

**UM OLHAR EPIDEMIOLÓGICO SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS  
POPULAÇÕES ATENDIDAS NOS POSTOS DE SAÚDE DA UCPEL.**

UM OLHAR EPIDEMIOLÓGICO SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Carmen Lucia Alves da Silva Lopes<sup>12</sup> – UCPel - Pelotas  
Bernardo Lessa Horta – UFPel – Pelotas

---

<sup>1</sup> Bento Martins, 1153 – CEP: 96010 430  
Pelotas RS  
Fones: (53) 30251450 – 2848113  
carmenlopes@hotmail.com

<sup>2</sup> Agradecimentos: À UCPel pela destinação de carga horária para capacitação. Aos acadêmicos envolvidos na pesquisa, pela dedicação. A todos entrevistados que aceitaram participar do estudo.

**UM OLHAR EPIDEMIOLÓGICO SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS  
POPULAÇÕES ATENDIDAS NOS POSTOS DE SAÚDE DA UCPEL.**

AN EPIDEMIOLOGICAL VIEW AT PSYCHOLOGICAL SUFFERING OF  
POPULATIONS ATTENDED IN THE UCPEL'S CARE CENTERS

**UM OLHAR EPIDEMIOLÓGICO SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO**

AN EPIDEMIOLOGICAL VIEW AT PSYCHOLOGICAL SUFFERING

## RESUMO

Este artigo apresenta dados de um estudo transversal realizado em duas comunidades periféricas da cidade de Pelotas, onde se localizam os Postos de Saúde da UCPel. O objetivo foi avaliar condições de saúde mental nestas populações para aperfeiçoar o atendimento prestado. No total foram entrevistados 848 moradores com renda familiar média de 478,8 reais; idade média de 41,1 anos e escolaridade média de 6,5 anos. Avaliou-se morbidade psiquiátrica entre os familiares através do critério de internações psiquiátricas. As implicações mais citadas em coabitar com parentes portadores de morbidade psiquiátrica foram a restrição em trabalhar e de manter contato social. A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores foi de 33,8% apontando para a necessidade de atenção neste sentido.

Palavras-chave: Transtornos psiquiátricos menores; morbidade psiquiátrica; sofrimento psíquico; saúde mental.

## ABSTRACT

This paper presents the data of a cross-sectional made in two suburbs communities of a city in the south of Brazil in 2002, where are located UCPel's Health Centers. The objective was evaluate health mental conditions in these populations to improve the service given. In a total, 848 residents were interviewed with an average familiar wages of R\$ 478,00; average age 41,1 and average schooling 6,5 years. It was evaluated psychiatric morbidity among relatives through a criterion of psychiatric hospital admissions. The implications most quoted about living with relatives who suffer from psychiatric morbidity were the restriction on work and on keeping a social contact. The prevalence of minor psychiatric disorders was of 33,8%, indicating the need of care.

Keywords: Minor Psychiatry Disorders; Psychiatric Morbidity; Psychological Suffering; Mental Health.

## **RESUMO**

Este artigo apresenta dados de um estudo transversal realizado em duas comunidades periféricas da cidade de Pelotas, onde se localizam os Postos de Saúde da UCPel. O objetivo foi avaliar condições de saúde mental nestas populações para aperfeiçoar o atendimento prestado. No total foram entrevistados 848 moradores com renda familiar média de 478,8 reais; idade média de 41,1 anos e escolaridade média de 6,5 anos. Avaliou-se morbidade psiquiátrica entre os familiares através do critério de internações psiquiátricas. As implicações mais citadas em coabitar com parentes portadores de morbidade psiquiátrica foram a restrição em trabalhar e de manter contato social. A prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores foi de 33,8% apontando para a necessidade de atenção neste sentido.

Palavras-chave: transtornos psiquiátricos menores; morbidade psiquiátrica; sofrimento psíquico; saúde mental.

## **ABSTRACT**

This paper presents the data of a cross-sectional made in two suburbs communities of a city in the south of Brazil in 2002, where are located UCPel's Health Centers. The objective was evaluate health mental conditions in these populations to improve the service given. In a total, 848 residents were interviewed with an average familiar wages of R\$ 478,00; average age 41,1 and average schooling 6,5 years. It was evaluated psychiatric morbidity among relatives through a criterion of psychiatric hospital admissions. The implications most quoted about living with relatives who suffer from psychiatric morbidity were the restriction on work and on keeping a social contact. The prevalence of minor psychiatric disorders was of 33,8%, indicating the need of care.

**KEYWORDS:** minor psychiatry disorders; psychiatric morbidity; psychological suffering; mental health.

## Introdução

A partir da década de noventa vários estudos foram construídos no Brasil enfocando a prevalência de transtornos mentais nas populações, determinando fatores de risco e prevalências, que expandidas ao campo de saúde pública norteiam medidas preventivas em relação a políticas de saúde mental. (Lima, 1996; Soares, Almeida Filho, Coutinho e Mari, 1999; Amaral, 2003).

Estudos de base populacional possibilitam ações de saúde mais bem orientadas e efetivas, permitem explorações de hipóteses etiológicas desde que os instrumentos possuam um arcabouço metodológico adequado o que viabiliza a compreensão dos aspectos analíticos e não apenas descritivos, além de um maior conhecimento, sobre os problemas de saúde. (Rothman 1986).

Costa (2001) aponta que as diretrizes da atual política de saúde mental vêm promovendo substanciais modificações no como compreender e lidar com a loucura, demonstrando o muito que ainda há por fazer desde que os Transtornos Mentais continuam apresentando uma taxa de prevalência em torno de 20% da população nacional, ocupando o quarto lugar nos gastos com internação do Sistema Único de Saúde (SUS), abaixo apenas das doenças Cardiovasculares; Gravidez; Parto e Puerpério e Doenças do Sistema Respiratório.

No ano de 2000, as internações psiquiátricas nos 61.400 leitos ainda remanescentes do imenso parque manicomial brasileiro, distribuídos pelos 260 hospitais psiquiátricos (80% deles privados) da rede SUS, consumiram quase 470 milhões de reais em custos financeiros diretos, sem contabilizá-los no âmbito social, na produção e nos seus reflexos sobre o PIB nacional. Contudo vale salientar que, apesar de apenas 10% desse montante ser gasto com o modelo assistencial moderno preconizado pela Reforma Psiquiátrica, essa quantia representa o financiamento de 266 Serviços Substitutivos ao hospital psiquiátrico, criado nos últimos dez anos mas ainda insuficientes para o atendimento integral das necessidades da população. Costa (2001).

O autor referido acima aponta como soluções, enquanto políticas de saúde, a criação e o desenvolvimento de redes municipais e regionais de Serviços Substitutivos em Saúde Mental; ampliação de redes sociais e a plena inserção dos usuários na comunidade, acesso de egressos a programas de capacitação social, profissional e cultural.

No Dia Mundial da Saúde em 2001, dedicado à saúde mental, a Diretora Geral da OMS lembra que poucas são as famílias que estarão livres de se defrontar com perturbações mentais ou que não necessitem de assistência e atenção durante um período difícil. Diz haver um fingimento em ignorar-se esta realidade e que talvez isto se deva ao desconhecimento por não haver dados suficientes para começar a lidar com o problema e, que a falta desse conhecimento possa ser a causa dos insucessos em lidar com as perturbações mentais e cerebrais. Ressalta ainda que ao não se reconhecer essa realidade se perpetua um círculo de ignorância, sofrimento, desamparo e até mesmo de morte.

As doenças mentais e os transtornos cerebrais provocam sofrimento, causam incapacidades e podem até reduzir os anos de vida, como se constata pelos episódios de depressão depois de um ataque cardíaco, pelas numerosas doenças hepáticas resultantes da dependência alcoólica ou pelos casos de suicídio. A existência de perturbações mentais e

cerebrais permanece muitas vezes escondida, seja voluntariamente pelo paciente e por sua família. No entanto, a subestrutura anormal subjacente de muitos distúrbios já foi identificada por imagens do cérebro. Portanto, ignorar sua existência é o mesmo que ignorar a existência de um câncer por não podermos ver as células anormais sem o uso de um microscópio. É possível diagnosticar e tratar as doenças mentais antes que seja tarde demais. Brundland (2001).

Em seu discurso Brundland (2001) lembra ainda que mesmo sendo fácil ignorar o sofrimento mental, no ano 2000 foi estimada a ocorrência de uma morte por suicídio a cada 40 segundos. Ressaltou que cinco das dez perturbações mais incapacitadoras são de natureza psiquiátrica. As depressões unipolares, a ingestão de álcool, os distúrbios afetivos bipolares, esquizofrenia e perturbações obsessivo-compulsivas situavam-se na década de 1990 entre as 10 principais causas de incapacidade em todo o mundo. As deficiências associadas a transtornos mentais e cerebrais impedem as pessoas de trabalhar e se engajar em outras atividades.

Guimarães & Novaes (<http://www.cfm.org.br/revista/bio>) apontam em seu artigo, questões referentes à autonomia reduzida, vulnerabilidade, diferença e desigualdade. Enfocando o aspecto de saúde mental comparam o preconceito sofrido pelas pessoas portadoras de transtornos mentais aos de baixa renda, no sentido da segregação do convívio tanto no âmbito familiar quanto da sociedade e que, mesmo tendo êxito na resolução dos problemas de saúde, encontram dificuldades para retornar ao convívio e conseguir trabalho. A vulnerabilidade se caracteriza por uma “cidadania frágil”, no sentido em as pessoas desconhecem os seus direitos e conseqüentemente a possibilidade de acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos e trabalhistas. As autoras lembram que estes sujeitos são em geral alvos da maioria das pesquisas em saúde, sugerindo ações educativas para atenuar a condição de desconhecimento e desigualdades.

O Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saúde.gov.br>), ao discorrer sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, diz que estimadamente 12% da população necessitam de alguma forma de atendimento e, ao longo da vida ¼ das pessoas vão precisar de uma forma ou de outra, de algum atendimento em saúde mental. Tomando-se somente os transtornos mentais severos e persistentes, grupo onde se encontram as psicoses graves, demências que interferem na autonomia, chega-se a uma estimativa de 3% da população geral. No Brasil, isto equivale a mais de cinco milhões de pessoas.

O Conselho Nacional de Saúde faz uma ressalva que deva ser adicionado a estimativa apresentada para população geral, o elevado número de pessoas com transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e drogas, pois 4% da população tem necessidade de cuidados regulares e contínuos em relação à problemas com o álcool.

Vê-se a amplitude e as implicações que os transtornos mentais adquirem em relação à necessidade de cuidados constantes e preventivos que passam também pelo viés familiar.

Vilares e Mari (1998) entrevistaram familiares de pessoas com esquizofrenia sobre as suas representações a respeito da doença, o que reverteu em diferentes narrativas. Mas, na análise do estudo apontaram que para se construir uma intervenção eficiente na questão familiar na esquizofrenia, os profissionais necessitam ultrapassar visões dicotômicas e reducionistas.

O adoecimento de um membro da família representa, em geral, um forte abalo. Para a maioria das pessoas a enfermidade significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano.

Muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir. Encarando as dificuldades, tentando explicar o aparecimento da doença, essas pessoas mergulham na turbulência de suas dúvidas e conflitos. Melman (2002).

A citação aponta para aspectos que levam à consideração de motivos pelos quais o grupo familiar pode necessitar de cuidados. Não foram encontrados estudos sobre a existência confirmada de sobrecarga de familiar ao dispensar cuidados a familiares com transtornos mentais.

A Declaração de Caracas, aprovada em 1990, foi determinante para orientar a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento preventivo centrado na comunidade, para a criação de redes sociais, assim como para remodelar a organização da assistência revertendo o modelo “hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico” (Organização Panamericana da Saúde, 1990).

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou, em mil novecentos e noventa, a preconização da proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. Num total de vinte e cinco princípios, tratou de questões referentes ao exercício da cidadania, cuidados de saúde, acesso à informação, admissões involuntárias, entre outros (Conselho Regional de Psicologia, 1997).

Ainda no mesmo documento, consta que no Brasil, em vinte e nove de janeiro de mil novecentos e noventa e dois é criada a Portaria do Ministério da Saúde de n.º 224 que estabeleceu as diretrizes para criação de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial com característica de entidades substitutivas ao modelo de hospitais psiquiátricos, a fim de prestar cuidados de saúde mental a pessoas com transtornos severos e persistentes sem o afastamento dos vínculos familiares e comunitários.

Este incipiente histórico não pretende aqui dar conta de todas orientações e normatizações criadas e destinadas ao cuidado em saúde mental e sim em apontar alguns aspectos disparadores da construção do que vigora.

O objetivo da investigação foi traçar um diagnóstico de saúde mental das populações dos bairros Pestano e Nossa Sra. de Fátima (Pelotas, RS) comparando-se as prevalências de transtornos psiquiátricos encontrados em outros estudos em anos anteriores, além de conhecer o tipo de atenção à saúde mental buscado por estas populações através da amostra, questões referentes à saúde mental dos familiares também são contempladas, no trabalho buscando-se uma visão mais abrangente das condições de vida dos entrevistados.

## **Método**

A pesquisa se caracterizou como um estudo transversal, tendo sido as unidades básicas de saúde da Universidade em questão, escolhidas pela necessidade de conhecer melhor estas comunidades, a fim de orientar futuras ações.

A seleção dos domicílios foi feita de forma aleatória, usando o critério de entrevistar em uma moradia e pular duas. Adotou-se o uso dos termos: domicílio, lar, casa e moradia, para designar o lugar como habitação fixa. Entidades de ensino, religiosas, comerciais ou industriais que não fossem conjugadas aos lares, foram ignoradas, fazendo-se a entrevista na casa seguinte - esta representou a única situação em que o critério utilizado foi alterado. Para facilitar a localização de endereços foram utilizados mapas dos bairros.

Os entrevistados foram moradores com idade igual ou maior a quinze anos. Entrevistados que demonstrassem indicativos de estado físico e/ou mental limitantes,

impossibilitados de dar respostas significativas ou mesmo de responderem ao questionário, foram excluídos do estudo. Estas condições foram aplicadas à pessoa que atendeu à porta, mesmo havendo outras pessoas na casa com características condizentes a ser respondente, optou-se por manter o critério de entrevistar quem atendesse a porta. Quando a recepção fosse feita por uma criança solicitava-se que chamasse um adulto presente no domicílio.

Com referência a questões éticas cabe ressaltar que o sigilo foi garantido, mesmo o instrumento possibilitando reconhecer-se o endereço das pessoas que já tiveram internações psiquiátricas, bem como de familiares coabitantes com o mesmo histórico e os SRQ-20 positivos. Este dado permitiu a captação e encaminhamento para as unidades básicas.

Os entrevistadores eram acadêmicos do curso de Psicologia, capacitados por um período de um mês, num total de 10 entrevistadores. Durante o processo de treinamento esteve incluída a exposição do objetivo e procedimentos da pesquisa. Todos receberam o manual do entrevistador no qual continha introdução onde foram desenvolvidas idéias relevantes, gerais como forma de apresentação à situação de entrevista, e ainda explicações específicas sobre o que envolve a pesquisa de campo como: entrevista padronizada, papel do entrevistador e do entrevistado, convenções gerais com instruções referentes ao como e o que envolve o ato de perguntar, como e quando fornecer feedback, registro e codificação de dados e critérios de exclusão. Também foram realizadas simulações de entrevistas. Estabeleceu-se a sistemática de reuniões semanais até o final da coleta de dados. A supervisão e o controle de qualidade também eram feitos. Com o grupo de entrevistadores, os questionários eram revisados e discutidos.

O instrumento de pesquisa se caracterizou por um questionário misto, que continha perguntas sobre perfil sócio-econômico, de saúde do entrevistado, existência de transtorno psiquiátrico menor, religiosidade, saúde mental de familiares e sobre como os respondentes se sentiam afetados ao dispensar cuidados.

A ocorrência de Transtornos Psiquiátricos Menores foi avaliada pelo Self Report Questionnaire 20 (SRQ 20) desenvolvido por Harting e validado para o Brasil por Mari e Williams (1986) como o instrumento para detectar a presença de Transtornos Mentais Menores. Este questionário possui vinte questões, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas psicoemocionais, com respostas tipo “sim ou não”. O instrumento apresenta sensibilidade variando entre 62,9% e 90% e especificidade entre 44% e 95%, dependendo do corte utilizado. O presente estudo utilizou os pontos de corte de 7/8 baseado no estudo referido, o qual confere ao instrumento uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 80%.

No estudo piloto foram feitas 40 entrevistas em localização geográfica próxima à escolhida como população alvo. Os critérios adotados foram os mesmos que seriam aplicados no decorrer do processo. Os resultados deste processo auxiliaram na reformulação de questões a fim de torná-las de maior compreensão, reordenando questões e ainda solidificando o treinamento.

Foi feita dupla digitação no programa EPI-INFO 6.0, com o objetivo de diminuir a margem de erros de digitação; tendo sido revisados, consultados e corrigidos os questionários sempre que necessário. Os dados foram importados para o programa SPSS versão 8.0, no qual foi realizada análise descritiva.

## Análise dos Resultados

Foram feitas 848 entrevistas, cerca de 40% dos entrevistados eram moradores do bairro Nossa Senhora de Fátima e 60% do bairro Pestano, no período de junho a dezembro de 2002. A média de idade foi igual a 41,4 anos e a população feminina representou 72,5% da amostra. Em 14 domicílios não foi possível realizar a entrevista, das quais cinco no Bairro Nossa Sra. de Fátima e nove no Pestano. Em 13 casos foram feitos até três retornos em dias e horários diferentes incluindo finais de semana, sendo que, em nenhuma das situações foram encontrados moradores presentes ou dispostos a responder (neste caso, entrevistadores diferentes, tentaram um novo contato). Dentre esses, dois questionários foram respondidos parcialmente, devido à desistência dos entrevistados durante a aplicação. Num terceiro caso a entrevistada estava fragilizada emocionalmente, não tendo condições de seguir respondendo. O entrevistador interrompeu a entrevista prestando auxílio até a respondente ficar mais tranqüila. Não havendo como prosseguir e ainda sem outro morador no domicílio que preenchesse os critérios de inclusão, o domicílio não foi revisitado.

A Tabela 1 mostra que existe maior diferença entre os respondentes com idade igual ou superior a sessenta e um anos, havendo uma predominância deste grupo na população do bairro Nossa Senhora de Fátima (24,1%) em relação ao Pestano (11,2%) ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao estado civil, pode-se observar que a condição de casado predominou nas duas amostras. No bairro Nossa Senhora de Fátima, encontrou-se 41,9% das pessoas casadas, enquanto no bairro Pestano 34,9% dos entrevistados estão neste grupo, sendo possível inferir que este dado levou à diferença estatisticamente significativa observada ( $p < 0,001$ ).

A maior diferença entre os grupos no que se refere à escolaridade (tabela 1) ocorreu no intervalo de um a quatro anos completos, havendo mais entrevistados deste grupo no Pestano.

Houve diferença significativa quanto ao tipo de moradia das duas populações ( $p < 0,001$ ). Embora havendo predominância de casas de tijolos, nos dois bairros, representando 81,9% em um bairro e 60,5% em outro, edifícios com mais de um andar em alvenaria só foram encontrados no bairro Pestano (34,3%) (tabela 1).

No que se refere à renda familiar a maior diferença entre os grupos ficou na faixa de R\$701,00 a R\$3.000,00. Em uma das localidades este grupo representa 27,7% dos entrevistados. Outra diferença importante encontra-se no grupo com zero a R\$150,00 de renda, onde 20% dos respondentes do bairro Pestano estão nesta categoria, enquanto 9,6% do outro bairro. Como apresentado na tabela 1, estas diferenças demonstraram ser estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Na tabela 2, são apresentados os resultados referentes aos comportamentos de saúde dos entrevistados. Os resultados demonstrados quanto à variável, “tempo que fuma” revelam que a maioria dos respondentes fumantes tem este comportamento de um a quatorze anos, perfazendo um total de 44% da população fumante nos dois bairros, tendo sido as prevalências similares entre as áreas.

Os entrevistados que fizeram uso de bebida alcoólica no último ano representam 38,6% do total da amostra. Na análise global, 49% dos usuários revelaram usar álcool uma vez por mês ou menos (tabela 2) e separando-se as populações 52,9% representando a amostra de um bairro e 46,8% do outro, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Entre os dois grupos houve diferença importante quanto à procura por atendimento psicológico ou psiquiátrico, havendo maior busca entre os respondentes do bairro Nossa Sra. de Fátima 25,4% ( $p = 0,019$ ). Entre as pessoas que procuraram ajuda psicológica ou psiquiátrica o local mais procurado para atendimento foi o Posto do bairro onde moravam, sendo 42,1% no bairro Nossa Senhora de Fátima e 44% no bairro Pestano.

Como mostra a Tabela 2, entre os entrevistados 4,1% já tiveram alguma internação psiquiátrica, não havendo diferença entre os dois bairros.

Os respondentes que receberam receitas de psicofármacos no último ano representam 14,9% da população geral (tabela 2). Na amostra total obteve-se um número maior de usuários no período inferior a um ano 33,3% e superior a cinco 34,2% como mostra a tabela 2. Adotando-se a comparação entre os dois grupos chega-se aos seguintes resultados os entrevistados do bairro Pestano que mais utilizam medicação psicofármica o fazem há menos de um ano representam 37,1%.

Quanto à presença de Transtornos Psiquiátricos Menores na população do bairro Nossa Senhora de Fátima obteve-se uma prevalência de 36,2% e no Bairro Pestano de 35,1% ( $p = 0,749$ ).

A Tabela 3 mostra que 17,5% dos respondentes relataram a presença de familiar coabitante com algum tipo de transtorno mental e/ou de comportamento, das 148 pessoas identificadas pela família como tendo “problemas de nervos”, 36 já tiveram internação psiquiátrica, o que representa 24,3% da população específica. Embora este dado não esteja representado em tabela cabe ressaltar que 30 foram internados de uma a nove vezes e 6 internaram dez ou mais vezes, segundo os dados fornecidos pelos respondentes. Quanto à idade deste familiar, pode-se observar que a faixa de intervalo de idade compreendido entre 46 a 60 anos representa 28,2%.

Quanto ao grau de parentesco do respondente com os familiares portadores os cônjuges representam 27,9% em um bairro e, no outro, pai ou mãe representam 32,9% (tabela 3), sendo que 24,2% dos familiares “com problema de nervos”, moradores do bairro Nossa Senhora de Fátima, já tiveram internação psiquiátrica e 25,9% no Pestano ( $p=0,813$ ).

Dos familiares coabitantes, 36,7% necessitam de ajuda no dia a dia em um dos bairros no outro, 27,3%, a diferença percentual não apresentou significância estatística ( $p=0,240$ ). Destes, 31,8% entrevistados no bairro Nossa Senhora de Fátima e 47,6% no bairro Pestano sentem-se afetados pelo cuidado dispensado ao familiar. Quanto ao aspecto mais mencionado como a forma de afetar o respondente ao cuidar dos familiares com “problemas de nervos”, encontrou-se que, no Pestano 60,0% sentem impedimento/restricção para trabalhar e no Nossa Sra. de Fátima nenhum respondente mencionou esta categoria de resposta, estes últimos mencionam que sentem impedimento/restricção ao convívio social (42,9%), enquanto no outro bairro este item correspondeu a 20%. Os que se sentem afetados na saúde pelo cuidado prestado ao familiar exigir esforço físico representam 14,3% em uma localidade e 10% na outra, esta categoria foi mencionada por apenas uma pessoa em cada grupo. Entre os que se sentem afetados por mais de um grupo de categorias somaram 42,9% em uma das populações específicas e 10% na outra. A diferença na análise comparativa nestes itens não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,076$ ).

O tempo referido pelos entrevistados para destinar cuidados aos familiares que têm problema de nervos apresentou os seguintes resultados: quanto à variável “usa menos de um turno para cuidar” a população do bairro Nossa Senhora de Fátima obteve 44,4% e o Pestano 55,6%; na variável um turno ao dia encontrou-se no Nossa Sra. de Fátima 66,7% e

no Pestano 33,9%; na variável mais de um ou dois turnos no Pestano 48,9% e no outro bairro 51,9%, estes dados não são apresentados em tabela.

A variável internação de familiar por problemas com o álcool, referiu-se a familiares em geral e não apenas aos residentes no mesmo domicílio. Os resultados demonstram que 14,9% dos familiares que tiveram internação por esta razão são do bairro Nossa Senhora de Fátima e 18,8% do Pestano ( $p = 0,356$ ).

As faixas com maior escore positivo de TPM neste estudo se dirigiram aos que têm uma renda familiar de zero à R\$ 250,00 (unindo-se os dois primeiros grupos em uma única categoria). Em ambos casos a porcentagem ultrapassa os 40,0% de manifestação de sofrimento psíquico. À medida que aumenta a renda do grupo familiar diminui a prevalência dos transtornos entre os entrevistados.

As mulheres com SRQ positivo, neste estudo, representam 242 pessoas (39,6%) da população geral feminina enquanto os 57 homens, (24,7%) da população geral masculina, a diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Dos entrevistados com histórico de internação psiquiátrica, 10 são homens (4,3%) e 25 são mulheres (4,1%).

Das pessoas que declararam ter ingerido bebida alcoólica no último ano, 28,6% estudaram de 1 a 4 anos, 43,1% estiveram na escola com aprovação na faixa de 5 a 8 anos e, 48,9 estiveram ligadas ao ensino regular por nove ou mais anos; notando-se um aumento no consumo à medida que aumenta a escolaridade ( $p < 0,001$ ). A ingestão de álcool no último ano está representada por 40,3% da população geral que respondeu a esta questão.

Quando analisados os dados em relação às variáveis escolaridade e TPM, observa-se que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de transtorno. Das pessoas que estudaram de 1 à 4 anos, 40,8% apresentam TPM. Dos 357 que tiveram uma escolaridade formal de 5 à 8 anos 33,3% sofrem de TPM e, dos 190 que completaram 9 ou mais anos de estudo, 26,3% revelam a presença de morbidade psiquiátrica. A diferença foi estatisticamente significativa, com  $p = 0,008$ .

## Discussão

Foi escolhida a análise descritiva, para conhecer a realidade das populações, sendo um estudo transversal não é possível fazer-se inferências sobre causalidade, Lima (1996), pois diferentes situações se apresentam ao mesmo tempo.

Entre os respondentes houve uma predominância de mulheres e pessoas mais velhas. Isto pode ter ocorrido pelo critério de entrevistar a quem abrisse a porta e implicado em viés de seleção. Na análise de dados, a variável sexo não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os postos, devendo a isto o fato de os dois grupos terem mantido em proporções semelhantes.

A maior renda da população foi encontrada no bairro Nossa Senhora de Fátima, coincidindo com a maior escolaridade. Esta mesma população também procurou mais o atendimento psicológico. Um futuro estudo poderia aprimorar a análise, a fim de observar se existe relação entre o maior acesso à educação e o discernimento de necessidades.

Costa e Fachini (1997) demonstraram que utilizaram os serviços filantrópicos ou públicos os respondentes de menor poder aquisitivo, concluindo que renda orienta os padrões de uso dos serviços. No presente trabalho se investigou onde os entrevistados haviam procurado ajuda psicológica ou psiquiátrica. Convênios não foram mencionados e consultório particular foi citado por apenas duas pessoas representando 0,2% da categoria “outros”. Podendo-se dizer que houve concordância entre os estudos.

Villano (1998), avaliou o impacto dos problemas psicológicos e da morbidade psiquiátrica em um ambulatório geral de um hospital universitário de caráter público no Rio de Janeiro. Entre outras informações destacou que mais de dois terços da clientela sequencial do ambulatório estudado são mulheres ( $n=2024 > 768$ ). Quando a queixa psicológica foi apontada como motivo principal para o atendimento, novamente as mulheres foram maioria ( $9\% > 4,8\%$ ). Sob este aspecto, é possível comparar-se os achados, pois no presente estudo 23,8% das mulheres (146/614) procuraram algum atendimento psicológico ou psiquiátrico, enquanto 14,7% dos homens (34/232) fizeram o mesmo. A diferença encontrada foi estatisticamente significativa ( $p<0,004$ ). O posto do bairro onde moram foi o local mais procurado pelas mulheres (45,7%) e entre os homens (33,3%), posto e locais tipo associações tiveram o mesmo percentual, na escolha.

Jovens entre 15 e 25 anos, apresentaram a prevalência de fumo em 26%. Horta, B. L., Calheiros, P. R., Pinheiro, R. T., Tomasi, E. e Amaral, K.C. (2001), encontraram um percentual de 11,1% em jovens de faixa etária entre 12 e 18 anos de idade. A alta prevalência de fumo chama a atenção para aprofundamento da questão e implementação de programas para controle deste tipo de dependência nos bairros em questão.

Da população total, 33,3% da amostra relatou uso de psicofármaco por um período menor de um ano. Outras 34,2% relataram uso superior a cinco anos.

Os transtornos psiquiátricos menores costumam ser mais frequentes no sexo feminino (Busnello, 1992; Lima, Soares e Mari, 1999 e Lima, 1996) o que foi também encontrado no presente estudo. Entretanto este fato pode estar associado a um viés, pois 72,5% da amostra era constituída de mulheres.

Almeida Filho e colaboradores (1992) observaram em Porto Alegre prevalência de depressão em mulheres de mais de 14%. Entre os homens os distúrbios delirantes e psicóticos tiveram um índice acima de 5%. Estes dados podem explicar a razão de ter-se encontrado uma proporção maior de homens com internação psiquiátrica do que mulheres.

Outro fator associado à presença de Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) é a idade. Lima, Soares e Mari (1999), observaram uma tendência linear significativa quanto a esta variável, na qual, a partir dos 45 anos a ocorrência de TPM aumenta. Soares, Filho, Coutinho e Mari (1999) encontraram a prevalência de depressão superior em grupo etário de vinte e cinco a quarenta e nove anos comparados aos de quinze a vinte e quatro anos. No presente estudo a amostra se constituiu de quase 40% de pessoas acima de 46 anos, podendo este dado ter influenciado a prevalência encontrada de TPM.

O motivo de internação mais frequente foi por problemas com álcool e/ou drogas, coincidindo com outros trabalhos. Tavares e Mendéz (2002) apontaram como maior causa de internações psiquiátricas em Pelotas o mesmo problema, sendo que de janeiro a abril do ano de 2000 transtornos pelo uso de álcool e drogas representaram 43,1% dos motivos de baixas psiquiátricas.

O consumo nacional levantado por Carlini e colaboradores (2002), apontou o uso de álcool predominantemente no sexo masculino (17%) em relação ao feminino (5,7%). A diferença entre sexo e consumo de álcool é apontada em outros estudos anteriores com mais uso por parte dos homens Lima (1995 e 1996), o que também ocorreu no presente estudo.

No cruzamento de renda familiar e TPM encontrou-se associação positiva entre as variáveis ( $p=0,002$ ), assim como já encontrado por Lima (1996).

As implicações de ter um membro da família com transtorno mental ultrapassam os limites da culpa e de uma possível tendência a vitimização, porque além dos cuidados diários existem os gastos com quem em geral está excluído da cadeia produtiva da

sociedade, o que, dependendo da severidade do comprometimento, leva a impedir algum familiar coabitante de trabalhar, como foi demonstrado no estudo através de 60% dos respondentes que apontaram este aspecto. Tratando-se de comunidades onde vivem pessoas com dificuldades financeiras isto gera um outro aspecto presente e possível gerador de tensões. Pretende-se em estudo posterior aprofundar estas questões.

### Referências

Amaral, K. C. (2003) Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns (TCM) em adolescentes entre 15 e 18 anos de zona urbana do sul do Brasil. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS.

Almeida-Filho, N., Mari, J.J., Coutinho E., Franca, J.F., Fernandes, J.G., Andreoli S.B., Busnello, E.A.(1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras: Brasília, São Paulo, Porto Alegre. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – APAL 14, p. 93 – 104.

Busnello, E. D., Pereira, M. O., Knapp, W. P., Salgado, C. I., Taborda, J. V., Knijnik. L. F. C., Hofmeister, M. S., Oliveira, N. B., Picon, P. Beltrão, S. R. e Gigante, L. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. Jornal Brasileiro de Psiquiatria – 41, p. 507-512.

Brundland, G. H. (2001). Cuidar sim, excluir não. Discurso apresentado no Relatório Saúde ao redor do mundo (OMS) retirado no World Wide Web: <http://www.who.int/archives/whday/whd2001/others/brochure-portugese.doc>

Carlini, E. A, Galduróz, Noto & A. R., Nappo S. A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo, Brasil: CEBRID, UNIFESP, SENAD.

Conselho Regional de Psicologia, 6ª região. (1997). Trancar não é tratar: Liberdade: O melhor remédio. São Paulo. (elaborado por conselheiros, sem menção a nome dos compiladores).

Costa , A. C. F.(2001, 11 de dezembro). III Conferência Nacional de Saúde Mental: por uma transformação cultural!. Jornal Correio Brasiliense.

Costa, J.D., Fachini, L. A.(1997). Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: Onde a população consulta e com que frequência. Revista de Saúde Pública 31 4, p 360-369.

Horta, B. L., Calheiros, P. R., Pinheiro, R. T., Tomasi, E. e Amaral, K.C. (2001). Tabagismo em adolescentes de área urbana na região sul do brasil. Revista de Saúde Pública 35 2, p 159 – 164.

Lima, M. S. (1995) Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós Graduação em Epidemiologia , Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Lima, M. S. (1996) Epidemiologia do uso de drogas lícitas e dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas. Tese de doutorado não-publicada, Curso de Pós Graduação em Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP.

Lima, M. S., Soares, B. G. O. e Mari, J. J. (1999). Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. Revista de Psiquiatria Clínica 26, 225-235 .(edição especial).

Mari, J. J. & Williams, P. (1986). A validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire: (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. British Journal of Psychiatric, 148, 23-26.

Melman, J. (2002). Família e doença mental repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. Coleção Temas transversais (Vol. 9). São Paulo: Escrituras.

Organização Panamericana da Saúde. (1990). Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Bases Conceituais e Caminhos para sua Implementação. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Caracas, Venezuela.

Presidência da República: Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina Departamento de Psicologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. São Paulo:

Rothman, K. J. (1986) Modern epidemiology. Little, Brown and Company, USA.

Soares, K., Filho, N. A, Coutinho, E. S. F., Mari, J. J. (1999). Sintomas depressivos entre adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do “Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica”. Revista de Psiquiatria Clínica, 26 n.5, p.218-224.

Tavares, B. T, Mendéz, E. B.(2002) Características dos atendimentos em serviços de saúde mental comunitária. Anais do XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria: O encontro terapêutico na psiquiatria (p. 416). Florianópolis, S.C.

Villano, L.A. B. (1998). Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: O ambulatório de clínica geral. Tese de doutorado, Curso de Pós Graduação da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, S.P.

Villares, C. C. e Mari, J. J.(1998). Esquizofrenia e contexto familiar. Em Mari, J. J.(Org) O desafio da esquizofrenia . São Paulo: Lemos Editorial.

## Figuras e Tabelas

**Tabela 1- Perfil sócio-econômico dos entrevistados nas comunidades dos Postos da UCPel em 2002**

	POSTO – N (%)		N Total (%)	P Valor
	Nossa Sra. de Fátima	de Pestano		
<b>Sexo</b>				
Masculino	97 (29,2)	136 (26,4)	233 (27,5)	0,362
Feminino	235 (70,8)	380 (73,6)	615 (72,5)	
<b>Total</b>	332 (100,0)	516 (100,0)	848 (100,0)	
<b>Idade em grupos</b>				
15 a 25 anos	63 (19,0)	118 (22,9)	181 (21,3)	<0,001
26 a 35 anos	53 (16,0)	99 (19,2)	152 (17,9)	
36 a 45 anos	56 (16,9)	131 (25,4)	187 (22,1)	
46 a 60 anos	80 (24,1)	110 (21,3)	190 (22,4)	
≥ 61 anos	80 (24,1)	58 (11,2)	138 (16,3)	
<b>Total</b>	332 (100,0)	516 (100,0)	848 (100,0)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	102 (30,7)	173 (33,5)	275 (32,4)	<0,001
Casado	139 (41,9)	180 (34,9)	319 (37,6)	
Separado	22 (6,6)	57 (11,0)	79 (9,3)	
Possui companheiro(a)	14 (4,2)	51 (9,9)	65 (7,7)	
Viúvo	55 (16,6)	55 (10,7)	110 (13)	
<b>Total</b>	332 (100,0)	516 (100,0)	848 (100,0)	
<b>Escolaridade</b>				
≤ 4 anos	99 (29,9)	198 (38,4)	297 (35,1)	0,017
5 – 8 anos	144 (43,5)	215 (41,7)	359 (42,4)	
≥ 9 anos	88 (26,6)	10 (20,0)	191 (22,6)	
<b>Total</b>	331 (100,0)	516 (100,0)	847 (100,0)	
<b>Tipo de casa</b>				
Tijolo	272 (81,9)	312 (60,5)	584 (68,9)	<0,001
Madeira	34 (10,2)	20 (3,9)	54 (6,4)	
Mista (tijolo/madeira)	26 (7,8)	6 (1,2)	32 (3,8)	
Edifício	-	177 (34,3)	177 (20,9)	
Outro	-	1 (0,2)	1 (0,1)	
<b>Total</b>	332 (100,0)	516 (100,0)	848 (100,0)	
<b>Renda Familiar</b>				
0 a 150	32 (9,6)	103 (20,0)	135 (15,9)	<0,001
151 a 250	63 (19,0)	136 (26,4)	199 (23,5)	
251 a 400	71 (21,4)	108 (20,9)	179 (21,1)	
401 a 700	74 (22,3)	108 (20,9)	182 (21,5)	
701 a 3000	92 (27,7)	61 (11,8)	153 (18,0)	
<b>Total</b>	332 (100,0)	516 (100,0)	848 (100,0)	

**Tabela 2 – Frequências dos dados referentes à saúde dos entrevistados no ano de 2002**

Variáveis	N	%
<b>Possui hábito de fumar</b>		
Sim	263	31,1
Não	584	68,9
<b>Tempo que fuma em grupos (anos)<sup>1</sup></b>		
1 a 14	115	44,0
15 a 25	79	30,0
26 a 35	53	20,0
≥36	16	6,0
<b>Bebeu bebida alcoólica no último ano</b>		
Sim	325	38,6
Não	518	61,4
<b>Com que frequência toma bebidas de álcool<sup>2</sup></b>		
Uma vez por mês ou menos	162	49,4
Duas a quatro vezes por mês	89	27,1
Duas a três vezes por semana	37	11,3
Quatro ou mais vezes por semana	18	5,5
<b>Alguma vez procurou psicólogo ou psiquiatra</b>		
Sim	180	21,3
Não	666	78,7
<b>Procurou psicólogo ou psiquiatra no último mês<sup>3</sup></b>		
Sim	38	20,2
Não	150	79,8
<b>Em que local procurou este atendimento<sup>3</sup></b>		
Posto de Saúde do bairro em que mora	19	43,2
Outro posto que não o do bairro em que mora	8	18,2
Ambulatório universitário	1	2,3
Ambulatório de hospital psiquiátrico	3	6,8
Outros	13	29,5
<b>Já teve alguma internação psiquiátrica</b>		
Sim	35	4,1
Não	812	95,9
<b>No último ano lhe foi receitado algum remédio para os “nervos”</b>		
Sim	126	14,9
Não	721	85,1
<b>Há quanto tempo usa medicação<sup>4</sup></b>		
Menos de 1 ano	39	33,3
De 1 a 2 anos	22	18,8
De 2 a 5 anos	16	13,7
Mais de 5 anos	40	34,2
<b>Transtorno Psiquiátrico Menor<sup>5</sup></b>		
Presente	299	35,5
Ausente	543	64,5

<sup>1</sup>Porcentagens válidas apenas entre os fumantes.<sup>2</sup>Porcentagens válidas apenas entre os entrevistados que já haviam respondido positivamente ao item anterior.<sup>3</sup>Porcentagens válidas entre respondentes que alguma vez procuraram atendimento com psiquiatra e/ou psicólogo.<sup>4</sup>Porcentagens válidas entre entrevistados com resposta positiva ao item acima (sobre ter recebido medicação no último ano).<sup>5</sup>Ver metodologia modo de avaliação utilizado.

**Tabela 3 – Saúde mental dos familiares e percepção do entrevistado nas comunidades dos Postos da UCPEL**

	POSTO – N (%)			p valor
	N. Sra. de Fátima	Pestano	N Total (%)	
<b>Possui familiar problema de nervos</b>				
Sim	63 (19,0)	85 (16,5)	148 (17,5)	0,338
Não	268 (81,0)	431 (83,5)	699 (82,5)	
<b>Total</b>	<b>331 (100,0)</b>	<b>516 (100,0)</b>	<b>847 (100)</b>	
<b>Idade</b>				
1 a 14 anos	6 (9,8)	9 (11,0)	15 (10,6)	0,356
15 a 25 anos	4 (6,6)	6 (7,4)	10 (7,0)	
26 a 45 anos	21 (34,4)	29 (35,8)	50 (35,2)	
46 a 60 anos	18 (29,5)	22 (27,2)	40 (28,2)	
≥ 61 anos	12 (19,7)	15 (18,5)	27 (19,0)	
<b>Total</b>	<b>61 (100)</b>	<b>81 (100)</b>	<b>142 (100)</b>	
<b>Sexo</b>				
Masculino	24 (38,7)	29 (35,8)	53 (37,1)	0,721
Feminino	38 (61,3)	52 (64,2)	90 (62,9)	
<b>Total</b>	<b>62 (100)</b>	<b>81 (100)</b>	<b>143 (100)</b>	
<b>Grau de Parentesco com este familiar</b>				
Irmão	7 (11,5)	8 (9,8)	15(10,5)	0,358
Pai ou mãe	16 (26,2)	27 (32,9)	43(30,2)	
Pai e mãe	2 (3,3)	-	2 (1,4)	
Filho(a)	11 (18,0)	19 (23,2)	30 (21,0)	
Outros	25 (41)	28 (34,2)	53 (37,1)	
<b>Total</b>	<b>61 (100,0)</b>	<b>81 (100,0)</b>	<b>142 (100,0)</b>	
<b>Este familiar já teve internação psiquiátrica</b>				
Sim	15 (24,2)	21 (25,9)	36 (25,2)	0,813
Não	47 (75,8)	60 (74,1)	107 (74,8)	
<b>Total</b>	<b>62 (100)</b>	<b>81 (100,0)</b>	<b>143 (100,0)</b>	
<b>Algum familiar já internou por causa da bebida alcoólica</b>				
Sim	21 (14,9)	36 (18,8)	57 (17,1)	0,356
Não	120 (85,1)	156 (81,3)	276 (82,9)	
<b>Total</b>	<b>141 (100,0)</b>	<b>192 (100,0)</b>	<b>333 (100,0)</b>	
<b>Este familiar necessita de ajuda no dia-a-dia</b>				
Sim	22 (36,7)	21 (27,3)	43 (31,4)	0,240
Não	38 (63,3)	56 (72,7)	94 (68,6)	
<b>Total</b>	<b>60 (100,0)</b>	<b>77 (100,0)</b>	<b>137 (100,0)</b>	
<b>O Sr.(a) se sente afetado por ajudar a cuidar deste familiar*</b>				
Sim	7 (31,8)	10 (47,6)	17 (39,5)	0,289
Não	15 (68,2)	11 (52,4)	26 (60,5)	
<b>Total</b>	<b>22 (100)</b>	<b>21 (100)</b>	<b>43 (100)</b>	
<b>De que maneira o Sr.(a) se sente afetado*</b>				
Impede/restringe trabalhar	-	6 (60,0)	6 (35,3)	0,076
Impede/restringe do convívio social	3 (42,9)	2 (20,0)	5 (29,4)	
Prejudica a saúde/cuidar exige esforço físico	1 (14,3)	1 (10,0)	2 (11,8)	
Afeta em mais de uma categoria	3 (42,9)	1 (10,0)	4 (23,5)	
<b>Total</b>	<b>7 (100)</b>	<b>10 (100,0)</b>	<b>17 (100)</b>	

\*Dados relativos à percepção do entrevistado em relação ao familiar com problema de nervos.

**Tabela 4 – Cruzamentos da variável “renda familiar” com uso de substâncias químicas”; e, com “TPM”**

<b>Tomou bebida alcoólica no último ano</b>	<b>Renda Familiar (R\$)</b>					<b>Total (%)</b>	<b>P valor</b>
	0 –150	151 - 250	251 – 400	401 – 700	701 - 3000		
Sim	32,1	33,8	34,3	40,3	53,3	38,6	0,001
Não	67,9	66,2	65,7	59,7	46,7	61,4	
<b>N Total</b>	134	198	178	181	152	843 (100%)	
<b>Recebeu medicação p/ os nervos no último ano</b>	<b>Renda Familiar (R\$)</b>					<b>Total (%)</b>	<b>P valor</b>
	0 –150	151 - 250	251 – 400	401 – 700	701 - 3000		
Sim	17,8	21,6	14,5	11,0	8,6	14,9	0,005
Não	82,2	78,4	85,5	89,0	91,4	85,1	
<b>N Total</b>	135	199	179	182	152	847 (100%)	
<b>TPM</b>	<b>Renda Familiar (R\$)</b>					<b>Total (%)</b>	<b>P valor</b>
	0 –150	151 - 250	251 – 400	401 – 700	701 - 3000		
Ausente	57,8	55,6	66,9	69,1	73,7	64,5	0,002
Presente	42,2	44,4	33,1	30,9	26,3	35,5	
<b>N Total</b>	135	196	178	181	152	842 (100%)	

**Tabela 5 – Cruzamento da variável escolaridade com “internação psiquiátrica”; “uso de álcool”; “TPM”**

<b>Teve Internação Psiquiátrica</b>	<b>Escolaridade (anos)</b>			<b>Total (%)</b>	<b>P valor</b>
	$\leq 4$ anos	5 – 8 anos	$\geq 9$ anos		
Sim	6,7	2,5	1,6	3,5	0,007
Não	93,3	97,5	98,4	96,5	
<b>N Total</b>	224	359	191	774 (100%)	
<b>Tomou bebida alcoólica no último ano</b>	<b>Escolaridade (anos)</b>			<b>Total (%)</b>	<b>P valor</b>
	$\leq 4$ anos	5 – 8 anos	$\geq 9$ anos		
Sim	28,6	43,1	48,9	40,3	<0,001
Não	71,4	56,9	51,1	59,7	
<b>N Total</b>	224	355	190	769 (100%)	
<b>TPM</b>	<b>Escolaridade (anos)</b>			<b>N Total</b>	<b>P valor</b>
	$\leq 4$ anos	5 – 8 anos	$\geq 9$ anos		
Ausente	59,2	66,7	73,7	66,2	0,008
Presente	40,8	33,3	26,3	33,8	
<b>Total</b>	223	357	190	770 (100%)	

### **Notas sobre os autores**

**Carmen Lucia Alves da Silva Lopes:** Mestre em Saúde e Comportamento, professora da Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas na área de saúde mental coletiva e psicóloga.

**Bernardo Lessa Horta:** Dr. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; professor e orientador do Mestrado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas.