganho de peso e no excesso de peso em mulheres (SIMON et al., 2008; ZENDER; OLSHANSKY, 2009; KIVIMÄKY et al., 2009).

Adicionalmente, estudos mostram que situações cotidianas provocadoras de estresse, como a preocupação com a autoimagem, demandas relacionadas ao cuidado com o bebê, falta de apoio e rede social, dificuldade para lidar e solucionar problemas do dia a dia, alterações no sono, entre outras, podem desencadear o consumo de alimentos inadequados, aumento do apetite, redução de atividade física e distúrbios alimentares, com consequente ganho peso (SIMON et al., 2008; ZENDER; OLSHANSKY, 2009; KIVIMÄKY et al., 2009).

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo investigar a relação dos transtornos mentais comuns com o excesso de peso em mulheres um ano após o parto.

## **Método**

### ***Contexto do estudo***

As informações analisadas neste estudo são oriundas de uma coorte cujo objetivo principal é avaliar o papel desempenhado pela violência familiar, pelos cuidados maternos com a criança e pelo apoio social no processo de determinação do crescimento infantil.

### ***Desenho e população de estudo***

O presente estudo é do tipo seccional. A amostra foi composta por 189 mulheres no pós-parto tardio (um ano após o parto) que apresentavam informações sobre o desfecho e a exposição de interesse e que compareceram à primeira entrevista do recém-nato nos postos de saúde (momento do teste do pezinho ou da

vacinação (BCG) do seu filho), e em outra um ano após o parto. A captação das mães foi realizada no período de junho de 2005 até junho de 2008, em quatro unidades básicas de saúde. Foram excluídas da amostra adolescentes com idade inferior a 18 anos, mães de gemelares e mulheres classificadas como baixo-peso.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) participantes do estudo foram selecionadas de forma intencional em função do número de atendimentos no “Programa de Acolhimento Mãe-Bebê” da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da disponibilidade de espaço físico para as entrevistas.

Este estudo apresenta um poder de 80% de detectar como significante (erro  $\alpha$  de 0,05) uma razão de chance de 2,0, considerando-se uma prevalência de excesso de peso de 17% entre as não-expostas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### ***Aferição e coleta dos dados***

Todas as informações coletadas para o estudo foram obtidas por meio de entrevistas com questionário pré-testado e administrados por pesquisadores previamente treinados com supervisão contínua.

#### **Desfecho: excesso de peso**

Para avaliar o estado nutricional das mulheres um ano após o parto, foi utilizado o Índice de Massa Corporal ( $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$ ), indicador de diagnóstico nutricional de adultos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995).

Os pontos de corte para excesso de peso utilizados foram: 25 a 30 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso), 30 a 35 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau I) e maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau II e III).

#### Exposição: transtornos mentais comuns

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram aferidos pela versão em português do *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (MARI; WILLIAMS, 1985).

O GHQ-12 contém 12 itens que investigam se o indivíduo experimentou, nas duas últimas semanas, algum sentimento ou comportamento específico, como: depressão, tensão, ansiedade, incapacidade de lidar com situações habituais e falta de confiança. Cada item apresenta quatro possibilidades de resposta: as duas primeiras (A e B) são consideradas negativas em relação aos sentimentos expostos anteriormente, enquanto as duas últimas assertivas (C e D) são consideradas positivas.

Essa variável foi dicotomizada, sendo as assertivas negativas codificadas como zero e as positivas como 1, indicando ausência ou presença de sintoma. Foram definidas como caso de transtornos mentais comuns aquelas mulheres que apresentaram somatório maior ou igual a 3 em uma escala com 12 pontos potenciais.

#### Covariáveis

As covariáveis apreciadas neste estudo foram: número de utensílios domésticos (tercis), paridade, idade, escolaridade materna e IMC pré-gestacional – razão do peso pré-gestacional (kg) pela altura (m) ao quadrado. As categorizações das variáveis são apresentadas na tabela 1.

## **Processamento e análise dos dados**

Foram estimadas inicialmente prevalências da variável dependente, da exposição central e covariáveis. As associações entre as covariáveis e o excesso de peso foram verificadas via modelos de regressão logística multinomial, expressas por meio da razão de chances (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), utilizando o grupo de eutrofia como categoria de referência. Na análise multivariada, as associações entre a variável de interesse central (TMC) e excesso de peso foram ajustadas pelas covariáveis cujos níveis de significância foram menores ou iguais a 20% nas análises brutas ( $p\text{-valor} \leq 0,2$ ).

Utilizou-se o programa Epi-info, versão 6.4, para o armazenamento dos dados. Para análise estatística, foi utilizado o pacote estatístico Plataforma R, versão 2.8.0 (R Development Core Team, 2008) e Stata, versão 9.2 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

## **Resultados**

A tabela 1 apresenta as características da população do estudo. A idade média das mulheres entrevistadas foi de 27,4 ( $\pm 5,94$ ). Para escolaridade, a média de anos estudados foi de 8,5 ( $\pm 2,87$ ). Em relação ao estado nutricional pré-gestacional (IMC), observou-se uma média de  $22,8 \pm 7,19$  (dados não apresentados na tabela). O excesso de peso e a obesidade estiveram presentes, respectivamente, em 46% e 20,9% das mulheres estudadas.

Nas análises multinomiais bivariadas, todas as variáveis que apresentaram  $p\text{-valor} \leq 0,2$  foram selecionadas para o modelo final (tabela 2). Observou-se, nas análises brutas, risco estatisticamente significativo para a idade materna (OR=1,15; IC95%= 1,06 – 1,24) e o IMC pré-gestacional (OR=1,33; IC95%= 1,18 – 1,50) em todas as categorias de obesidade. Para paridade, a significância estatística só foi observada para a obesidade grau I.

Nos resultados obtidos na regressão logística multinomial multivariada (tabela 3) nota-se que, após o ajuste, a idade materna manteve associação estatística

significativa com sobrepeso e obesidade grau I. Já o IMC pré-gestacional apresentou-se somente associado com a obesidade  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

No que tange às associações entre TMC e excesso de peso (tabela 3), chama atenção o fato de mulheres com transtornos mentais comuns terem quatro vezes mais chances de apresentar obesidade  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> do que aquelas sem transtornos mentais comuns, após ajuste para utensílios domésticos, escolaridade e idade materna, paridade e IMC pré-gestacional (OR=4,04; IC95%= 0,96-16,9;  $p= 0,056$ ), ainda que não tenha sido observada significância estatística.

**Tabela 1**

Características gerais da população estudada. Rio de Janeiro, Brasil 2005/2008

<i>Variáveis contínuas</i>		
	<b>Média/ Desvio-padrão</b>	
<b>Idade Materna (anos)</b>	27,4 +/- 5,94	
<b>Escolaridade Materna (anos)</b>	8,5 +/- 2,87	
<b>IMC pré-gestacional (kg/m<sup>2</sup>)</b>	22,8 +/- 7,19	
<i>Variáveis categóricas</i>		
<b>Estado Nutricional 1 ano após o parto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eutrofia	101	54
Sobrepeso	47	25,1
Obesidade (Grau I)	24	12,9
Obesidade (Grau II e Grau III)	15	8
<b>Transtornos Mentais Comuns (TMC)</b>		
Negativo	126	58,9
Positivo	88	41,1
<b>Paridade</b>		
1 ou 2	163	76,2
$\geq 3$	51	23,8

**Tabela 2**

Razão de chance entre as variáveis independentes e o desfecho excesso de peso (análises bivariadas). Rio de Janeiro, Brasil 2005/2008

**Variáveis independentes**

	Sobrepeso <i>OR/IC 95%</i>	Obesidade grau I <i>OR/IC 95%</i>	Obesidade grau II e III <i>OR/IC 95%</i>
<b>Transtorno mental comum</b>			
Negativo	1	1	1
Positivo	<b>0,57</b> (0,27 - 1,19)**	0,96 (0,39 - 2,37)	2,02 (0,66 - 6,11)
<b>Escolaridade</b>			
<i>Contínua</i>	0,96 (0,85 - 1,09)	<b>0,88</b> (0,76 - 1,02)**	1,03 (0,84 - 1,25)
<b>Paridade</b>			
1 ou 2	1	1	1
≥ 3	1,09 (0,46 - 2,56)	<b>2,89</b> (1,12 - 7,46)*	1,47 (0,42 - 5,11)
<b>Idade Materna</b>			
<i>Contínua</i>	<b>1,06</b> (1,00 - 1,13)*	<b>1,15</b> (1,06 - 1,24)*	<b>1,13</b> (1,03 - 1,24)*
<b>IMC pré-gestacional</b>			
<i>Contínua</i>	<b>1,04</b> (0,98 - 1,10)**	<b>1,24</b> (1,12 - 1,37)*	<b>1,33</b> (1,18 - 1,50)*
<b>Utensílios Domésticos</b>			
<i>tercis</i>	<b>1,44</b> (0,93 - 2,22)**	0,91 (0,52 - 1,59)	1,44 (0,73 - 1,59)

