

Rev Saúde Pública 2008;42(Supl. 2):26-33

Luciana Anselmi
Fernando C Barros
Gicele C Minten
Denise P Gigante
Bernardo L Horta
Cesar G Vitoria

Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS

Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com fatores de risco numa coorte de adultos jovens.

MÉTODOS: Estudo transversal aninhado à coorte de nascimentos de 1982 de Pelotas, RS. Em 2004-5, 4.297 indivíduos foram entrevistados em visita domiciliar. A probabilidade de transtornos mentais comuns foi estimada pelo *Self-Report Questionnaire*. Os fatores de risco incluíram variáveis socioeconômicas, demográficas, perinatais e ambientais. A análise foi estratificada por sexo e as razões de prevalência simples e ajustadas foram estimadas utilizando-se regressão de Poisson.

RESULTADOS: A prevalência de transtornos mentais comuns na população geral foi 28,0%; 32,8% e 23,5%, respectivamente, entre mulheres e homens. Independentemente da pobreza em 1982, homens e mulheres pobres em 2004-5 apresentaram risco aproximado de 1,5 para esses transtornos ($p \leq 0,001$), quando comparados aos que nunca foram pobres. Entre as mulheres, ter sido pobre na infância ($p \leq 0,001$) e ter cor da pele preta ou parda ($p = 0,002$) também aumentou o risco para transtornos mentais comuns. O baixo peso ao nascer e a duração da amamentação não estiveram associadas com o risco desses transtornos.

CONCLUSÕES: A maior prevalência de transtornos mentais comuns nos indivíduos com baixa renda familiar e de minorias étnico-raciais mostra haver impacto das desigualdades sociais, presentes no nascimento, sobre esses transtornos.

DESCRITORES: Adulto. Sintomas Psíquicos. Transtornos de Ansiedade. Transtorno Depressivo. Estudos de Coortes. Brasil.

Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia. Universidade Federal de
Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Luciana Anselmi
R. Marechal Deodoro, 1160 - 3º piso
96020-220 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: luanselmi@terra.com.br

Recebido: 10/10/2007
Revisado: 13/10/2008
Aprovado: 14/10/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of common mental disorders and assess its association with risk factors in a cohort of young adults.

METHODS: Cross-sectional study nested in a 1982 birth cohort study conducted in Pelotas, Southern Brazil. In 2004-5, 4,297 subjects were interviewed during home visits. Common mental disorders were assessed using the Self-Report Questionnaire. Risk factors included socioeconomic, demographic, perinatal, and environmental variables. The analysis was stratified by gender and crude and adjusted prevalence ratios were estimated by Poisson regression.

RESULTS: The overall prevalence of common mental disorders was 28.0%; 32.8% and 23.5% in women and men, respectively. Men and women who were poor in 2004-5, regardless of their poor status in 1982, had nearly 1.5-fold increased risk for common mental disorders ($p \leq 0.001$) when compared to those who have never been poor. Among women, being poor during childhood ($p \leq 0.001$) and black/mixed skin color ($p = 0.002$) increased the risk for mental disorders. Low birth weight and duration of breastfeeding were not associated to the risk of these disorders.

CONCLUSIONS: Higher prevalence of common mental disorders among low-income groups and race-ethnic minorities suggests that social inequalities present at birth have a major impact on mental health, especially common mental disorders.

DESCRIPTORS: Adult. Symptoms Psychic. Anxiety Disorders. Depressive Disorder. Cohort Studies. Brazil.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMC) constituem uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores.¹¹

A prevalência de transtornos mentais em jovens adultos é alta, podendo chegar a 25-40%,¹⁹ possivelmente porque nesta fase a maioria dos transtornos psiquiátricos ocorrem em frequências mais elevadas na população.^{12,18} Em estudos populacionais brasileiros estimou-se a prevalência de TMC em adolescentes e adultos, em 36,0% no Nordeste⁷ e 17,0% no Sudeste.¹⁷ Na região Sul do País, na cidade de Pelotas, 28,8%²⁰ de adolescentes apresentaram TMC, 28,5% de adultos⁸ e 22,7% de indivíduos com 15 anos ou mais.¹⁵

Estudos transversais evidenciaram que os TMC são mais frequentes entre mulheres,¹⁷ negros,⁷ pobres,^{8,15} desempregados,¹⁷ tabagistas,^{8,20} doentes crônicos,⁸ indivíduos com baixo apoio social⁷ ou que sofreram eventos estressantes,¹⁵ indivíduos com baixa escolaridade¹⁷ ou cujas mães tinham baixa escolaridade.²⁰

Estudos longitudinais mostraram o impacto de fatores de risco precoces, como pobreza na infância,¹⁰ baixo

peso ao nascer e retardo de crescimento intrauterino^{21,25} na depressão em indivíduos adultos. A etiologia dos transtornos mentais era inicialmente atribuída a traumas emocionais na infância⁹ ou à relação mãe-bebê disfuncional⁵ e, mais recentemente, também à origem fetal²¹ e genética⁶ dos transtornos mentais. Assim, a identificação dos precursores na infância dos transtornos mentais é necessária ao entendimento de sua etiologia e para o planejamento de políticas de saúde mental.

Poucos estudos investigaram a prevalência de TMC em faixas etárias específicas e os fatores associados aos TMC por meio de medidas prospectivas. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de TMC em jovens de 23 anos e verificar sua associação com fatores de risco socioeconômicos e demográficos, perinatais e ambientais, presentes no início da vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal aninhado ao estudo de coorte de nascimentos de 1982 em Pelotas, Rio Grande do Sul.²³ No decorrer do ano de 1982, as três maternidades de Pelotas foram visitadas diariamente e as mães

de todos os 6.011 recém-nascidos, residentes em zona urbana, entrevistadas no estudo perinatal. Os 5.914 nascidos vivos constituíram a coorte original. Destes, 46 bebês nasceram em casa. A partir de 1982, realizaram-se diversos acompanhamentos, cuja metodologia detalhada estão descritas em outras publicações.^{2,23}

Entre outubro de 2004 e agosto de 2005, 4.297 indivíduos foram entrevistados durante visita domiciliar. Somando a este número os 282 óbitos identificados, a proporção da coorte original localizada foi de 77,4%. O percentual de indivíduos localizados foi mais alto entre os grupos intermediários de renda ao nascer, mas não houve diferença quanto ao sexo, peso ao nascer ou cor da pele. Entre os 4.297 participantes, 12 não responderam ao questionário sobre TMC, porque sete deles apresentavam deficiência mental, três tinham transtorno mental grave, um era surdo e houve uma perda, totalizando 4.285 sujeitos. Para avaliar os TMC nos jovens utilizou-se o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20).¹⁶ Este é um instrumento de triagem que avalia transtornos mentais comuns (anteriormente chamados transtornos psiquiátricos menores), por meio da investigação de sintomas não-psicóticos no último mês, principalmente depressão e ansiedade. É composto quatro perguntas sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas emocionais, admitindo resposta sim ou não. Consideraram-se positivos para TMC, mulheres com oito ou mais respostas positivas, e homens com seis ou mais respostas positivas, conforme sugerido no estudo de validação do instrumento no Brasil.¹⁶ O SRQ-20 é recomendado pela Organização Mundial da Saúde para estudos com amostras comunitárias em países em desenvolvimento.¹⁶ Neste estudo, o SRQ-20 foi auto-preenchido pelos jovens.

As variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde foram obtidas por meio do questionário perinatal, aplicado às mães na maternidade, em 1982.²³ Utilizaram-se, também, dados colhidos nas entrevistas domiciliares em 1983, 1984 e 1986.²³ As variáveis socioeconômicas e demográficas consideradas como possíveis fatores de risco foram: cor da pele auto-referida (brancos e pretos ou pardos); escolaridade materna; renda familiar em 1982 (em salários mínimos); e mudança de renda. Esta foi categorizada em: sempre pobre (correspondente ao menor tercil de renda familiar em 1982 e em 2005); pobre → não pobre (tercil inferior em 1982 e segundo ou terceiro tercil em 2005); não pobre → pobre (segundo ou terceiro tercil de renda em 1982 e tercil inferior em 2005); nunca pobres (segundo ou terceiro tercil em 1982 e em 2005). Foram excluídos das análises os orientais (1,7% dos indivíduos) e indígenas (1,8%). As variáveis de saúde consideradas como possíveis fatores de risco foram: peso ao nascer; amamentação (em meses completos); e TMC materno, avaliado durante em subamostra de 1.013 mães em 2001, entrevistadas com o SRQ-20, adotando-se o ponto de corte de oito sintomas para ser considerado positivo.¹⁶

As análises foram feitas separadamente para homens e mulheres. Na análise descritiva, foram obtidas as prevalências de TMC e seus intervalos de confiança, segundo testes de qui-quadrado e de tendência linear utilizados para comparação de proporções. Tanto na análise bivariada como na multivariável, utilizou-se a regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância para obter as razões de prevalência quando a prevalência do desfecho foi maior que 10%.³ O modelo de análise foi hierarquizado em três níveis, considerando variáveis do primeiro nível: cor da pele, escolaridade materna e renda familiar ao nascer; o segundo nível incluiu peso ao nascer; e o terceiro nível, o período de amamentação. Um segundo modelo utilizou a mudança de renda entre 1982 e 2004-2005 em vez de renda. A variável TMC materno não foi incluída no modelo, devido ao pequeno número de mães com esta avaliação. No modelo de análise, mantiveram-se as variáveis com $p < 0,20$. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o programa Stata.

Consentimento informado verbal foi obtido dos responsáveis pelas crianças nas fases do estudo de 1982-1986, como era a prática comum naquela época, quando inexistia um comitê de ética na Universidade Federal de Pelotas. Nas fases recentes, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, filiado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), aprovou o estudo, sendo obtido consentimento informado por escrito dos participantes.

RESULTADOS

A prevalência de TMC foi de 28,0% (26,7; 29,4) na coorte, 32,8% (30,8; 34,8) entre as mulheres e 23,5 % (21,8; 25,3) entre os homens.

Na análise bruta, as prevalências foram significativamente mais altas, em ambos os sexos, entre: indivíduos pretos ou pardos; com baixa renda familiar ao nascer; e indivíduos que permaneceram pobres desde o nascimento, ou que empobreceram no período de 23 anos. Entre as mulheres, houve também associação com baixo peso ao nascer, escolaridade materna e com TMC maternos (Tabela 1).

Na análise ajustada para fatores de confusão, a cor da pele nos homens deixou de apresentar associação com TMC quando foi controlada para a renda familiar. Na análise sobre as mulheres, o mesmo ocorreu quando o baixo peso ao nascer e a escolaridade da mãe foram ajustados para fatores socioeconômicos e demográficos. Assim, apenas a trajetória socioeconômica permaneceu significativamente associada ao desfecho em ambos os sexos: indivíduos pobres em 2004-2005, independentemente da pobreza na infância, apresentaram risco aproximado de 1,5 para TMC quando comparados com aqueles que nunca foram pobres (Tabelas 2 e 3).

Entre as mulheres, cor da pele e renda ao nascer também se mostraram associadas aos TMC (Tabela 3). O baixo peso ao nascer e a duração da amamentação não estiveram associados ao risco de TMC, para homens ou mulheres. Na análise com dados sobre saúde mental das mães, o TMC materno manteve-se associado na análise

ajustada, como fator de risco apenas para as mulheres.

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC no presente estudo foi alta (28,0%). Em outro estudo de base populacional realizado

Tabela 1. Prevalência estimada de transtornos mentais comuns segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, perinatais e ambientais. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

