

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

**EVENTOS ESTRESSANTES, INSATISFAÇÃO NA VIDA E
MORBIDADE PSIQUIÁTRICA MENOR EM PELOTAS, RS**

LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre**

**ORIENTADOR: JORGE UMBERTO BÉRIA
CO-ORIENTADOR: MAURÍCIO SILVA DE LIMA**

PELOTAS, NOVEMBRO DE 1997

LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

**EVENTOS ESTRESSANTES, INSATISFAÇÃO NA VIDA
E MORBIDADE PSIQUIÁTRICA MENOR EM PELOTAS, RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Epidemiologia da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Pelotas como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Jorge Umberto Béria

Co-Orientador: Maurício Silva de Lima

Pelotas
Faculdade de Medicina da UFPel
1997

APRESENTAÇÃO:

A presente dissertação para conclusão de Mestrado em Epidemiologia, está organizada da seguinte forma:

Parte I: Projeto de Pesquisa

Parte II: Relatório do trabalho de campo

Parte III: Artigo 1:

Eventos Estressantes na Infância e Adolescência: fatores de risco para Transtornos Psiquiátricos Menores na idade adulta?

Parte IV: Artigo 2:

Insatisfação em diversos setores da vida: possível indicador de morbidade psiquiátrica?

Anexo 1: Questionário individual

Anexo 2: Manual de instruções

Agradecimentos

Sempre que somos de alguma forma ajudados, e seguidamente somos, é natural que agradeçamos, dizendo “obrigado”. Agradecer com palavras escritas, geralmente perde o seu maior objetivo, que é a expressão de um sentimento: o sentimento de gratidão. Nominar pessoas, a quem agradecemos, pode ser uma forma de destacar quem mais nos auxiliou, tornando isso público e escrito para sempre, mas propicia que se cometa uma grave injustiça com outras pessoas, que também nos auxiliaram. Enfim, os meus agradecimentos

Ao orientador Jorge Umberto Béria e ao co-orientador Maurício Silva de Lima.

Ao grupo do Centro de Pesquisas, professores representados por César Victora e funcionários representados por Maria do Amparo Ambrósio.

Aos colegas do Departamento de Saúde Mental, representados pelo amigo Fábio de Alencar Braga e à Faculdade de Medicina pelo diretor Wanderlei Rospide da Motta.

À Secretaria Municipal de Saúde, representada pelo secretário Antonio Cesar Borges e pelo amigo Kléber Antônio Ramil.

Aos supervisores, representados por Rogério Tomasi Riffel.

Aos entrevistadores, Alessandra Paz, André Weber, Cíntia, Cláudia Nogueira, Fábio Gomes, Eduardo Pimentel, Elvem Santos, Jane, Júlio César Rigo, Marcelo Coltro, Marta Perez Leite, Mirton César Inda, Neusa Azzolini, Ronaldo Cecagno e Raquel Haerter.

Aos incentivadores, representados por Maria Teresa Olinto e Ricardo Halpern.

Aos meus familiares, representados por minha irmã Cristina.

Em especial, às minhas filhas Letícia, Fernanda e Renata, e esposa Rita.

Tenho a certeza de que todos que me auxiliaram, e foram muitos, das mais variadas formas, sabem que o fizeram, independente de qualquer destaque. A esses expresso o meu sentimento de gratidão, pois somente por sua ajuda foi possível desenvolver e concluir este trabalho. Para terem uma noção mais “estimada” do que sinto, lembrem-se da pessoa ou situação em que mais sentiram-se gratos. O que sentiram nessa ocasião é o mesmo que sinto em relação a vocês.

“MUITO OBRIGADO”

ÍNDICE

Páginas

1. PROJETO DE PESQUISA	7
1.1 Introdução	8
1.2 Marco teórico	11
1.3 Objetivos	14
1.4 Hipóteses	15
1.5 Metodologia	15
1.5.1 Delineamento	15
1.5.2 População alvo	15
1.5.3 Amostragem	15
1.5.4 Seleção e treinamento	16
1.5.5 Coleta de dados	17
1.5.6 Instrumentos	17
1.5.7 Variáveis	17
1.5.8 Estudo piloto	19
1.5.9 Trabalho de campo	19
1.5.10 Controle de qualidade	19
1.6 Logística	19
1.7 Análise dos dados	20
1.7.1 Univariada	20
1.7.2 Bivariada	20
1.7.3 Multivariada	20
1.8 Orçamento	21
1.9 Possíveis viéses	21
1.10 Cronograma	22
1.11 Referências bibliográficas	22
1.12 Modelo teórico (Figura 1)	25
1.13 Modelo de análise (Figura 2)	26
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	27
2.1 Introdução	28
2.2 Questionário	28
2.3 Seleção de entrevistadores	28
2.4 Treinamento	29
2.5 Metodologia	31
2.6 Amostragem	31
2.7 Estudo piloto	32
2.8 Recálculo do tamanho da amostra	39
2.9 Coleta de dados	40
2.10 Controle de qualidade	41

2.11 Perdas e recusas	42
2.12 Mapa dos setores	43
3. ARTIGO 1. Eventos Estressantes na Infância e Adolescência: Fatores de risco para Transtornos Psiquiátricos Menores ?	45
3.1 Introdução	48
3.2 Metodologia	49
3.3 Resultados	52
3.4 Discussão	54
3.5 Referências Bibliográficas	57
4. ARTIGO 2. Insatisfação em diversos setores da vida: Possíveis indicadores de Transtornos Psiquiátricos Menores ?	66
3.1 Introdução	69
3.2 Metodologia	70
3.3 Resultados	73
3.4 Discussão	76
3.5 Referências Bibliográficas	79
5. ANEXOS	
5.1 Questionário individual	88
5.2 Manual de instruções	100

LISTA DE FIGURAS

Projeto.

Figura 1. Modelo teórico	25
Figura 2. Modelo de análise	26

Relatório

Figura 1. Eventos estressantes no piloto e pesquisa	37
Figura 2. Insatisfação em setores da vida no piloto e na pesquisa	37
Figura 3. Mapa dos setores sorteados	43

Artigo 1

Figura 1. Modelo de análise	59
Figura 2. Transtornos Psiquiátricos Menores e Escolaridade	63
Figura 3. Transtornos Psiquiátricos Menores e Renda	63

Figura 4. Razão de Odds de Transtornos Psiquiátricos Menores em adultos com eventos estressantes antes dos 20 anos	64
Figura 5. Razão de Odds e Intervalos de Confiança de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com eventos estressantes ocorridos antes dos 20 anos	64
Artigo 2	
Figura 1. Modelo de análise	81
Figura 2. Razão de Odds de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com insatisfação em diversos setores da vida	86
Figura 3. Razão de Odds e Intervalos de Confiança de Transtornos Psiquiátricos Menores, de acordo com insatisfação	86

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Relatório

Tabela 1. Distribuição da amostra do piloto de acordo com variáveis demográficas, sócio-econômicas, SRQ e CAGE	33
Tabela 2. Distribuição dos eventos estressantes antes dos 20 anos e do grau de insatisfação em setores da vida, no piloto	34
Quadro 1. Utilização dos dados do piloto para o estudo final	35
Tabela 3. Comparação do piloto e da pesquisa de acordo com variáveis demográficas, sócio-econômicas, SRQ e CAGE	38
Quadro 2. Recálculo do tamanho da amostra com os dados do piloto	39
Quadro 3. Perdas e recusas	42

Artigo 1

Tabela 1. Distribuição da amostra e positividade do SRQ de acordo com variáveis demográficas e sócio-econômicas	60
Tabela 2. Distribuição da amostra e positividade do SRQ de acordo com eventos estressantes na infância e adolescência	61
Tabela 3. Análise multivariada de eventos estressantes como fatores associados a Transtornos Psiquiátricos Menores	62

Artigo 2

Tabela 1. Insatisfação em setores da vida de acordo com variáveis demográficas e sócio-econômicas	82
Tabela 2. Graus de satisfação e Transtornos Psiquiátricos Menores	83
Tabela 3. Graus de satisfação (variável dicotômica) e Transtornos Psiquiátricos Menores, estratificado por gênero	84
Tabela 4. Análise multivariada de graus de satisfação como fatores associados a Transtornos Psiquiátricos Menores	85

Parte I:

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PROJETO DE PESQUISA
EPIDEMIOLOGIA DOS EVENTOS
ESTRESSANTES

MESTRANDO - LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

ORIENTADOR - JORGE UMBERTO BÉRIA

CO-ORIENTADOR - MAURÍCIO SILVA DE LIMA

1. INTRODUÇÃO

Durante toda a nossa vida, de uma forma universal, ocorrem diversas situações, que originam sentimentos desagradáveis, geralmente acompanhados de algum tipo de ansiedade ou tensão emocional, tanto pelas características próprias da situação como pelas nossas características individuais. Essas situações, denominadas crises vitais, apresentam algum grau de dificuldade, e por isto, geralmente são eventos estressantes¹. É importante termos uma noção muito clara do conceito de crise vital. Segundo Erikson, são períodos de comportamento indiferenciado, que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos que podem levar a mudanças no sentido de maior saúde e maturidade, em cujo caso a crise foi um episódio benéfico, ou no sentido de uma capacidade reduzida para enfrentar com eficácia os problemas da vida e neste caso, a crise foi um episódio prejudicial². Esta concepção de crise, acrescenta à concepção de tensão ou trauma, como fatores etiológicos de transtornos mentais, a idéia de que uma situação, que origine tensão emocional ou que seja estressante, pode ser uma oportunidade não só para a doença, mas, muitas vezes, para a saúde¹. A ocorrência de eventos estressantes e o modo como os enfrentamos tem um papel decisivo na nossa vida futura. O modo como enfrentamos esses eventos depende de quais condições temos para isso e da intensidade e duração do próprio evento¹. A presença de eventos estressantes, sua intensidade e duração, quais são eles, que condições temos para enfrentá-los e o modo como os enfrentamos, tornam-se fundamentais, tanto no sentido de ficarmos mais

vulneráveis, como no sentido de ficarmos mais capazes para melhor ou mais adequadamente lidar, no futuro, com outras situações difíceis ou problemas¹.

Estudos epidemiológicos, de várias partes do mundo^{3,4,5} e realizados no Brasil^{6,7,8}, mostram a alta prevalência de morbidade psiquiátrica na população, sabendo-se que as situações externas adversas desempenham um papel importante nessa resultante. Foram estudados, na morbidade psiquiátrica, vários transtornos como: transtornos de ansiedade^{9,10}, depressivos⁹, hipocondríacos¹², dissociativos¹¹, abuso do álcool^{5,13} e suicídio^{14,15}, além de transtornos psicóticos e de personalidade, que se mostraram associados a eventos estressantes prévios, principalmente ocorridos na infância.

Os principais eventos estressantes estudados são: perda de familiares,^{8,9,11,13,14,16,17}, separação dos pais^{9,18}, separação conjugal^{8,14,17}, abuso sexual intra e extra-familiar¹⁴, brigas na família^{14,18}, doenças no indivíduo e em familiar^{8,14}, problemas no trabalho¹⁴, desemprego^{8,14}, aposentadoria^{8,15}, acidente de trânsito^{8,16}, assalto^{8,16}, violência sexual¹⁶ e migração^{8,15}. Escolhemos, para citar um exemplo, um estudo de base populacional⁸, realizado em Pelotas no ano de 1994, com uma população alvo de pessoas acima de 15 anos, que, entre os seus resultados, mostrou uma prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de 22,7%. Foi pesquisada a ocorrência de eventos estressantes na vida dos entrevistados, mas apenas os ocorridos no ano anterior à coleta dos dados. As incidências encontradas foram: morte de cônjuge ou irmão(ã), 4,2%; familiar com doença crônica, 9,9%; separação conjugal, 2,7%; acidente, 7,1%; desemprego, 8,9%; assalto ou roubo, 7,2%.

Pelo trabalho clínico de muitos anos, de vários psiquiatras, observa-se a íntima associação que a morbidade psiquiátrica tem com a presença de eventos estressantes, embora a nível individual e em locais de tratamento especializado. Faz-se necessário, poder quantificar a ocorrência desses eventos a nível populacional, além de estudar que condições individuais contribuem para que, frente a esses, consigamos suportá-los e enfrentá-los ou não, tomando o caminho da doença e do sofrimento ou o caminho da saúde e da satisfação.

Tendo uma noção mais aproximada de quais situações na vida podem oferecer maior grau de dificuldade para que sejam enfrentadas e de sua frequência, teremos condições de atuar elaborando programas preventivos para a população, com os objetivos específicos de promoção da saúde e prevenção da doença. A resistência ao distúrbio mental pode ser aumentada se ajudarmos o indivíduo a ampliar seu repertório de habilidades eficazes na resolução de problemas, a fim de que não sinta a necessidade de recorrer a formas regressivas e ineficazes ao lidar com dificuldades suscetíveis de redundarem em transtornos, aumentando assim a possibilidade de um desfecho positivo¹.

Como agentes formadores de futuros médicos, na qualidade de professores, torna-se essencial transmitir, além de conhecimentos dos eventos estressantes mais intensos e mais presentes na população, a importância da pesquisa na área da saúde.

2. MARCO TEÓRICO

Quando o nosso objeto de estudo ou de pesquisa somos nós mesmos e o referencial teórico é o psicanalítico, torna-se imperiosa a abordagem inicial das nossas características, como seres humanos que somos.

Dentre os animais, somos aquele que nasce mais desprotegido, mais vulnerável a qualquer situação, seja esta própria de nós mesmos, como de toda a realidade externa que nos rodeia. Não somos capazes de atender necessidades básicas, como fome e sede, nem somos capazes de nos defender de situações naturais do ambiente, como frio e calor. Se sentimos qualquer desconforto, como fome e sede, não temos condições de buscar algo que nos alivie e se o mesmo for causado por frio ou calor, nada nos resta fazer, a não ser suportá-lo. Se alguma adversidade ocorre antes, durante o nosso desenvolvimento intra-útero, resultante de fatores hereditários ou das condições maternas da gestação, poderemos, além de tudo, ter sérias dificuldades na nossa tendência natural, de crescimento e desenvolvimento, ou seja, na aquisição de capacidades e habilidades¹. Podemos resumidamente dizer que, desde a fecundação, existe um ímpeto para a vida, uma vulnerabilidade muito grande e uma extrema dependência de que algo ou alguém do nosso meio externo satisfaça as nossas necessidades, sem o que, não teríamos condições de sobrevivência¹⁹.

Geralmente, esse alguém do nosso meio externo, que está presente para atender as nossas necessidades, são os pais ou, na falta deles, alguém que desempenhará o papel que eles teriam.

Os pais ou seus substitutos também têm características pessoais, resultante de toda sua evolução na vida, marcada por uma intensa interação entre suas condições individuais e todas as influências do seu meio exterior, do seu ambiente, conseqüentemente, são um misto de capacidades e limitações. Estamos falando de outra característica humana de fundamental importância, a constante interação com o meio no qual estamos inseridos, pois o mesmo nos oportuniza situações e a interação entre nossas condições individuais e as condições do nosso meio terá uma resultante que será, basicamente, no sentido de aumento de capacidades e habilidades ou no sentido de aumento de dificuldades e limitações¹. A extrema dependência, característica inicial do nosso desenvolvimento, faz com que nos apeguemos afetivamente aos nossos objetos, no caso, os pais ou substitutos desses e a outros membros da família²¹. Com isso, tudo que acontece no meio familiar adquire importância pela influência que nos causa através dessa interação. Assim como, em uma situação agradável, ficamos com uma imagem boa e ou um sentimento de satisfação, de uma situação desagradável ficamos com uma imagem ruim e ou um sentimento de insatisfação, e essas imagens e ou sentimentos são resultantes de cada vivência que temos²⁰. Se assim ocorre, é natural que a perda por morte ou abandono de uma mãe, de um pai, de ambos ou de outras pessoas afetivamente significativas proporcionem uma vivência de grande sofrimento, sendo

assim um evento estressante²¹. Quanto mais precocemente acontecer, mais vulneráveis somos e por consequência, menos condições temos para enfrentar a situação¹. Como essa situação há outras, que são por si só ou vivenciadas, como de ameaça a nossa integridade ou até de ameaça à nossa sobrevivência. Então, perda de pessoas afetivamente significativas por morte ou abandono e outras situações que sejam ameaças à nossa integridade ou sobrevivência, ou até situações que tenham esse significado, de ruptura de laços afetivos, são vividas como eventos estressantes²¹. Como exemplos dessas, na infância e na adolescência, temos a separação dos pais, a predominância de agressão entre eles, os maus tratos e abusos físicos sofridos, incluindo-se os abusos sexuais, as doenças em familiares ou em nós próprios, principalmente as de caráter crônico, entre outras situações, como fome e miséria, que caracterizam uma privação psicossocial muito marcante.

Na medida em que nos desenvolvemos, geralmente com a presença de um ou mais eventos dos que citamos, vivenciados com maior ou menor sofrimento e de alguma forma enfrentados, a tendência é que adquiramos algumas capacidades para que na vida adulta, tenhamos um mínimo de condições de enfrentar e resolver situações, de uma forma mais independente. Embora isso, também ficamos com algumas limitações, de diferentes intensidades, podendo chegar ao extremo de ficarmos desestruturados ou com pouca estrutura para enfrentar e resolver situações adversas na vida adulta, muitas vezes com transtornos mentais que nos limitam em todos os setores da nossa vida, causando sofrimento constante e talvez, nos acompanhando pelo resto da vida¹.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL: *Estudar a prevalência de eventos estressantes em diferentes épocas da vida, e sua possível associação com morbidade psiquiátrica na idade adulta.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: *Estudar a prevalência na infância e na adolescência, dos seguintes eventos estressantes: perda por morte ou abandono de pessoa afetivamente significativa, separação de pais, maus tratos e ou abusos físicos, presença de doença crônica ou grave no grupo familiar e presença de familiar que bebia muito.*

Estudar na vida adulta a prevalência de: perda por morte de pessoa afetivamente significativa, separação conjugal, acidentes, assaltos e roubos, desemprego, alcoolismo, morbidade psiquiátrica, uso de psicofármacos e anorexígenos.

Estudar a possível associação de eventos estressantes ocorridos na infância, adolescência e idade adulta com morbidade psiquiátrica (transtornos psiquiátricos menores).

Estudar indicadores de saúde mental, como: satisfação a nível individual, no casamento e no grupo familiar, satisfação sexual, satisfação profissional e no lazer.

4. HIPÓTESES

A prevalência de eventos estressantes na infância e adolescência é alta e mantém uma íntima associação com morbidade psiquiátrica na vida adulta.

A separação conjugal é muito mais frequente em pessoas que tiveram os pais separados previamente.

O nível de satisfação em diversos setores da vida, tem uma associação inversamente proporcional com morbidade psiquiátrica na vida adulta.

A renda e a escolaridade estão inversamente associadas à morbidade psiquiátrica na vida adulta.

5. METODOLOGIA

5.1) DELINEAMENTO: Transversal de base populacional

5.2) POPULAÇÃO ALVO: Adultos de 21 a 50 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas. Será tomada como população em estudo uma amostra representativa (equiprobabilística) da população alvo.

5.3) AMOSTRAGEM: O estudo constitui-se de duas partes, uma descritiva e outra analítica. Sendo um estudo transversal, com um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, prevalência nos não expostos de 16% e uma razão de prevalências estimada em 2, serão necessárias 1036 pessoas. Esta amostra foi calculada com o programa EPIINFO²², acrescentando-se ao número obtido, 15% para análise de fatores de confusão e 10% para perdas, de forma a estabelecer uma

margem de segurança e não perder em precisão. Amostra aleatória por setores censitários, sendo sorteados 25 setores censitários e nesses, através de amostragem sistemática será sorteado o quarteirão por onde se iniciará o estudo. No quarteirão, será sorteada a esquina por onde começarão as entrevistas, no sentido da esquerda de quem está de costas para a casa inicial, sendo visitados 35 domicílios. Será sorteada a casa inicial e com um intervalo sistemático serão vistas as demais. Serão entrevistadas todas as pessoas residentes no domicílio que tenham de 21 a 50 anos. Estimando que existam 1,2 pessoas nessa faixa etária por domicílio, teremos uma média de 42 pessoas por setor e 875 domicílios visitados perfazendo um total de 1050 pessoas. Se após fazer a volta no quarteirão não forem encontrados 35 domicílios, o entrevistador de costas para o domicílio inicial, enxergará três esquinas, atravessará a rua no sentido da esquina mais à sua esquerda e continuará as visitas até completar o número desejado de domicílios.

Será considerado o limite de 10% como índice de perdas aceitável. As únicas condições para que um domicílio seja substituído serão: serem domicílios comerciais e coletivos ou estarem desabitados, situação essa a ser confirmada pelos vizinhos.

5.4) SELEÇÃO E TREINAMENTO: *Os entrevistadores serão em número de 12, selecionados em janeiro de 1996 e treinados em janeiro e fevereiro de 1996. Trabalharão em duplas, formadas por um representante de cada sexo, totalizando seis duplas, as quais serão coordenadas por dois supervisores.*

5.5) COLETA DE DADOS: Os dados serão coletados pelos entrevistadores utilizando questionários padronizados e pré-codificados. Os dados serão digitados e armazenados em disquetes através do programa EPIINFO²², com o qual será revisada a amplitude e consistência da entrada dos mesmos.

5.6) INSTRUMENTOS: Questionário, acrescido do Self Report Questionnaire²³ (SRQ-20) questionário padronizado e validado para sua aplicação no Brasil²⁴, composto por vinte perguntas para detectar transtornos psiquiátricos menores (ponto de corte 7/8 para ambos sexos), e do CAGE, questionário padronizado e validado para seu uso no Brasil²⁵, composto de quatro perguntas para detectar dependência ao álcool (ponto de corte 1/2). Haverá um questionário sobre sexualidade feminina, de auto-aplicação que faz parte de outra pesquisa feita conjuntamente.

5.7) VARIÁVEIS: O modelo teórico é composto por três categorias de desfecho, no caso constituindo as variáveis dependentes e três categorias que constituem as variáveis independentes, expostas a seguir:

5.7.1) DEPENDENTES:

5.7.1.1) Eventos estressantes na idade adulta - serão considerados eventos estressantes, àquelas crises vitais naturais ou acidentais, que originam sentimentos desagradáveis acompanhados de ansiedade ocorridas após os 20 anos de vida do indivíduo. Esta categoria é composta das seguintes variáveis: perda de pessoa afetivamente significativa por morte, separação conjugal de fato, independente da

sua condição legal, acidentes de qualquer tipo, assaltos e roubos pessoais ou de bens materiais sofridos pelo indivíduo ou familiares e desemprego.

5.7.1.2) Morbidade Psiquiátrica - categoria composta de duas variáveis que são: transtornos psiquiátricos menores e dependência do álcool, detectadas pelos instrumentos específicos já citados no item “instrumentos”.

5.7.1.3) Níveis subjetivos de satisfação em diversos setores da vida: pessoal, familiar, conjugal, profissional, sexual e no lazer (presença de algo que o entrevistado faça, apenas por diversão).

5.7.2) INDEPENDENTES:

5.7.2.1) Fatores sócio-econômicos - categoria composta por 3 variáveis que são: escolaridade em anos completos, renda em salários mínimos e ocupação considerando no caso de haver mais de uma, a principal fonte de renda.

5.7.2.2) Fatores sócio-demográficos - categoria composta por 7 variáveis que são: sexo, cor, idade, ordem de nascimento, número de irmãos, situação conjugal de fato e número de filhos.

5.7.2.3) Eventos estressantes na infância e adolescência - crises vitais naturais ou acidentais ocorridas até os 20 anos. Esta categoria é composta pelas seguintes variáveis: perda de pessoa afetivamente significativa por morte ou abandono, separação dos pais independente de reconciliação, considerando como parâmetro para separação, nesse caso, o período mínimo de 1 mês, maus tratos e abusos físicos, considerando mesmo quando referido de forma subjetiva, como um sentimento de mau trato e incluindo abuso sexual referido pelo indivíduo, presença

de familiar que bebia muito, e a ocorrência de doença crônica ou grave na família, no indivíduo ou em seu familiar, considerando doença crônica ou grave, àquela em que mesmo podendo haver melhora dos sintomas, não há remissão da doença, e ou seja sentida como uma intensa ameaça à sobrevivência.

5.8) ESTUDO PILOTO: Será desenvolvido no mês de fevereiro de 1996, que servirá como teste para todo o trabalho de campo. Após a aplicação e análise dos seus resultados haverá novo treinamento para as equipes que realizarão o trabalho de campo, além da tentativa de transformar todas as perguntas abertas em perguntas fechadas, usando como subsídio para categorizar as respostas, as respostas obtidas com o estudo piloto.

5.9) TRABALHO DE CAMPO: Será desenvolvido em seis meses, de abril a setembro do ano de 1996.

5.10) CONTROLE DE QUALIDADE: Será feito por 2 médicos supervisores, juntamente com o coordenador, através da revisão dos questionários e da revisita a aproximadamente 5% dos entrevistados.

6. logística

Serão selecionados doze estudantes universitários, que comporão as seis duplas de entrevistadores. Cada três duplas terá um médico supervisor, além do coordenador. Os dois supervisores auxiliarão na revisão bibliográfica. A seleção e o treinamento serão realizados pelo coordenador.

A codificação das respostas, a digitação e a limpeza de dados serão realizadas por dois auxiliares de pesquisa sob a supervisão do coordenador.

A análise e interpretação dos resultados será realizada pelo coordenador, com a supervisão do orientador, Jorge Umberto Béria e do co-orientador Maurício Silva de Lima.