\* p-valor &lt; 0,05    \*\* p-valor &lt; 0,2

OR (Eutrofia = categoria de referência)

**Tabela 3**

Razão de chance entre as variáveis independentes e o desfecho excesso de peso (análise multivarida). Rio de Janeiro, Brasil 2005/2008

**Variáveis independentes**

	Sobrepeso <i>OR/IC 95%</i>	Obesidade grau I <i>OR/IC 95%</i>	Obesidade grau II e III <i>OR/IC 95%</i>
<b>Transtorno mental comum</b>			
Positivo	0,74 (0,32 - 1,70)	1,07 (0,34 - 3,36)	4,04 (0,96 - 16,9)
Negativo	1	1	1
	<i>p= 0,490</i>	<i>p= 0,905</i>	<i>p= 0,056</i>
<b>Escolaridade</b>			
<i>Contínua</i>	0,89 (0,77 - 1,03)	0,85 ( 0,70 - 1,03)	0,95 (0,75 - 1,21)
	<i>p= 0,129</i>	<i>p= 0,102</i>	<i>p= 0,724</i>
<b>Paridade</b>			
≥ 3	0,81 (0,30 - 2,18)	2,09 (0,65 - 6,69)	1,12 (0,24 - 5,28)
1 ou 2	1	1	1
	<i>p= 0,682</i>	<i>p= 0,210</i>	<i>p= 0,878</i>
<b>Idade Materna</b>			
<i>Contínua</i>	<b>1,06</b> (1,00 - 1,14)	<b>1,10</b> (1,00 - 1,21)	1,10 (0,98 - 1,23)
	<i>p= 0,046</i>	<i>p= 0,031</i>	<i>p= 0,100</i>
<b>IMC pré-gestacional</b>			
<i>Contínua</i>	1,03 (0,97 - 1,09)	<b>1,21</b> (1,08 - 1,34)	<b>1,28</b> (1,13 - 1,46)
	<i>p= 0,241</i>	<i>p= 0,000</i>	<i>p= 0,000</i>
<b>Utensílios Domésticos</b>			
<i>tercis</i>	1,48 (0,89 - 2,47)	0,89 (0,42 - 1,88)	1,70 (0,72 - 4,00)
	<i>p= 0,124</i>	<i>p= 0,776</i>	<i>p= 0,218</i>

OR (Eutrofia = categoria de referência)

## Discussão

No presente estudo, observou-se que 46% das mulheres apresentavam excesso de peso e 41%, TMC. Kac et al. (2006), estudando uma população com características semelhantes, verificaram frequências um pouco mais elevadas, de 54,2% de transtornos mentais comuns e 36,1% de excesso de peso entre mulheres no nono mês pós-parto. Talvez uma possível explicação para essas diferenças seja o fato de as aferições terem sido realizadas em momentos distintos no pós-parto. É possível supor que, no décimo segundo mês após o parto, a mulher possa estar um pouco mais familiarizada com a nova rotina, o que poderia implicar um autocuidado melhor e, conseqüentemente, prevalências menores de TMC (OLSON et al., 2003).

Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre TMC e excesso de peso, a magnitude da associação indica que a ocorrência de obesidade ( $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ) é quatro vezes maior em mulheres com TMC, quando comparada com aquelas sem transtornos mentais comuns (OR = 4,04;  $p = 0,056$ ), independentemente da escolaridade, do número de utensílios domésticos, do IMC pré-gestacional, da paridade e da idade. Este achado está em consonância com alguns estudos internacionais que verificaram uma relação direta entre os fenômenos (FRIEDMAN et al., 2002; ONYKE et al., 2003; SCOTT et al., 2008; SIMON et al., 2008) e difere das investigações realizadas em nosso país, nas quais não foram observadas associações estatisticamente significantes entre TMC e índice de massa corporal (VEGGI et al., 2004; KAC et al., 2006).

A relação entre saúde mental e excesso de peso é complexa, e estudos epidemiológicos têm sugerido uma bidirecionalidade desta relação, em que tanto a obesidade pode gerar sofrimento psicológico, através da estigmatização do indivíduo e da pressão da sociedade por um padrão corporal de magreza (VEGGI et al., 2004; SCOTT et al., 2008), quanto os transtornos mentais comuns podem levar à obesidade (SIMON et al., 2008, KIVIMÄKI et al., 2009).

Três mecanismos subjacentes à direcionalidade (“TMC-obesidade”) são citados na literatura. O primeiro se refere ao conhecimento de que pessoas com problemas psicológicos, principalmente depressão, ansiedade e TMC, praticam menos atividade física; o segundo, que elas referem um aumento do apetite; e por



último, que apresentam mais distúrbios alimentares (SIMON et al., 2008; KIVIMÄKI et al., 2009; ZENDER; OLSHANSKY, 2009). A recorrência e/ou persistência do TMC (ZENDER; OLSHANSKY, 2009; ZIVIN et al., 2009) é outro fator que parece contribuir para o ganho de peso e consequente obesidade, uma vez que permite que os indivíduos fiquem expostos por mais tempo aos três mecanismos citados anteriormente (ZENDER; OLSHANSKY, 2009; ZIVIN et al., 2009).

Algumas questões metodológicas merecem ser comentadas. A primeira se refere ao baixo poder do estudo. Assim, não foi possível, com a amostra investigada, detectar como significantes a relação entre TMC e excesso de peso. Estudos com tamanhos amostrais maiores devem ser considerados em pesquisas futuras.

A segunda diz respeito ao instrumento utilizado neste estudo para aferir os transtornos mentais comuns. O GHQ-12 não é considerado um instrumento de diagnóstico, sendo capaz apenas de rastrear casos de TMC, sem identificar a gravidade destes. Nessa perspectiva, considerar a utilização de instrumentos mais específicos pode ser uma alternativa para captar melhor a relação em tela.

O terceiro aspecto metodológico se refere à natureza transversal do estudo, que não permite compreender a temporalidade da relação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso no pós-parto. Não obstante, o conhecimento da possibilidade de recorrência e da persistência dos distúrbios psicológicos ao longo da vida, descrita em alguns estudos (ZENDER; OLSHANSKY, 2009; ZIVIN et al., 2009), favorece a hipótese de que os TMC antecedem a ocorrência do excesso de peso. Outro detalhe que deve ser sublinhado diz respeito ao controle da variável IMC pré-gestacional nas análises. Imagina-se que, na medida em que se ajusta para o efeito do estado nutricional anterior à gestação, admite-se que o excesso de peso no pós-parto tardio reflita um ganho de peso mais recente, o que pode contribuir para reforçar a direcionalidade de associação “TMC-obesidade”. Estudos longitudinais são importantes para esclarecer melhor tal temporalidade. Em investigações cujo foco é a mulher no período pós-parto tardio, talvez fosse também interessante explorar o efeito conjunto do IMC pré-gestacional, ganho de peso gestacional e retenção de peso (KAC, 2001; LACERDA; LEAL, 2004).

Assim, este estudo contribui para fomentar o debate do papel dos aspectos psicológicos no desenvolvimento e na manutenção do excesso de peso. O conhecimento de que mulheres com TMC são quatro vezes mais acometidas por obesidade talvez possa colaborar para a inclusão da saúde mental materna nos

programas de saúde da mulher, particularmente na prevenção e no tratamento da obesidade.

É necessário que a mulher seja alvo de intervenção, especialmente no pós-natal, momento em que as atenções ficam voltadas para a criança. Também deve ser considerada a importância de atividades que estreitem as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, que fomentem a organização de possíveis redes sociais de apoio, e que por fim propiciem, além do empoderamento da mulher, uma frutífera prática interdisciplinar de profissionais envolvidos com a assistência dessa mulher e de sua família (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; QUIROZ; BIRD, 2009).

Existe um longo caminho a ser percorrido até que se possa entender os processos que subjazem a relação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso. Nesse sentido, a elaboração de mais estudos é oportuna e necessária, principalmente aqueles que focalizem o período do pós-parto.

## Referências

AZEVEDO, G.D. et al. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 261-267, 2008.