Variável	n	%	Homem		Mulher	
			n	%	n	%
Cor da pele*, **	<0,001***		0,005***		<0,001***	
Branca	3229	25,9	1651	21,9	1575	30,0
Preta ou parda	906	33,7	469	26,9	435	41,1
E escolaridade materna (anos)**	<0,001****		0,10****		<0,001****	
0 - 4	1402	31,7	716	25,8	684	37,9
5 - 8	1822	27,8	952	22,8	869	33,3
9 - 11	473	24,1	238	20,6	233	27,9
≥12	582	22,9	294	22,1	288	23,6
Renda familiar em 1982 (SM)**	<0,001****		0,04****		<0,001****	
≤ 1	851	34,8	435	28,0	414	41,8
1,1 - 3	2118	28,5	1089	23,0	1027	34,3
3,1 - 6	800	22,5	417	20,4	382	24,9
6,1 - 10	252	25,0	130	24,6	122	25,4
> 10	243	20,6	123	20,3	120	20,8
Mudança de renda (1982 → 2004-5)**	<0,001****		<0,001****		<0,001****	
Sempre pobre	707	38,9	333	33,3	373	43,7
Não pobre → pobre	712	33,8	340	29,4	371	38,0
Pobre → não pobre	661	27,4	357	20,7	304	35,2
Nunca pobre	2205	22,9	1174	19,8	1028	26,4
Transtorno mental materno*****	0,06***		0,67***		0,02***	
Não	670	22,7	354	22,0	316	23,4
Sim	233	28,8	130	23,8	103	35,0
Peso ao nascer (g)**	<0,001****		0,06****		0,03****	
< 2500	301	34,6	136	27,9	165	40,0
2500 - 2999	1018	30,6	450	25,3	568	34,7
3000 - 3499	1628	26,9	844	23,1	782	30,9
3500 - 3999	1096	26,7	609	22,5	484	32,0
≥ 4000	241	22,4	165	20,0	76	27,6
Amamentação (meses)**	0,68****		0,22****		0,73****	
< 1,0	897	29,7	481	26,8	414	32,9
1,0 - 2,9	1072	27,1	544	22,2	527	32,1
3,0 - 5,9	951	28,1	482	24,1	468	32,3
6,0 - 8,9	393	26,0	202	19,3	191	33,0
9,0 - 11,9	159	26,4	82	18,3	76	34,2
≥12,0	678	28,6	334	23,7	344	33,4
Total*****	4285	28,0	2207	23,5	2078	32,8

SM: Salário mínimo

* 150 entrevistados se autocalificaram como amarelo ou indígenas.

** 4297 entrevistas em 2004-5 houve falta de informação para até 147 pessoas (3,4% dos entrevistados).

*** Teste do qui-quadrado para heterogeneidade.

**** Teste do qui-quadrado para tendência linear.

***** Variável utilizada no acompanhamento de 2001.

***** Para 12 entrevistados em 2004-5 não havia informações sobre transtornos mentais comuns.

na cidade de Pelotas em 1994, com o mesmo instrumento e ponto de corte, encontrou-se prevalência mais baixa (21,7%) em sujeitos entre 15 e 34 anos de idade.¹⁵ Possivelmente a inclusão de adolescentes e adultos na mesma categoria diminuiu a prevalência dos TMC. A comparação com demais estudos brasileiros que usaram o SRQ-20 não é adequada devido às diferenças em relação ao tempo de recordatório ou aos pontos de corte do instrumento. Além disso, poucos estudos se referem a faixas etárias específicas, mostrando uma prevalência geral que inclui desde a adolescência até a velhice.

Uma limitação do presente estudo é uso do SRQ-20, que apesar de sua alta sensibilidade e especificidade, é um instrumento de triagem, e não de diagnóstico. Além disso, o estudo refere-se aos nascidos entre janeiro e dezembro de 1982, em Pelotas. Portanto, os resultados podem não se estender às populações de outras localidades, e os resultados podem estar limitados ao período em que foi realizado este estudo. Por outro lado, o delineamento prospectivo com longo período de acompanhamento é inédito em estudos sobre fatores de risco para transtornos mentais em países de baixa

Tabela 2. Análise bruta e ajustada dos transtornos mentais comuns para homens. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

Variável	Análise bruta		Análise ajustada*	
	RP IC 95%	p	RP IC 95%	p
Cor da pele		0,003**		0,01**
Branca	1		1	
Preta ou parda	1,23 (1,03;1,46)		1,18 (0,98;1,42)	
Escolaridade materna (anos)		0,11***		0,77***
0 – 4	1,17 (0,91;1,50)		1,03 (0,74;1,43)	
5 – 8	1,03 (0,81;1,32)		0,97 (0,71;1,33)	
9 – 11	0,93 (0,67;1,29)		0,92 (0,64;1,31)	
> 12	1		1	
Renda familiar 1982 (SM)		0,05***		0,19***
≤ 1,0	1,38 (0,94;2,02)		1,28 (0,87;1,88)	
1,1 - 3,0	1,13 (0,79;1,64)		1,09 (0,75;1,57)	
3,1 - 6,0	1,00 (0,67;1,49)		0,99 (0,67;1,47)	
6,1 - 10,0	1,21 (0,76;1,92)		1,21 (0,76;1,92)	
> 10,0	1		1	
Mudança de renda		<0,001***		<0,001***
Sempre pobre	1,69 (1,39;2,04)		1,59 (1,30;1,95)	
Não pobre → pobre	1,49 (1,22;1,82)		1,46 (1,20;1,70)	
Pobre → não pobre	1,05 (0,83;1,32)		0,99 (0,77;1,27)	
Nunca pobre	1		1	
Peso ao nascer (g)		0,06***		0,11***
<2500	1,40 (0,93;2,10)		1,32 (0,88;1,99)	
2500 – 2999	1,27 (0,90;1,79)		1,23 (0,87;1,73)	
3000 – 3499	1,16 (0,83;1,61)		1,11 (0,80;1,55)	
3500 – 3999	1,12 (0,80;1,58)		1,10 (0,79;1,54)	
> 4000	1		1	
Amamentação (meses)		0,23***		0,22***
<1,0	1,13 (0,89;1,44)		1,15 (0,90;1,47)	
1,0 - 2,9	0,94 (0,73;1,21)		0,97 (0,76;1,25)	
3,0 - 5,9	1,02 (0,79;1,31)		1,04 (0,81;1,34)	
6,0 - 8,9	0,82 (0,58;1,15)		0,86 (0,61;1,21)	
9,0 - 11,9	0,77 (0,47;1,27)		0,81 (0,50;1,34)	
> 12,0	1		1	