Os períodos de cada uma das etapas constam no cronograma.

7. ANÁLISE DOS DADOS

7.1) UNIVARIADA: Serão vistas as frequências de cada variável separadamente utilizando o pacote estatístico SPSS.

7.2) BIVARIADA: Cruzamento das variáveis através de tabelas de contingência, teste do Qui-Quadrado, utilizando o pacote estatístico SPSS for Windows²⁶. A medida de efeito será a razão de prevalências.

7.3) MULTIVARIADA: Investigação do efeito conjunto das variáveis independentes sobre cada uma das variáveis dependentes, através da regressão logística, utilizando o pacote estatístico SPSS/PC. A análise será realizada respeitando os níveis hierárquicos, de acordo com o modelo de análise.

8. ORÇAMENTO

8.1. *Despesas com pessoal: solicitação de bolsas de iniciação científica para a FAPERGS e CNPQ.*

8.2. *Material de consumo: solicitação à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.*

<i>8.3. Recursos Humanos</i>	<i>Instituição</i>	<i>Função</i>	<i>Dedicação</i>
<i>Luís Felipe Ustárroz</i>	<i>UFPEL</i>	<i>Coordenador</i>	<i>20h/sem.</i>
<i>Jorge Umberto Béria</i>	<i>UFPEL</i>	<i>Orientador</i>	<i>5h/sem.</i>
<i>Maurício Silva de Lima</i>	<i>UFPEL</i>	<i>Co-orientador</i>	<i>5h/sem.</i>
<i>Médicos (2)</i>	<i>UFPEL</i>	<i>Supervisores</i>	<i>20h/sem.</i>
<i>Estudantes universitários (12)</i>	<i>UFPEL</i>	<i>Entrevistadores</i>	<i>20h/sem.</i>

9. POSSÍVEIS VIÉSES

De amostragem - tentaremos evitá-lo tomando uma amostra equiprobabilística.

Recordatório - tentaremos evitá-lo abordando eventos que, embora alguns tenham ocorrido há muito tempo, são marcantes por sua intensidade e ou duração.

Causalidade reversa - o modelo teórico apresenta uma certa cronologia temporal e como a nossa variável de referência são os eventos estressantes ocorridos na infância, uma vez controlados os fatores sócio-econômicos e sócio-demográficos estaremos tentando evitá-la.

10. CRONOGRAMA

1995 - 1996

	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
REV. BIBLIOG	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
SEL. E TREIN.		X	X										
EST. PILOTO			X										
RETREINAM.				X									
TRAB. CAMPO					X	X	X	X	X	X			
DIGITAÇÃO						X	X	X	X	X	X		
ANÁL. DADOS									X	X	X	X	X

RELATÓRIO E ARTIGOS - a partir de novembro de 1996.

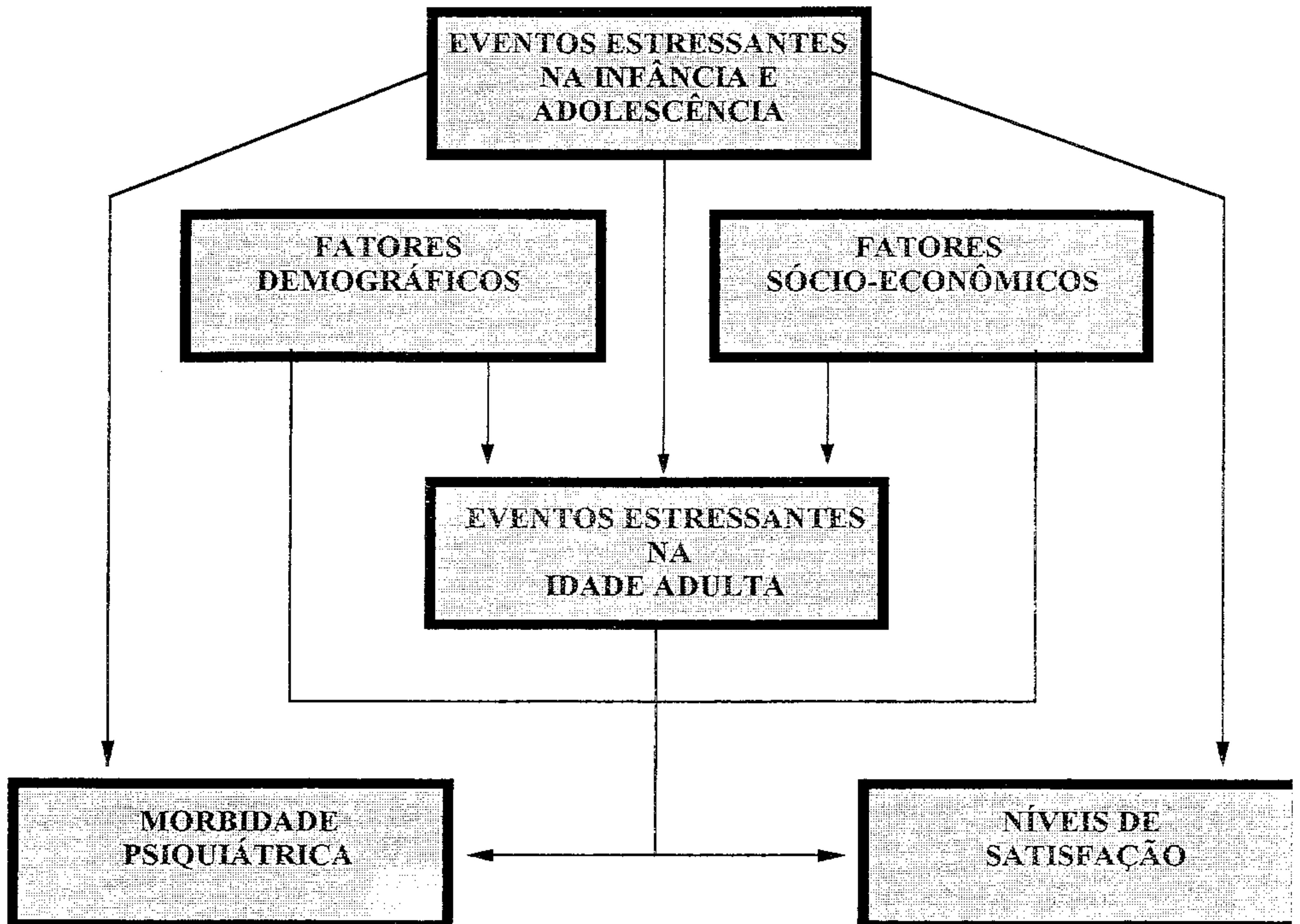
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caplan G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva.** Rio de Janeiro, Zahar, 1980; 40-103.
2. Erikson EH. **Identity and the Life Cycle.** Psychological Issues Monography 1959; Nova York: International Universities Press.
3. Gournas G, Madianos MG, Stefanis CN. **Psychological functioning and psychiatric morbidity in an elderly urban population in Greece.** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1992; 242: 127-34.
4. Cheng TA. **Psychosocial stress and Minor Psychiatric Morbidity: A community study in Taiwan.** J Affect Disord 1989; 17: 137-52.
5. Zimmermann Tansella C, Donini S, Ciommi AM, Siciliani O. **Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse and Minor Psychiatric Morbidity in the Community.** Compr Psychiatry 1988; 29: 460-6.

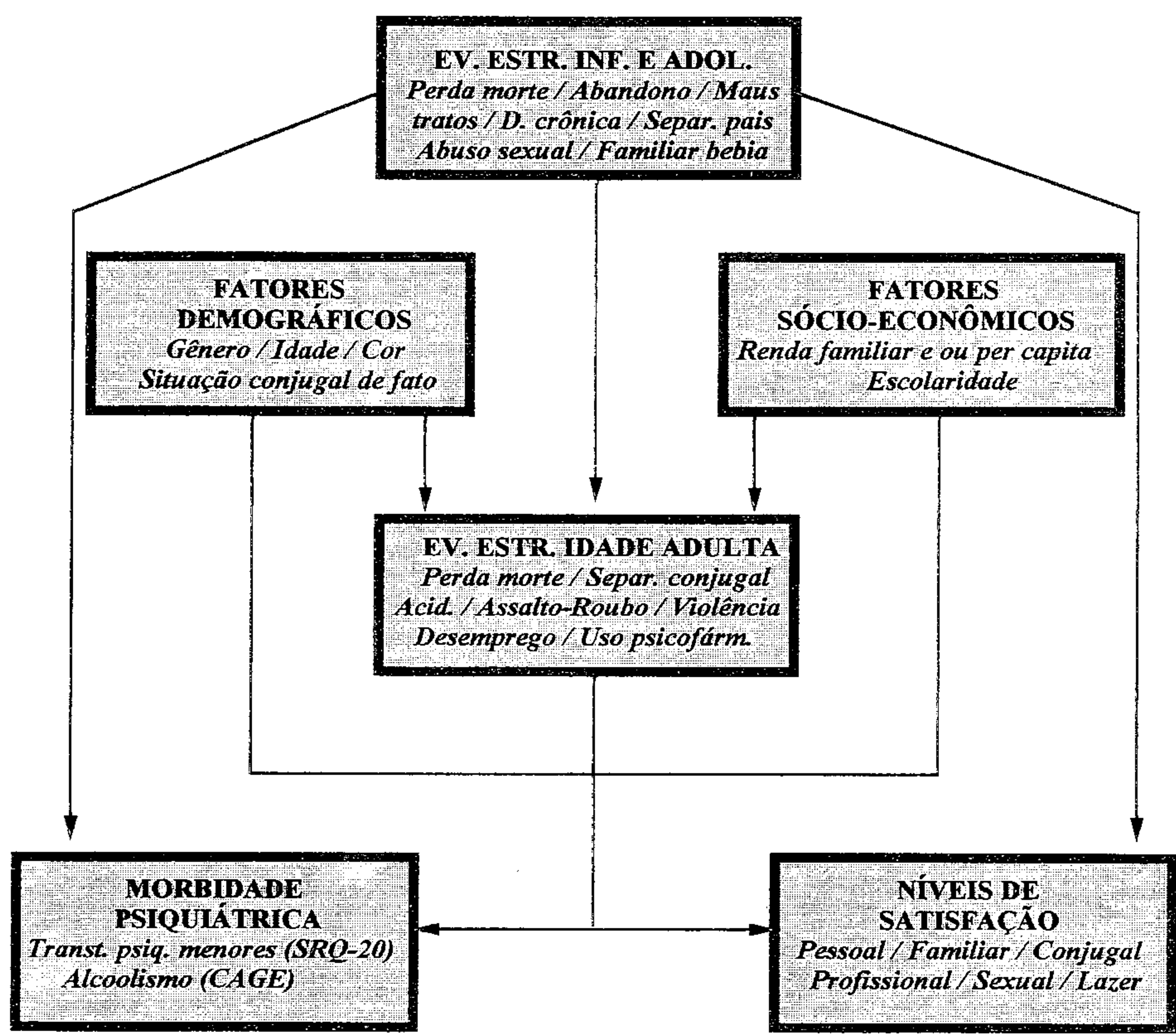
6. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21: 501-07.
7. Busnello E. e cols. Morbidade Psiquiátrica na população urbana de Pôrto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1993; 42: 55-60.
8. Lima MS. Morbidade Psiquiátrica Menor e Consumo de Psicofármacos em Pelotas, RS. Dissertação de mestrado em Epidemiologia, Pelotas, RS, 1995.
9. Servant D, Parquet PJ. Life events and anxiety. *Encephale* 1994; 20: 333-7.
10. Newman SC, Bland RC. Life Events and the 1 year prevalence of Major Depressive episode Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 1994; 35:76-82.
11. Irwin HJ. Proneness to Dissociation and Traumatic Childhood Events. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 456-60.
12. Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, Cleary PD. Histories of Childhood Trauma in Adult Hypochondriacal Patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 397-401.
13. Jennison KM. The Impact of Stressful Life Events and Social Support on Drinking among Older Adults: a general population survey. *Int J Aging Hum Dev* 1992; 35: 99-123.
14. Heikkinen ME, Aro HM, Lonnqvist JK. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr-Scand-Suppl* 1994; 65-72.
15. Heikkinen ME, Isometsa ET, Aro HM, Sarna SJ, Lonnqvist JK. Age related variation in recent Life Events Preceding Suicide. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 325-31.
16. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J-Consult-Clin-Psychol* 1992; 60: 409-18.
17. Zheng YP, Lin KM. A nationwide study of stressful life events in mainland China. *Psychosom-Med* 1994; 56: 296-305.

18. Landerman R, George LK, Blazer DG. Adult vulnerability for psychiatric disorders: interactive effects of negative childhood experiences and recent stress. *J-Nerv-Ment-Dis* 1991; 179: 656-63.
19. Winnicott DW. O bebê como organização em marcha. In: *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro, Zahar 1966, cap.3: 26-30.
20. Segal H. A posição esquizo-paranóide. In: *Introdução à obra de Melanie Klein*. São Paulo, Companhia Editora Nacional 1966, cap.2: 16-29.
21. Freud S. Luto e Melancolia (1917) V. 14. In: *Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago 1976.
22. Dean AG, Dean JA, Benton AH, Dicker RL. *Epi Info Version 5: a word processing, database and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA, 1990.
23. Division of Mental Health (WHO). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1994 (draft).
24. Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
25. Masur J, Monteiro MG. Validation of the Cage Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting. *Brazilian L. Med. Biol. Res.* 1983; 16: 215-218.
26. *SPSS for Windows, Statistical Package for the Social Sciences*. Chicago: SPSS Inc. 1986.
27. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil - Um Manual para Diagnósticos Comunitários*. São Paulo: Hucitec - Unicef, 1994.

MODELO TEÓRICO



MODELO DE ANÁLISE



Parte II:

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Introdução

Descreveremos neste relatório, desde a elaboração do questionário, seleção e treinamento da equipe de entrevistadores, metodologia utilizada, projeto piloto, retreinamento da equipe e trabalho de campo propriamente dito.

Questionário

Foi elaborado procurando buscar não só fatos, mas também sentimentos envolvidos, formado por diversos blocos de perguntas e abordando os aspectos que nos pareceram mais importantes com relação a eventos estressantes ocorridos em várias etapas da vida (infância, adolescência e idade adulta). Foi composto de 115 questões, acrescido de 20 questões que compõem o SRQ (Self Reporting Questionnaire) e de 4 questões que compõem o CAGE, totalizando 139 questões.

Seleção

A seleção foi feita mediante entrevista com o coordenador, entre alunos voluntários das faculdades de Medicina e Enfermagem, no mês de dezembro de 1995, sendo selecionados 8 alunos de Medicina e 2 de Enfermagem, totalizando 10, cinco mulheres e cinco homens.

Treinamento

O treinamento foi desenvolvido no mês de janeiro de 1996, durante duas semanas com reuniões diárias, perfazendo uma carga horária total de 30 horas. Previamente foi distribuído a cada um, o questionário e o manual de instruções, este dividido em duas partes, uma de instruções gerais e outra de instruções específicas sobre cada questão que compõe o questionário, para que na primeira reunião já tivessem conhecimento dos mesmos.

Os passos do treinamento foram os seguintes:

1) Ler cada tópico das instruções gerais, fazendo uma pausa entre cada um para discuti-lo e tirar dúvidas

2) Ler cada questão do questionário, juntamente com a sua instrução específica, procedendo da mesma maneira entre cada questão

3) Proposição de dúvidas para que essas fossem dirimidas pelos entrevistadores, como um teste da real familiarização dos mesmos com o questionário e as instruções

4) Por se tratar de um questionário que exigia respostas, as vezes, muito íntimas ou de situações que trazem sofrimento, foi orientada pelo coordenador, a forma de fazer a pergunta, inclusive sobre tom de voz a ser usado, da forma mais natural possível e sempre frisada a importância de obter respostas sinceras

5) Simulação, em que um dos entrevistadores fazia o papel de entrevistado, todos observavam, e após debatidas dúvidas

6) Simulação em grupos de dois a dois

7) Definição pelo coordenador do número aproximado de pessoas a serem entrevistadas, sendo escolhido 10% (em torno de 100 pessoas), do tamanho de amostra calculado para a pesquisa (1036 pessoas)

8) Sorteio de 25 setores censitários da cidade, e dentre esses, dois para o piloto, um no centro e outro na periferia para possibilitar comparação no caso de diferenças e dar uma idéia mais real do que seria encontrado na pesquisa

9) Com os mapas dos setores, foi feito o sorteio das quadras e nessas, das esquinas dá início, além do sorteio da casa inicial e do intervalo entre elas

10) Orientação sobre o preenchimento da folha de conglomerado (número do domicílio na pesquisa, endereço, número de moradores, pessoas na faixa etária por sexo, pessoas entrevistadas, moradores ausentes, recusas e perdas)

Os entrevistadores formaram cinco duplas, cada uma composta por uma mulher e um homem, pelos motivos expostos a seguir:

* como uma pesquisa sobre comportamento sexual feminino seria feita conjuntamente, era importante que houvesse uma entrevistadora mulher presente em cada domicílio visitado, além da orientação de que a entrevistadora aplicasse nas mulheres e o entrevistador nos homens

* um auxiliaria o outro em caso de alguma dúvida

* em duplas não se sentiriam tão sós para enfrentar qualquer situação desagradável, constrangedora ou temerosa

* um desempenharia o papel de fiscalizador sobre o outro e vice-versa

Lista de material entregue para cada dupla:

- pasta para carregar o material
- carta de apresentação e crachá de identificação
- mapa da cidade e do setor, este já com quadras, esquinas e domicílios demarcados, além do sentido a ser usado nas quadras
- pranchetas, lápis, borracha, apontador
- questionários e folha de conglomerado
- urna para o questionário de sexualidade feminina

Metodologia

O questionário foi testado no estudo piloto(n=92) e aplicado por estudantes de medicina e de enfermagem, previamente treinados. A metodologia já foi descrita no projeto de pesquisa. O ponto de corte usado para o Self Reporting Questionnaire - SRQ-20 foi de 7/8 em ambos os sexos, e para o CAGE, de 1/2.

Amostragem

Após o piloto foi recalculado o tamanho da amostra utilizando os dados do mesmo (Quadro 2).

Foi estabelecido que incluiríamos 25 setores censitários, calculando encontrar uma média de 42 pessoas por setor e esse número seria encontrado visitando 35 domicílios em cada setor. Os setores foram sorteados de uma forma sistemática, escolhendo um intervalo de 10 e dentro do mesmo foi sorteado de maneira aleatória um número (3), que corresponderia ao primeiro setor. Pela numeração dos setores do IBGE, foram escolhidos todos setores que terminavam em 3, sendo esse o primeiro, e o último o 243. Com os mapas dos setores, foi feito o sorteio das quadras e nessas, das esquinas de início, além do sorteio da casa inicial e do intervalo entre elas (1).

Como no piloto queríamos entrevistar em torno de 10% da amostra, foi estabelecido que nos dois setores sorteados para o mesmo, visitaríamos 40 domicílios.

Piloto

Em fevereiro, durante 4 dias foi desenvolvido o estudo piloto, com reuniões diárias, para discussão de dúvidas ou de situações imprevistas, além da presença do coordenador no local, durante todo o tempo.

Procedeu-se uma revisão prática através do reconhecimento do setor, dos procedimentos de localização dos domicílios e execução do trabalho, de acordo com o treinamento realizado.

Ao término do piloto, foi feita uma reunião que constou de uma revisão geral no trabalho realizado, além de uma avaliação individual, feita por cada entrevistador, sobre os seguintes aspectos:

- 1) Aplicação do questionário**
- 2) Recepção pelos entrevistados**
- 3) Situações imprevistas surgidas**
- 4) Tamanho do questionário e tempo de aplicação**
- 5) Aspectos considerados positivos e negativos**

Foram visitados 40 domicílios, em cada setor e entrevistadas 92 pessoas de 96, com um índice de perdas e recusas de 4,2%, todos homens(9,8% de perdas masculinas). A distribuição da amostra, de acordo com as principais variáveis pesquisadas pode ser visualizada nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Distribuição da amostra do piloto de acordo com variáveis demográficas e sócio-econômicas, SRQ e CAGE, Pelotas,RS, 1996.

Variável	Piloto n=92	Preval. (%)
Sexo		
Masculino	37	40,2
Feminino	55	59,8
Cor		
Branca	83	90,2
Não branca	9	9,8
Idade		
21 a 30 anos	33	35,9
31 a 40 anos	30	32,6
41 a 50 anos	29	31,5
Situação conjugal		
Solteiro	18	19,6
Casado	57	62,0
Separado	14	15,2
Viúvo	3	3,3
Escolaridade		
0	3	3,3
1 a 4 anos	15	16,3
5 a 8 anos	36	39,1
9 a 11 anos	38	41,3
Renda (PC* em SM**)		
Menos de 1	41	44,6
1 a 3	19	20,7
mais de 3	32	34,8
SRQ	19	20,7
CAGE	10	10,9

* per capita

** em salários mínimos vigentes

Tabela 2. Distribuição da amostra do piloto, de acordo com eventos estressantes antes dos 20 anos e do grau de insatisfação em diversos setores da vida, Pelotas, RS, 1996.

Variável	n = 92	preval.(%)
Perda/morte de pessoa	56	60,9
Separação dos pais	20	21,7
Abandono	13	14,1
Maus tratos	11	12,0
Abuso sexual	4	4,3
Doença crônica/família	45	48,9
Familiar bebia muito	35	38,0
Satisfação pessoal insatisf/pouco satisfeito	18	19,6
Satisfação na família insatisf/pouco satisfeito	13	14,1
Satisfação no casamento (n=57) insatisf/pouco satisfeito	4	7,0
Satisfação no trabalho insatisf/pouco satisfeito	24	26,1
Satisfação sexual insatisf/pouco satisfeito	10	10,9

A análise dos dados possibilitou:

- 1) freqüências de todas as variáveis**
- 2) associações já significativas entre variáveis, embora o número reduzido da amostra, e outras aproximando-se da significância estatística ou até sem significância, mas apontando tendências a associações.**

Esses dados permitiram um recálculo do tamanho da amostra para a pesquisa, com estimativas mais reais, principalmente sobre prevalências e razão não expostos/expostos. Mostraram, também, que algumas questões, ou a maneira de abordá-las, não tinha muita validade ou perdia o objetivo, possibilitando a sua reformulação ou exclusão.

A avaliação feita no término do estudo, juntamente com o exposto acima, permitiu além da experiência prática de ir a campo, a busca de tentativas de solução ou alternativas para as dificuldades surgidas, assim tentando minimizá-las (quadro 1).

Quadro 1. Utilização dos dados do piloto para o estudo final, Pelotas, 1996.

Dificuldades encontradas	Tentativa de solução adotada
Difícil compreensão	Reformulação da pergunta
Questões sem objetividade	Exclusão da questão
Perguntas complementares surgidas	Inclusão da pergunta
Tamanho do questionário e tempo de aplicação longo (30 minutos)	Diminuição do questionário com a retirada de questões e treinamento antes da pesquisa
Encontrar os entrevistados em casa principalmente homens	Ir fora do horário de trabalho e nos fins de semana
Má recepção no centro da cidade	Identificação e mostrar a carta de apresentação sempre
Muitos domicílios sem pessoas na faixa etária pesquisada (30%)	Cálculo adequado do número de domicílios por setor para visita

O estudo piloto, pareceu-nos fundamental, pois nos deu várias vantagens, descritas a seguir:

*** Como momento único em que todos os entrevistadores estão juntos na atividade prática, identificando-se entre si nas dificuldades ou nas satisfações, é um momento importante para que se crie entre eles uma noção de grupo, favorecendo que se auxiliem nas dificuldades e sintam mais prazer em desenvolver sua atividade;**

*** Oportuniza a experiência prática da realidade que será encontrada durante a pesquisa;**

*** Ao mostrar qual realidade encontraremos, nos fornece subsídios para que possamos adotar medidas mais adequadas de acordo com essa realidade;**

*** Mostra-nos as dificuldades surgidas em relação ao questionário em si, possibilitando reformulações no mesmo;**

*** Oportuniza na prática, o aparecimento das principais dificuldades sentidas pelos entrevistadores e assim podemos ajudá-los a encontrar alternativas para lidar com elas;**

*** Nos fornece estimativas mais reais sobre prevalências, relação não-expostos/expostos e razão de prevalências das variáveis em estudo, permitindo um cálculo mais adequado do tamanho de amostra, de acordo com as variáveis pesquisadas.**

*** A análise dos dados nos indica, tendências muito próximas da realidade que encontraremos na análise final da pesquisa, exemplificadas na comparação de dados do piloto e da pesquisa (figuras 1 e 2, e tabela 3), a seguir:**

FIGURA 1. Eventos estressantes antes dos 20 anos, no piloto (n=92) e na pesquisa (n=841), Pelotas, RS, 1996

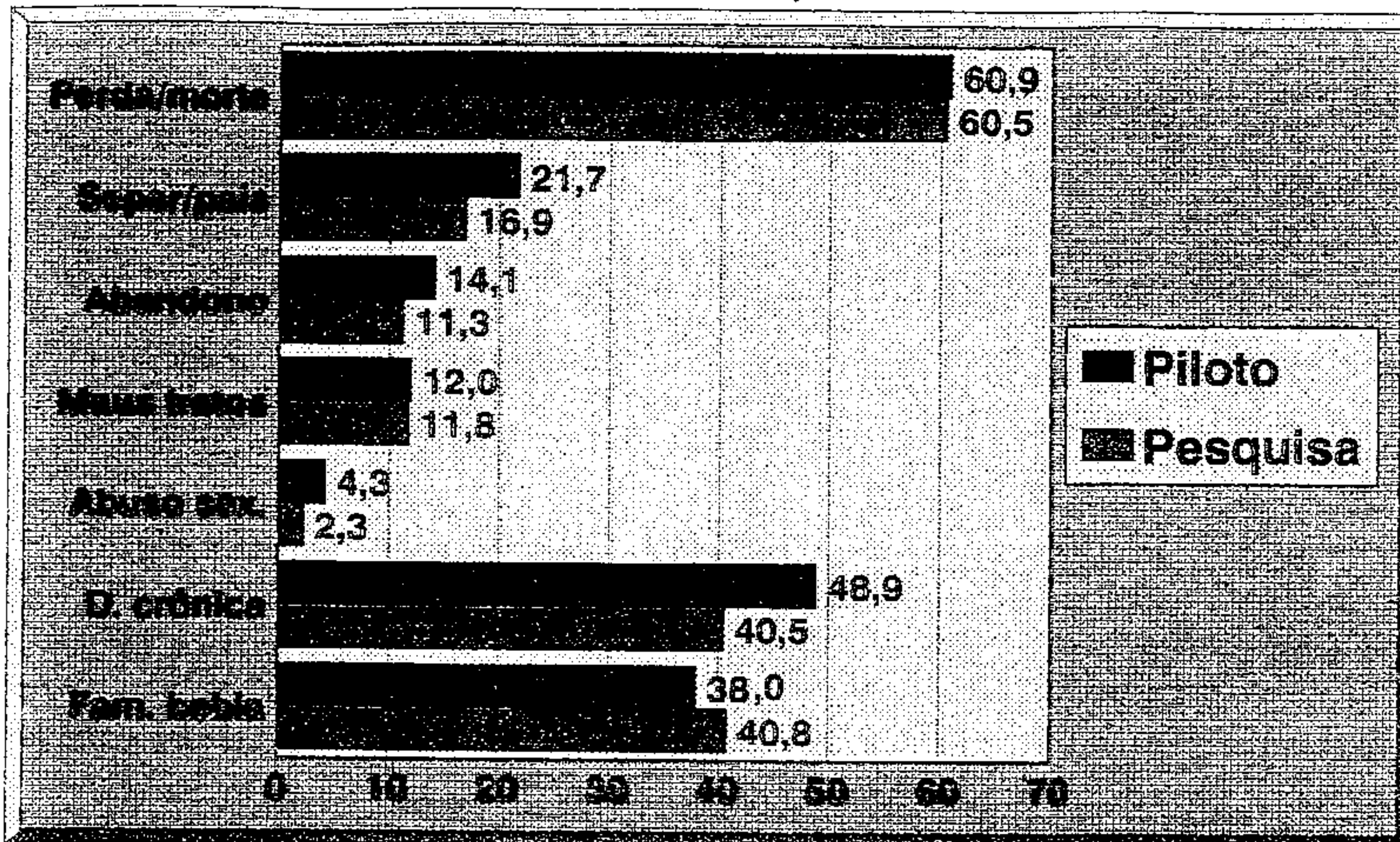


FIGURA 2. Insatisfação em diversos setores da vida, no piloto (n=92) e na pesquisa (n=841), Pelotas, RS, 1996

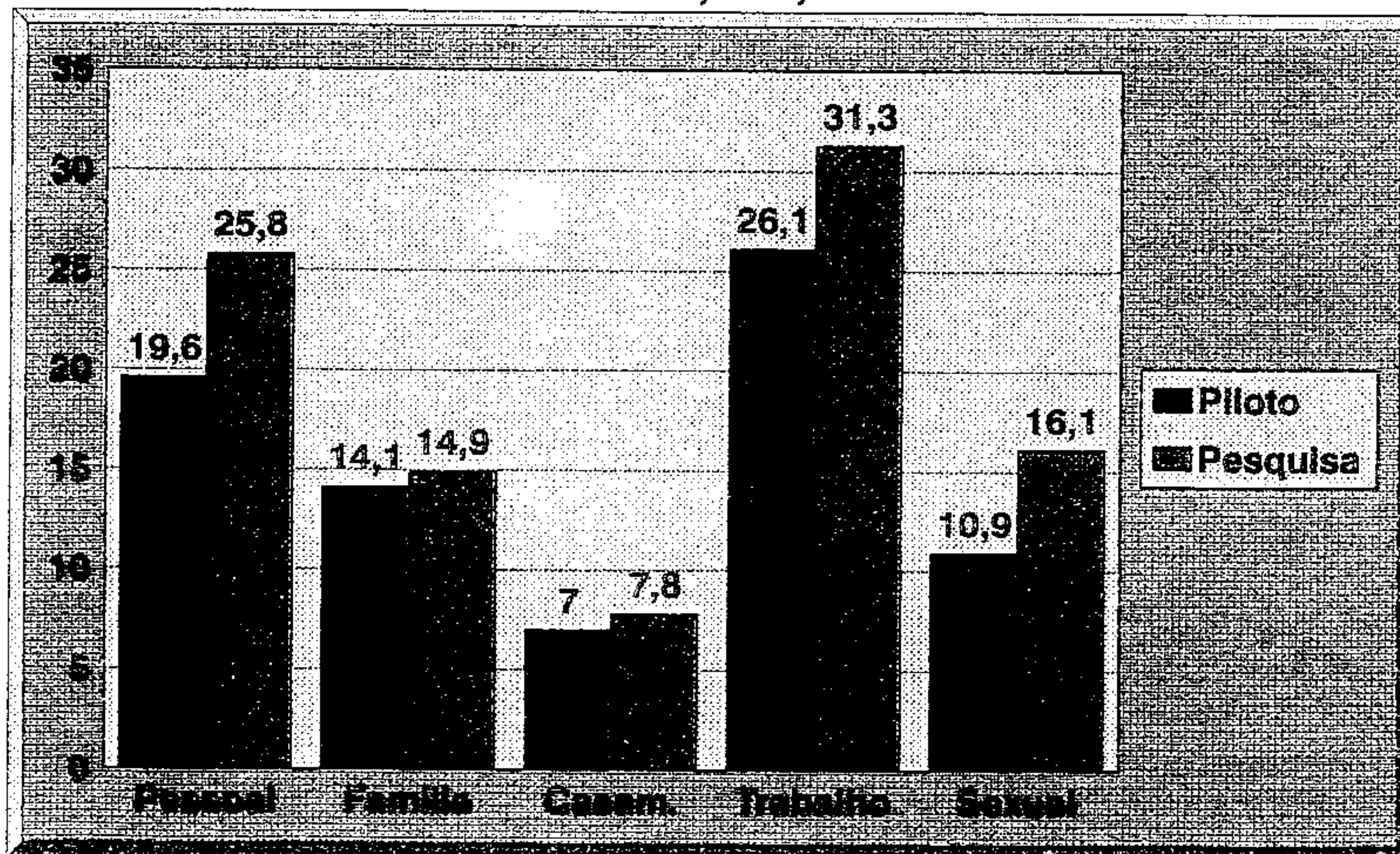


Tabela 3. Distribuição comparativa das amostras do piloto e da pesquisa, de acordo com variáveis demográficas, sócio-econômicas, SRQ E CAGE, Pelotas,RS, 1996.

Variável	Piloto n = 92	Preval. (%)	Pesquisa n = 841	Preval. (%)
Sexo				
Masculino	37	40,2	362	43,0
Feminino	55	59,8	479	57,0
Cor				
Branca	83	90,2	725	86,2
Não branca	9	9,8	116	13,8
Idade				
21 a 30 anos	33	35,9	258	30,7
31 a 40 anos	30	32,6	284	33,8
41 a 50 anos	29	31,5	299	35,6
Situação conjugal				
Solteiro	18	19,6	146	17,4
Casado	57	62,0	594	70,6
Separado	14	15,2	78	9,3
Viúvo	3	3,3	23	2,7
Escolaridade				
0	3	3,3	18	2,2
1 a 4 anos	15	16,3	111	13,2
5 a 8 anos	36	39,1	339	40,3
9 ou +	38	41,3	373	44,3
Renda (PC* em SM**)				
Menos de 1	29	31,5	187	22,2
1 a 1,99	17	18,5	223	26,5
2 a 3,99	18	19,6	212	25,2
4 ou mais	28	30,4	219	26,0
SRQ	19	20,7	200	23,8
CAGE				
total	10	10,9	78	9,3

* per capita

** em salários mínimos vigentes

Após o piloto, durante os meses de fevereiro e março, foi feita a análise dos dados do mesmo e revisão do questionário, com exclusão ou inclusão de questões.

No mês de abril foi realizado um novo treinamento, com admissão de mais 4 entrevistadores, alunos da faculdade de Medicina e recalculado o tamanho da amostra, utilizando os dados do piloto, conforme o quadro 2, a seguir:

Quadro 2. Recálculo do tamanho da amostra de acordo com os dados do projeto piloto, poder estatístico de 80%, intervalo de confiança de 95% e razão de prevalências de 2.

VARIÁVEL	RAZÃO NEXP EXPOSTOS	PREV N EXP	TAMANHO	PERD/CONF 10% e 30%	AMOSTRA
PERDA/MORTE	1/1	15,0	266	56	322
ABANDONO	7/1	17,0	531	228	759
ABUSO SEXUAL	12/1	19,3	611	262	<u>873</u>
D. CRÔNICA	2/1	14,3	284	122	406
MAUS TRATOS	9/1	15,7	585	252	837
FAM. BEBIA	2/1	15,8	273	117	390
SEPAR/PAIS	3/1	20,0	270	116	386
INSAT. FAMÍLIA	6/1	19,0	371	160	531
INSAT. PESSOAL	4/1	16,2	355	153	508
INSAT. PROFIS.	3/1	16,2	308	132	440
INSAT. SEXUAL	9/1	18,3	520	224	744
INSAT. CASAM.*	11/1	18,9	588	253	841

* Insatisfação no casamento não será levada em conta, por ser necessária uma amostra maior (841 casados).

O tamanho da amostra recalculado foi de 873 pessoas, por ter sido o maior número encontrado e, por isto, adequado para todas as variáveis pesquisadas.

No projeto piloto visitamos 40 domicílios por setor e encontramos uma média de 1,2 pessoas na faixa etária pesquisada, além de encontrarmos uma média de 30% de domicílios sem pessoas na faixa etária da pesquisa. Com isso a média de pessoas encontradas nos domicílios com pessoas na faixa etária pesquisada foi de 1,7. Tínhamos 25 setores censitários já sorteados, incluídos os dois do piloto.

Dividindo o tamanho da amostra (873) pelos 23 setores restantes, obtivemos o número médio de pessoas que precisávamos por setor (38). Para encontrar esse número de pessoas na faixa etária da pesquisa, optamos por 35 domicílios por setor, calculando a média de 1,1 pessoa por domicílio, ou 38,5 pessoas por setor, que multiplicado pelo número de setores (23), totalizaria 885 pessoas.

Para confirmar esse cálculo foi realizado o seguinte: se 70% dos domicílios apresentam pessoas na faixa etária pesquisada, seriam 24 domicílios com pessoas na faixa etária de interesse. Usando a média de 1,6 pessoas nos domicílios com pessoas na faixa etária pesquisada, teríamos 38,4 pessoas, em média por setor, totalizando 883 pessoas.

Coleta de dados

O trabalho de campo propriamente dito foi iniciado na última semana de abril de 1996. Até metade de julho foi feita a coleta de dados dos 10 primeiros setores censitários. Houve uma interrupção de 1 mês em virtude de uma greve na Universidade e a maioria dos entrevistadores viajou, por serem oriundos de outras cidades. O trabalho foi reiniciado em agosto, sendo colhidos os dados de mais 10 setores e a busca de moradores ausentes dos 10 primeiros, até fim de outubro. Nos meses de novembro e dezembro, foi feita a coleta de dados dos últimos 3 setores e

a busca de moradores ausentes intensificada. O trabalho foi dado por encerrado na semana anterior ao natal, em dezembro de 1996.

Os questionários foram entregues para um supervisor ou ao coordenador da pesquisa, no Departamento de Saúde Mental. Podiam ser entregues diária ou semanalmente, discutidas dúvidas surgidas e feita a reposição do material.

CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi feito de três formas: dupla revisão da codificação das respostas, visita a pessoas já entrevistadas e dupla digitação dos dados.

Os questionários entregues, após as anotações de controle feitas, foram revisados pelo supervisor, principalmente com relação à codificação das respostas. Após isso, uma última revisão era feita pelo coordenador e então remetidos para digitação. Alguns questionários com falta de alguma resposta ou mal preenchidos foram devolvidos aos entrevistadores para serem devidamente preenchidos e desses, 26 voltaram aos entrevistados para dirimir dúvida em alguma resposta, através dos supervisores.

Os supervisores fizeram visita a domicílios sorteados, onde em alguns, perguntavam mostrando um questionário, se seus moradores haviam respondido e em outros repetiam algumas questões para avaliar a qualidade de resposta, principalmente no que se refere a datas e tempo decorrido. Foram sorteados dois domicílios por setor, um para cada procedimento descrito acima, totalizando 64 domicílios (em torno de 8% dos 805 domicílios visitados) e 73 pessoas (8,7% dos entrevistados). Se considerarmos, mais os 26 questionários que através dos supervisores, voltaram aos entrevistados para dirimir dúvida em alguma resposta, foi feita a revisita com 99 pessoas que significam em torno de 11,7% dos entrevistados.

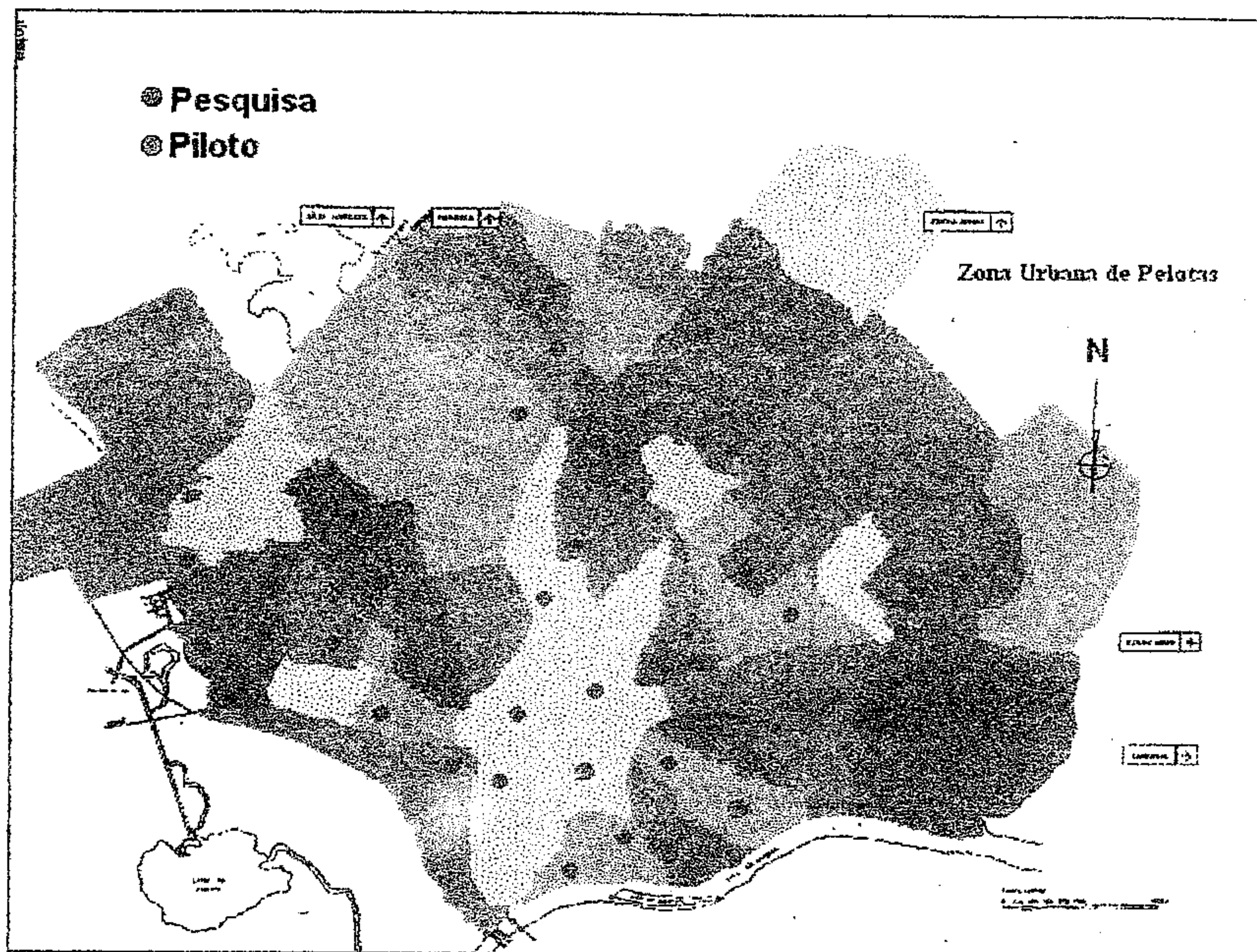
Os dados foram digitados duas vezes no programa Epiinfo (VALIDATE), para checar a consistência.

Quadro 3. Perdas e recusas, Pelotas, RS, 1996.

PERDAS E RECUSAS		
Tentativas de contato n = 826	Domicílios substituídos n=21	Domicílios visitados n = 805
Pessoas na faixa etária n = 892 (100%)	Recusas - 27 24 homens 3 mulheres	Perdas - 24 15 homens 9 mulheres
Pessoas entrevistadas n = 841 (94,3%)	Perdas e recusas n = 51 (5,7%) homens= 39 (9,7%) mulheres= 12 (2,4%)	

Houveram conjuges de pessoas entrevistadas que não foram entrevistados por terem mais de 50 anos
n= 32 (29 homens e 3 mulheres)

FIGURA 3. Mapa dos setores



Parte III:

ARTIGO 1

**EVENTOS ESTRESSANTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:
FATORES DE RISCO PARA
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES?**

MESTRANDO: LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

ORIENTADOR: JORGE UMBERTO BÉRIA

CO-ORIENTADOR: MAURÍCIO SILVA DE LIMA

**MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS, BRASIL**

Av. Duque de Caxias, 250, Fragata.

Caixa Postal 464; CEP 96030.000

Pelotas, RS

ABSTRACT

In 1996, a population based cross-sectional survey was conducted in Pelotas, Southern Brazil, in order to evaluate the occurrence of stressful life events in childhood and adolescence and its association with minor psychiatric disorders (MPD), in adult age.

A sample of 841 adults aged 21-50 years old was studied. The structured questionnaire covered social economical, demographic questions and stressful life events (death of a significant person, chronic disease in family person, divorce of parents, mistrusting, sexual abuse and drinking problems in the family). The self reporting questionnaire (SRQ-20, screening for MPD) and the CAGE (screening for drinking problems), both validated in Brazil, were also administered.

The prevalence of MPD was 23.8% (28.0% for women and 18.2% for men). Income and education were inverse association with MPD: the higher the familial income and years of schooling, the lower the prevalence of MPD. Divorced subjects were more likely to be SRQ positives.

All studied life events were statistically associated with MPD, and these results were unchanged after controlling for confounding factors.

This study suggests that stressful life events in childhood and adolescence may be related to the occurrence of MPD.

UNITERMOS: minor psychiatric disorders, stressful life events in childhood and adolescence, epidemiology, prevalence.

RESUMO

Em 1996 foi realizado um estudo transversal de base populacional, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, para estudar eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência e sua possível associação com transtornos psiquiátricos menores na idade adulta. A população alvo foi constituída de pessoas com idade entre 21 e 50 anos. O questionário incluiu um instrumento de rastreamento para transtornos psiquiátricos menores (Self Reporting Questionnaire - SRQ-20), e outro para alcoolismo (CAGE), além de questões sócio-econômicas e demográficas.

Foram entrevistadas 841 pessoas, com um índice de perdas e recusas de 5,7%. A prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi 23,8% (28,0% para as mulheres e 18,2% para os homens). Houve uma pequena variação não significativa de acordo com a idade e cor, e uma associação inversa com renda e escolaridade, com tendência linear. Em separados a prevalência foi alta (43,6%). Os eventos pesquisados foram: perda por morte ou abandono de pessoa afetivamente significativa, separação de pais, maus tratos, abuso sexual, presença de familiar com doença crônica ou grave e presença de familiar que bebia muito, tendo todos mostrado uma associação estatisticamente significativa com morbidade psiquiátrica na idade adulta ($p < 0,05$), mesmo após ajuste para possíveis fatores de confusão (sexo, situação conjugal, renda e escolaridade).

Comenta-se a alta prevalência da presença dos eventos estressantes na infância e adolescência, a alta prevalência de transtornos psiquiátricos menores e sua associação estatisticamente significativa com os eventos estressantes, que se mostraram fatores de risco.

UNITERMOS: Transtornos psiquiátricos menores, eventos estressantes da vida na infância e adolescência, epidemiologia, prevalência.

INTRODUÇÃO

A doença mental se caracteriza por dificultar e limitar o indivíduo em todos os setores da sua vida, além de ter a tendência de desadaptá-lo frente à realidade, tanto individualmente como nos seus relacionamentos. Os mais importantes suprimentos psicossociais contra a doença mental são fornecidos pelas relações familiares¹. Os transtornos psiquiátricos menores apresentam uma alta prevalência a nível populacional^{2,3,4} e há poucos estudos epidemiológicos sobre o tema, no Brasil. Em relação a fatores etiológicos desses transtornos, os estudos são raros.

Estudos epidemiológicos têm buscado fatores relacionados ou determinantes da doença mental nas condições sócio-econômicas e têm conseguido mostrar essa relação. Em uma pesquisa epidemiológica realizada em Pelotas⁴ no ano de 1994, as condições sócio-econômicas foram objeto de destaque, relacionadas com transtornos psiquiátricos menores, assim como eventos estressantes atuais, ocorridos até um ano antes da coleta dos dados. Por outro lado, nos consultórios e ambulatórios especializados, os fatores, que com alguma freqüência, se mostram relacionados à doença mental, são eventos estressantes da vida e, em particular, eventos ocorridos durante a formação da personalidade. Como os fatores sócio-econômicos ou eventos estressantes pesquisados, geralmente, são atuais e não da época da formação da personalidade, é importante que se busquem quais outros fatores, além desses, apresentam uma relação importante com a doença mental, principalmente se presentes na época da formação da personalidade do indivíduo.

Há um século atrás, Freud tentando formular uma hipótese etiológica da doença mental⁵, afirmava ser a personalidade, uma resultante da hereditariedade e das vivências infantis, e que essa personalidade formada, frente a uma situação ou fato determinado, que funcionaria como desencadeante, teria como conseqüência a expressão da doença mental. Por vivências infantis entendia a

resultante de todo relacionamento do indivíduo com seu meio ambiente e, neste, estariam inseridas todas as características do meio, assim como as pessoas que fazem parte dele. Faz-se necessário diferenciar motivo desencadeante de fator etiológico. O motivo desencadeante ou provocador é qualquer situação, fato, condição ou modo de vida atual, e só funcionará como tal, frente a um indivíduo com dificuldades e limitações em sua personalidade, ao passo que fatores etiológicos são aqueles que influenciam diretamente na formação dessas limitações e dificuldades⁶.

Pesquisas mostram associação de eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência, com transtornos psiquiátricos na idade adulta.^{7,8,9,10}

Neste estudo tentaremos avaliar a ocorrência de sete eventos estressantes, possivelmente capazes, se presentes na infância e adolescência, de ter alguma influência na formação de dificuldades e limitações para enfrentar as diversas situações da vida. A dificuldade ou limitação que tentaremos avaliar, através de uma possível associação com os eventos estressantes, é a indicação de presença de transtornos psiquiátricos menores na idade adulta.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada de maio a dezembro de 1996 em Pelotas, RS, teve um delineamento transversal, sendo sua população alvo, adultos de 21 a 50 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas. Foi tomada como população em estudo, uma amostra representativa e equiprobabilística da população alvo.

A amostragem através de múltiplos estágios¹¹, a partir dos 259 setores censitários da zona urbana, de acordo com informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹², teve 25 setores sorteados, dos quais 23 para o estudo final. Em cada setor, através de sorteio aleatório, foram selecionados os quarteirões e, nesses, as esquinas de início, e usando o sentido anti-

horário, com um intervalo sistemático de um domicílio, visitados 35 domicílios e entrevistados todos os seus moradores que estavam na faixa etária da pesquisa. Se após fazer a volta no quarteirão não eram encontrados 35 domicílios, o entrevistador, de costas para o domicílio inicial, atravessava a rua no sentido da esquina mais à sua direita e continuava as visitas até completar o número desejado de domicílios.

O tamanho da amostra foi recalculado a partir de prevalências e razões não-expostos/expostos fornecidas pelo estudo piloto, com um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80% e com razão de prevalências estimada em 2. A amostra necessária foi de 873 pessoas, calculada através do programa EPIINFO¹³, já acrescentado, 10% para perdas e 30% para análise de fatores de confusão, de forma a estabelecer uma margem de segurança e não perder em precisão.

As únicas condições para um domicílio ser substituído foram: ser domicílio comercial sem moradores, ser domicílio coletivo, e estar desabitado, situação esta confirmada pelos vizinhos.

Os dados foram coletados pelos entrevistadores utilizando questionários padronizados e pré-codificados. O questionário foi composto de 93 perguntas pré-codificadas e testado no piloto, acrescido do Self Reporting Questionnaire¹⁴ (SRQ-20), composto por vinte perguntas para detectar transtornos psiquiátricos menores, e o CAGE, composto de quatro perguntas, para detectar dependência ao álcool. Tanto o SRQ-20¹⁵ como o CAGE¹⁶ são instrumentos padronizados e validados para sua aplicação no Brasil.

Houve um questionário sobre sexualidade feminina auto-aplicado, que fez parte de outra pesquisa realizada conjuntamente.

Os dados foram digitados e armazenados em disquetes através do programa EPIINFO¹³, com o qual foi revisada a amplitude e consistência da entrada dos mesmos.

As variáveis em estudo foram as seguintes:

Variável dependente:

Morbidade Psiquiátrica - transtornos psiquiátricos menores, detectados pelo instrumento de rastreamento para os mesmos (SRQ-20), questionário recomendado pela Organização Mundial da Saúde¹⁶, para estudos de saúde mental na comunidade, com ponto de corte de 7/8.

Variáveis independentes:

Sócio-econômicas - categoria composta por 2 variáveis que são: escolaridade em anos completos e renda em salários mínimos per capita.

Demográficas - categoria composta por 4 variáveis que são: sexo, cor, idade e situação conjugal de fato (caracterização de união estável, vivendo sob o mesmo teto).

Eventos estressantes na infância e adolescência - crises vitais naturais ou acidentais ocorridas até os 20 anos. Esta categoria é composta pelas seguintes variáveis: perda de pessoa afetivamente significativa por morte e por abandono; separação dos pais, independente de reconciliação, considerando como parâmetro para separação, nesse caso, o período mínimo de 1 mês; maus tratos e abusos físicos, considerando mesmo quando referido de forma subjetiva, como um sentimento de mau trato e incluindo abuso sexual referido pelo indivíduo; presença de familiar que bebia muito e a ocorrência de doença crônica ou grave na família, no indivíduo ou em seu familiar, considerando doença crônica àquela em que mesmo podendo haver melhora dos sintomas, não há remissão da doença e ou, seja uma intensa ameaça à sobrevivência ou assim vivenciada.

Os dados foram coletados de maio a dezembro do ano de 1996 por 7 duplas mistas de estudantes de Medicina e Enfermagem.

A análise dos dados foi feita utilizando o programa estatístico SPSS for Windows¹⁷, através de várias etapas:

*** análise univariada, com as frequências das variáveis (dependente e independentes), expressas em prevalências;**

*** análise bivariada, com o cruzamento entre a variável dependente e as independentes, através das tabelas de contingência (efeito estimado pela razão de prevalências), e da regressão logística (efeito estimado pela razão de Odds), com teste do qui-quadrado e teste para tendência linear em proporções;**

*** análise multivariada, através de regressão logística incondicional, com a investigação do efeito conjunto das variáveis independentes sobre a dependente, expresso pela razão de Odds, com o teste de razão de verossimilhanças.**

As variáveis incluídas na análise multivariada foram as que apresentaram um $p < 0,1$, na análise bivariada, e seguiram o modelo de acordo com o nível hierárquico. Como critério de identificação de fator de confusão foi usada a variação superior a 10% entre os OR brutos e ajustados.

RESULTADOS

Em 805 domicílios visitados foram encontradas 892 pessoas na faixa etária da pesquisa, sendo entrevistadas 841 (94,3%). Houveram 27 recusas (24 homens e 3 mulheres) e 24 perdas (15 homens e 9 mulheres), totalizando 51 pessoas, com um índice final de perdas e recusas de 5,7%. Nos homens esse índice foi de 9,7% e nas mulheres de 2,4%.

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores, através do SRQ 20, com ponto de corte de 7/8 igual para os sexos, foi de 23,8%, sendo de 28% nas mulheres e 18,2% nos homens.

Na tabela 1 é apresentada a distribuição da amostra e a positividade do SRQ, nas diferentes categorias das variáveis demográficas e sócio-econômicas. A amostra foi constituída por 57% de mulheres, 86,2% de pessoas brancas, 9,3% de separados, 70,6% de casados, sendo que desses, 13,7% já foram separados, 55,6% tem apenas o primeiro grau ou não o completaram, e metade da amostra tem uma renda per capita abaixo de 2 salários mínimos vigentes.

A positividade do SRQ não mostrou diferenças significativas com relação à cor e idade, mas, quanto ao sexo, situação conjugal, renda e escolaridade, as diferenças por categoria foram muito significativas, sendo usada como medida de efeito a razão de prevalências. As mulheres apresentaram uma prevalência de SRQ positivo maior que os homens 28,0% e 18,2% respectivamente, os solteiros foram os que menos apresentaram SRQ positivo, 13,7% e os separados os que mais apresentaram, 43,6%. É interessante chamar a atenção para a prevalência de transtornos psiquiátricos menores nos atualmente casados, mas com separação prévia, 40,7%, muito semelhante aos atualmente separados.

A escolaridade e a renda mostraram associação inversa com o SRQ, pois a medida que essas aumentam, diminui a prevalência de SRQ positivo, além de apontarem uma tendência linear (gráfico 1 e 2).

A distribuição da amostra e a positividade do SRQ de acordo com a presença de eventos estressantes, ocorridos na infância e adolescência (antes dos 20 anos), podem ser visualizados na tabela 2.

Dos eventos estressantes pesquisados, os de maior frequência foram a perda por morte (60,5%), a presença de um familiar com doença crônica ou grave (40,5%) e a presença de um familiar que bebia muito (40,8%).

As prevalências de, perda de pessoa afetivamente significativa por abandono, maus tratos e separação de pais situaram-se entre 11,3%, para o primeiro, e 16,9, para o último. A prevalência de abuso sexual foi baixa (2,3%).

O grupo de pessoas que teve a ocorrência dos eventos estressantes pesquisados apresentou uma prevalência maior, estatisticamente significativa, de positividade do SRQ (indicação de presença de transtornos psiquiátricos menores).

A razão de prevalências de positividade do SRQ, do grupo que teve o evento em relação ao que não teve, situou-se entre 30% mais para presença de familiar com doença crônica ou grave, e 3 vezes mais para a presença de abuso sexual.

A análise por regressão logística, bruta e ajustada para fatores de confusão, usando como medida de efeito a razão de Odds, é mostrada na tabela 3. Os possíveis fatores de confusão levados em conta foram: renda, escolaridade, sexo e situação conjugal, pois foram os que se mostraram associados à positividade do SRQ. A presença de cada evento estressante pesquisado, em separado, mostrou associação estatisticamente significativa com a positividade de SRQ, com uma razão de Odds que situou-se, conforme o evento, entre 50% mais para a presença de familiar com doença crônica ou grave, e 3 vezes mais para o relato de maus tratos, à exceção de abuso sexual, que teve uma razão de Odds bem mais alta, 10 vezes mais.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve um índice de perdas e recusas de 5,7% no seu total e, vendo em separado os sexos, ambos apresentaram perdas abaixo de 10%, o que foi considerado muito bom neste tipo de investigação. Pelos índices já citados, não nos parece relevante uma possível distorção nos resultados encontrados.

Como os eventos pesquisados ocorreram há bastante tempo, antes dos 20 anos, e a faixa etária da pesquisa foi de 21 a 50 anos, é comum que o recordatório possa ser um viés importante de ser levado em conta, mas os eventos pesquisados nos parecem muito marcantes para serem esquecidos, independentemente do tempo transcorrido, o que, provavelmente, minimizou bastante a possibilidade de sua ocorrência distorcer de uma forma importante os resultados encontrados. Com relação ao abuso sexual fazemos uma ressalva, pois, apesar de ser um evento muito marcante, admitir a sua presença para um entrevistador, que é uma pessoa desconhecida, culturalmente adquire um significado muito constrangedor e, por isto, tem grandes possibilidades de estar subestimado.

Outro viés comum deste tipo de estudo é o da causalidade reversa, pois como a coleta de dados é feita em apenas um momento, o desfecho e os possíveis fatores de risco são vistos conjuntamente, tornando difícil inferir causalidade. O fato dos eventos pesquisados já terem acontecido há bastante tempo e o desfecho ser atual, conforme o modelo de análise, dá uma certa cronologia progressiva e, com isto, torna mais difícil a ocorrência desse tipo de viés.

A renda e a escolaridade mostraram uma associação inversa com tendência à linearidade, estatisticamente significativa, com a positividade do SRQ, o que era esperado, pois isto, já foi comprovado em vários estudos anteriormente realizados^{2,3,4}. Também o fato do entrevistado do sexo feminino ter mais positividade do SRQ está comprovado nos mesmos estudos já citados. Quanto à situação conjugal, os separados foram os que apresentaram a maior prevalência (43,6%) de transtornos psiquiátricos menores e os solteiros a menor(13,7%). Estes resultados diferem um pouco dos encontrados por Lima em 1994, pois nesse, foram os viúvos (32,4%), seguidos de perto dos separados (30,4%), os que apresentaram maior prevalência de transtornos psiquiátricos menores. Acreditamos que essa diferença tenha ocorrido em função da diferente faixa etária daquela pesquisa, 15 ou mais anos, pois sabe-se que os transtornos psiquiátricos menores acometem mais os idosos, e entre esses há maior frequência de viúvos.

A presença de cada um dos eventos estressantes pesquisados, antes dos 20 anos, mostrou uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência de transtornos psiquiátricos menores na idade adulta, independentemente da renda, escolaridade, cor, idade, sexo e situação conjugal.

A perda por morte e a presença de familiar com doença crônica ou grave, foram os eventos que mostraram menor associação (tabela 3), talvez por serem dos sete eventos pesquisados, os que são inevitáveis na decorrência da vida, onde não existe um responsável ou culpado, favorecendo com isso uma melhor aceitação, pois envolve menos o sentimento de raiva, um dos fatores fundamentais para que um evento seja traumático¹⁸, pelo conseqüente ressentimento, que

debilita o indivíduo, emocionalmente. Nos outros cinco eventos pesquisados, perda por abandono, separação de pais, presença de familiar que bebia muito, maus tratos e abuso sexual, sempre há um responsável pela situação ocorrer e, em todos, é comum alguma forma de agressividade importante, sendo que os dois últimos são a própria expressão da mesma e, assim sendo, naturalmente despertam uma agressividade muito grande em quem a sofre e, com isto, há uma grande chance de dificuldades para a elaboração da situação traumática¹⁸. A consequência, nos familiares, parece ser diferente, entre os cinco últimos e os dois primeiros, pois nestes há dor e sofrimento passivo, enquanto naqueles, além do sofrimento passivo, se somam as consequências ativas da agressividade. Deve-se salientar, a presença de familiar que bebia muito na infância e adolescência do entrevistado, geralmente uma situação acompanhada de muita agressividade e maus tratos nos familiares, principalmente cônjuge e filhos, provocados por quem bebe, razão pela qual, nos parece muito preocupante a altíssima prevalência da sua ocorrência (40,8%).

O mecanismo psicológico básico para o desenvolvimento emocional de uma pessoa é a identificação¹⁹. Essa ocorre independente da nossa vontade, mas dependente dos sentimentos nutridos em relação aos objetos e situações que nos rodeiam. Os pais ou seus substitutos são dos objetos, os mais importantes, sendo fundamental que possa predominar na nossa relação com eles, o amor e não a raiva, pois desta virá como consequência, um sentimento de culpa¹⁸, pois também gostamos deles, e isto, impelirá a uma identificação com aspectos negativos, com aspectos que não gostamos neles e, quando a nossa personalidade está em formação, não temos como determinar que não ocorra dessa maneira.

Parece-nos de fundamental importância buscar, através da epidemiologia e com metodologia científica, a detecção de fatos ou situações, que possam ser importantes para influir, de alguma maneira, na direção da saúde ou da doença.

Nesta pesquisa, tentamos detectar alguns desses eventos, ocorridos na infância e adolescência, época de formação da personalidade, que, pelos seus

resultados estatisticamente significativos, sugerem que a sua associação com transtornos psiquiátricos menores, talvez possa indicar que tenham alguma participação na saúde ou na doença, em nossa vida adulta. Assim sendo, é essencial ter consciência, de quais são esses, para atuar preventivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Caplan G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.**
- 2. Mari JJ, Iacononi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. Revista de Saúde Pública 1987; 21: 501-07.**
- 3. Busnello E. e cols. Morbidade Psiquiátrica na população urbana de Pôrto Alegre. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1993; 42: 55-60.**
- 4. Lima MS. Morbidade Psiquiátrica Menor e Consumo de Psicofármacos em Pelotas, RS. Dissertação de mestrado em Epidemiologia, Pelotas, RS, 1995.**
- 5. Freud S. Os caminhos da formação dos sintomas (1917) V.16. In: Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago 1976.**
- 6. Freud S. Hereditariedade e etiologia das neuroses V. 3. In: Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago 1976.**
- 7. Servant D, Parquet PJ. Life events and anxiety. Encephale 1994; 20: 333-7.**
- 8. Irwin HJ. Proneness to Dissociation and Traumatic Childhood Events. J Nerv Ment Dis 1994; 182: 456-60.**
- 9. Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, Cleary PD. Histories of Childhood Trauma in Adult Hypochondriacal Patients. Am J Psychiatry 1994; 151: 397-401.**
- 10. Landerman R, George LK, Blazer DG. Adult vulnerability for psychiatric disorders: interactive effects of negative childhood experiences and recent stress. J-Nerv-Ment-Dis 1991; 179: 656-63.**

11. **Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da Saúde Infantil - Um Manual para Diagnósticos Comunitários. São Paulo: Hucitec - Unicef, 1994.**
12. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios. Censo Demográfico, 1991, número 24, Rio Grande do Sul.**
13. **Dean AG, Dean JA, Benton AH, Dicker RL. Epi Info Version 5: a word processing, database and statistics program for epidemiology on micro-computers. Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA, 1990.**
14. **Division of Mental Health (WHO). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1994 (draft).**
15. **Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in Primary Care in the city of São Paulo. British Journal of Psychiatry 1986; 148: 23-26.**
16. **Masur J, Monteiro MG. Validation of the Cage Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting. Brazilian L. Med. Biol. Res. 1983; 16: 215-218.**
17. **SPSS for Windows. Statistical package for the social sciences. Chicago: SPSS Inc; 1986.**
18. **Grinberg L. Angústia, Depressão e Culpa. In: Culpa y Depression. Buenos Aires, Editorial Paidós 1973.**
19. **Brenner C. O aparelho psíquico. In: Noções básicas de psicanálise. Rio de Janeiro, Imago 1969.**

FIGURA 1.

MODELO DE ANÁLISE

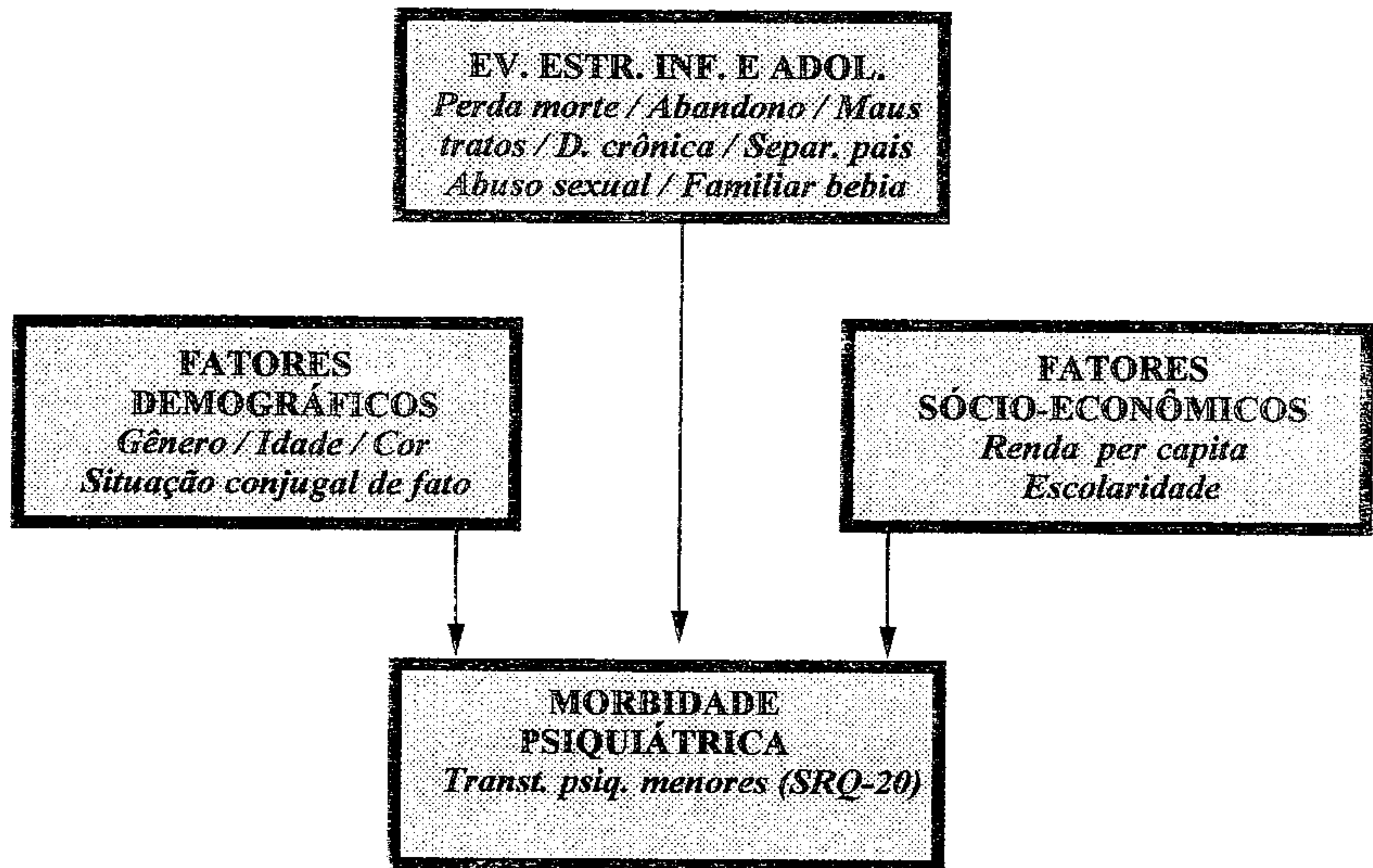


Tabela 1. Distribuição da amostra e positividade do SRQ, de acordo com variáveis demográficas e sócio-econômicas, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

Variável	n	%	SRQ+ (%)	RP	p valor
Sexo					< 0,001
Masculino	362	43,0	18,2	1,00	
Feminino	479	57,0	28,0	1,54	
Cor					NS
Branca	725	86,2	23,4	1,00	
Não branca	116	13,8	25,9		
Idade					NS
21 a 30 anos	258	30,7	20,2	1,00	
31 a 40 anos	284	33,8	23,9		
41 a 50 anos	299	35,6	26,8		
Situação conjugal					< 0,0001
Solteiro	146	17,4	13,7	1,00	
Casado	594	70,6	23,9	1,74	
Separado	78	9,3	43,6	3,18	
Viúvo	23	2,7	17,4	1,27	
Já separação					< 0,0001
sim	81	18,9	40,7	2,97	
Escolaridade					< 0,0001
12 ou + anos	149	17,7	10,1	1,00	
9 a 11 anos	224	26,6	14,7	1,46	
5 a 8 anos	339	40,3	30,7	3,04	
1 a 4 anos	111	13,2	32,4	3,21	
0	18	2,1	66,7	6,60	
Renda (PC em SMM)					< 0,0001
4 ou mais	219	26,0	11,9	1,00	
2 a 3,99	212	25,2	26,4	2,22	
1 a 1,99	223	26,5	26,0	2,18	
Menos de 1	187	22,2	32,1	2,99	

PC em SMM - per capita em salários mínimos mensais vigentes

RP - razão de prevalências

p valor - graus de significância estatística

Tabela 2. Distribuição da amostra e positividade do SRQ-20, de acordo com a presença de eventos estressantes na infância e adolescência, Pelotas, RS, 1996 (N=841)

Variável	n amostra	% amostra	prev.% SRQ+	RP	p/valor
Perda/morte de pessoa					< 0,05
não	332	39,5	19,9	1,00	
sim	509	60,5	26,3	1,32	
Separação dos pais					< 0,001
não	699	83,1	21,5	1,00	
sim	142	16,9	35,2	1,64	
Abandono					< 0,001
não	746	88,7	22,0	1,00	
sim	95	11,3	37,9	1,72	
Maus tratos					< 0,0001
não	742	88,2	20,8	1,00	
sim	99	11,8	46,5	2,24	
Abuso sexual					< 0,0001
não	822	97,7	22,7	1,00	
sim	19	2,3	68,4	3,01	
Doença crônica/família					< 0,05
não	500	59,5	21,2	1,00	
sim	341	40,5	27,6	1,30	
Familiar bebia muito					< 0,001
não	498	59,2	19,1	1,00	
sim	343	40,8	30,6	1,60	

RP - razão de prevalências

p valor - graus de significância estatística (< 0,05)

Tabela 3. Análise multivariada hierarquizada por regressão logística, da positividade do SRQ-20, de acordo com a presença de eventos estressantes na infância e adolescência, Pelotas, RS, 1996 (N=841)

Variável	RO (IC=95%) bruta	p valor	RO (IC=95%) ajustada	p valor
Perda/morte de pessoa		< 0,05		< 0,01
não	1,00		1,00	
sim	1,44 (1,03-2,01)		1,66 (1,16-2,39)	
Separação dos pais		< 0,001		< 0,005
não	1,00		1,00	
sim	1,99 (1,35-2,93)		1,87 (1,21-2,87)	
Abandono		< 0,001		< 0,005
não	1,00		1,00	
sim	2,17 (1,40-3,35)		2,17 (1,34-3,50)	
Maus tratos		< 0,0001		< 0,0001
não	1,00		1,00	
sim	3,31 (2,15-5,11)		3,06 (1,91-4,90)	
Abuso sexual		< 0,0001		< 0,0001
não	1,00		1,00	
sim	7,36 (2,76-19,62)		10,32 (3,43-31,04)	
Doença crônica/família		< 0,05		< 0,05
não	1,00		1,00	
sim	1,41 (1,03-1,95)		1,48 (1,05-2,09)	
Familiar bebia muito		< 0,001		< 0,001
não	1,00		1,00	
sim	1,87 (1,36-2,58)		1,78 (1,27-2,51)	

RO (IC) - razão de ODDS com intervalo de confiança de 95%

p valor - graus de significância estatística (< 0,05)

Observação - análise ajustada para renda, escolaridade, sexo e situação conjugal

FIGURA 2. Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com a Escolaridade, Pelotas, RS, 1996 (N=841)

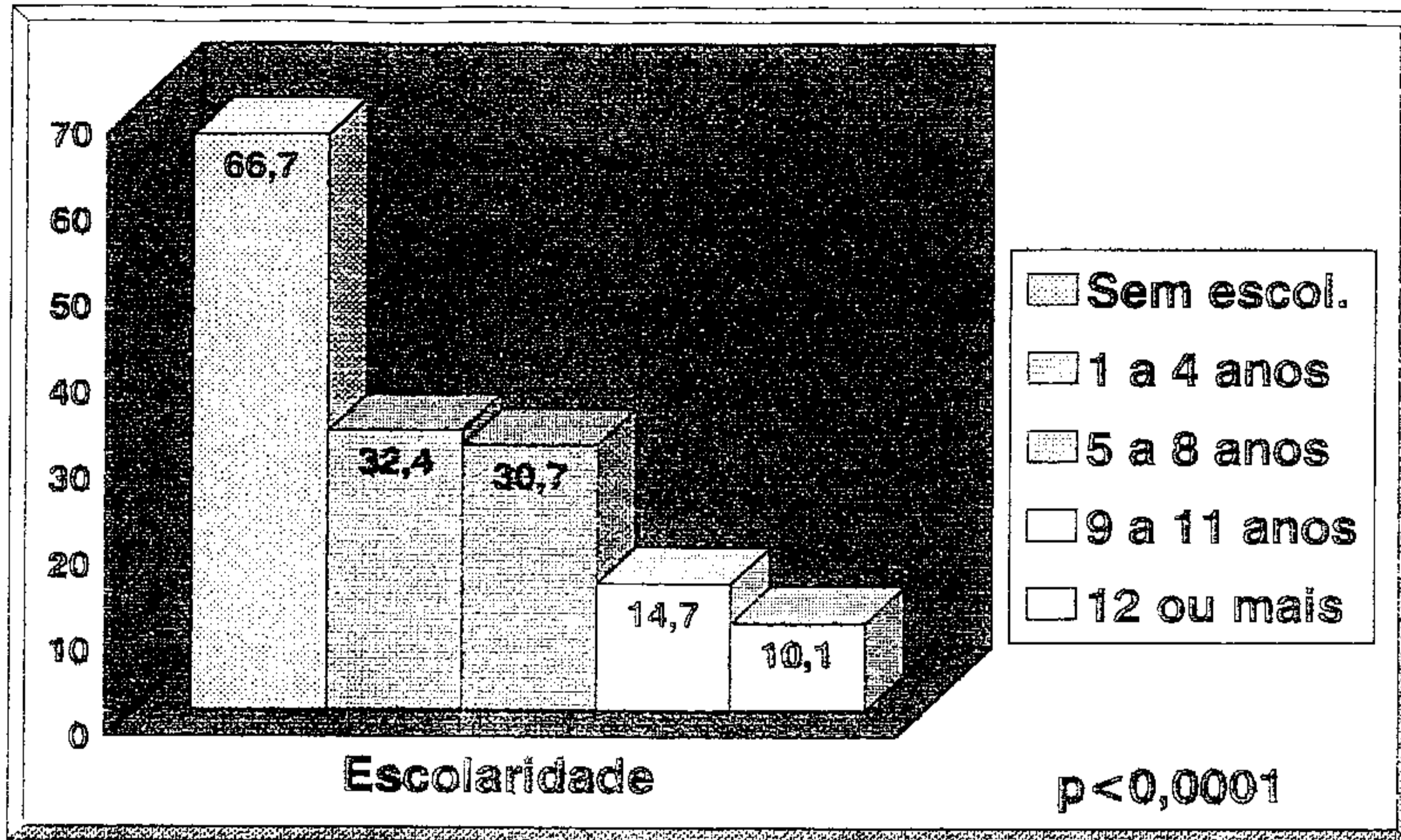


FIGURA 3. Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com a renda, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

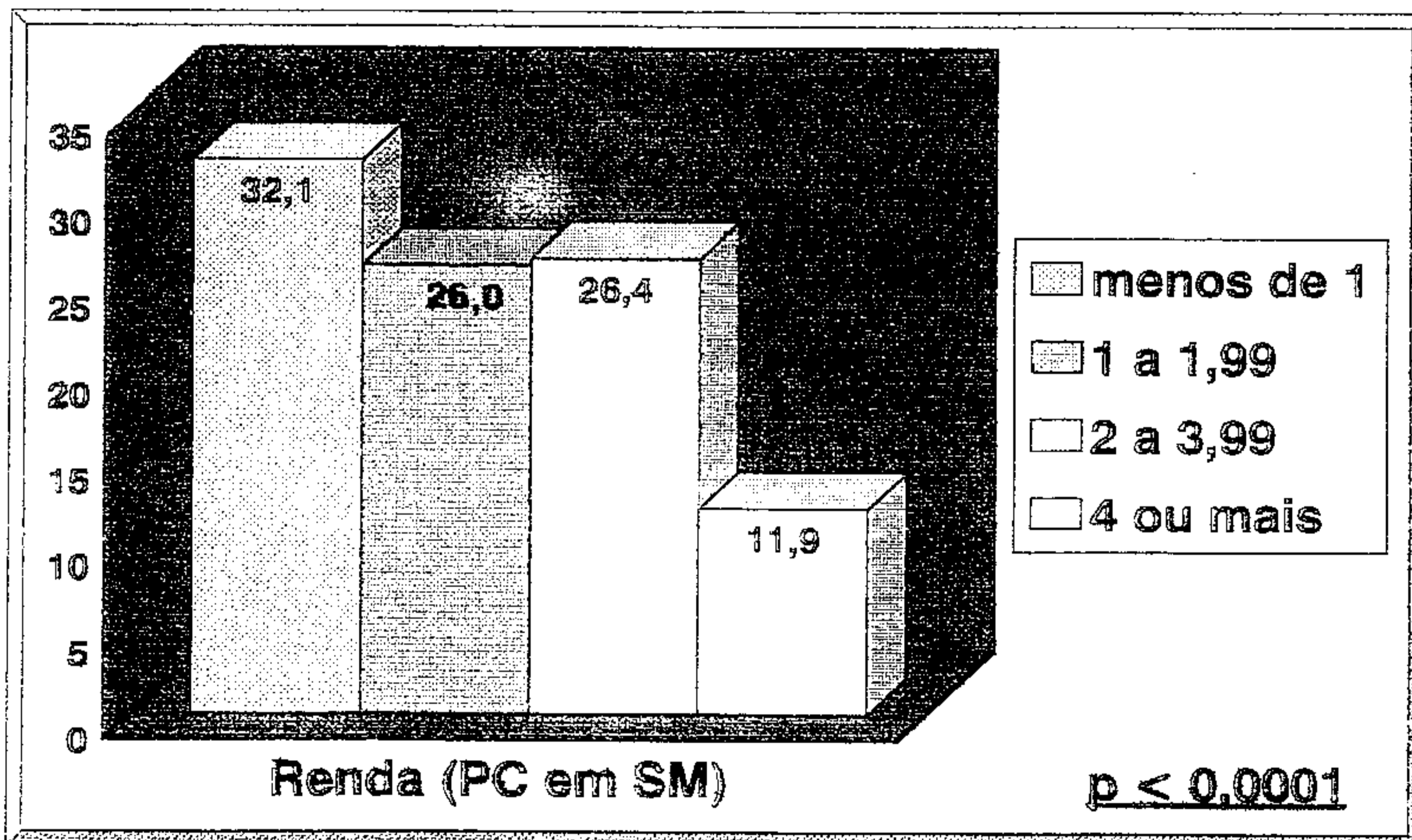


FIGURA 4. Razão de ODDS de Transtornos Psiquiátricos Menores em adultos que tiveram Eventos Estressantes na infância e adolescência, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

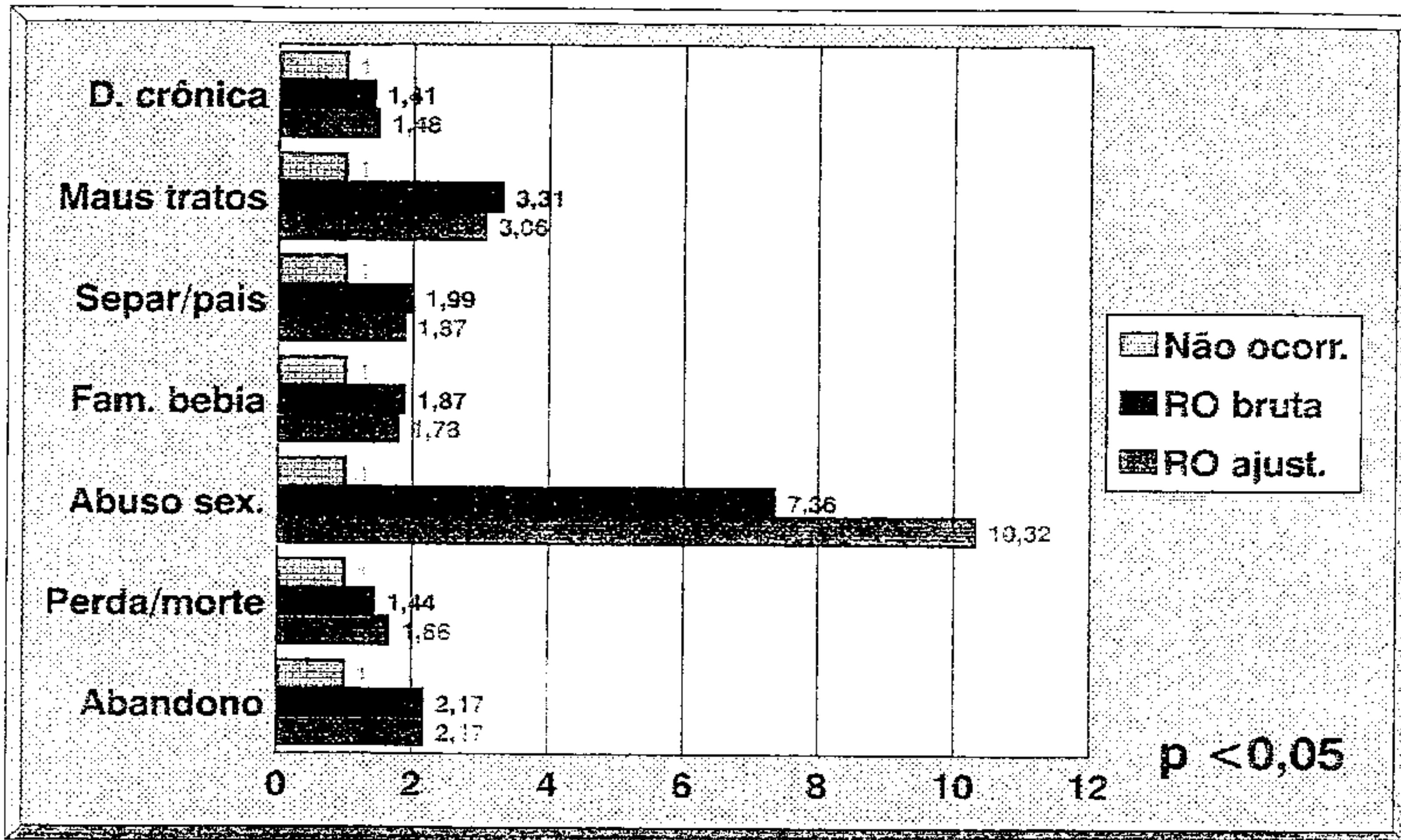
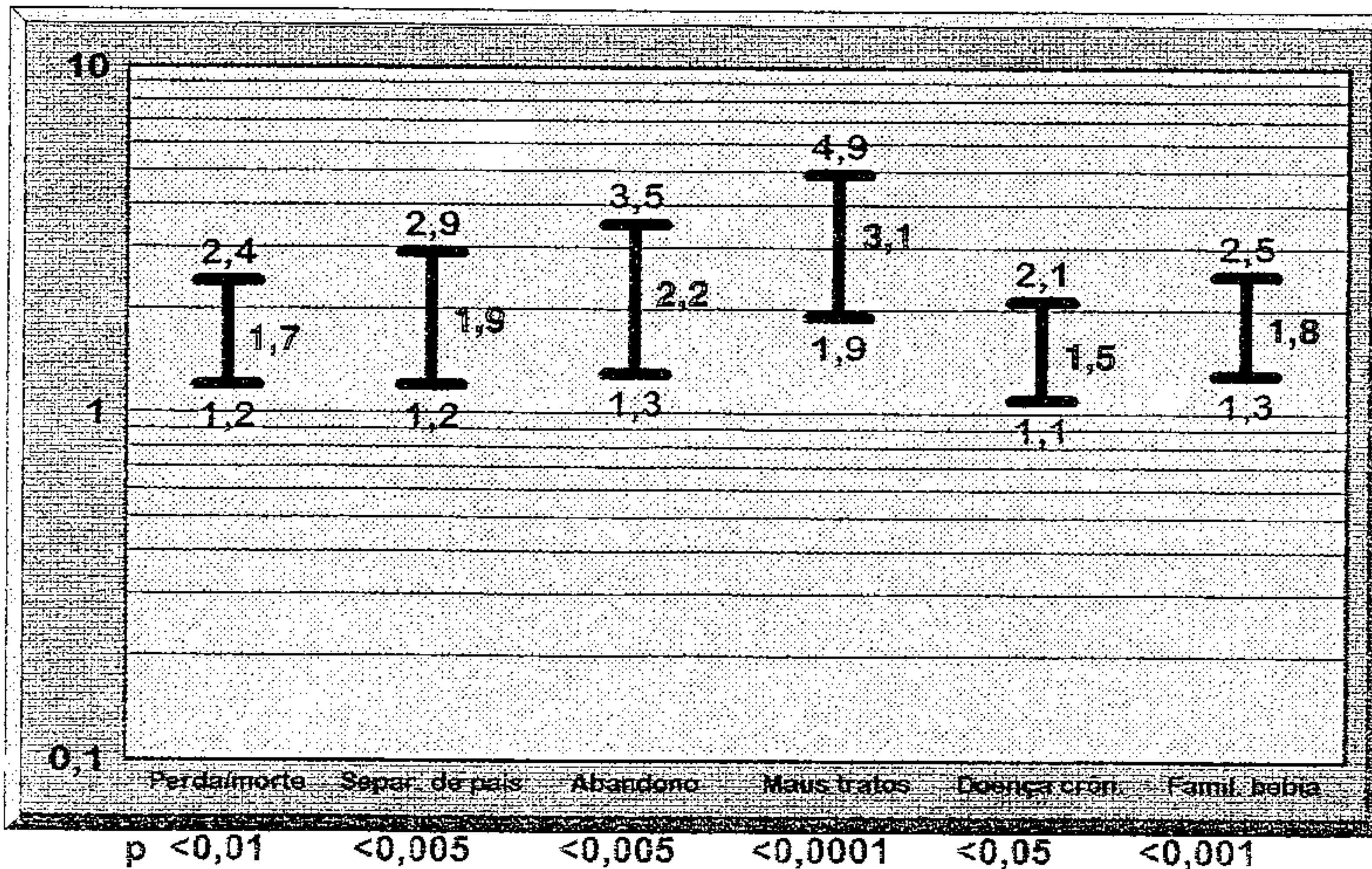


FIGURA 5. Razão de ODDS e Intervalos de Confiança de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com Eventos Estressantes antes dos 20 anos, Pelotas, RS, (N=841)



Parte IV:

ARTIGO 2

**INSATISFAÇÃO EM DIVERSOS SETORES DA VIDA:
POSSÍVEIS INDICADORES DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA?**

MESTRANDO: LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

ORIENTADOR: JORGE UMBERTO BÉRIA

CO-ORIENTADOR: MAURÍCIO SILVA DE LIMA

MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS, BRASIL

Av. Duque de Caxias, 250, Fragata.

Caixa Postal 464; CEP 96030.000

Pelotas, RS

ABSTRACT

In 1996, a population based cross-sectional survey was conducted in Pelotas, Southern Brazil, in order to evaluate satisfaction level of life (personal, familiar, sexual and professional) as possible indicators of psychiatric morbidity in adult age.

A sample of 841 adults with age between 21 and 50 years old was studied. Satisfaction in life was measured through a structured questionnaire, which included questions about the presence of stressful life events in childhood and adolescence, social economical and demographic questions, a screening tool to investigate minor psychiatric disorders (Self Reporting Questionnaire - SRQ-20) and another for drinking problems (CAGE).

The prevalence of minor psychiatric disorders was 23,8%, with differences between gender (28,0% for women and 18,2% for men). There was a small non-significant difference with age and skin color, and an inverse association with income and schooling, with linear tendency. In divorced subjects, the prevalence was high (43,6%). The levels of satisfaction in life showed an inverse and statistically significant association, with minor psychiatric disorders, even after controlling possible confounding factors.

The study suggests that dissatisfaction in life can be indicator of minor psychiatric morbidity.

UNITERMOS: minor psychiatric disorders, satisfaction levels, epidemiology, prevalence.

RESUMO

Em 1996 foi realizado um estudo transversal de base populacional, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, com a finalidade de tentar avaliar graus de satisfação em vários setores da vida (pessoal, familiar, sexual e profissional), como possíveis indicadores de morbidade psiquiátrica na idade adulta.

A população alvo foi constituída de pessoas com idade entre 21 e 50 anos. O questionário incluiu perguntas sobre graus de satisfação em diversos setores da vida, presença de eventos estressantes na infância e adolescência, além de um instrumento de rastreamento para transtornos psiquiátricos menores (Self Reporting Questionnaire - SRQ-20) e outro para alcoolismo (CAGE), além de questões sócio-econômicas e demográficas.

Foram entrevistadas 841 pessoas, com um índice de perdas e recusas de 5,7%. Encontrou-se uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores de 23,8 (28,0% para as mulheres e 18,2% para os homens), pequena variação não significativa de acordo com a idade e a cor, e uma associação inversamente proporcional com renda e escolaridade, com tendência à linearidade. Em separados, a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi alta (43,6%). O grau de satisfação em diversos setores da vida (pessoal, familiar, conjugal, sexual e profissional), também mostrou associação inversa com transtornos psiquiátricos menores, em todos setores da vida pesquisados, mesmo após ajustar para possíveis fatores de confusão, sugerindo que talvez possam ser considerados como alguns dos vários indicadores de morbidade psiquiátrica.

UNITERMOS: Transtornos psiquiátricos menores, graus de satisfação, prevalência, epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O físico e o mental têm papéis fundamentais para a pessoa humana, em todos os setores da vida. Podem trazer-nos limitações e dificuldades ou contribuir para o desenvolvimento de habilidades e capacidades, que possibilitam enfrentamentos e tomadas de posição, frente a todas as condições que compõem nossa realidade¹. Limitações impostas pelas condições de cada indivíduo, físicas e mentais, ou decorrentes da realidade, terão alguma influência no desfecho de nossa interação com o ambiente¹. Este relacionamento com a realidade externa, pessoas e condições do meio, se dá através de atitudes e pensamentos, aos quais estão, sempre ligados, os sentimentos. Através destes expressamos, em todos os momentos da nossa vida, alegria e tristeza, conforto e desconforto, amor e raiva, bem estar e sofrimento, satisfação e insatisfação. É instintivo no indivíduo, a satisfação quando nossos desejos e expectativas são atingidos, e insatisfação em situações em que esses são frustrados², independente da nossa vontade. As frustrações predis põem o indivíduo ao sofrimento psíquico e aos transtornos mentais e, por isto, torna-se importante, na busca de fatos, situações ou características humanas, como indicadores de saúde ou doença mental, avaliar quais sentimentos, emoções ou sensações, mais comumente se associam aos transtornos psiquiátricos, como possíveis indicadores de doença mental. A vida das emoções e sentimentos é envolta por muita subjetividade, mas embora essa, não há vida sem emoções e sentimentos, e por isto, a importância de sabermos cada vez mais sobre eles e sobre suas ligações com a saúde/doença mental.

Conceituar saúde e doença mental pode ser relativamente fácil na teoria, mas envolve tantos fatores que, na prática, é algo muito difícil, pelos limites imprecisos. Diferenciar saúde de doença, em qualquer área da Medicina, envolve muitos critérios objetivos e subjetivos. Destes, o sofrimento físico se expressa através da dor, como o sofrimento psíquico através da insatisfação ou frustração que envolve o indivíduo com transtornos mentais. Entre os critérios subjetivos

para o diagnóstico de saúde mental³, estão: 1) capacidade de manter relações afetivas, proporcionando e recebendo satisfação; 2) capacidade de trabalhar produtivamente e tirar disso satisfação; 3) capacidade de satisfação das necessidades básicas individuais. A insatisfação advinda dessas três fontes, talvez possa indicar algum grau de dificuldade, sofrimento ou transtorno mental.

Estudos epidemiológicos sobre bem estar subjetivo e sintomas neuróticos concluem ser polos diferentes de uma mesma reta⁴, apresentarem uma associação inversa^{5,6} e sugerem mais estudos utilizando escalas de bem estar subjetivo e de sintomas neuróticos.

Os transtornos psiquiátricos menores apresentam uma alta prevalência ao nível populacional^{7,8,9} e há poucos estudos epidemiológicos sobre o tema, no Brasil.

Neste estudo, tentaremos avaliar graus de satisfação em diversos setores da vida, embora toda a subjetividade que possa envolvê-los, e estudar a possível associação existente entre insatisfação em diversos setores da vida e transtornos psiquiátricos menores, que, se presente, talvez possa levantar um questionamento: a insatisfação em alguns setores da vida pode ser considerada como um possível indicador de doença mental?

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada de maio a dezembro de 1996 em Pelotas, RS, teve um delineamento transversal, sendo sua população alvo, adultos de 21 a 50 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas. Foi tomada como população em estudo uma amostra representativa e equiprobabilística da população alvo.

A amostragem através de múltiplos estágios¹⁰, a partir dos 259 setores censitários da zona urbana, de acordo com informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹, teve 25 setores sorteados, dos quais, 23 para o estudo final. Em cada setor, através de sorteio aleatório, foram

selecionados os quarteirões e, nesses, as esquinas de início, e usando o sentido anti-horário, com um intervalo sistemático de um domicílio, visitados 35 domicílios e entrevistados todos os seus moradores, que estavam na faixa etária da pesquisa. Se, após fazer a volta no quarteirão, não foram encontrados 35 domicílios, o entrevistador, de costas para o domicílio inicial, enxergava três esquinas, atravessava a rua no sentido da esquina mais à sua direita e continuava as visitas até completar o número desejado de domicílios.

O tamanho da amostra foi recalculado a partir de prevalências e razões não-expostos/expostos, fornecidos pelo estudo piloto, com um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80% e com razão de prevalências estimada em 2. A amostra necessária foi de 873 pessoas, calculada através do programa EPIINFO¹², acrescentando-se ao número obtido, 10% para perdas e 30% para análise de fatores de confusão, de forma a estabelecer uma margem de segurança e não perder em precisão.

As únicas condições para um domicílio ser substituído foram: ser domicílio comercial sem moradores, ser domicílio coletivo, e estar desabitado, situação esta confirmada pelos vizinhos.

Os dados foram coletados pelos entrevistadores utilizando questionários padronizados e pré-codificados, testados no estudo piloto. O questionário foi composto de 93 perguntas sobre eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência, graus de satisfação em diversos setores da vida, acrescido do Self Reporting Questionnaire¹³ (SRQ-20) composto por vinte perguntas para detectar transtornos psiquiátricos menores e do (CAGE), composto de quatro perguntas para detectar dependência ao álcool. Tanto o SRQ-20¹⁴ como o CAGE¹⁵ são questionários padronizados e validados para sua aplicação no Brasil. Os dados foram digitados e armazenados em disquetes através do programa EPIINFO¹², com o qual foi revisada a amplitude e consistência da entrada dos mesmos.

As questões usadas para avaliar os graus de satisfação pessoal, familiar, profissional e sexual, foram redigidas como no exemplo a seguir: com relação a

sua vida pessoal, você está? As possibilidades de resposta eram quatro: insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito ou muito satisfeito. Esta forma de avaliar graus de satisfação é semelhante a usada em estudos epidemiológicos sobre bem estar subjetivo^{4,5}.

Variáveis

Dependente: Morbidade Psiquiátrica - transtornos psiquiátricos menores, detectados pelo instrumento de rastreamento para os mesmos (SRQ-20).

Independentes: Sócio-econômicas - composta por 2 variáveis que são: escolaridade em anos completos e renda em salários mínimos per capita.

Demográficas - composta por 4 variáveis que são: sexo, cor, idade e situação conjugal de fato (caracterizada por união estável, vivendo sob o mesmo teto).

Eventos estressantes na infância e adolescência - crises vitais naturais ou acidentais ocorridas até os 20 anos. Esta categoria é composta pelas seguintes variáveis: perda de pessoa afetivamente significativa por morte ou abandono, separação dos pais, maus tratos e abuso sexual, presença de familiar que bebia muito, e a ocorrência de doença crônica ou grave na família, no indivíduo ou em seu familiar.

Graus de satisfação em diversos setores da vida: pessoal, familiar, sexual e profissional.

Análise dos dados

Foi feita utilizando o programa estatístico SPSS for Windows¹⁶, através de várias etapas:

*** análise univariada, com as frequências das variáveis (dependente e independentes), expressas em prevalências;**

*** análise bivariada, com o cruzamento entre a variável dependente e as independentes, através das tabelas de contingência (efeito estimado pela razão de**

prevalências), e da regressão logística (efeito estimado pela razão de Odds), com teste do qui-quadrado e teste para tendência linear em proporções;

* análise multivariada, através de regressão logística incondicional, com a investigação do efeito conjunto das variáveis independentes sobre a dependente, expresso pela razão de Odds, com o teste de razão de verossimilhanças.

As variáveis incluídas na análise multivariada foram as que apresentaram um $p < 0,1$ na análise bivariada e seguiram o modelo de acordo com o nível hierárquico.

RESULTADOS

Em 805 domicílios visitados foram encontradas 892 pessoas na faixa etária da pesquisa, sendo entrevistadas 841 (94,3%). Houveram 27 recusas (24 homens e 3 mulheres) e 24 perdas (15 homens e 9 mulheres), totalizando 51 pessoas com um índice final de perdas e recusas de 5,7%. Nos homens esse índice foi de 9,7% e nas mulheres de 2,4%. A prevalência de transtornos psiquiátricos menores, foi de 23,8%.

A amostra foi constituída por 57% de mulheres, 86,2% de pessoas brancas, 9,3% de separados, 70,6% de casados, sendo que desses, 13,7% já foram separados, 55,6% tem apenas o primeiro grau ou não o completaram, e metade da amostra tem uma renda per capita abaixo de 2 salários mínimos vigentes.

A positividade do SRQ não mostrou diferenças significativas com relação à cor e idade, mas quanto ao sexo, situação conjugal, renda e escolaridade, as diferenças por categoria foram muito significativas ($p < 0,001$). As mulheres apresentaram uma prevalência de SRQ positivo maior que os homens, 28,0% e 18,2%, respectivamente, e com relação à situação conjugal, os solteiros foram os

que menos apresentaram SRQ positivo, 13,7%, e os separados os que mais apresentaram, 43,6%.

A escolaridade e a renda mostraram associação inversa com tendência linear em relação ao SRQ.

A distribuição de insatisfação em diversos setores da vida de acordo com variáveis demográficas e sócio-econômicas (tabela 1), mostrou que: o relato de insatisfação pessoal é mais frequente em separados, sem escolaridade e com renda per capita abaixo de 4 salários mínimos; o relato de insatisfação familiar é mais frequente em separados, entre 31 e 50 anos e com renda per capita abaixo de 1 salário mínimo; o relato de insatisfação sexual é mais frequente em mulheres, separados, viúvos e solteiros, sem escolaridade e com renda per capita menor que 1 salário mínimo e o relato de insatisfação profissional é mais frequente em separados, não brancos, com renda per capita menor que 1 salário mínimo.

A distribuição da amostra e a positividade do SRQ indicando a presença de transtornos psiquiátricos menores, de acordo com graus de satisfação em diversos setores da vida podem ser visualizadas na tabela 2. A prevalência da positividade do SRQ na amostra, foi de 23,8%.

Observa-se que a prevalência de SRQ positivo, indicando a presença de transtornos psiquiátricos menores, é muito semelhante entre o grupo de satisfeitos e muito satisfeitos, e bem diferente dos também muito semelhantes grupos de pouco satisfeitos e insatisfeitos, em todos os setores da vida pesquisados. Se observarmos as razões de prevalências de transtornos psiquiátricos menores, de acordo com graus de satisfação nos setores da vida pesquisados, poderemos perceber o mesmo fenômeno observado com relação às prevalências daqueles. Em função desses achados, optamos por transformar as variáveis de grau de satisfação em diversos setores da vida, em dicotômicas, agrupando da seguinte forma: insatisfeito/pouco satisfeito e satisfeito/muito satisfeito.

Na tabela 3 podemos visualizar a distribuição da amostra e a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, de acordo com os graus de satisfação nos setores da vida pesquisados, transformada em variável dicotômica, além de estratificada por sexo.

A prevalência de insatisfação/pouca satisfação variou de acordo com o setor da vida pesquisado, de 14,9% na vida familiar a 31,3% na vida profissional.

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores em quem relatou satisfação/muita satisfação, variou de 14,1% na vida pessoal a 17,9% na vida com a família e em quem relatou insatisfação/pouca satisfação, de 51,6% na vida pessoal a 57,6% na vida familiar, com exceção da vida profissional na qual foi menor, 43,0%.

A medida de efeito usada na análise bivariada, através das tabelas de contingência, foi a razão de prevalências. A razão de prevalências de transtornos psiquiátricos menores, de acordo com a insatisfação/pouca satisfação, foi expressiva em cada setor da vida avaliado, sendo de 3 vezes mais na vida sexual, familiar e profissional, e de 4 vezes mais na vida pessoal.

Na tabela 4 é mostrada a análise bruta e ajustada da presença de transtornos psiquiátricos menores, de acordo com insatisfação/pouca satisfação na vida pessoal, familiar, profissional e sexual. Os possíveis fatores de confusão, que entraram na análise, foram renda, escolaridade, sexo e situação conjugal.

A medida de efeito usada na análise bruta e ajustada por regressão logística foi a razão de Odds, ou razão de produtos cruzados. A razão de Odds, na análise bruta, situou-se entre 4,3 vezes mais na vida profissional e 6,5 vezes mais na vida pessoal. Na análise ajustada, a razão de Odds situou-se entre 4,7 vezes mais na vida profissional e 8,6 vezes mais na vida sexual, havendo em todos setores em

estudo, aumento do efeito. A variação do aumento de efeito após a análise ajustada, foi de 10% na vida profissional a 37,2% na vida sexual do entrevistado.

Em vista da magnitude do efeito encontrado, e por terem sido pesquisados, sete eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência, que se mostraram significativamente associados a transtornos psiquiátricos menores, optamos por incluí-los na análise, como possíveis fatores de confusão, uma vez que fazem parte do nosso modelo.

Na tabela 4 podemos observar o efeito da insatisfação/pouca satisfação nos diversos setores da vida, sobre a presença de transtornos psiquiátricos menores, de uma forma comparativa, através da razão de Odds bruta, a razão de Odds ajustada para renda, escolaridade, sexo e situação conjugal, e a razão de Odds ajustada para, além dessas variáveis, sete eventos estressantes ocorridos antes dos 20 anos, que são: perda por morte e por abandono, maus tratos, abuso sexual, separação dos pais, presença de familiar que bebia muito e de familiar com doença crônica ou grave.

Uma vez acrescentados como possíveis fatores de confusão, os sete eventos estressantes citados acima, observamos pouca modificação do efeito, pois o mesmo não diminuiu em relação à razão de Odds bruta, em nenhum dos setores da vida pesquisados (figura 1).

DISCUSSÃO

O índice de perdas e recusas do presente estudo foi de 5,7%, sendo de 9,7% nos homens e 2,4% nas mulheres. Neste estudo, considerou-se um bom índice de perdas e recusas, pois o mesmo foi menor que 10%.

Como as variáveis independentes em estudo foram graus de satisfação em diversos setores da vida (pessoal, familiar, profissional e sexual), portanto sentimentos que envolvem muita subjetividade, é possível alguma distorção nos resultados, mas os graus de significância estatística ($p < 0,0001$) e a magnitude dos achados, por certo minimizam em muito a sua possível ocorrência.

Deve ser considerado de importância nesse tipo de estudo, o viés da causalidade reversa, mas em nenhum momento tivemos como objetivo inferir causalidade, pois estamos considerando a insatisfação como uma das formas de expressão da presença de transtornos psiquiátricos menores.

Das variáveis demográficas pesquisadas (cor, idade, sexo e situação conjugal), apenas sexo e situação conjugal mostraram-se estatisticamente significativas ($p < 0,001$), associadas com transtornos psiquiátricos menores, indicados pela positividade do SRQ.

As duas variáveis sócio-econômicas pesquisadas (escolaridade e renda per capita), mostraram associação inversa estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), com transtornos psiquiátricos menores, além de tendência à linearidade.

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores, de acordo com os graus de satisfação nos diversos setores da vida pesquisados (pessoal, familiar, sexual e profissional), foi muito semelhante nos grupos que relataram pouca satisfação ou insatisfação, o mesmo ocorrendo nos grupos que relataram satisfação ou muita satisfação, mas uma grande diferença entre os primeiros e os últimos. Este achado parece mostrar que a presença de transtornos psiquiátricos menores, independe de quanto se está satisfeito ou não, mas sim do simples fato de relatar satisfação ou não, e por isso estas variáveis foram transformadas em dicotômicas, sendo agrupadas como insatisfeito/pouco satisfeito e satisfeito/muito satisfeito.

A prevalência de transtornos psiquiátricos menores em quem relatou satisfação/muita satisfação, variou de 14,1% na vida pessoal a 17,9% na vida com a família e em quem relatou insatisfação/pouca satisfação, de 51,6% na vida pessoal a 57,6% na vida familiar, com exceção da vida profissional na qual foi menor, 43,0%. Pode-se ter uma idéia por esses dados, da magnitude dos achados, pois as razões de prevalências foram desde 2,9 na vida profissional a 3,7 na vida pessoal, mostrando em torno de 3 vezes mais transtornos psiquiátricos menores em quem relatou insatisfação/pouca satisfação em todos setores da vida pesquisados.

A insatisfação nos homens, em qualquer dos setores da vida pesquisados, mostra uma associação maior com transtornos psiquiátricos menores, do que a insatisfação das mulheres, principalmente na vida sexual e profissional.

A análise bruta e ajustada por regressão logística nos mostra a magnitude dos achados, através das razões de ODDS, que na análise bruta foram em torno de 6 vezes mais, com exceção da vida profissional em que foi menor, 4 vezes mais. Na análise ajustada para os possíveis fatores de confusão (sexo, situação conjugal, renda e escolaridade), nenhuma das variáveis tem o seu efeito diminuído. Quando acrescentamos como possíveis fatores de confusão os sete eventos estressantes pesquisados, ocorridos antes dos 20 anos, (perda por morte, perda por abandono, separação de pais, maus tratos, abuso sexual, presença de familiar que bebia muito e presença de familiar com doença crônica ou grave), todas as variáveis permanecem com as razões de Odds sem terem seu efeito diminuído em relação à análise bruta. Na figura 2 são mostradas as razões de Odds com seus respectivos intervalos de confiança, estatisticamente muito significativos.

Podemos, a partir desses achados, talvez inferir que graus de insatisfação nos setores da vida pesquisados, possam ser alguns dos vários indicadores de morbidade psiquiátrica, principalmente de transtornos psiquiátricos menores, pois

esses foram 5 vezes mais freqüentes nos insatisfeitos profissionalmente, 6 vezes mais nos insatisfeitos na vida familiar, 6,5 vezes mais nos insatisfeitos na vida pessoal e 8 vezes mais nos insatisfeitos sexualmente.

Os achados deste estudo parecem mostrar que é importante a pesquisa de fatores não mensuráveis e extremamente subjetivos como são sensações e sentimentos humanos, principalmente se o desfecho for morbidade psiquiátrica, pois as doenças psiquiátricas tem como um dos fatores mais importantes envolvidos, exatamente a dificuldade do indivíduo de lidar com os próprios sentimentos.

Esperamos que, com os resultados encontrados e sua divulgação, possa haver uma maior preocupação do indivíduo em buscar mais a sua satisfação e nos responsáveis por contribuir para essa satisfação individual, uma consciência da importância disso, em busca de uma maior saúde mental e conseqüentemente uma prevenção à doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Caplan G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro, Zahar, 1980; 40-103.**
- 2. Freud S. Os instintos e suas vicissitudes (1915) V. 14. In: Edição standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago 1976.**
- 3. Hofling CK. Fundamentos de psicologia para el médico. In Tratado de Psiquiatria. México, Nueva Editorial Interamericana 1974; 28-81.**
- 4. Form AJ, Duncan-Jones P. Neurotic symptoms and subjective well-being in a community sample: different sides of the same coin? Psychological Medicine 1990; 647-654.**

5. **Headey B, Holmström E, & Wearing A. Well-being and ill-being: different dimensions. Social Indicators Research 1984;14:115-139.**
6. **Dunn JC, & Kirsner K. Discovering functionally independent mental processes: the principal of reversed association. Psychological Review 1988; 95:91-101.**
7. **Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. Revista de Saúde Pública 1987; 21: 501-07.**
8. **Busnello E. e cols. Morbidade Psiquiátrica na população urbana de Pôrto Alegre. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1993; 42: 55-60.**
9. **Lima MS. Morbidade Psiquiátrica Menor e Consumo de Psicofármacos em Pelotas, RS. Dissertação de mestrado em Epidemiologia, Pelotas, RS, 1995.**
10. **Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da Saúde Infantil - Um Manual para Diagnósticos Comunitários. São Paulo: Hucitec - Unicef, 1994.**
11. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios. Censo Demográfico, 1991, número 24, Rio Grande do Sul.**
12. **Dean AG, Dean JA, Benton AH, Dicker RL. Epi Info Version 5: a word processing, database and statistics program for epidemiology on micro-computers. Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA, 1990.**
13. **Division of Mental Health (WHO). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1994 (draft).**
14. **Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in Primary Care in the city of São Paulo. British Journal of Psychiatry 1986; 148: 23-26.**
15. **Masur J, Monteiro MG. Validation of the Cage Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting. Brazilian L. Med. Biol. Res. 1983; 16: 215-218.**
16. **SPSS for Windows. Statistical package for the social sciences. Chicago: SPSS INC; 1986.**

FIGURA 1.

MODELO DE ANÁLISE

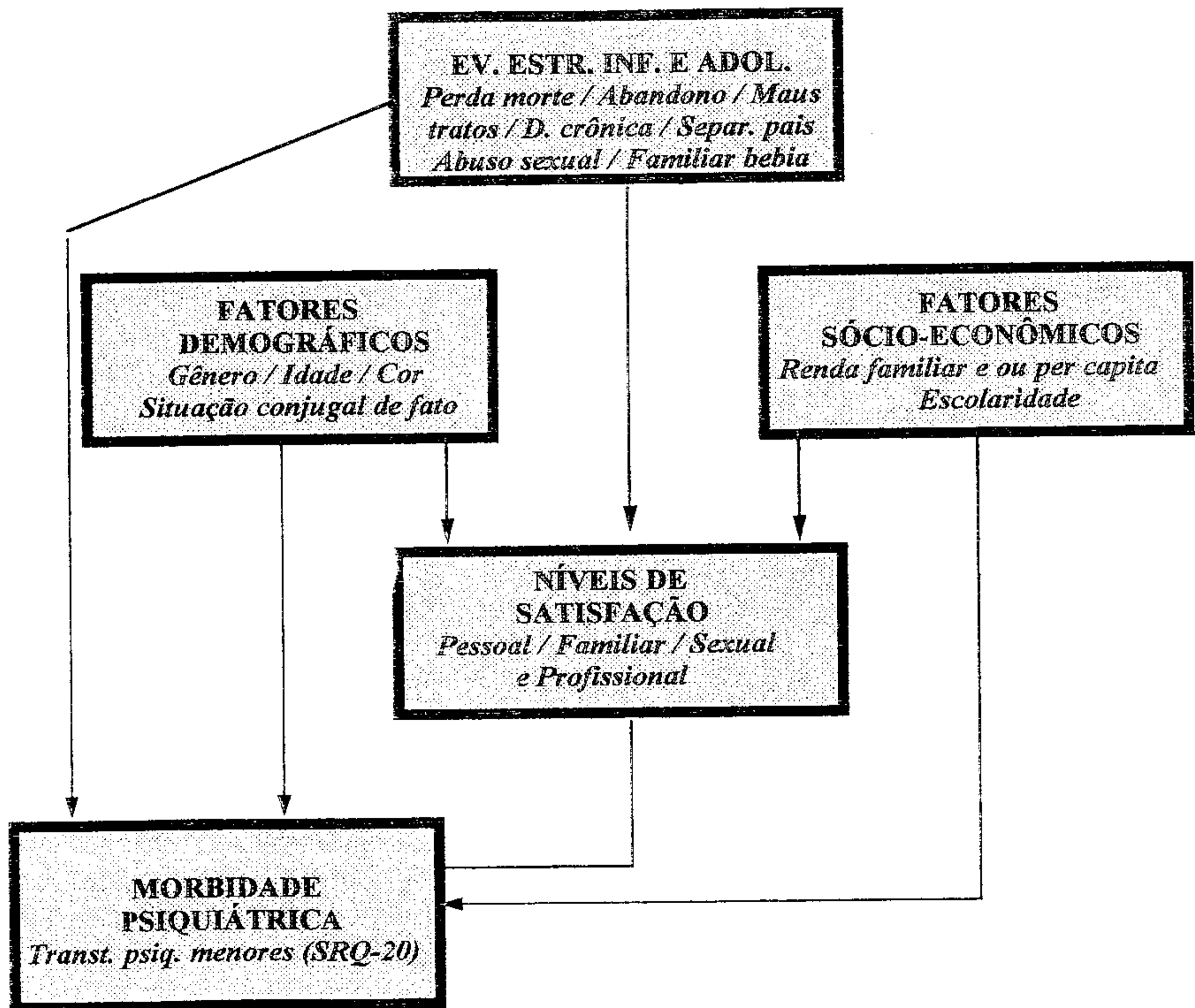


Tabela 1. Prevalências de insatisfação em diversos setores da vida, de acordo com variáveis demográficas e sócio-econômicas, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

Variável	Insat. pessoal %	Insat. familiar %	Insat. sexual %	Insat. profissional %
Sexo	NS	NS	*	NS
Masculino	24,9	12,7	11,6	32,9
Feminino	26,5	16,5	19,4	30,1
Cor	NS	NS	NS	*
Branca	25,2	14,6	15,4	29,9
Não branca	29,3	16,4	19,8	39,7
Idade	NS	*	NS	NS
21 a 30 anos	27,1	18,6	14,7	31,8
31 a 40 anos	25,7	16,9	19,4	34,5
41 a 50 anos	24,7	9,7	14,0	27,8
Situação conjugal	*	*	*	*
Solteiro	32,9	23,3	26,7	35,6
Casado	20,5	9,9	10,3	28,8
Separado	50,0	37,2	35,9	44,9
Viúvo	34,8	13,0	30,4	21,7
Escolaridade	NS	NS	*	NS
12 ou + anos	21,5	10,7	16,8	26,8
9 a 11 anos	25,9	16,1	13,8	28,1
5 a 8 anos	28,0	16,2	18,0	34,5
1 a 4 anos	20,7	10,8	8,1	32,4
0	50,0	33,3	50,0	38,9
Renda (PC em SMM)	*	*	*	*
4 ou mais	12,8	8,7	11,9	23,7
2 a 3,99	33,0	15,1	16,0	32,1
1 a 1,99	26,0	15,7	14,3	32,3
Menos de 1	32,6	20,9	23,0	38,0

PC em SMM - per capita em salários mínimos mensais vigentes

*** p valor < 0,05**

NS - não significativo

Tabela 2. Frequências de graus de satisfação e transtornos psiquiátricos menores, Pelotas, RS, 1966 (n=841)

Variável	n	Preval. %	Preval.% SRQ +	RP	p valor
Satisfação pessoal					< 0,0001
muito satisfeito	114	13,6	11,4	1,00	
satisfeito	510	60,6	14,7	1,29	
pouco satisfeito	171	20,3	50,9	4,46	
insatisfeito	46	5,5	54,3	4,76	
Satisfação na família					< 0,0001
muito satisfeito	210	25,0	13,8	1,00	
satisfeito	506	60,2	19,6	1,42	
pouco satisfeito	104	12,4	59,6	4,32	
insatisfeito	21	2,5	47,6	3,45	
Satisfação no trabalho					< 0,0001
muito satisfeito	149	17,7	13,4	1,00	
satisfeito	429	51,0	15,6	1,16	
pouco satisfeito	165	19,6	41,2	3,07	
insatisfeito	98	11,7	45,9	3,43	
Satisfação sexual					< 0,0001
muito satisfeito	172	20,5	15,7	1,00	
satisfeito	534	63,5	18,0	1,15	
pouco satisfeito	96	11,4	54,2	3,45	
insatisfeito	39	4,6	64,1	4,08	

RP - razão de prevalências

p valor - graus de significância estatística (< 0,05)

Tabela 3. Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com insatisfação em setores da vida, estratificado por gênero e total, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

Variável dicotômica	Homens		Mulheres		Total	
	% SRQ+	RP IC=95%	% SRQ+	RP IC=95%	% SRQ+	RP IC=95%
Satisfação pessoal						
satisf/muito satisf.	10,3	1,0	17,0	1,0	14,1	1,0
insat/pouco satisf.	42,2	4,1 (2,7-6,3)	58,3	3,4 (2,6-4,5)	51,6	3,7 (2,9-4,6)
Satisfação na família						
satisf/muito satisf.	13,9	1,0	21,0	1,0	17,9	1,0
insat/pouco satisf.	47,8	3,4 (2,3-5,2)	63,3	3,0 (2,3-3,9)	57,6	3,2 (2,6-4,0)
Satisfação no trabalho						
satisf/muito satisf.	9,1	1,0	19,4	1,0	15,1	1,0
insat/pouco satisf.	37,0	4,1 (2,6-6,5)	47,9	2,5 (1,9-3,3)	43,0	2,9 (2,3-3,6)
Satisfação sexual						
satisf/muito satisf.	13,4	1,0	20,7	1,0	17,4	1,0
insat/pouco satisf.	54,8	4,1 (2,8-6,0)	58,1	2,8 (2,2-3,6)	57,0	3,3 (2,6-4,1)

RP - razão de prevalências

IC - intervalo de confiança

p valor - significância estatística (< 0,0001) para todas as categorias nos dois sexos

Tabela 4. Análise bruta e ajustada por regressão logística hierarquizada, de transtornos psiquiátricos menores de acordo com níveis de satisfação, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

Variável	ROB	ROA1 (IC=95%)	ROA2 (IC=95%)	p
Satisfação pessoal				< 0,0001
satisf/muito satisfeito	1,00	1,00	1,00	
insatisf/pouco satisfeito	6,50	7,67 (5,13-11,47)	6,66 (4,41-10,05)	
Satisfação na família				< 0,0001
satisf/muito satisfeito	1,00	1,00	1,00	
insatisf/pouco satisfeito	6,24	7,59 (4,75-12,12)	6,24 (3,82-10,18)	
Satisfação no trabalho				< 0,0001
satisf/muito satisfeito	1,00	1,00	1,00	
insatisf/pouco satisfeito	4,25	4,66 (3,23-6,72)	4,88 (3,32-7,18)	
Satisfação sexual				< 0,0001
satisf/muito satisfeito	1,00	1,00	1,00	
insatisf/pouco satisfeito	6,29	8,63 (5,36-13,90)	8,21 (4,99-13,15)	

ROB (IC) - razão de ODDS bruta com intervalo de confiança de 95%

ROA1 (IC) - razão de ODDS ajustada para sexo, sit. conjugal, renda e escolaridade

ROA2 (IC) - razão de ODDS ajustada também para eventos estressantes

p - grau de significância estatística (válido para análise bruta e ajustadas)

FIGURA 2. Razão de ODDS de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com insatisfação, em diversos setores da vida, Pelotas, RS, 1996 (n=841)

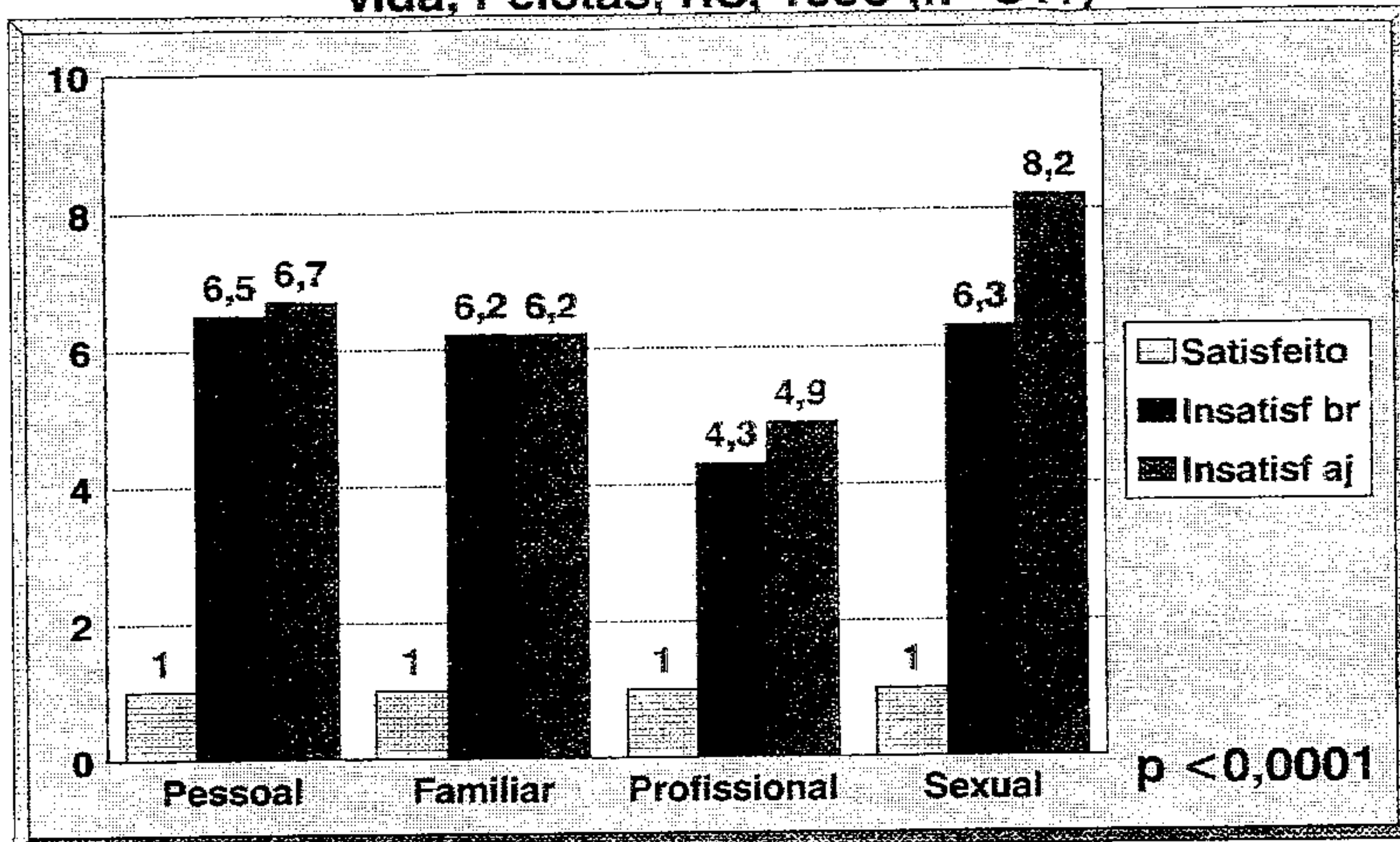
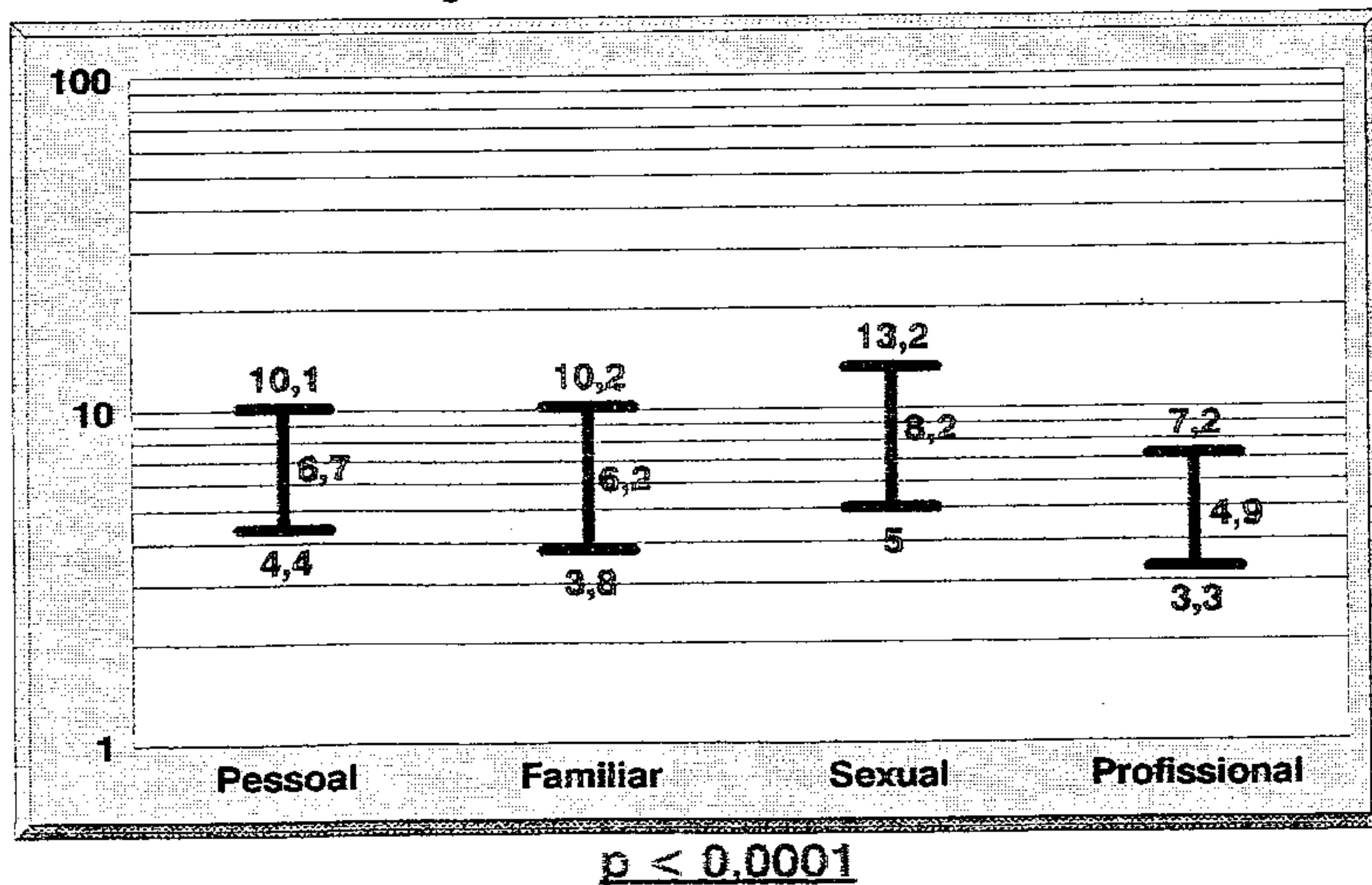


FIGURA 3. Razão de ODDS e Intervalos de Confiança de Transtornos Psiquiátricos Menores, de acordo com Insatisfação, Pelotas, RS, 1996, (N=841)



Anexo 1:

QUESTIONÁRIO

**EPIDEMIOLOGIA DOS EVENTOS
ESTRESSANTES**

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

1. Número do setor: _____
2. Número da família: _____
3. Data da entrevista: ____/____/____
4. Endereço: _____
5. Entrevistador: _____
6. Qual o seu nome? _____
7. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____
8. Qual a sua idade em anos completos? ____ anos

As respostas aos itens 9 e 10 devem ser de simples observação, as perguntas não devem ser formuladas.

9. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
10. Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata (4) Outra

11. Você sabe ler e escrever ?
(0) Não (pule para a 14) (1) Sim (9) Ignorado
12. Até que série completou no colégio ? __ série __ grau (88) NSA
13. Rodou de ano alguma vez ? (0) não (1) sim __ série __ grau (8) NSA
14. Pratica alguma religião ? (0) Não (pule para a 18) (1) sim
15. Qual ? (1) católica (2) espírita (3) evangélica
(4) outra (especificar) _____ (88) NSA
16. Houve algum fato ou acontecimento nessa época que lhe levou a praticar ?
(0) não (1) sim (qual) _____ (8) NSA

17. Em que momentos ou ocasiões sente mais necessidade de uma religião ?

(0) não há momentos ou vai sempre (1) Quando está triste

(2) Quando alguém ou você está doente e tem medo que algo ruim aconteça

(3) Quando está ansioso, nervoso ou se culpando por algo

(4) Outro motivo - (qual) _____

18. Qual sua situação conjugal ? (É solteiro(a), casado(a), viúvo(a) ou separado?)

(1) solteiro(a) (pule para a 23) (4) viúvo(a)

(2) Casado ou tem companheiro(a) (pule para a 20)

(3) Separado(a) (8) NSA (9) ignorado

19. (Apenas para quem se separou ou ficou viúvo(a))

Que idade tinha quando se separou ou ficou viúvo ? ___ anos

(pule para a 23) (88) NSA (99) ignorado

20. (Apenas para quem vive com esposo(a) ou companheiro(a))

Com esposo(a) ou companheiro(a) você está ? (8) NSA

(1) insatisfeito (2) pouco satisfeito

(3) satisfeito (4) muito satisfeito

21. Já foi separado ?

(0) não (pule para a 23) (1) sim (8) NSA

22. Que idade tinha ? ___ anos (88) NSA

23. Tem filhos ? (00) Não Sim (___) filhos naturais

Agora vou lhe perguntar sobre hábitos comuns das pessoas

24. Você fuma ? (0) não
(1) sim (2) já fumou, mas parou
25. Existe algo que você costuma fazer apenas para se divertir ?
(0) não
(1) sim - (o que) _____
26. Às vezes toma algum tipo de bebida alcoólica ?
(0) não (pule para a 31) (1) sim (9) ignorado
27. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber ? (0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado
28. As pessoas aborrecem você porque criticam o seu modo de beber ?
(0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado
29. Você se sente culpado(a)/chateado(a) consigo mesmo pela maneira como costuma beber ? (0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado
30. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca ?
(0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado
31. Tomou algum remédio para os nervos ou para emagrecer no último ano ?
(0) não (1) sim, psicofármacos (2) sim, anorexígenos

Agora são perguntas a respeito de trabalho

32. Qual a sua ocupação profissional ? 1- _____
33. Atualmente está trabalhando ? (1) sim (2) desempregado
(3) aposentado (4) licença ou férias (5) outro (8) NSA

34. Como se sente com o seu trabalho ou estudo ? (1) insatisfeito
 (2) pouco satisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito
35. Quantas pessoas moram na casa ? ___ ao todo *** ___ (- de 15 anos)
36. Quantas pessoas que moram na casa, ganham algum dinheiro ? _____

Pessoas	1	2	3	4	5
Quanto					

Comparando sua vida atual com a vida dos seus pais quando você era criança

37. Comparando renda, sua vida está ? (1) melhor
 (2) igual (3) pior (4) não pode comparar
38. Comparando estudo, em relação à seus pais, você estudou ? (1) mais
 (2) mesma coisa (3) menos (4) mais que o pai e menos que a mãe
 (5) mais que a mãe e menos que o pai (6) não pode comparar

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre coisas que possam ter acontecido após você ter feito 20 anos
 (PRIORIDADE - Quando mais de um evento O MAIS RECENTE)**

39. Morreu alguém de sua família ou outra pessoa muito importante para você ?
 (0) não (pule para a 47)
 (1) sim - (quem) _____
40. Há quanto tempo ? ___ anos ___ meses (88) NSA (99) ignorado
41. Qual a causa da morte ? (1) doença - (qual) _____
 (2) acidente (3) suicídio (4) homicídio (5) afogamento
 (6) outra causa (qual) _____ (8) NSA

42. É comum ter vários sentimentos quando alguém importante morre, como tristeza, remorso ou culpa. Sentiu algum tipo de remorso ou culpa ? (8) NSA
 (0) não (1) sim, fez algo que não queria ou não deveria ter feito
 (2) sim, deixou de fazer algo que queria ou deveria ter feito
43. Teve algum problema de saúde ou de nervos nos dois meses que se seguiram após essa perda ? (0) não (8) NSA (9) não lembra
 (1) emocional (2) clínico (3) outro _____
44. Também é comum que a gente sofra frente a essa situação e precisemos de algum tipo de ajuda ou apoio. Recebeu algum tipo de ajuda ? (0) não (8) NSA
 (1) de familiares (2) amigos(as) (3) técnicos de saúde mental
 (4) outros técnicos (5) religião (6) outro (qual) _____
45. Morreu mais alguém importante para você ? (0) não (pule para a 47)
 (1) sim (quem) _____ (8) NSA
46. Há quanto tempo ? ____ anos ____ meses (88) NSA
47. Sofreu algum tipo de acidente ? (0) não (pule para a 50)
 (1) sim (tipo) _____
48. Quando ? Há ____ anos ____ meses (88) NSA (99) ignorado
49. Quem foi o responsável ? (1) entrevistado (2) outra pessoa
 (3) algum objeto (4) outro - _____ (8) NSA
50. Sofreu algum tipo de agressão física ou violência ? (0) não (pule para a 52)
 (1) sim (tipo) _____
51. Quando ? Há ____ anos ____ meses (88) NSA (99) ignorado
52. Foi assaltado(a) ou roubado(a) ? (0) não (pule para a 54) (1) sim
53. Há quanto tempo ? ____ anos ____ meses (88) NSA (99) ignorado

Agora é sobre sua infância e adolescência (antes dos 20 anos)

54. Morreu alguém muito importante antes de você ter 20 anos, ou seja, na sua infância ou adolescência ? (0) não (pule para a 61)

(1) sim (quem) _____

55. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA (99) ignorado

56. Qual a causa da morte ? (1) doença (2) acidente (3) suicídio

(4) homicídio (5) afogamento (6) outra (8) NSA

57. É comum ficar triste e sentir remorso ou culpa. Sentiu algum tipo de remorso ou culpa ? (0) não (pule para a 59) (1) sim (8) NSA (9) ignorado

58. (Se sim) Por que ? (1) fez algo que não queria ou não deveria ter feito

(2) deixou de fazer algo que queria ou deveria ter feito (8) NSA

59. O que foi essencial para poder vencer essa situação ? _____

_____ (88) NSA (99) ignorado

60. Mais alguém morreu ? (0) não (8) NSA

(1) sim (quem) _____ idade você tinha? ____ anos

61. Foi abandonado(a) por alguém que era muito importante para você ?

(0) não (pule para a 63)

(1) sim (por quem) _____

62. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA (99) ignorado

63. Sofreu algum tipo de abuso sexual ? (0) não (pule para a 66)

(1) sim - (tipo) _____

64. Por quem ? (1) familiar (quem) _____

(2) não familiar (quem) _____ (8) NSA

65. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA (99) ignorado

66. Foi maltratado(a) por alguém ? (0) não (pule para a 69)
 (1) sim (quem) _____ (8) NSA
67. Como foi maltratado(a) ? (1) com palavras (2) agressão com objeto
 (3) com agressão física (4) rigor, humilhação (8) NSA
 (4) outra forma (qual) _____
68. Que idade você tinha ? ___ anos (88) NSA (99) ignorado
69. Alguém da sua família tinha alguma doença crônica ou grave ?
 (1) sim - (quem) _____
 (0) não (pule para a 71) (9) não lembra (pule para a 71)
70. Que idade você tinha quando soube dessa doença ? ___ anos
 (88) NSA (99) ignorado
71. Alguma vez você achou que tinha alguma doença crônica ou grave sem ter ?
 (00) não (pule para a 73) (99) não lembra (pule para a 73)
 (01) sim (qual) _____
72. Que idade você tinha ? ___ anos (88) NSA (99) ignorado
73. Quando você era criança, alguém da sua família bebia muito ? (0) não
 (1) sim - (quem) _____

Algumas perguntas gerais da sua vida

74. Quantos filhos seus pais tiveram ? ___ *** ___ homens ___ mulheres
 (8) NSA (99) ignorado
75. Que posição na ordem de nascimento você ocupa ? (4) adotado
 (0) filho(a) único(a) (pule para a 77) (1) mais velho(a)
 (2) intermediário(a) (3) último(a)

76. Você se sente o(a) preferido(a) por seus pais ? (0) não (1) sim
 (2) só da mãe (3) só do pai (8) NSA (9) ignorado
77. Seus pais se separaram ? (0) não (pule para a 80)
 (1) sim (2) algum período (9) ignorado
78. Que idade você tinha ____ anos (88) NSA (99) ignorado
79. O que sentiu ? (1) raiva (2) vergonha
 (3) remorso ou culpa (4) tristeza (5) alívio
 (6) outro sentimento (qual) _____
 (8) NSA (9) ignorado
80. Qual era a principal demonstração de sentimentos entre seus pais ?
 (0) indiferença ou não havia demonstração (1) amor ou carinho
 (2) raiva com discussões (3) raiva com agressão física
 (4) frieza c/ discussões ou brigas (5) outra (qual) _____

Algumas vezes na vida, passamos por situações muito difíceis, e em muitas dessas ficamos desesperados e pensamos ou sentimos vontade de sumir, desaparecer, morrer e até de se matar.

81. Já pensou ou sentiu vontade de sumir, desaparecer ou morrer ?
 (0) não (pule para a 84) (1) sim (9) não lembra
82. Qual o motivo ? _____ (88) NSA
83. Que idade você tinha quando pensou ou teve vontade ? ____ anos (8) NSA
84. E de se matar ? (0) não (pule para a 89)
 (1) sim (9) não lembra
85. Qual o motivo ? _____ (88) NSA
86. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA (99) ignorado

87. Fez algum plano para isso ou tentou ? (0) não (pule para a 89)

sim (1) fez plano mas não tentou

(2) tentou

(3) não lembra

(8) NSA

88. (Apenas se tentou) De que forma ? _____ (88) NSA

Agora são perguntas sobre as situações mais marcantes de toda sua vida.

89. Qual o fato que lhe aconteceu que mais lhe fez sofrer ou foi mais traumático ?

(1) morte de (quem) _____ (2) separação conjugal

(3) outros (especificar) _____

90. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA

91. Ainda sofre com esse fato ? (1) sim (pule para a 93) (0) não (8) NSA

92. O que foi essencial para vencer esse sofrimento ? (01) tempo, naturalmente, rotina

(02) ajuda por técnico da área da saúde (qual) _____

(03) outra coisa (qual) _____ (88) NSA

93. Qual o fato que lhe aconteceu que mais satisfação lhe trouxe ? (2) casamento

(1) nascimento de filho(s) (3) outro (qual) _____

94. O que lhe traz mais arrependimento ?

(1) coisas que fez, mas achou que não devia ter feito

(2) coisas que teve vontade, mas não fez (o que) _____

95. Com relação a sua vida pessoal, você está ? (1) insatisfeito

(2) pouco satisfeito

(3) satisfeito

(4) muito satisfeito

96. Com relação à sua vida sexual, você está ? (1) insatisfeito

(2) pouco satisfeito

(3) satisfeito

(4) muito satisfeito

97. Com relação à sua vida em família, você está ? (1) insatisfeito
(2) pouco satisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito

Agora vamos lhe fazer 20 perguntas sobre sua saúde no último mês.

98. Você tem dores de cabeça frequentes ? (1) sim (0) não
99. Tem falta de apetite ? (1) sim (0) não
100. Dorme mal ? (1) sim (0) não
101. Se assusta com facilidade ? (1) sim (0) não
102. Tem tremores nas mãos ? (1) sim (0) não
103. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a) ? (1) sim (0) não
104. Tem má digestão ? (1) sim (0) não
105. Sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando ? (1) sim (0) não
106. Tem se sentido triste ultimamente ? (1) sim (0) não
107. Tem chorado mais do que de costume ? (1) sim (0) não
108. Consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias ? (1) sim (0) não
109. Tem dificuldade de tomar decisões ? (1) sim (0) não
110. Acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa sofrimento ? (1) sim (0) não
111. Acha que tem um papel útil na sua vida ? (1) sim (0) não
112. Tem perdido o interesse pelas coisas ? (1) sim (0) não
113. Sente-se uma pessoa sem valor ? (1) sim (0) não
114. Alguma vez pensa em acabar com sua vida ? (1) sim (0) não
115. Sente-se cansado(a) o tempo todo ? (1) sim (0) não
116. Sente alguma coisa desagradável no estômago ? (1) sim (0) não
117. Se cansa com facilidade ? (1) sim (0) não

Anexo 2:

MANUAL DE INSTRUÇÕES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

EPIDEMIOLOGIA DOS EVENTOS ESTRESSANTES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídas, na amostra deste estudo, todas as pessoas com idade em anos completos, entre 21 e 50 anos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, moradores nos setores censitários sorteados para esta pesquisa. Caso no mesmo terreno co-habitem duas ou mais famílias, cada uma será incluída separadamente.

2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Serão excluídas as pessoas que, embora pertencendo à faixa etária de interesse, não residam no domicílio que está sendo visitado. Por exemplo: parentes ou amigos que estejam visitando a família, naquele momento ou temporariamente e empregada doméstica que não durma no emprego. Empregados domésticos que morem no emprego, não devem ser considerados como membros da família, e sim separadamente como uma outra família.

Serão excluídos os domicílios coletivos, casas comerciais nas quais não resida ninguém e casas desabitadas.

3. DEFINIÇÕES

3.1. FAMÍLIA - Serão considerados membros da família, todas as pessoas que realmente residam no domicílio, mais especificamente, que com certa regularidade façam as refeições ou algumas das refeições do dia juntos e que durmam na mesma casa, dividindo a mesma cozinha.

3.2. CASA DESABITADA - Será considerada, quando não houverem moradores e for confirmado por dois vizinhos que não mora ninguém.

4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1. RECONHECIMENTO DO SETOR: Antes de iniciar a primeira entrevista, cada entrevistador deve fazer o reconhecimento do setor marcando todas as casas a serem visitadas.

4.2. ESCOLHA DAS CASAS A SEREM VISITADAS: Em cada um dos setores censitários, previamente sorteados, será sorteada, inicialmente a quadra por onde começarão as entrevistas e após uma das esquinas. Chegando-se na esquina sorteada, fica-se de frente para a edificação ou terreno vazio. No caso da edificação ter a porta de entrada, voltada para você, não será considerada como a primeira casa. Caminha-se para a direita e conta-se como primeira casa a próxima, escolhendo para visitar a terceira residência a partir da primeira contada. Se a edificação de esquina tiver sua porta de entrada voltada para a rua da sua direita, já é considerada como a sua primeira casa. Caso, na esquina sorteada, haja um terreno, a primeira casa será a próxima, seguindo pela sua direita. Se não conseguir nessa quadra os 40 domicílios a serem visitados, deve-se passar para outra quadra da seguinte maneira: de costas para a esquina onde iniciou as entrevistas, enxergará três esquinas, embora em quadras irregulares podem haver menos ou mais esquinas, mas o que importa é que atravesse a rua no sentido da esquina mais a sua direita e da mesma maneira que vinha fazendo na quadra anterior, continuará as visitas até completar o número de domicílios desejado.

Lembrar que é comum encontrar mais de um domicílio no mesmo terreno, devendo contar cada um isoladamente. Nos edifícios, cada apartamento é contado como um domicílio, inclusive o do zelador se o mesmo reside no prédio. Quando em um setor de blocos de edifício, o bloco A vale como bloco 1 e deve ser mantida a sequência mesmo que algum bloco fique nos fundos do bloco da frente.

Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber e tome cuidado com cachorros. Se necessário solicite ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa.

4.3. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AO INFORMANTE

Apresente-se com o crachá e a carta de apresentação, explicando que é da Universidade Federal de Pelotas e estão realizando um trabalho em vários locais da cidade, sobre “situações difíceis da vida e como são enfrentadas”, salientando a importância da colaboração neste trabalho, pois conhecendo bem essa realidade poderemos ajudar mais e de uma maneira mais adequada às pessoas que necessitem de ajuda.

Se houver recusa, anotar na folha de conglomerado, mas não desistir antes de três tentativas, pois a recusa será considerada como perda. Tente marcar um novo horário, diga que você imagina o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas não queremos atrapalhar a vida de ninguém e sim que a colaboração é importantíssima para o trabalho.

4.4. SIGILO

Explicar que o estudo é absolutamente confidencial e que a identidade dos participantes não será revelada a ninguém.

4.5. DOMICÍLIO NÃO INCLUÍDO

Quando o domicílio preencher os requisitos de exclusão, anotar este dado na folha de conglomerado e selecionar uma casa a mais no final deste setor, em substituição.

4.6. DOMICÍLIOS COLETIVOS

Hospitais, quartéis, prisões, asilos, casas de repouso, hotéis, motéis, pensões e repúblicas serão excluídos.

4.7. FOLHA DE CONGLOMERADO

Cada entrevistador receberá uma folha de conglomerado para cada setor. Deve ser uma “fotografia” do que ocorreu no respectivo setor.

Anote o número do setor visitado, o endereço de cada domicílio que fez parte, inclusive os domicílios que sorteados foram excluídos.

Domicílios nos quais não haja ninguém no momento e por informação dos vizinhos não esteja desabitado, deve ser anotado para retornar. Se for desabitado registre-o como tal.

Em cada domicílio visitado, anote o número de pessoas: entrevistadas, na faixa etária do estudo, recusas, moradores ausentes e o número total de pessoas residentes. No final anote o número de perdas.

Coloque a data de início e a data de conclusão em cada setor.

5. INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE AS ENTREVISTAS

O questionário que será aplicado pode ser bastante difícil de ser respondido francamente, pois o conteúdo em grande parte é de situações difíceis de serem enfrentadas, principalmente porque envolvem emoções e sentimentos, muitas vezes desagradáveis e algum grau de sofrimento das pessoas envolvidas. É fundamental que o entrevistador seja gentil, tolerante e desperte confiança, além de mostrar para o entrevistado que tem noção do grau de dificuldade para a resposta sincera, mas principalmente mostrar que apesar de tudo isso é essencial toda a sinceridade, pois do contrário pouco valor teria o trabalho, uma vez que não iria refletir a realidade.

Lembre-se de deixar bem claro para o entrevistado que o mesmo não é obrigado a responder qualquer pergunta em que se sinta embaraçado, basta que diga que não gostaria de responder, mas sempre mostrando o fundamental que é, ter respostas que realmente espelhem a realidade, e se possível, em todas as questões, para dar validade ao estudo.

ATENÇÃO: Em vista do conteúdo do questionário tratar de situações em que, geralmente, estão envolvidos muitos sentimentos, alguns dos quais de muito sofrimento, é possível que o entrevistado possa, em algum momento ou em mais de um momento, se emocionar e demonstrar essa emoção, principalmente através do choro.

I) Nesse caso, diga-lhe que entende o que ele está sentindo, pois é muito natural que isso ocorra com qualquer um de nós, quando estamos lembrando de um fato ou situação carregado de emoção, mas em geral nos sentimos um pouco aliviados após. Espere alguns minutos e diga-lhe que se quiser continuar em outro momento, não há problema e marque para o mesmo dia ou, se for o caso, para outro dia.

II) Pode que o entrevistado interprete mal alguma pergunta e se sinta magoado ou ofendido e se irrite ou fique de má vontade. Diga-lhe que o objetivo do estudo é poder entender mais dos nossos sentimentos e não existe nenhuma pergunta com o objetivo de magoar ou ofender alguém e sim de podermos ao entender melhor os sentimentos que nos movem, ajudar muito mais as pessoas que nos procurarem com problemas que nos trazem sofrimentos.

III) Pode que o entrevistado simplesmente se negue a participar do estudo, (não quer responder), no seu início ou até mesmo após ter iniciado. Diga-lhe que tem todo o direito de não querer participar, mas seria muito importante que participasse, pois dessa forma estará ajudando a todas as pessoas com problemas que trazem sofrimento, ao nos ensinar através da sua experiência e, conseqüentemente, nos dando mais condições de ajudar as pessoas durante a nossa vida profissional.

IV) Se for detectado em algum dos entrevistados algum risco de vida explícito ou facilmente percebível, imediatamente após terminar a entrevista, se comunique com algum dos supervisores para receber orientação de como proceder.

5.1. Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes com toda a sinceridade e de preferência ao final da entrevista, sendo sempre atencioso.

5.2. Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas. Só em último caso enunciar as opções, sem induzir a resposta. Existem 9 (nove) questões em que as alternativas de resposta devem ser lidas, conforme as instruções específicas de cada pergunta.

5.3. As instruções no questionário que se encontram entre parênteses servem apenas para orientar o entrevistador, não devendo ser lidas para o entrevistado.

5.4. Ao iniciar cada bloco de perguntas há alguns dizeres destacados em letra maiúscula, os quais devem ser ditos para o entrevistado.

5.5. Sempre que houver dúvida na resposta, escrever por extenso a resposta dada e deixar para o supervisor decidir.

5.6. Quando a resposta for “OUTRO”, especificar segundo as palavras do informante.

5.7. Quando uma resposta parecer pouco confiável, anotar e fazer um comentário sobre sua má qualidade ou pouca especificidade, na tentativa de uma resposta mais adequada.

**5.8. Não deixar respostas em branco, observar a aplicação dos códigos especiais:
NÃO SE APLICA: códigos 8 ou 88 - quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso, como quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra, utiliza-se o código 8, 88... nas perguntas que não foram aplicáveis.
IGNORADO: códigos 9 ou 99 - resposta desconhecida do informante. Use somente em caso EXTREMO. Anote qualquer que seja a resposta e deixe para o supervisor decidir.**

5.9. Em resposta de tempo ou idade, quando for necessário arredondar, anote por extenso e deixe para o supervisor decidir.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

1. Número do setor: ___ ___ ___

Preencha o número do setor censitário.

2. Número da família: ___ ___

O número da família é o mesmo da folha de conglomerado.

3. Data da entrevista: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Preencher a data do momento da entrevista.

4. Endereço: _____

Preencher o endereço completo do entrevistado.

5. Entrevistador: _____

Escreva seu nome completo.

6. Qual o seu nome ? _____

Escrever o nome completo do entrevistado e sem abreviaturas.

7. Qual a sua data de nascimento ? ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Preencher a data de nascimento do entrevistado.

8. Qual a sua idade em anos completos ? ___ ___ anos

Preencha a idade em anos completos, mesmo que faltem poucos dias para o aniversário. Checar esta informação com a data de nascimento.

As respostas aos itens 9 e 10 devem ser de simples observação, as perguntas não devem ser formuladas.

9. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

10. Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata (4) Outra

Observe e assinale o sexo e a cor do entrevistado.

11. Você sabe ler e escrever ?

(0) Não (pule para a 14) (1) Sim (9) Ignorado

Assinale a resposta do entrevistado.

12. Até que série completou no colégio ? __ série __ grau (88) NSA

Assinale a resposta em anos completos de estudo.

13. Rodou de ano alguma vez ? (0) não (1) sim __ série __ grau (8) NSA

Se a resposta for sim, anote a série e grau. Se mais de uma, só a primeira.

14. Pratica alguma religião ? (0) Não (pule para a 18) (1) sim

Será considerado praticante quem frequentar pelo menos "uma vez por mês".

15. Qual ? (1) católica (2) espírita (3) evangélica

(4) outra (especificar) _____ (88) NSA

Escreva a religião que o entrevistado pratica, independente de ter outra.

16. Houve algum fato ou acontecimento nessa época que lhe levou a praticar ?

(0) não (1) sim (qual) _____ (8) NSA

No caso da resposta ser "sim", pergunte qual fato ou acontecimento e escreva exatamente como o entrevistado referir.

17. Em que momentos ou ocasiões sente mais necessidade de uma religião ?

(0) não há momentos ou vai sempre

(1) Quando está triste

(2) Quando alguém ou você está doente e tem medo que algo ruim aconteça

(3) Quando está ansioso, nervoso ou se culpando por algo

(4) Outro motivo - (qual) _____

Não leia as alternativas, a menos que a resposta nada tenha a ver com o que está sendo perguntado. Se a resposta não se encaixar em nenhuma das alternativas, use a alternativa (4) outro motivo, anotando como referido pelo entrevistado.

18. Qual sua situação conjugal ? (É solteiro(a), casado(a), viúvo(a) ou separado?)

(1) solteiro(a) (pule para a 23)

(2) Casado ou tem companheiro(a) (pule para a 20)

(3) Separado(a)

(4) viúvo(a)

(8) NSA

(9) ignorado

Assinale a resposta do entrevistado. Não importa que já tenha sido viúvo ou separado e sim a situação atual. Para a alternativa (2), casado(a) ou tem companheiro(a), não importa a situação oficial e sim a situação de fato, ou seja, vivem juntos na mesma casa.

19. (Apenas para quem se separou ou ficou viúvo(a))

Que idade tinha quando se separou ou ficou viúvo ? ____ anos

(pule para a 23)

(88) NSA

(99) ignorado

Preencha a idade em anos completos, mas apenas do entrevistado que se separou ou ficou viúvo.

20. (Apenas para quem vive com esposo(a) ou companheiro(a))

Com esposo(a) ou companheiro(a) você está ? (8) NSA

(1) insatisfeito (2) pouco satisfeito

(3) satisfeito (4) muito satisfeito

Apenas para quem vive casado ou acompanhado. Leia as alternativas para o entrevistado e assinale sua resposta.

21. Já foi separado ?

(0) não (pule para a 23) (1) sim (8) NSA

Apenas para quem vive casado ou acompanhado. Assinale a resposta do entrevistado.

22. Que idade tinha ? ___ anos (88) NSA

Anote a resposta em anos completos de idade.

23. Tem filhos ? (00) Não Sim (___) filhos naturais

Assinale a resposta do entrevistado. No caso de ter filhos, preencha o número de filhos, colocando zero na frente da unidade.

Agora vou lhe perguntar sobre hábitos comuns das pessoas

24. Você fuma ? (0) não

(1) sim

(2) já fumou, mas parou

Assinale a resposta do entrevistado. Caso o mesmo refira que fuma maconha, anote ao lado da questão.

25. Existe algo que você costuma fazer apenas para se divertir ?

(0) não

(1) sim - (o que) _____

Se a resposta for "sim", pergunte o que e anote como o entrevistado referir.

26. Às vezes toma algum tipo de bebida alcoólica ?

(0) não (pule para a 31) (1) sim (9) ignorado

No caso de alguma dúvida do entrevistado para responder, pergunte se pelo menos uma vez por mes.

27. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar

de beber ? (0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado

28. As pessoas aborrecem você porque criticam o seu modo de beber ?

(0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado

29. Você se sente culpado(a)/chateado(a) consigo mesmo pela maneira como costu-

ma beber ? (0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado

30. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca ?

(0) não (1) sim (8) NSA (9) ignorado

Estas 4 questões (CAGE) são apenas para quem respondeu "sim" à anterior e assinale a resposta do entrevistado em todas.

31. Tomou algum remédio para os nervos ou para emagrecer no último ano ?

(0) não (1) sim, psicofármacos (2) sim, anorexígenos

Se a resposta for "sim", pergunte e anote se foi psicofármaco ou anorexígeno.

Agora são perguntas a respeito de trabalho

32. Qual a sua ocupação profissional ? 1- _____

Anote a profissão do entrevistado e se for mais de uma, anote a que o entrevistado dedica mais tempo. Se estudante ou do lar, anote e pule a próxima questão.

33. Atualmente está trabalhando ? (1) sim (2) desempregado
(3) aposentado (4) licença ou férias (5) outro (8) NSA

Assinale a resposta e se a mesma não se encaixar nas alternativas, anote na alternativa (5)outra situação. Por exemplo: nunca trabalhou.

34. Como se sente com o seu trabalho ou estudo ? (1) insatisfeito
(2) pouco satisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito

Enuncie as alternativas de 1 a 4 e assinale a resposta do entrevistado.

35. Quantas pessoas moram na casa ? ____ ao todo *** __ (- de 15 anos)

Preste atenção que esta resposta está desdobrada em quantas pessoas moram ao todo e quantas com menos de 15 anos. Anote as duas alternativas.

36. Quantas pessoas que moram na casa, ganham algum dinheiro ? _____

Pessoas	1	2	3	4	5
Quanto					

Esta questão também está desdobrada em quantas pessoas ganham e a soma do que todas ganham. Note que há uma tabela onde cada pessoa da casa que tem alguma renda recebe um número, sendo que sempre o entrevistado deverá ser a pessoa 1. Na linha de baixo, anote o valor respectivo a cada pessoa. Caso o entrevistado não tenha renda, faça um X no quadro abaixo do número 1.

Comparando sua vida atual com a vida dos seus pais quando você era criança

37. Comparando renda, sua vida está ? (1) melhor

(2) igual (3) pior (4) não pode comparar

Assinale a resposta lembrando que é uma comparação com os pais do entrevistado ou representantes desses, quando ele morava com eles na sua infância e adolescência. Caso o entrevistado não tenha como comparar por algum motivo não previsto, assinale a alternativa (4) não pode comparar, mas só em caso extremo. Ex: passou sua infância em um asilo de menores.

38. Comparando estudo, em relação à seus pais, você estudou ? (1) mais

(2) mesma coisa (3) menos (4) mais que o pai e menos que a mãe

(5) mais que a mãe e menos que o pai (6) não pode comparar

Esta questão, como a anterior, é uma comparação com os pais ou seus substitutos, e existem alternativas para quando o entrevistado tiver mais estudo que um dos pais e menos que o outro.

Agora vou fazer algumas perguntas sobre coisas que possam ter acontecido após você ter feito 20 anos

(PRIORIDADE - Quando mais de um evento O MAIS RECENTE)

39. Morreu alguém de sua família ou outra pessoa muito importante para você ?

(0) não (pule para a 47)

(1) sim - (quem) _____

Assinale a resposta do entrevistado. No caso de ser "sim", certifique-se que a pessoa era realmente muito importante, pergunte quem e anote. O que interessa é o grau de parentesco ou de proximidade e não o nome da pessoa. No caso de ter morrido mais de uma pessoa, considere a mais recente.

40. Há quanto tempo ? ___ anos ___ meses (88) NSA (99) ignorado

Anote a resposta do entrevistado em anos completos e tantos meses. Menos de 1 ano, use o código 00 anos e XX meses.

41. Qual a causa da morte ? (1) doença - (qual) _____

(2) acidente (3) suicídio (4) homicídio (5) afogamento

(6) outra causa (qual) _____ (8) NSA

Assinale a resposta do entrevistado. No caso da resposta ser “outra causa”, que não consta nas alternativas, pergunte qual e anote a resposta. Tente conseguir o máximo de especificidade possível.

42. É comum ter vários sentimentos quando alguém importante morre, como tristeza, remorso ou culpa. Sentiu algum tipo de remorso ou culpa ?

(0) não (8) NSA

(1) sim, fez algo que não queria ou não deveria ter feito

(2) sim, deixou de fazer algo que queria ou deveria ter feito

Assinale a resposta do entrevistado. É importante que ao falar os dizeres de introdução à pergunta, tente transmitir que é realmente comum ficar triste e sentir algum tipo de remorso ou culpa, nessa situação. Caso a resposta seja sim, pergunte por que, pois há duas alternativas para a resposta afirmativa.

43. Teve algum problema de saúde ou de nervos nos dois meses que se seguiram após essa perda ? (0) não (8) NSA (9) não lembra

(1) emocional (2) clínico (3) outro _____

Assinale a resposta do entrevistado. Caso a resposta for “sim”, pergunte qual e anote a resposta.

44. Também é comum que a gente sofra frente a essa situação e precisemos de algum tipo de ajuda ou apoio. Recebeu algum tipo de ajuda ? (0) não (8) NSA
(1) de familiares (2) amigos(as) (3) técnicos de saúde mental
(4) outros técnicos (5) religião (6) outro (qual) _____

Assinale a resposta do entrevistado. Tente demonstrar que é realmente comum sofrer nessa situação e precisar algum tipo de ajuda.

45. Morreu mais alguém importante para você ? (0) não (pule para a 47)
(1) sim (quem) _____ (8) NSA

Assinale a resposta do entrevistado e no caso de ser "sim", pergunte quem e anote a resposta. Certifique-se que a pessoa era realmente importante.

46. Há quanto tempo ? ____ anos ____ meses (88) NSA

Anote a resposta em anos completos. Menos de 1 ano use o código 00 anos e XX meses.

47. Sofreu algum tipo de acidente ? (0) não (pule para a 50)
(1) sim (tipo) _____

Assinale a resposta do entrevistado e no caso de ser "sim", pergunte o tipo de acidente e anote a resposta.

48. Quando ? Há ____ anos ____ meses
(88) NSA (99) ignorado

Anote a resposta em anos completos. Menos de 1 ano use o código conforme instruções das questões semelhantes anteriores.

49. Quem foi o responsável ? (1) entrevistado (2) outra pessoa
(3) algum objeto (4) outro - _____ (8) NSA

Neste caso só interessa se foi o entrevistado ou não. No caso de não ser o entrevistado, pode ter sido alguma pessoa, objeto ou entidade.

50. Sofreu algum tipo de agressão física ou violência ? (0) não (pule para a 52)
(1) sim (tipo) _____

Assinale a resposta do entrevistado e no caso de ser "sim", pergunte o tipo de violência sofrida e anote a resposta.

51. Quando ? Há ____ anos ____ meses (88) NSA (99) ignorado

Anote a resposta em anos completos. Menos de 1 ano use o código 00, completando com XX meses.

52. Foi assaltado(a) ou roubado(a) ? (0) não (pule para a 54) (1) sim

Assinale a resposta do entrevistado. Pode ter tido sua casa assaltada ou rouba-da, o que equivale à alternativa (1) sim.

53. Há quanto tempo ? ____ anos ____ meses (88) NSA (99) ignorado

Anote a resposta em anos completos. Menos de 1 ano use o código 00, completando com XX meses.

Agora é sobre sua infância e adolescência (antes dos 20 anos)

54. Morreu alguém muito importante antes de você ter 20 anos, ou seja, na sua infância ou adolescência ? (0) não (pule para a 61)

(1) sim (quem) _____

Assinale a resposta do entrevistado. No caso de ter havido mais de uma, leve em conta a ordem cronológica ascendente. Anote "quem" morreu, lembrando que só

interessa o grau de parentesco ou de proximidade e não o nome de pessoas e certifique-se que a pessoa era realmente importante para o entrevistado.

55. Que idade você tinha ? ___ anos (88) NSA (99) ignorado

Neste bloco de perguntas, interessa saber a idade que o entrevistado tinha quando ocorreu o evento, diferentemente do bloco anterior, no qual interessava há quanto tempo havia ocorrido o evento. Anote a resposta em anos completos. Menos de 1 ano use o código 00.

56. Qual a causa da morte ? (1) doença (2) acidente (3) suicídio
(4) homicídio (5) afogamento (6) outra (8) NSA

Anote a causa da morte e se não for nenhuma das alternativas dadas marque a alternativa (6) outra.

57. É comum ficar triste e sentir remorso ou culpa. Sentiu algum tipo de remorso ou culpa ? (0) não (pule para a 59) (1) sim (8) NSA (9) ignorado

Assinale a resposta do entrevistado. Procure dizer com naturalidade que é comum ficar triste e sentir remorso ou culpa.

58. (Se sim) Por que ? (1) fez algo que não queria ou não deveria ter feito
(2) deixou de fazer algo que queria ou deveria ter feito (8) NSA

Anote a resposta do entrevistado, mas lembre-se que ninguém se sente culpado só por gostar da pessoa e sim por achar que fez ou deixou de fazer algo que julga ou julgou que não deveria ter feito ou deixado de fazer, exatamente por gostar muito da pessoa. A resposta deve atender uma dessas duas possibilidades.

59. O que foi essencial para poder vencer essa situação ? _____

_____ (88) NSA (99) ignorado

Anote a resposta do entrevistado que pode ser alguma ajuda externa recebida ou uma maneira de enfrentar, como característica própria dele. Se a resposta for muito inespecífica, tente conseguir mais especificidade.

60. Mais alguém morreu ? (0) não (8) NSA

(1) sim (quem) _____ idade você tinha? ____ anos

Assinale a resposta do entrevistado e se for "sim", pergunte quem por ordem cronológica e que idade o entrevistado tinha, anotando a resposta conforme as orientações anteriores para perguntas semelhantes.

61. Foi abandonado(a) por alguém que era muito importante para você ?

(0) não (pule para a 63)

(1) sim (por quem) _____

Assinale a resposta e se for "sim", pergunte por quem e anote a resposta. Lem- bre-se que o que importa é o grau de parentesco, proximidade ou ligação e não o nome da pessoa. Se houver mais de 1 abandono, interessa o principal do ponto de vista do entrevistado e não mais a ordem cronológica.

62. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA (99) ignorado

Anote a idade em anos completos.

63. Sofreu algum tipo de abuso sexual ? (0) não (pule para a 66)

(1) sim - (tipo) _____

Assinale a resposta e se for "sim", especificar o tipo de abuso sexual.

64. Por quem ? (1) familiar (quem) _____

(2) não familiar (quem) _____ (8) NSA

Anote a resposta, especificando quem, seguindo orientações anteriores.

65. Que idade você tinha ? ___ anos (88) NSA (99) ignorado

Anote a idade em anos completos.

66. Foi maltratado(a) por alguém ? (0) não (pule para a 69)

(1) sim (quem) _____ (8) NSA

Assinale a resposta e se for (1) sim, pergunte quem. No caso de “outro familiar” ou “não familiar”, anote quem maltratou o entrevistado, levando em consideração orientações anteriores referentes a questões semelhantes. No caso de ter sido maltratado por mais de uma pessoa, deve ser levado em conta quem o entrevistado considerar que mais lhe maltratou.

67. Como foi maltratado(a) ? (1) com palavras (2) agressão com objeto

(3) com agressão física (4) rigor, humilhação (8) NSA

(4) outra forma (qual) _____

Assinale a resposta e se for “outra forma”, anote qual.

68. Que idade você tinha ? ___ anos (88) NSA (99) ignorado

Anote a idade em anos completos.

69. Alguém da sua família tinha alguma doença crônica ou grave ?

(1) sim - (quem) _____

(0) não (pule para a 71) (9) não lembra (pule para a 71)

Assinale a resposta e se for “sim”, pergunte quem e anote. Pode haver mais de um familiar com doença grave, então considere a pessoa de maior importância do ponto de vista do entrevistado.

70. Que idade você tinha quando soube dessa doença ? ____ anos

(88) NSA

(99) ignorado

Anote a idade em anos completos.

71. Alguma vez você achou que tinha alguma doença crônica ou grave sem ter ?

(00) não (pule para a 73)

(99) não lembra (pule para a 73)

(01) sim (qual) _____

Assinale a resposta e se for “sim”, pergunte qual a doença e anote. Tente o máximo de especificidade possível. Se mais de uma doença, considere a mais importante para o entrevistado.

72. Que idade você tinha ? ____ anos

(88) NSA

(99) ignorado

Anote a idade do entrevistado em anos completos. No caso de ter havido mais de uma vez, considere a idade que tinha na vez mais importante para o entrevistado.

73. Quando você era criança, alguém da sua família bebia muito ? (0) não

(1) sim - (quem) _____

Assinale a resposta e se for “sim”, pergunte quem bebia muito (pode ser mais de uma pessoa) e anote a pessoa de maior significado para o entrevistado.

Algumas perguntas gerais da sua vida

74. Quantos filhos seus pais tiveram ? ____ *** ____ homens ____ mulheres

(8) NSA

(99) ignorado

Anote o número de filhos dos pais do entrevistado incluindo o mesmo. Após pergunte quantos homens e quantas mulheres e anote a resposta. Caso os pais tenham tido filhos de outros relacionamentos, conte-os também.

75. Que posição na ordem de nascimento você ocupa ? (4) adotado
(0) filho(a) único(a) (pule para a 77) (1) mais velho(a)
(2) intermediário(a) (3) último(a)

Caso na resposta anterior, o entrevistado tenha referido que foi adotado, assinale a alternativa (4) adotado e pergunte também a sua posição entre os irmãos.

76. Você se sente o(a) preferido(a) por seus pais ? (0) não (1) sim
(2) só da mãe (3) só do pai (8) NSA (9) ignorado

No caso de ser adotado, deixe para ele resolver sobre quais pais vai considerar para esta resposta e registre esse dado ao lado da questão.

77. Seus pais se separaram ? (0) não (pule para a 80)
(1) sim (2) algum período (9) ignorado

Assinale a resposta do entrevistado. Será considerada como "sim", a que foi definitiva. Note que há alternativa para a situação de terem se separado e após, voltado a viver juntos, independentemente de se só uma vez ou várias vezes, mas por um período mínimo de um mês.

78. Que idade você tinha ___ anos (88) NSA (99) ignorado

Anote a resposta em anos completos. No caso de ter havido mais de uma vez, anote a idade da vez que foi mais importante para o entrevistado.

79. O que sentiu ? (1) raiva (2) vergonha
(3) remorso ou culpa (4) tristeza (5) alívio
(6) outro sentimento (qual) _____
(8) NSA (9) ignorado

Assinale a resposta do entrevistado se for uma das alternativas e no caso de ser outra alternativa anote "qual", mas lembre-se que as respostas devem ser de sentimentos, ou expressão desses.

80. Qual era a principal demonstração de sentimentos entre seus pais ?

- (0) indiferença ou não havia demonstração (1) amor ou carinho
(2) raiva com discussões (3) raiva com agressão física
(4) frieza c/ discussões ou brigas (5) outra (qual) _____

Assinale a resposta do entrevistado se for uma das alternativas e no caso de ser outra alternativa anote "qual", mas lembre-se que as respostas devem ser de sentimentos, ou expressão desses.

Algumas vezes na vida, passamos por situações muito difíceis, e em muitas dessas ficamos desesperados e pensamos ou sentimos vontade de sumir, desaparecer, morrer e até de se matar.

81. Já pensou ou sentiu vontade de sumir, desaparecer ou morrer ?

- (0) não (pule para a 84) (1) sim (9) não lembra

Assinale a resposta do entrevistado.

82. Qual o motivo ? _____ (88) NSA

Anote qual o motivo, que pode ser um fato ou uma determinada situação. Se foi mais de uma vez, considere o motivo mais intenso para o entrevistado.

83. Que idade você tinha quando pensou ou teve vontade ? ____ anos (8) NSA

Anote a idade em anos completos. Se houver mais de uma vez, considere quando foi mais intenso.

84. E de se matar ? (0) não (pule para a 89)

- (1) sim (9) não lembra

Assinale a resposta do entrevistado.

85. Qual o motivo ? _____ (88) NSA

Anote qual o motivo que pode ser um fato ou uma determinada situação. Se mais de uma vez (a mais importante para o entrevistado).

86. Que idade você tinha ? ___ anos (88) NSA (99) ignorado

Anote a idade em anos completos.

87. Fez algum plano para isso ou tentou ? (0) não (pule para a 89)

sim (1) fez plano mas não tentou

sim (2) tentou (3) não lembra (8) NSA

88. (Apenas se tentou) De que forma ? _____ (88) NSA

Assinale a resposta do entrevistado. Se a resposta for que tentou, pergunte e anote de que forma foi feita a tentativa de suicídio.

Agora são perguntas sobre as situações mais marcantes de toda sua vida.

89. Qual o fato que lhe aconteceu que mais lhe fez sofrer ou foi mais traumático ?

(1) morte de (quem) _____ (2) separação conjugal

(3) outros (especificar) _____

A resposta a esta questão, dificilmente não será algum fato ou situação que já não tenha sido citado pelo entrevistado em perguntas anteriores. Em vista de que no projeto piloto, a morte de uma pessoa afetivamente significativa foi a resposta em mais da metade dos entrevistados e separação conjugal também foi frequente, já constam essas alternativas. No caso de morte, pergunte quem e anote.

90. Que idade você tinha ? ____ anos (88) NSA

Anote a idade em anos completos.

91. Ainda sofre com esse fato ? (1) sim (pule para a 93) (0) não (8) NSA

Assinale a resposta do entrevistado.

92. O que foi essencial para vencer esse sofrimento ? (01) tempo, naturalmente, rotina

(02) ajuda por técnico da área da saúde (qual) _____

(03) outra coisa (qual) _____ (88) NSA

Nesta questão o que interessa é saber se foi através de alguma ajuda externa e de que tipo, ou por uma maneira de enfrentar característica pessoal do próprio entrevistado citando qual. A ajuda externa pode ser individual ou de alguma entidade. Também é possível que o entrevistado diga que foi o tempo, a rotina, naturalmente ou algo inespecífico já havendo uma alternativa para tal. Anote como referido pelo entrevistado.

93. Qual o fato que lhe aconteceu que mais satisfação lhe trouxe ?

(1) nascimento de filho(s)

(2) casamento

(3) outro (qual) _____

Anote a resposta do entrevistado que deve ser um fato ou acontecimento da sua vida. Como no projeto piloto, mais da metade dos entrevistados referiu o nascimento de filhos(as) e casamento foi uma resposta frequente, já constam essas alternativas.

94. O que lhe traz mais arrependimento ?

(1) coisas que fez, mas achou que não devia ter feito

(2) coisas que teve vontade, mas não fez (o que) _____

Assinale a resposta do entrevistado que será uma das duas alternativas dadas. No projeto piloto, a resposta "não se arrepende de nada" teve uma frequência importante e como é difícil que isso espelhe a realidade, quando isso ocorrer, tente buscar mais especificidade. No caso de ser a alternativa (2), pergunte o que teve vontade de fazer e não fez, anotando como referido pelo entrevistado.

95. Com relação a sua vida pessoal, você está ? (1) insatisfeito

(2) pouco satisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito

96. Com relação à sua vida sexual, você está ? (1) insatisfeito

(2) pouco satisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito

97. Com relação à sua vida em família, você está ? (1) insatisfeito

(2) pouco satisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito

Nestas questões, enuncie as alternativas de 1 a 4, e assinale a resposta do entrevistado.

Agora vamos lhe fazer 20 perguntas sobre sua saúde no último mês.

98. Você tem dores de cabeça frequentes ? (1) sim (0) não

99. Tem falta de apetite ? (1) sim (0) não

100. Dorme mal ? (1) sim (0) não

101. Se assusta com facilidade ? (1) sim (0) não

102. Tem tremores nas mãos ? (1) sim (0) não

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 103. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a) ? | (1) sim | (0) não |
| 104. Tem má digestão ? | (1) sim | (0) não |
| 105. Sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando ? | (1) sim | (0) não |
| 106. Tem se sentido triste ultimamente ? | (1) sim | (0) não |
| 107. Tem chorado mais do que de costume ? | (1) sim | (0) não |
| 108. Consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias ? | (1) sim | (0) não |
| 109. Tem dificuldade de tomar decisões ? | (1) sim | (0) não |
| 110. Acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa sofrimento ? | (1) sim | (0) não |
| 111. Acha que tem um papel útil na sua vida ? | (1) sim | (0) não |
| 112. Tem perdido o interesse pelas coisas ? | (1) sim | (0) não |
| 113. Sente-se uma pessoa sem valor ? | (1) sim | (0) não |
| 114. Alguma vez pensa em acabar com sua vida ? | (1) sim | (0) não |
| 115. Sente-se cansado(a) o tempo todo ? | (1) sim | (0) não |
| 116. Sente alguma coisa desagradável no estômago ? | (1) sim | (0) não |
| 117. Se cansa com facilidade ? | (1) sim | (0) não |

Estas questões compõem o SRQ-20. Os vinte itens devem ser formulados na sequência estabelecida, sem explicações complementares, apenas frise bem que se refere ao último mês. Se o entrevistado não entender, repita a pergunta.