BARRY, D; PIETRZAC, R.H; PETRY, N.M. Gender differences in association between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. **Annals of Epidemiology**, v. 18, p. 458-466, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (Relatório)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Obesidade** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Caderno de Atenção Básica, nº12 – Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARTER, A.S. et al. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. **Psychosomatic Medicine**, v. 62, p. 264-270, 2000.

DIXON, J.B. et al. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. **Archives Internal Medicine**, v.163, p. 2.058-65, 2003.

FILOZOF, C. et al. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. **Obesity Reviews**, v. 2, p. 99-106, 2001.

FLEGAL, K.M. et al. Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004. **Journal of the American Medical Association**, v. 295, p. 1.549-1.555, 2006.

FREEDMAN, D.S. et al. Trends and Correlates of Class 3 Obesity in the United States From 1990 Through 2000. **Journal of the American Medical Association**, v. 288, p.1758-1761, 2002.

GEORGE, G.C. et al. Compliance with dietary guidelines and relationship to psychosocial factors in low-income women in late postpartum. **American Dietetic Association**, v.105, p.916-926, 2005.

GOLDBERG, D.; WILLIAMS, P. **A user's guide to the General Health Questionnaire**, 1988.

HO, R.C.M. et al. Body mass index, waist circumference, waist-hip ratio and depressive symptoms in Chinese elderly: a population. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, p. 401-408, 2008.

HUANG, T.T.; DAÍ, F.T. Weight Retention Predictors for Taiwanese Women at Six-Month Postpartum. **Journal of Nursing Research**, v. 15, n. 1, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudo Nacional de Despesa Familiar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: Análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**: resultados preliminares. Brasília: INAN, 1989.

JANGHORBANI, M. et al. First nationwide survey of prevalence, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults. **Obesity**, Silver Spring, v. 15, p. 2.797-808, 2007.

KAC, G. Fatores Determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 455-466, 2001.

KAC, G. et al. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 999-1.007, 2006.

KAIN, J. et al. Obesity trends and determinant factors in Latin America. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, sup. 1, p. 77-86, 2003.

KIVIMÄKY, M. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **The British Journal of Psychiatry**, v. 195, p. 149-155, 2009.

LACERDA, E.M.A; LEAL, M.C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, 2004.

LACOURSIERE, D.Y. et al. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. **Maternal and Child Health Journal**, v. 10, n. 4, 2006.

LINNÉ, Y. et al. Weight development over time in parous women – The SPAWN study – 15 years follow-up. **International Journal of Obesity**, v.27, p. 1.516-1522, 2003.

LISSENER, L. et al. Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. **International Journal of Obesity**, v. 24, p. 801- 805, 2000.

LOPES, C.S. Obesidade e Saúde Mental: evidências e controvérsias. In: KAC, G. et al. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.

LORRAINE, W.O. et al. The Structure of Thriving/Distress Among Low-Income Women at 3 Months After Giving Birth. **Family & Community Health**, v. 30, p. 95-103, 2007.

LUTTRELL, C. et al. Understanding and operationalising empowerment. **Overseas Development Institute**, 2009.

MARI, J.J; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychological Medicine**, v. 15, p. 651-659, 1985.

MARTORELL, R. et al. Obesity in Latin American Women and Children. **The Journal of Nutrition**, v. 128, p. 1.464-1.473, 1998.

NACIONAL CENTER OF HEALTH STATISTICS. Center of Disease Control and Prevention. **Obesity among adults in the United States: No Statistically Significant Change since 2003-2004**, n. 1, 2007.

NUCCI, L.B. et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 502-507, 2001.

OLSON, C.M. et al. Gestacional weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 year postpartum. **International Journal of Obesity**, v.27, p. 117-127, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS, 2003.

ORSI, J.V.A. et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, p. 106-109, 2008.

PETRY, N.M. et al. Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and

Related Conditions. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p. 288-297, 2008.

PUOANE, T. Obesity in South Africa: The South African Demographic and Health Survey. **Obesity Research**, v. 10, p. 1.038-1.048, 2002.

SANTOS-FILHO, R; MARTINEZ, T.L.R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 3, p.242-244, 2002.

SCHWENGBER, D.D.S & PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, 2003.

SIMON, G.E. et al. Association between obesity and depression in middle-aged women. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, p. 32-39, 2008.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and Interpretation of antropometry**. Geneva: WHO, 1995 (Technical Report Series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The challenge of obesity in the WHO European Region**. Fact sheet EURO/13/05, 2005.

ZIVIN, K. et al. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. **Journal of Affective Disorders**, v. 117, p. 180-185, 2009.

ZENDER,R.; OLSHANSKY,E. Women's mental health: Depression and anxiety. **Nursing Clinics of North America**, v. 44, p. 355-364, 2009.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, pretende-se salientar alguns aspectos mais gerais sobre a relação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso.

A primeira questão que merece destaque se refere às altas frequências verificadas tanto para excesso de peso e obesidade, quanto para os TMC no sexo feminino. Esses fenômenos têm aumentado em diferentes países do mundo e diversos são os trabalhos que apontam para a relação entre saúde mental e obesidade, especialmente entre mulheres.

De acordo com a literatura, o gênero feminino parece ser mais acometido por problemas de estresse, ansiedade, depressão, angústia com o peso, imagem corporal negativa e distúrbios alimentares. Mulheres, principalmente no período pós-parto, ficam mais suscetíveis a problemas psicológicos. Nessa fase ocorrem flutuações hormonais e emocionais que, aliadas à falta de suporte social e às dificuldades em lidar com as novas situações do dia a dia, são capazes de promover desequilíbrios no estilo de vida dessas mulheres. Assim, este estudo contribui para fomentar o debate do papel dos aspectos psicológicos no desenvolvimento e na manutenção do excesso de peso, com atenção especial ao período pós-natal, momento caracterizado por angústias e intensas mudanças psicossociais e biológicas.

A bidirecionalidade acerca da relação dos aspectos psicológicos e da obesidade está bem estabelecida. Grande parte dos trabalhos tem seu foco na hipótese de que o excesso de peso gera sofrimento psíquico, porém não se pode descartar a possibilidade, verificada em muitos estudos, de que problemas psicológicos interferem nas emoções e no estilo de vida, com redução da atividade física, alteração do apetite, transtornos alimentares e mudanças hormonais, favorecendo um cenário propício para o ganho de peso e obesidade.

Os resultados do presente trabalho apontam para um risco quatro vezes maior de ocorrência de obesidade entre mulheres com transtornos mentais comuns no pós-parto tardio. Desta forma, diagnosticar ganho de peso além do recomendado na gestação e dificuldade de perda de peso no pós-parto, com conseqüente retenção de peso e excesso de peso, pode ser um indício de sofrimento psicológico. Nessa perspectiva, torna-se importante a promoção de programas de detecção dos

transtornos mentais comuns, pautados principalmente na depressão e ansiedade, para um melhor acompanhamento do estado nutricional e seu tratamento.

Encorajar o desenvolvimento de programas de saúde pública que tenham a mulher como alvo de intervenção, especialmente no pós-natal, momento em que as atenções ficam voltadas para a criança, também deve ser considerado, visto que estas atividades tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, facilitam a identificação de mulheres em risco, podem fomentar a organização de possíveis redes sociais de apoio e permitem uma frutífera prática interdisciplinar de profissionais envolvidos com a assistência dessa mulher e de sua família.

Vale ressaltar que, no Brasil, existem poucos estudos epidemiológicos sobre o tema e, conseqüentemente, pouco se sabe sobre a extensão do problema no nível populacional. Em particular, deve ser dada ênfase também para a utilização da saúde mental como exposição e comportamentos de saúde como desfecho.

Por fim, para melhorar o conhecimento acerca da bidirecionalidade da relação entre os transtornos mentais comuns e o excesso de peso, são necessários mais estudos longitudinais.



## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, G.D. et al. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 261-267, 2008.

BARRY, D; PIETRZAC, R.H; PETRY, N.M. Gender differences in association between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. **Annals of Epidemiology**, v. 18, p. 458-466, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (Relatório)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Obesidade** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Caderno de Atenção Básica, nº12 – Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CARTER, A.S. et al. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. **Psychosomatic Medicine**, v. 62, p. 264-270, 2000.

COUTINHO, Evandro S.F; CUNHA, Geraldo M. da. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 146-151, 2005.

DIXON, J.B. et al. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. **Archives Internal Medicine**, v.163, p. 2.058-65, 2003.

FILOZOF, C. et al. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. **Obesity Reviews**, v. 2, p. 99-106, 2001.

FLEGAL, K.M. et al. Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004. **Journal of the American Medical Association**, v. 295, p. 1.549-1.555, 2006.

FREEDMAN, D.S. et al. Trends and Correlates of Class 3 Obesity in the United States From 1990 Through 2000. **Journal of the American Medical Association**, v. 288, p.1758-1761, 2002.

GEORGE, G.C. et al. Compliance with dietary guidelines and relationship to psychosocial factors in low-income women in late postpartum. **American Dietetic Association**, v.105, p.916-926, 2005.

GOLDBERG, D.; WILLIAMS, P. **A user's guide to the General Health Questionnaire**, 1988.

HO, R.C.M. et al. Body mass index, waist circumference, waist-hip ratio and depressive symptoms in Chinese elderly: a population. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, p. 401-408, 2008.

HUANG, T.T.; DAÍ, F.T. Weight Retention Predictors for Taiwanese Women at Six-Month Postpartum. **Journal of Nursing Research**, v. 15, n. 1, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudo Nacional de Despesa Familiar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: Análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**: resultados preliminares. Brasília: INAN, 1989.

JANGHORBANI, M. et al. First nationwide survey of prevalence, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults. **Obesity (Silver Spring)**, v. 15, p. 2.797-808, 2007.

KAC, G. Fatores Determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 455-466, 2001.

KAC, G. et al. Postpartum weight retention among women in Rio de Janeiro: a follow-up study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 149-161, 2003.

KAC, G. et al. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 999-1.007, 2006.

KAIN, J. et al. Obesity trends and determinant factors in Latin America. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, sup. 1, p. 77-86, 2003.

- KIVIMÄKY, M. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **The British Journal of Psychiatry**, v. 195, p. 149-155, 2009.
- LACERDA, E.M.A; LEAL, M.C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, 2004.
- LACOURSIERE, D.Y. et al. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. **Maternal and Child Health Journal**, v. 10, n. 4, 2006.
- LINNÉ, Y. et al. Weight development over time in parous women – The SPAWN study – 15 years follow-up. **International Journal of Obesity**, v.27, p. 1.516-1522, 2003.
- LISSENER, L. et al. Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. **International Journal of Obesity**, v. 24, p. 801- 805, 2000.
- LOPES, C.S. Obesidade e Saúde Mental: evidências e controvérsias. In: KAC, G. et al. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.
- LORRAINE, W.O. et al. The Structure of Thriving/Distress Among Low-Income Women at 3 Months After Giving Birth. **Family & Community Health**, v. 30, p. 95-103, 2007.
- MARI, J.J; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychological Medicine**, v. 15, p. 651-659, 1985.
- MARTORELL, R. et al. Obesity in Latin American Women and Children. **The Journal of Nutrition**, v. 128, p. 1.464-1.473, 1998.
- NACIONAL CENTER OF HEALTH STATISTICS. Center of Disease Control and Prevention. **Obesity among adults in the United States: No Statistically Significant Change since 2003-2004**, n. 1, 2007.
- NUCCI, L.B. et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 502-507, 2001.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: OPAS, 2003.

ORSI, J.V.A. et al. Impacto da obesidade na capacidade funcional de mulheres. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, p. 106-109, 2008.

PETRY, N.M. et al. Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p. 288-297, 2008.

PUOANE, T. Obesity in South Africa: The South African Demographic and Health Survey. **Obesity Research**, v. 10, p. 1.038-1.048, 2002.

SANTOS-FILHO, R; MARTINEZ, T.L.R. Fatores de risco para doença cardiovascular: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 3, p. 242-244, 2002.

SIMON, G.E. et al. Association between obesity and depression in middle-aged women. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, p. 32-39, 2008.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and Interpretation of antropometry**. Geneva: WHO, 1995 (Technical Report Series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The challenge of obesity in the WHO European Region**. Fact sheet EURO/13/05, 2005.

ZIVIN, K. et al. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. **Journal of Affective Disorders**, v. 117, p. 180-185, 2009.

ZENDER, R.; OLSHANSKY, E. Women's mental health: Depression and anxiety. **Nursing Clinics of North America**, v. 44, p. 355-364, 2009.

**ANEXO 1****Questionário – General Health Questionnaire (GHQ-12)**

Agora, nós gostaríamos de saber um pouco mais de como você tem passado nas duas últimas semanas, tudo bem? Nas duas últimas semanas, Sra (você) tem ....

- 1) perdido muito sono por preocupação?
  - a) de jeito nenhum
  - b) não mais que o de costume
  - c) um pouco mais que de costume
  - d) bem mais do que de costume
- 2) se sentido constantemente nervosa e tensa?
  - a) de jeito nenhum
  - b) não mais que o de costume
  - c) um pouco mais que de costume
  - d) bem mais do que de costume
- 3) sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?
  - a) mais do que de costume
  - b) o mesmo de sempre
  - c) menos que de costume
  - d) muito menos que de costume
- 4) sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?
  - a) mais do que de costume
  - b) o mesmo de sempre
  - c) menos que de costume
  - d) muito menos que de costume
- 5) sido capaz de enfrentar seus problemas?
  - a) mais do que de costume
  - b) o mesmo de sempre
  - c) menos que de costume
  - d) muito menos que de costume
- 6) sido capaz de tomar decisões?
  - a) mais do que de costume
  - b) o mesmo de sempre
  - c) menos que de costume
  - d) muito menos que de costume
- 7) sentido que está difícil de superar suas dificuldades?
  - a) de jeito nenhum
  - b) não mais que o de costume
  - c) um pouco mais que de costume
  - d) bem mais do que de costume
- 8) se sentido feliz de um modo geral?

- a) mais do que de costume
  - b) o mesmo de sempre
  - c) menos que de costume
  - d) muito menos que de costume
- 9) tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?
- a) mais do que de costume
  - b) o mesmo de sempre
  - c) menos que de costume
  - d) muito menos que de costume
- 10) se sentido triste e deprimida?
- a) de jeito nenhum
  - b) não mais que o de costume
  - c) um pouco mais que de costume
  - d) bem mais do que de costume
- 11) perdido a confiança em você mesmo?
- a) de jeito nenhum
  - b) não mais que o de costume
  - c) um pouco mais que de costume
  - d) bem mais do que de costume
- 12) se achado uma pessoa sem valor?
- a) de jeito nenhum
  - b) não mais que o de costume
  - c) um pouco mais que de costume
  - d) bem mais do que de costuma

## ANEXO 2

### Termo de Consentimento para Participar da Pesquisa

**"O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte"**

**Pesquisadora Principal:** Maria Helena Hasselmann

#### Para que serve esta pesquisa?

Para estudar como os conflitos familiares e as reações dos familiares a estes conflitos, os cuidados maternos com a criança e o apoio social recebido pela família interferem no crescimento infantil.

#### Como irei participar?

1. Respondendo a perguntas sobre minha situação sócio-econômica, idade, história da minha gestação e hábitos do meu dia a dia, reações a situações de conflitos familiares, meu jeito de cuidar o meu filho, apoio social que eu e minha família recebemos entre outras.
2. Autorizando avaliação do crescimento do meu filho através de medidas de peso e comprimento.

Para responder as perguntas e fazer as medidas, comprometo-me a retornar à esse serviço em 4 consultas que serão agendadas pela equipe de pesquisadores/serviço de saúde ou no agendamento da vacina do meu filho durante o período máximo de 1 ano.

Fui informada que as medidas a serão feitas com balança e antropômetro (régua para medir o bebê) e que nenhum desses instrumentos apresentam risco para saúde do meu filho, nem a curto nem longo prazo, não sendo perigosos.

O tempo para responder as perguntas e fazer as medidas é de aproximadamente 50 minutos

#### Quais as vantagens?

Conhecer e acompanhar o crescimento do bebê e a relação entre o ambiente familiar, os cuidados maternos e a importância do apoio social neste processo é relevante para que a criança possa se desenvolver feliz e saudável.

#### Sigilo

Fui informada de que toda informação fornecida será guardada em segredo e utilizada apenas para pesquisa. O meu nome em nenhum momento será revelado.

#### Meu Consentimento

Minha participação é de livre e espontânea vontade. Tenho liberdade para continuar ou recusar em qualquer momento a participar da pesquisa.

O atendimento do meu filho no Serviço de Saúde não será em momento algum afetado pela minha recusa.

Eu concordo em participar deste estudo e estou totalmente esclarecida de todos os riscos e benefícios que poderão surgir desta pesquisa, uma vez que tenho em mãos este documento e oportunidade de lê-lo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_