RP: Razão prevalência

SM: Salário mínimo

* As variáveis do primeiro nível (cor da pele, escolaridade materna e renda familiar em 1982) foram ajustadas entre si e mantidas no modelo de análise se $p < 0,2$.

Mudança de renda ajustada para cor da pele. Peso ao nascer ajustado para cor da pele, escolaridade materna e renda familiar em 1982. Amamentação ajustada para cor da pele, escolaridade materna, renda familiar e peso ao nascer.

** Teste de Wald para heterogeneidade.

*** Teste de Wald para tendência linear.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos transtornos mentais comuns para mulheres da coorte de 1982. Pelotas, RS, 1982 a 2004-5.

Variável	Análise bruta		Análise ajustada*	
	RP IC 95%	p	RP IC 95%	p
Cor da pele		<0,001**		0,002**
Branca	1		1	
Preta ou parda	1,37 (1,20;1,57)		1,25 (1,09;1,43)	
Escolaridade materna		<0,001***		0,33***
0 – 4	1,60 (1,28;2,02)		1,13 (0,84;1,52)	
5 – 8	1,41 (1,12;1,77)		1,09 (0,82;1,44)	
9 – 11	1,18 (0,88;1,58)		1,03 (0,74;1,41)	
>12	1		1	
Renda familiar 1982 (SM)		<0,001***		<0,001***
≤ 1,0	2,01 (1,39;2,89)		1,83 (1,27;2,66)	
1,1-3,0	1,65 (1,15;2,36)		1,56 (1,09;2,23)	
3,1-6,0	1,19 (0,81;1,76)		1,16 (0,79;1,71)	
6,1-10,0	1,22 (0,77;1,94)		1,20 (0,76;1,91)	
>10,0	1		1	
Mudança de renda		<0,001***		<0,001***
Sempre pobre	1,66 (1,42;1,93)		1,44 (1,19;1,74)	
Não pobre → pobre	1,44 (1,22;1,70)		1,37 (1,16;1,62)	
Pobre → não pobre	1,34 (1,11;1,60)		1,17 (0,95;1,44)	
Nunca pobre	1		1	
Peso ao nascer		0,03***		0,24***
<2500	1,45 (0,96;2,18)		1,34 (0,89;2,01)	
2500 – 2999	1,26 (0,86;1,84)		1,18 (0,81;1,73)	
3000 – 3499	1,12 (0,77;1,64)		1,10 (0,76;1,61)	
3500 – 3999	1,16 (0,79;1,71)		1,18 (0,81;1,74)	
>4000	1		1	
Amamentação (meses)		0,73***		0,95***
<1,0	0,98 (0,80;1,20)		1,04 (0,85;1,27)	
1,0- 2,9	0,96 (0,79;1,16)		0,99 (0,82;1,20)	
3,0 - 5,9	0,97 (0,79;1,18)		1,04 (0,85;1,26)	
6,0- 8,9	0,99 (0,77;1,27)		1,08 (0,84;1,39)	
9,0- 11,9	1,02 (0,72;1,45)		1,03 (0,72;1,49)	
>12,0	1		1	

RP: Razão prevalência

SM: Salário mínimo

* As variáveis do primeiro nível (cor da pele, escolaridade materna, escolaridade paterna e renda familiar em 82) foram ajustadas entre si e mantidas no modelo de análise e $p < 0,2$. Mudança de renda ajustada para cor da pele. Peso ao nascer ajustado para cor da pele, escolaridade materna e renda familiar em 1982. Amamentação ajustada para cor da pele, escolaridade materna, renda familiar e peso ao nascer.

** Teste de Wald para heterogeneidade.

*** Teste de Wald para tendência linear.

e média renda, permitindo inferências sobre a direção das relações causais.

Uma prevalência alta no início da idade adulta era esperada porque no *Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*, realizado na Nova Zelândia, que investigou transtornos mentais nos mesmos indivíduos aos 21, 26 e 32 anos, foram identificadas as maiores prevalências para a maioria dos transtornos aos 21 e 26 anos, diminuindo aos 32 anos.¹⁸ Também em estudos

epidemiológicos que incluíram faixas etárias amplas, as prevalências de transtornos mentais em jovens no final da adolescência e início da vida adulta foram maiores do que entre adultos mais velhos.^{12,24} Estudo coordenado pela Organização Mundial da Saúde, realizado em diversos países (inclusive no Brasil) entre 1990 e 1996, mostrou maior prevalência dos transtornos mentais listados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹ em indivíduos entre 18 e 24 anos.²⁴ No Estudo Nacional de Comorbidade (*National*

Comorbidity Survey — NCS), realizado nos Estados Unidos entre 1990-1992, com indivíduos de 15 a 54 anos, a maior prevalência de transtorno psiquiátrico, no último ano, deu-se entre 15 e 24 anos.¹²

Consistente com estudos prévios, a prevalência estimada de TMC foi mais alta entre as mulheres.^{8,15} Mulheres apresentam prevalências mais altas de depressão e ansiedade na idade adulta.^{12,24} Além disso, a chance de casos falso-negativos entre os homens é maior, quando se trata de triagem em saúde mental.¹⁶ Este erro de classificação pode ocorrer porque os homens: 1) costumam associar doença à fraqueza;¹⁶ 2) tendem a expressar menos as ansiedades e os sentimentos de tristeza do que as mulheres;¹⁶ 3) podem ter mais dificuldades em relatar seus sintomas emocionais na presença de entrevistadores.¹⁵

No presente estudo, na coorte avaliada desde a infância, observou-se maior prevalência de TMC nos indivíduos atualmente pobres, independentemente da situação socioeconômica anterior, sugerindo que a saúde mental é determinada mais fortemente pela condição social atual. No entanto, entre as mulheres, a renda familiar no nascimento também permaneceu associada aos TMC, mesmo após o ajuste para a renda familiar atual.

Estudos transversais realizados no Brasil^{7,17} e em diversos países^{12,24} mostraram associação entre pobreza e TMC. Os resultados dos estudos longitudinais sobre pobreza na infância e TMC são menos consistentes.¹⁸ Porém, a associação entre pobreza na infância com desfechos psiquiátricos na idade adulta foi relatada em estudos de coorte.^{10,18} No *Dunedin Study*, as crianças cujas famílias tinham baixo nível socioeconômico apresentaram risco aumentado de dependência de substâncias quando estavam com 32 anos de idade.¹⁸ No *Providence National Collaborative Perinatal Project Study*, realizado nos Estados Unidos, o baixo nível socioeconômico da família, avaliado ainda na gestação e aos sete anos, aumentou aproximadamente duas vezes o risco dos sujeitos desenvolverem depressão maior na idade adulta, independentemente de fatores sociodemográficos da infância, história familiar de transtorno mental e nível socioeconômico na idade

adulta.¹⁰ Nesses trabalhos foi atribuído este efeito de longo prazo da pobreza às múltiplas adversidades mais frequentemente vividas por crianças pobres, tais como: maior prevalência de transtornos mentais em famílias; baixo QI; experiência de maus tratos¹⁸ e eventos estressantes, desestrutura familiar; problemas de saúde; e dificuldades em estabelecer apego.¹⁰

A maior prevalência de TMC em indivíduos negros é consistente com os resultados de outros estudos.²² Para as mulheres negras, a associação permaneceu após o ajuste para renda e escolaridade indicando que possíveis experiências de discriminação racial, provavelmente vivenciadas por pessoas de minorias étnicas, aumentaria o risco de desenvolver TMC.¹⁴

A associação entre TMC materno e transtorno psiquiátrico das filhas sugere que a influência da saúde mental materna é maior sobre a filha do que sobre o filho. Tal associação também pode ser decorrente de maior herdabilidade de depressão entre as mulheres.⁴

O baixo peso ao nascer e a escolaridade das mães não permaneceram associados aos TMC entre as mulheres na análise ajustada. Isso sugere que a associação encontrada entre as mulheres deveu-se ao menor nível socioeconômico daquelas que nasceram com baixo peso e cujas mães tinham baixa escolaridade.

No presente estudo, a duração da amamentação não ficou associada aos TMC, confirmando resultados do *Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT)*, que acompanhou 17.046 díades mães-bebê na Bielorrússia¹³ e não encontrou associação entre duração da amamentação e desfechos de saúde mental na infância.

Apresentar TMC no início da vida adulta, período de transição educacional e ingresso no mundo o trabalho, pode prejudicar a mobilidade social destes jovens, criando um ciclo de desvantagens ao longo da vida. A seleção social, ou seja, a queda na posição social produzida por transtornos mentais, destes jovens que apresentaram TMC aos 23 anos poderá ser avaliada em futuros acompanhamentos desta coorte, investigando as consequências educacionais e para o trabalho dos TMC.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV. 4. ed. Washington, DC; 1994.
2. Barros FC, Victora CG, Horta BL, Gigante DP. Metodologia do estudo da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica*. 2008;42(Supl 2):7-15.
3. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. DOI: 10.1186/1471-2288-3-21
4. Bierut LJ, Heath AC, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Madden PA, Statham DJ, et al. Major depressive disorder in a community-based twin sample: are there different genetic and environmental contributions for men and women? *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(6):557-63. DOI: 10.1001/archpsyc.56.6.557
5. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic; 1982.
6. Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2006;7(7):583-90. DOI: 10.1038/nrn1925

7. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000100009
8. Costa JSDd, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAPd, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):164-73.
9. Freud. S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
10. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):359-67. DOI: 10.1093/ije/31.2.359
11. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
12. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
13. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mironova E, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics*. 2008;121(3):e435-40. DOI: 10.1542/peds.2007-1248
14. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med*. 2005;61(7):1576-96. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.03.006
15. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psi Clin*. 1999;26(5):225-35.
16. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis*. 1986;39(5):371-377.
17. Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarrodo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000060
18. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *Am J Epidemiol*. 2007;166(8):966-74. DOI: 10.1093/aje/kwm155
19. Miech R, Caspi A, Moffitt T, Wright B, Silva P. Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *Am J Sociol*. 1999;104(4):1096-131. DOI: 10.1086/210137
20. Pinheiro KA, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):241-5. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000040
21. Thompson C, Syddall H, Rodin I, Osmond C, Barker DJ. Birth weight and the risk of depressive disorder in late life. *Br J Psychiatry*. 2001;179:450-5. DOI: 10.1192/bjp.179.5.450
22. Vega W, Rumbaut R. Ethnic minorities and mental health. *Annu Rev Sociology*. 1991;17:351-83. DOI: 10.1146/annurev.so.17.080191.002031
23. Victora CG, Barros FC. Cohort profile: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2005;35(2):237-42. DOI: 10.1093/ije/dy1290
24. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparison of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413-26.
25. Wiles NJ, Peters TJ, Leon DA, Lewis G. Birth weight and psychological distress at age 45-51 years: results from the Aberdeen Children of the 1950s cohort study. *Br J Psychiatry*. 2005;187:21-8. DOI: 10.1192/bjp.187.1.21

Artigo baseado em dados da pesquisa "Coorte de nascimentos de Pelotas 1982", realizada pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas. O estudo da coorte de nascimentos de 1982 é atualmente financiado pela iniciativa da Wellcome Trust intitulada Major Awards for Latin America on Health Consequences of Population Change. Fases anteriores do estudo foram financiadas pelo International Development Research Center, pela Organização Mundial da Saúde, pelo Overseas Development Administration, pela União Européia, pelo Programa Nacional de Núcleos de Excelência (PRONEX) e pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Ministério da Saúde.

Este artigo seguiu o mesmo processo de revisão por pares de qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, sendo garantido o anonimato entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesses.