

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES
ASSOCIADOS EM ADULTOS DA CIDADE DE PELOTAS, RS.

FÁBIO MONTEIRO DA CUNHA COELHO
ORIENTADOR: RICARDO PINHEIRO

PELOTAS, BRASIL

2006

SUMÁRIO

1. Projeto de pesquisa.....	3
1.1. Introdução.....	3
1.2. Revisão sistemática da literatura.....	7
1.3. Justificativa.....	19
1.4. Objetivos.....	20
1.5. Hipóteses.....	21
1.6. Modelo teórico.....	22
1.7. Métodos.....	23
1.8. Aspectos éticos.....	29
1.9. Cronograma.....	30
1.10. Bibliografia.....	31
2. Anexos.....	35
2.1. Consentimento informado.....	36
2.2. Manual de instruções.....	37
2.3. Questionário.....	51
3. Artigo científico.....	57

1. INTRODUÇÃO

A epidemiologia psiquiátrica trouxe, nas últimas décadas, informações de grande valor, principalmente em dois âmbitos: o da prática clínica e o da saúde pública. No primeiro, tais informações possibilitaram um maior conhecimento da história natural dos transtornos mentais, seus fatores de risco e seu comportamento no decorrer do tempo. No segundo, elas contribuíram com o embasamento para a tomada de decisões políticas em saúde mental, assim como para o direcionamento da assistência médica (1). É neste contexto que os estudos de base populacional surgem como uma preciosa ferramenta científica.

Usualmente, os inquéritos populacionais e as pesquisas em serviços de atendimento primário, utilizam as categorias diagnósticas definidas pela CID-10 (2) ou pelo DSM-IV (3,4). Tais categorias são úteis, tanto para fins de pesquisa quanto na orientação de medidas terapêuticas adequadas, à medida que identificam grupos relativamente homogêneos de pacientes (1,5). Entretanto, elas são necessariamente arbitrárias, e muitas vezes não condizem com o que é visto na prática clínica, principalmente no que se refere aos transtornos não-psicóticos (1,4,5). Goldberg (5) salienta o fato de que muitos diferentes transtornos compartilham um núcleo comum de sintomas, com apenas poucos achados específicos justificando diferentes diagnósticos.

Sabe-se ainda, que em serviços ambulatoriais e na comunidade, muitos pacientes satisfazem critérios para mais de um transtorno simultaneamente, havendo pobre distinção entre as síndromes clínicas, bem como do *continuum* saúde-psicopatologia (5). Além disso, a abordagem em categorias diagnósticas específicas não identifica estados sub-clínicos, os quais são bastante freqüentes, e estão associados à incapacitação e alto custo individual e social (1,4,5,6,7,8).

Em virtude disto, muitos autores preferem uma abordagem dimensional dos transtornos não-psicóticos, a qual tem a vantagem de explorar a comorbidade entre sintomas, independente do preenchimento de critérios específicos (4,5).

Os transtornos mentais comuns (TMC), conceito elaborado por David Goldberg (9), inclui transtornos não-psicóticos depressivos, ansiosos e somatoformes. Fazem parte desta ampla categoria diagnóstica sintomas como dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sentimentos de inutilidade, queixas somáticas, entre outros (9). Tal conceito é bastante utilizado em inquéritos populacionais por incluir em seu espectro quadros sub-clínicos, fornecendo uma melhor visualização do *status* da saúde mental da comunidade (4,6,7,8).

Os TMC são freqüentes tanto em ambientes de atendimento primário quanto na população domiciliar. Cerca de um terço a 50% dos pacientes atendidos em ambulatórios podem apresentar tal diagnóstico (7,10,11). Em

estudos de base populacional, é descrita uma prevalência variando de sete a 30%, em países industrializados (9,12). No Brasil, estudos apontam prevalência variando de 18,5%, em uma população de universitários (13), a 36% em moradores de comunidade rural no estado de Pernambuco (14) e 51% na capital do país (15). Tais dados variam de acordo com a faixa etária e com a origem da amostra utilizada.

Mulheres costumam ser as mais afetadas (4,8,10,14), assim como indivíduos cujo casamento acabou, seja por divórcio ou por morte do companheiro (4,10,14). Além disso, a literatura aponta que os TMC estão intimamente relacionados às iniquidades socioeconômicas, havendo uma maior frequência desse diagnóstico em indivíduos com baixa escolaridade e menor renda, bem como em pessoas fora do mercado de trabalho (1,7,8,9,10,12,14,16,17). Alguns estudos mostram que a pobreza e o desemprego são fatores que aumentam a duração dos episódios de TMC, enquanto situações de dificuldade financeira atuam, independentemente, tanto no desenvolvimento quanto na manutenção de tais transtornos (18,19).

Muitos trabalhos têm relacionado os TMC a desfechos adversos em termos de gasto com saúde e funcionamento físico e social. Pessoas que sofrem com os transtornos mentais comuns usam mais os serviços de saúde, e perdem mais dias e trabalho devido a sua condição (1,4,6,7,9,18). Alguns estudos, além disso, mostram maiores taxas de mortalidade entre tais indivíduos (18).

Sabe-se que os adultos com mais de 40 anos de idade e os idosos, constituem parcela importante e crescente da população. Tais indivíduos mais frequentemente estão submetidos a estressores crônicos, sejam eles doenças ou fatores socioeconômicos. Portanto, tendo em vista o impacto dos TMC na população, urge a necessidade de se diagnosticar a saúde mental dos adultos e idosos brasileiros, como forma de obter a fundamentação necessária à implementação de políticas de saúde bem direcionadas.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

2.1. Estratégia de busca de artigos

A busca por estudos relevantes será realizada nas seguintes bases de dados:

- MEDLINE
- MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations (PREM)
- CINAHL
- Evidence Based Medicine Reviews databases (ACP Journal Club, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, e Database of Abstracts of Reviews of Effects).
- EMBASE
- LILACS

Os seguintes termos foram utilizados como palavras-chave:

#1 common mental disorders

#2 minor psychiatric disorders

#3 minor psychiatric morbidity

#4 mental health problems

#5 self-reporting questionnaire

#6 srq-20

#7 general health questionnaire

#8 ghq-12

#8 composite international diagnostic interview

#10 cidi

#11 clinical interview schedule

#12 cis-r

**#13 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR
#11 OR #12**

#14 cross-sectional studies

#15 population-based studies

#16 prevalence studies

#17 prevalence

#18 frequency

#19 #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18

#20 correlates

#21 associated factors

#22 risk factors

#23 chronic disease

#24 chronic conditions

#25 bronchial diseases

#26 arthropathy

#27 diabetes

#28 migraine

#29 back pain

#30 low back pain

#31 intervertebral disk displacement

#32 stroke

#33 hypertension

#34 heart failure

#35 polypharmacy

#36 multiple drug regimen

**#37 #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR
#29 OR #30 OR #31 OR #32 #33 OR #34 OR #35 OR #36**

#38 #13 AND #19 AND #37

O período de abrangência da busca cobriu publicações feitas até julho de 2005, prazo limite para a realização da pesquisa bibliográfica. Após a busca em bases eletrônicas, as referências de todos os artigos relevantes, bem como das revisões, serão examinadas a fim de encontrar possíveis publicações não identificadas na pesquisa eletrônica. Além disso, serão solicitadas informações aos autores de trabalhos relevantes, acerca de manuscritos não publicados de sua autoria ou conhecimento, após contato por correio tradicional ou eletrônico. Ainda com intuito de encontrar trabalhos não publicados, serão pesquisados os bancos de teses das universidades da região (Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas). Os livros e revistas das bibliotecas dessas universidades também serão consultados em busca de possíveis fontes de informação relevante.

Uma sucinta descrição das bases consultadas na busca será feita a seguir:

- MEDLINE (1966 – 2005): O MEDLINE, cujo nome é resultado da contração de MEDLars onLINE, permite acesso on-line à base de dados MEDLars, o antigo Index Medicus. Através de mais de 4600 jornais e revistas indexadas, fornece acesso a cerca de doze milhões de citações da área biomédica, 75% delas contendo resumos. Apesar de cobrir mais de 70 países, a maioria das publicações é em língua inglesa, ou possuem resumos em inglês.
- MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations (PREM): O sistema PREM fornece acesso a informações e resumos de trabalhos, antes dos mesmos serem indexados, pelos termos do *MeSH headings*, ao sistema MEDLINE. Novas publicações são adicionadas diariamente.
- CINAHL (1982 – 2005): O sistema CINAHL (*The Cumulative Index to Nursing & Allied Health*) abrange as publicações principalmente da *American Nurses Association* e da *National League for Nursing*, fornecendo citações de mais de 1600 jornais e revistas da área de enfermagem, entre outras ciências da saúde.
- Evidence Based Medicine Reviews databases (ACP Journal Club, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, e Database of Abstracts of Reviews of Effects): Na presente revisão, a pesquisa nessas bases de dados servirá para identificar possíveis fontes de informação relevante à

pergunta da pesquisa, principalmente através da checagem de referências.

- EMBASE (1980 – 2005): Trata-se da base de dados da Excerpta Medica, administrada pelo editor Elsevier. Mais de 3500 revistas da área biomédica estão indexadas. Estima-se que 50% da literatura relevante se encontra na EMBASE, e a outra metade na MEDLINE.
- LILACS (1982 – 2005): A LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) indexa revistas, jornais, teses e dissertações publicadas nos países das Américas do Sul e Central, além do Caribe.

2.2. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos na revisão sistemática

2.2.1. Critérios de inclusão:

Foram definidos os seguintes critérios para inclusão do estudo na revisão sistemática:

- 1) Estudos envolvendo indivíduos com 40 anos de idade ou mais;
- 2) Estudos de base populacional, realizados com amostragem aleatória, com delineamento transversal;
- 3) Diagnóstico de TMC realizado por instrumento previamente validado.

Obs.: Os artigos de revisão da literatura (tradicional ou sistemática) não serão incluídos. Entretanto, os que possam contribuir com o presente estudo, terão as referências examinadas em busca de uma possível fonte relevante de informação, não se levando em conta os resultados apresentado no próprio artigo.

2.2.2. Crítérios de exclusão:

- 1) Estudos com dados duplicados;
- 2) Estudos em que os dados sobre o processo de amostragem não forem claros e que, mesmo após contato com o autor, tais informações não forem obtidas.

2.3. Resultados

A estratégia de busca identificou, até o momento, 290 artigos, dos quais apenas 28 se enquadraram nos critérios de inclusão. Os resultados de alguns deles são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos estudos obtidos na revisão da literatura

Autor Ano País	Delineamento	População estudada	Desfecho/ Instrumento	Principais resultados	Observações e limitações
Lima <i>et al.</i> 1996 Brasil (10)	Estudo transversal	1270 indivíduos acima de 15 anos de idade, amostra domiciliar aleatória em múltiplos estágios, em zona urbana.	Transtornos mentais comuns. SRQ-20.	Prevalência geral: 22,7%. Associação significativa com sexo feminino, estado civil de viúvo, baixa escolaridade e baixa renda. A prevalência de TMC aumentou com a idade, e esteve relacionada com a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse.	Autores sugerem o fato de que os indivíduos com TMC podem ter a percepção dos eventos influenciada pela presença do transtorno.
Ludermir <i>et al.</i> 2002 Brasil (12)	Estudo transversal	621 pessoas acima de 15 anos de idade, residentes em zona urbana. Amostra aleatória dentro de uma área específica do município.	Transtornos mentais comuns. SRQ-20. Uma sub-amostra foi submetida à entrevista psiquiátrica.	Prevalência geral: 35%. Os TMC estiveram associados com baixa escolaridade, condições precárias de moradia, baixa renda e participação no processo produtivo como trabalhador manual, ou desempregado.	Houve mais não-respondentes do sexo masculino (a diferença foi estatisticamente significativa). O estudo foi realizado em uma área predominantemente de baixa renda.
Korten <i>et al.</i> 2000 Austrália (4)	Estudo transversal	10641 pessoas acima de 18 anos, residentes tanto em zona urbana quanto rural. Amostra em múltiplos	Transtornos mentais comuns. GHQ-12.	Prevalência geral: 19,4%. As mulheres tiveram um escore maior no GHQ-12, assim como pessoas mais jovens e moradores de grandes zonas rurais e centros urbanos. Pouco da	Índice de perdas de 22%. Apenas um terço das pessoas diagnosticadas como caso pelo GHQ-12 também foram identificadas como caso pelo ICD-10

		estágios		variância foi explicado por fatores socioeconômicos. O escore no GHQ-12 esteve relacionado com maior índice de incapacidade social.	
Araya <i>et al.</i> 2001 Chile (17)	Estudo transversal	3870 indivíduos acima de 16 anos residentes em zona urbana. Amostra domiciliar aleatória em múltiplos estágios	Transtornos mentais comuns CIS-R	Prevalência geral: 26,7% Os TMC estiveram associados ao gênero feminino, ao estado civil de separado ou viúvo, à baixa escolaridade, às classes sociais mais baixas. Além disso, os TMC predominaram em adultos jovens, sendo que as taxas diminuíram com o aumento da idade.	Perdas de 10%, cujas características não foram descritas.
Maia <i>et al.</i> 2004 Brasil (20)	Estudo transversal	327 indivíduos com mais de 60 anos, residentes em zona urbana. Amostragem probabilística em múltiplos estágios.	Transtornos mentais QRP	Prevalência geral: 29,3% Associação com gênero feminino, número de doenças crônicas, incapacidade funcional e residência em favelas.	Foram utilizados 11 setores, sendo que dois eram favelas, e os outros nove eram não-favelas. Não fica claro no estudo se a amostra é representativa da população.
Coelho Filho <i>et al.</i> 1999 Brasil (22)	Estudo transversal	667 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em zona urbana. Amostragem estratificada por	Morbidade psiquiátrica BOMFAQ	Prevalência geral: 26,4% Maiores prevalências em região periférica (37,9%).	Não fica claro no estudo se a amostra é representativa da população.

		nível sócio-econômico			
Almeida-Filho <i>et al.</i> 2000 Brasil (15)	Estudo transversal	6470 indivíduos com mais de 14 anos de idade, de três áreas urbanas. Amostragem estratificada por clusters.	Morbidade psiquiátrica QMPA	Prevalência: 51% em Brasília. 43% em Porto Alegre e 30% em São Paulo. Diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo só foi identificada em Porto Alegre.	Instrumento diagnóstico criado a partir da CID-8, o que pode ter gerado problemas na sua sensibilidade e estabilidade. Método de amostragem diferiu em uma das localidades (São Paulo).
Wang <i>et al.</i> 2000 Estados Unidos (23)	Estudo transversal	4032 indivíduos de 25 a 74 anos de idade, de todo o país. Amostragem aleatória através de lista telefônica.	Transtornos mentais CIDI	Prevalência geral: 18,4%. Maior frequência em pessoas jovens, em mulheres, com baixa renda e escolaridade, e com doenças crônicas, especialmente mais de três.	Índice de resposta de 60,8%.
Andrews <i>et al.</i> 2001 Austrália (24)	Estudo transversal	10641 indivíduos com 18 de idade ou mais, residentes em zona urbana e rural. Amostragem aleatória em múltiplos estágios.	Transtornos mentais CIDI	Prevalência geral: 22,7%. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Maiores prevalências em indivíduos jovens, solteiros ou divorciados, com baixa escolaridade e desempregados.	Taxa de não-reposta: 22%.
Forsell	Estudo	10442 indivíduos	Transtornos	Prevalência geral: 17,5%.	Taxa de perda muito

2004 Suécia (25)	transversal	de 20 a 64 anos, residentes em zona urbana. Amostragem aleatória por lista de registros	mentais Vários instrumentos	Houve associação significativa com o gênero feminino, estado civil de solteiro, estar desempregado ou aposentado, ter baixa renda e apresentar doenças somáticas.	elevada, ficando em aproximadamente 45%.
Weich <i>et al.</i> 2001 Reino Unido (16)	Estudo transversal	8191 indivíduos de 16 a 75 anos de idade, residentes em zona urbana e rural. Amostragem aleatória em múltiplos estágios	Transtornos mentais comuns GHQ-12	Prevalência geral: 24,6%. Indivíduos com rendas maiores que vivem em áreas com grandes desigualdades tendem a ter maiores prevalências de TMC que aqueles com renda similar, mas que vivem em áreas de menor desigualdade.	35% de perdas.
Vicente <i>et al.</i> 2004 Chile (26)	Estudo transversal	2987 indivíduos com 15 anos ou mais, residentes em zona urbana. Amostragem aleatória estratificada.	Transtornos mentais CIDI	Prevalência geral: 19,7%. Os transtornos mentais estiveram associados com baixa renda, estado civil de separado e com os estratos etários intermediários (de 25 a 54 anos). Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi observada quanto ao sexo.	Tempo de coleta extremamente longo, ficando em aproximadamente 7 anos, em um período de grandes mudanças sociais e políticas no país.
Melzer <i>et al.</i> 2003 Reino	Estudo transversal	10108 indivíduos de 16 a 64 anos residentes em zona urbana e	Transtornos mentais CIS-R	Prevalência geral: 15,5%. Associação com marcadores de posição social desprivilegiada, com o	Adultos que vivem com outros adultos foram sub-representados na amostra.

Unido (27)		rural. Amostragem por setores postais.		número de doenças crônicas (especialmente duas ou mais).	
Gispert et al. 2003 Espanha (28)	Estudo transversal	12144 indivíduos com 15 anos ou mais, residentes em zona urbana e rural. Amostragem aleatória em múltiplos estágios.	Transtornos mentais comuns GHQ-12	Prevalência geral: 12,4%. TMC associados ao gênero feminino, à baixa escolaridade e classe social, ao desemprego, à baixa atividade física e ao número de doenças crônicas.	30% da amostra foi substituída devido a falhas repetidas em identificar os indivíduos. Mais 6% negaram-se a participar, e também foram substituídos.
Schimitz et al. 2002 Alemanha (29)	Estudo transversal	3726 indivíduos de 18 a 78 anos de idade, residentes em zona urbana e rural. Amostragem aleatória probabilística em múltiplos estágios	Transtornos mentais CIDI	Prevalência geral: 36%. Associação estatisticamente significativa com maior número de consultas ambulatoriais e com presença de doenças crônicas.	Na primeira fase do estudo houve um percentual alto de perdas, ficando em 38,5%.
Neeleman et al. 2001 Holanda (30)	Estudo transversal	7076 indivíduos de 18 a 64 anos de idade, residentes em zona urbana e rural. Amostragem	Transtornos mentais CIDI	Prevalência geral não reportada. TMC associados com sexo feminino, estado civil outro que não casado, baixa escolaridade e renda, baixa atividade física. O estudo identificou que os	35,8% de perdas, sobre as quais não há dados disponíveis.

		aleatória em múltiplos estágios		transtornos mentais e somáticos estão fortemente associados. Além disso, eles se concentram em uma minoria de indivíduos que apresentam uma grande comorbidade de transtornos físicos e mentais.	
--	--	---------------------------------	--	--	--

3. JUSTIFICATIVA

Os indivíduos adultos com mais de 40 anos de idade e idosos, constituem parcela importante e crescente da população. Assim sendo, o sistema de saúde deve estar preparado para suprir adequadamente as necessidades destes estratos etários. O conhecimento do status da saúde mental dessa população desempenha papel fundamental nesse processo, à medida que proporciona informações necessárias à estruturação de políticas de saúde pública bem direcionadas.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Determinar a prevalência e identificar fatores associados aos transtornos mentais comuns, na população acima de 40 anos da zona urbana do município de Pelotas, RS.

4.2. Específicos

- Determinar a distribuição dos transtornos mentais comuns em relação a fatores socioeconômicos e demográficos.
- Verificar a associação de transtornos mentais comuns em relação às variáveis socioeconômicas e de comportamento em saúde, bem como às variáveis relacionadas às enfermidades crônicas.

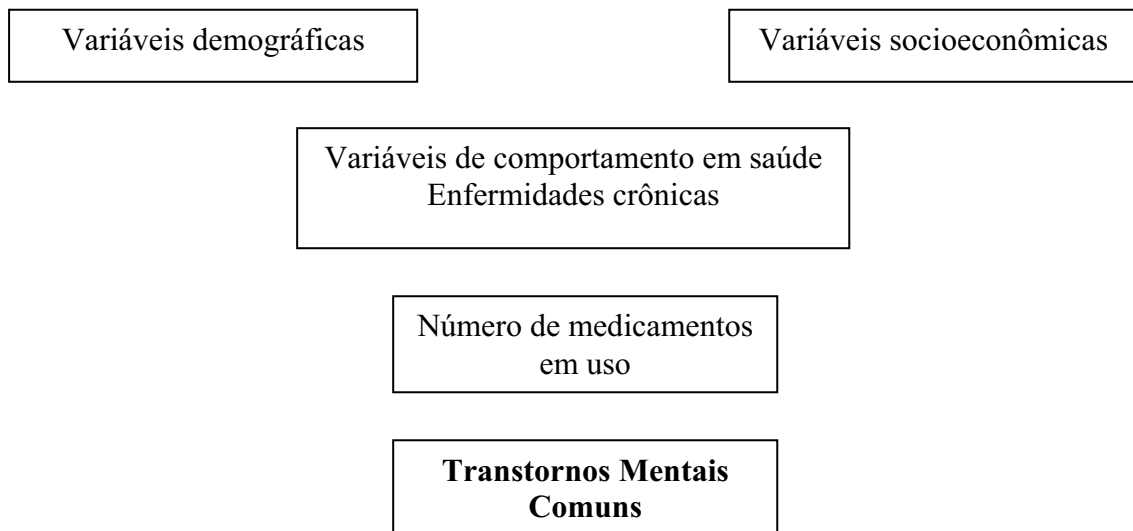
5. HIPÓTESES

As seguintes hipóteses foram formuladas a priori, e serão testadas quando da análise estatística:

- A prevalência de transtornos mentais comuns é alta na faixa etária estudada, possivelmente ultrapassando 30%;
- Condições de baixa classe social, pouca escolaridade e desemprego estão associadas aos TMC;
- Os TMC estão associados às enfermidades crônicas e ao número de doenças relatadas pelo indivíduo.
- Os TMC estão associados a um maior uso de medicamentos, independentemente do número de doenças crônicas referido pela pessoa.

6. MODELO TEÓRICO

O modelo hierárquico para os transtornos mentais comuns foi elaborado com base na literatura revisada (4,7,9,10,12.15,16.17.20).



Permanecerão no modelo apenas as variáveis que apresentarem um valor de $p \leq 0,2$ em relação ao desfecho na análise bivariada. Dessa forma, o primeiro nível contém as variáveis socioeconômicas, que podem influenciar as demais, exceto as demográficas; no segundo nível estão as variáveis de comportamento em saúde e as variáveis relacionadas às doenças crônicas; as últimas, podem sofrer influência das variáveis anteriores, bem como podem afetar o número de medicamentos em uso, variável pertencente ao terceiro nível. Todas as variáveis podem influenciar, direta ou indiretamente, os TMC.

7. MÉTODOS

7.1. Delineamento

Estudo transversal.

7.2. População alvo

Indivíduos acima de 40 anos da zona urbana de Pelotas, RS.

7.3. Tamanho da amostra

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla que avaliará saúde e comportamento de adultos acima de 40 anos da zona urbana de Pelotas. Tendo em vista os múltiplos objetivos envolvidos no projeto, foram obtidas estimativas de tamanho amostral para cada um dos desfechos estudados, sendo que a maior delas determinou o número de indivíduos a serem entrevistados.

Para o desfecho em questão (TMC), estimando-se uma prevalência de 35% e margem de erro de 3%, os seguintes tamanhos de amostra com seus respectivos níveis de confiança foram obtidos:

Nível de confiança (%)	Tamanho da amostra
80	414
90	680
95	963
99	1653
99,9	2673
99,99	3702

7.4. Amostragem

A amostragem será realizada em múltiplos estágios, a partir de 418 setores censitários da zona urbana de Pelotas. Desses, 48 serão sorteados, aleatoriamente, para serem incluídos no estudo. A seguir, selecionar-se-á, de modo também aleatório, um quarteirão de cada setor, e, em seguida, uma esquina será sorteada para servir de ponto inicial, a partir do qual 30 domicílios serão visitados de maneira sistemática.

Em cada residência sorteada, o entrevistador indagará se ali moram adultos acima de 40 anos de idade, para então, caso afirmativo, convidá-lo a participar da pesquisa. Em situações em que mais de um indivíduo na casa preencher os critérios para inclusão, será entrevistado aquele cuja data de aniversário for mais próxima da data da visita.

7.5. Instrumentos

As variáveis independentes serão colhidas por meio de um questionário padronizado, que poderá sofrer modificações de acordo com o estudo piloto.

O instrumento utilizado para medir o desfecho será a versão de vinte itens do *Self-report Questionnaire* (SRQ-20), aplicado primeiramente por Harding, em 1980 (20), e validado no Brasil por Mari (11). Nesse estudo de validação em nosso país, os autores sugerem um ponto de corte diferenciado para homens e mulheres, a saber: escores maiores ou iguais a seis para definição de caso em homens, e maiores ou iguais a oito para as mulheres. Para tais pontos de corte, neste estudo, os valores de sensibilidade e

especificidade foram, respectivamente, 89% e 81% para homens, e 86% e 77% para mulheres.

7.6. Variáveis

7.6.1. Dependente

Casos de TMC identificados pelo SRQ-20. Serão considerados “casos” os indivíduos que apresentarem um escore ≥ 6 para o sexo masculino e ≥ 8 para o feminino.

7.6.2. Independentes

7.6.2.1. Sexo – Masculino ou feminino

7.6.2.2. Idade – Considerada em anos completos

7.6.2.3. Cor da pele – Variável codificada, de acordo com a observação do entrevistador, em branca e não-branca.

7.6.2.4. Situação conjugal – Variável dividida em quatro categorias: casado(a) ou vive com companheiro, viúvo, separado(a) ou divorciado(a) e solteiro(a).

7.6.2.5. Escolaridade – Avaliada em anos completos

7.6.2.6. Nível socioeconômico – Será avaliado segundo os padrões da ABIPEME (Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado), que determina a classe social das famílias a partir de informações sobre a escolaridade do chefe de família e sobre a posse de “bens duradouros”.

7.6.2.7. Renda mensal – Será avaliada a renda do entrevistado e das outras pessoas residentes no domicílio, para posterior cálculo de renda *per capita*.

7.6.2.8. Participação no mercado de trabalho – Será avaliado se o indivíduo trabalha ou não.

7.6.2.9. Aposentadoria – Será avaliado se o indivíduo é aposentado e, caso afirmativo, a idade em que se aposentou.

7.6.2.10. Número de pessoas no domicílio – Será observado o número de pessoas que dormem e fazem as refeições na residência do entrevistado.

7.6.2.11. Tabagismo – Será avaliado se o indivíduo fuma ou já fumou. As seguintes informações serão obtidas para este grupo: idade de início, interrupção, quantidade de cigarros por dia e tipo de fumo.

7.6.2.12. Uso de álcool – Serão obtidas informações sobre o uso de álcool, assim como seu perfil de uso.

7.6.2.13. Religiosidade – Avaliada através de cinco perguntas, as quais coletarão informações sobre: tipo de religião, participação em cultos e em movimentos ligados à religião, crença em Deus e prática de reza frente a algum problema.

7.6.2.14. Enfermidades crônicas – Referência a doenças cardiovasculares, pulmonares, ósteo-musculares, neurológicas, endócrinas e neoplásicas.

7.6.2.15. Consumo de medicamentos – Será avaliado o número de medicamentos que o indivíduo usou nos últimos quinze dias. O uso de 4 ou mais medicações será considerado como polifarmácia.

7.6. Seleção e Treinamento da equipe

Alunos universitários de cursos da área da saúde participarão do trabalho de campo como pessoal auxiliar.

O treinamento da equipe ocorrerá no período de uma semana (20 horas), durante a qual os aspectos metodológicos e logísticos do trabalho serão apresentados e discutidos, assim como o questionário e o manual de instruções. Os entrevistadores serão orientados quanto à maneira padrão para se apresentar e solicitar a participação do indivíduo na pesquisa. Durante o processo de treinamento será desenvolvida com cada entrevistador uma dramatização de entrevista, com a orientação dos coordenadores da pesquisa. As dúvidas surgidas no processo serão discutidas e esclarecidas.

7.7. Estudo piloto

O estudo piloto será realizado em um setor censitário não incluído na amostra, no qual se aplicará o sistema de amostragem. Os dados obtidos não serão utilizados na análise estatística.

7.8. Processamento e análise dos dados

Os dados serão introduzidos no programa EPI-INFO por dois digitadores independentes. As digitações serão analisadas pelo comando CHECK, que identificará possíveis inconsistências nas informações. Para a análise dos dados será utilizado o programa STATA.

A análise univariada dos dados fornecerá as seguintes informações:

- Frequências das variáveis de interesse, bem como suas distribuições;
- Pontos de corte para recodificação de variáveis contínuas e discretas, conforme o caso.

Na análise bivariada será utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, com as seguintes finalidades:

- Descrever a amostra de acordo com as associações entre as variáveis independentes e a variável dependente;
- Selecionar as variáveis que permanecerão no modelo hierárquico.

Para a análise multivariada, por meio de regressão de Poisson, irão as variáveis independentes que na análise bivariada mostrarem um $p < 0,2$ em relação ao desfecho, com o intuito de identificar possíveis fatores de confusão.

7.9. Controle de qualidade

Com o intuito de garantir a veracidade das informações colhidas, serão sorteadas 10% das casas para serem revisitadas, ocasião em que se checará a existência do indivíduo e a realização da entrevista.

Os questionários serão codificados imediatamente após a entrevista, à medida que forem entregues, com o objetivo de garantir uma boa qualidade dos dados coletados.

8. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas.

9. CRONOGRAMA

Será seguido o seguinte cronograma de atividades:

Atividade	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X						
Treinamento	X									
Coleta de dados	X	X	X							
Análise dos resultados				X	X	X	X			
Elaboração de relatório							X	X	X	
Defesa da tese										X
Envio de artigos										X

10. BIBLIOGRAFIA

1. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21 Suppl 1:1-5.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO; 1993.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4° ed. Washington: APA; 1994.
4. Korten A, Henderson S. The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry 2000; 177: 325-330
5. Goldberg DP. A Dimensional Model for Common Mental Disorders. Br J Psychiatry 1996; 168 Suppl 30: 44-49.
6. Koopmans GT, Donker MCH, Rutten FHH. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. Acta Psychiatry Scand 2005; 111: 341–350.
7. Ormel J, VonKorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. JAMA 1994; 271(22): 1741-1748.
8. Patel V, Todd C, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda W et al. Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: associations and risk factors. Br J Psychiatry 1997; 171(7): 60-64.
9. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Tavistock/Routledge; 1992.

- 10.Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26: 211-22.
- 11.Mari JJ, Williams PA. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
- 12.Ludermir AB, Filho DAM. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 213-21.
- 13.Volcan SMA, Souza PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(7): 440-445.
- 14.Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 73-79.
- 15.Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 524-529.
- 16.Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 222-227.
- 17.Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-233.

18. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders - population based cohort study. *BMJ* 1998; 317(7151): 115-9.

19. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld AS, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self report health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 450-454.

20. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana do norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 650-656.

21. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Inacio LL, et al. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-241.

22. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no norte do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 445-453.

23. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 284-292.

24. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 145-153

25. Forsell Y. Psychiatric symptoms, social disability, low wellbeing and need for treatment: data from a population-based study. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50(3): 195-203.

26. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 299-305.

27. Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 238-243.

28. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 677-683.

29. Schmitz N, Kruse J. The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 380-386.

30. Neeleman J, Ormel J, Bijl RV. The distribution of psychiatric and somatic ill health: Associations with personality and socioeconomic status. *Psychosom Med* 2001; 63: 239-247.

ANEXOS

Oi, bom dia/tarde/noite! Meu nome é <entrevistador>. Eu trabalho para Universidade Católica de Pelotas. Estamos entrevistando pessoas com 40 anos de idade ou mais, em um trabalho sobre a saúde dos adultos de nossa cidade. Para isso, precisamos de sua colaboração e compreensão. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? (**agradecer se sim ou não**). Se SIM, Explicar pesquisa e **PREENCHER CONSENTIMENTO INFORMADO**. Caso o participante não possa compreender o consentimento agradecer pela atenção.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - MESTRADO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO CONSENTIMENTO INFORMADO

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo avaliar os hábitos de saúde dos adultos de nossa comunidade. Para tal, é importante a participação de homens e mulheres com 40 anos de idade ou mais.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por pesquisadores. Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao seu estado de saúde, mas permitirá a identificação de sinais para alguns problemas de ordem psicológica. Se os instrumentos aplicados detectarem sintomas depressivos e ansiosos elevados, você será encaminhado para atendimento psicológico e psiquiátrico na Clínica da Universidade Católica de Pelotas. Em caso de constatação de abuso ou dependência de bebidas alcoólicas, será encaminhado para atendimento no devido local da rede pública de saúde.

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os médicos coordenadores do projeto, através dos números (053) 99830161 ou (053) 99824458.

Declaração do Ciente: Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador: Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador Responsável: _____

MANUAL DE INSTRUÇÕES

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA DA CIDADE DE PELOTAS

INSTRUÇÕES GERAIS

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população adulta da cidade de Pelotas. Para isso, foram escolhidos de forma sistemática setores censitários da zona urbana de Pelotas. Abaixo descreveremos como você deverá fazer para identificar os domicílios a serem visitados em cada setor.

1. Critérios de inclusão no estudo

Serão incluídas todas as pessoas com 40 anos de idade ou mais. Quando o entrevistado não tiver condições de responder ao questionário, este será respondido por outro morador da casa ou alguém que esteja cuidando do mesmo.

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 durmam no emprego devem ser considerados como moradores do domicílio.

3. Definição de Família

Serão considerados membros da família, todos aqueles que façam, regularmente, as refeições juntos (ou algumas das refeições do dia), mesmo que não durmam na mesma casa (e sim numa outra nos fundos, por exemplo).

4. Etapas do trabalho de campo

4.1. **Reconhecimento do setor:** o entrevistador deverá fazer um reconhecimento do setor com a marcação dos domicílios antes de iniciar as visitas, de acordo com os critérios abaixo.

4.2. **Escolha das casas a serem visitadas:** para este estudo, foram sorteados 50 setores censitários aleatoriamente a partir de um total de 448 setores, conforme definição do IBGE. Inicialmente sortearmos a quadra por onde começarão as entrevistas. Chegando-se na esquina definida pela coordenação da pesquisa, você deverá ficar de frente para a edificação da esquina de modo que a casa vizinha desta edificação fique a sua direita. Se a edificação da esquina estiver com a porta de entrada voltada para você, será considerada como a primeira casa. Caminha-se para a direita e conta-se a próxima como a segunda casa, escolhendo-a para visitar. Continua-se andando para a direita e conta-se mais uma casa ou apartamento, para então realizar a nova entrevista na próxima casa. Se a edificação da esquina estiver com a porta de entrada voltada para a rua da sua esquerda, você não a considera como a sua primeira casa (vale mesmo se se tratar de um edifício); continue andando pela direita e conte como primeira a casa seguinte e a seguir entreviste a próxima casa. Caso na esquina sorteada haja um terreno, a primeira casa será a próxima da direita. (ver figura da página ...). Quanto o setor a ser visitado for localizado longe da parte central da cidade e as moradias do mesmo forem escassas e/ou muito afastadas uma da outra, serão visitadas todas as casas, não fazendo a visita em moradias alternadas como descrito acima.

Quando terminar esta quadra, o entrevistador passará para a próxima da seguinte maneira: ficando de costas para a esquina por onde iniciou as entrevistas, o entrevistador enxergará três esquinas, devendo atravessar a rua no sentido da esquina mais da sua direita, continuando as visitas como descrito na primeira quadra.

Se durante a contagem das casas houver uma completamente desabitada, terreno vazio, casa comercial onde ninguém more, não conte como casa estes locais. Não esqueça que nas vilas é comum haver uma casa ou até várias atrás da outra; cada uma deve ser contada como uma casa. Nos edifícios, cada apartamento é considerado como uma casa, inclusive o apartamento do zelador, se ele morar no prédio. Quando você estiver num setor de blocos de edifícios, não esqueça que o bloco A vale como bloco 1 e assim por diante. As quadras irregulares apresentarão mais de 4 esquinas, pois cada entrada, mesmo que não seja uma esquina convencional, deve ser considerada uma nova esquina. Após completar 42 domicílios em cada setor, considere o setor como terminado. Se você não encontrar os 42 domicílios necessários ao término do setor, considere também o mesmo como encerrado.

Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidados com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio para os vizinhos para chamar o morador da casa.

4.3. Apresentação do entrevistador ao informante: explicar que é aluno da Universidade Católica de Pelotas e que está fazendo um trabalho sobre a saúde dos adultos em Pelotas. Mostrar a identificação e dizer que o estudo está sendo realizado em vários locais da cidade e que gostaria de fazer algumas perguntas para algumas pessoas da família. Perguntar a idade dos membros da família, além do número total de habitantes. Havendo moradores com 40 anos ou mais, solicitar para entrevistá-los. Sempre salientar que é muito importante a sua colaboração neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre os problemas relacionados à população adulta e idosa. Se houver recusa, anotar na **folha de conglomerado**, mas não desistir antes de 3 tentativas, pois a recusa será considerada uma perda, isto é, não será selecionada outra casa para substituir esta. Tente marcar um novo horário para a pessoa, diga que você sabe o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas insista na importância do trabalho e na sua colaboração.

4.4. Sigilo: explicar que o estudo é absolutamente confidencial, e que as informações prestadas pelas pessoas não serão reveladas a ninguém.

4.5. Casa não incluída: se a casa estiver desabitada, anotar este dado na folha de conglomerado e selecionar uma casa a mais no final deste setor, para substituir a que faltou.

4.6. Domicílios coletivos: prisões, hospitais, casas de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis, pensões e repúblicas serão excluídos.

4.7. Folha do conglomerado: deverá ser preenchida ao término de cada setor. Cada dupla de entrevistadores receberá uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta folha deverá constar o número de setor visitado, o endereço da casa visitada, o número de pessoas em cada faixa etária de interesse, o número total de pessoas que moram na casa, o número de casas visitadas, desabitadas, com moradores ausentes e recusas. Casa onde os vizinhos informam que não mora ninguém, devem ser excluídas e seleciona-se uma nova casa para completar o número desejado e, na folha de conglomerado anota-se como casa desabitada. Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista. Aquelas pessoas que não respondem ao questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, o questionário poderá ser respondido por um familiar ou acompanhante.

5. Instruções gerais sobre as entrevistas

Quando no domicílio houver mais de uma pessoa com 40 anos de idade ou mais, verificar se há pessoas com idade entre 40 e 59 anos e pessoas com 60 anos ou mais. Aplicar o questionário naquela pessoa de cada faixa etária cuja data de aniversário for mais próxima do dia da entrevista. Portanto, numa determinada casa pode haver nenhuma pessoa a ser entrevistada, uma pessoa ou eventualmente duas (uma com idade entre 40 e 59 e outra com idade de 60 anos ou mais).

5.1. Procurar conversar ou responder as perguntas ou colocações feitas pelo entrevistados somente no final da entrevista. **SEJA GENTIL!**

5.2. Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta. Se necessário explicar a pergunta de uma segunda maneira e, em último caso enunciar todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.

5.3. As instruções nos questionário em letras em **negrito** servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado. Apenas deverá ser lido o que estiver em *itálico*.

5.4. Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.

5.5. Quando a resposta for “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante. **Estas respostas serão codificadas posteriormente.**

5.6. Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre a sua má qualidade.

5.7. Não deixar respostas em branco: observar a aplicação dos códigos especiais: -IGNORADO: código 9, 99 ou 999 = resposta desconhecida do informante ou informação muito pouco confiável . Use a resposta IGNORADO somente no último caso. Aproveite mesmo as respostas aproximadas, como por exemplo, renda entre 5000 e 6000,anotar 5500.

-NÃO SE APLICA: código 8, 88 ou 888= quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiante, utiliza-se o código 8 ou 88... nas perguntas que não foram aplicadas.

5.8. Não tente fazer contas durante a entrevista, porque isso muitas vezes resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sobre a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso, e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isto será feito posteriormente.

5.9. Em resposta de tempo ou idade, renda ou gastos, quando for necessário arredondar, faça-o sempre para menos. Proceda da mesma maneira com o peso e a altura do entrevistado. Em caso de dúvidas escrever por extenso e deixar o supervisor decidir.

5.10. Preencha o questionário sempre a **lápiz**, e durante a entrevista leve sempre com você a borracha para correções, o apontador e a identificação.

5.11. Preencha o questionário com letra e os números de forma legível.

5.12. Lembre-se de esclarecer aos entrevistados que as respostas dadas são sigilosas.

5.13. Ao terminar a entrevista, agradeça pela atenção e diga que o entrevistado poderá receber outra visita de nossos entrevistadores.

5.14. A codificação deverá ser feita no mesmo dia, **após** a aplicação de todos os questionários, também a **lápiz**.

5.15. Para a codificação, serão usados os campos da coluna direita dos questionários. O número a ser colocado nestes campos é o número que está ao lado da alternativa marcada como resposta, exceto nas exceções já citadas (outro, não se aplica – NSA – ou ignorado).

O MANUAL DE INSTRUÇÕES SERVE PARA ESCLARECER SUAS DÚVIDAS, PORTANTO DEVERÁ ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. RECORRA AO MANUAL DE INSTRUÇÕES **SEMPRE** QUE SURGIR UMA DÚVIDA. ERROS DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO INDICARÃO QUE VOCÊ NÃO CONSULTOU O MANUAL.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO

⇒<Número do questionário> Não numerar o questionário

⇒<Data da entrevista> Coloque o dia, mês e ano em que foi realizada a entrevista.

⇒<Setor censitário> Coloque o número do setor censitário onde se localiza a residência.

⇒<Número da casa> Coloque o número conforme a ordem da casa dentro do setor censitário.

⇒<Endereço> Colocar o endereço completo da casa.

⇒<Qual seu nome completo> Colocar o nome da pessoa que está sendo entrevistada.(Este não é o nome de quem responde o questionário se o sujeito da pesquisa estiver impossibilitado de fazê-lo).

⇒ <O(A) Sr.(a) tem telefone?> Anote o telefone da casa.

Pergunta 1.<Sexo> Coloque o sexo do<sujeito da pesquisa>, conforme sua observação.

Pergunta 2.<Cor da pele> Nesta Pergunta, coloque a cor de pele que você observa.

Pergunta 3.< Qual sua idade?__ __ __ anos?> Pergunte qual a idade completa do entrevistado na data da entrevista. Se ela for fazer aniversário no dia seguinte, assim mesmo você registrará a idade do entrevistado no momento da entrevista. Se houver dificuldade, peça para ver algum documento onde conste a data de nascimento do entrevistado. Algumas vezes, o entrevistado pode dizer “tenho XXX anos de idade, mas fui registrado no ano XXXX”; neste caso, considere a idade que o entrevistado diz que tem.

Pergunta 4. <Qual seu estado civil> Preencher conforme as opções.

Pergunta 5. <Até que série o Sr.(a) estudou?> Se o entrevistado não estudou ou é analfabeto codifique como 00. Se o entrevistado estudou coloque do lado do item correspondente até que série ele cursou e de que grau. OBS: O primário tem 5 séries, o ginásial tem 4 series e o científico/normal/clássico tem 3 series. Para codificar a resposta coloque antes da barra o número da série e após o grau.

Pergunta 6. <Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o Sr.(a)> Colocar direto o número de pessoas que moram no domicílio incluído o entrevistado e moradores de casas no mesmo terreno.

Pergunta 7.<O(A) Sr.(a) trabalha atualmente? > Marque (0) Não (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 8.<O(A) Sr.(a) é aposentado?> Marque (0) Não, **SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 10** (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 9.<Qual a idade que o Sr.(a) se aposentou?> Coloque a idade que o entrevistado tinha quando se aposentou em anos. Se ele tiver respondido não coloque o código 88 (Não se aplica).

Pergunta 10.<O Sr.(a) recebe ajuda financeira de outra pessoa?> Marque (0) Não (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 11.<Quanto o Sr.(a) recebeu no último mês? R\$ _ _ _ _ _ , _ _> Preencha com a renda recebida no último mês. Se o entrevistado não tiver renda preencha com zeros os espaços.

Pergunta 12. < No mês passado, quanto receberam as outras pessoas da casa?>

- ➔ Pessoa 1 R\$ _ _ _ _ _
- ➔ Pessoa 2 R\$ _ _ _ _ _
- ➔ Pessoa 3 R\$ _ _ _ _ _
- ➔ Pessoa 4 R\$ _ _ _ _ _
- ➔ Pessoa 5 R\$ _ _ _ _ _

Preencha com a renda recebida no último mês por cada uma das pessoas da casa. Observe que há espaço para cinco pessoas; se houver menos pessoas com rendimento em casa, preencha os campos que sobram com zeros (00000).

Pergunta 13. **<O Sr.(a) tem rádio em casa?>** (0) Não Se sim: Um ou mais de um ? _ rádios. A pergunta deve ser feita e em caso de resposta afirmativa, tentar quantificar o número de rádios. Considere qualquer tipo de rádio no domicílio mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Não deve ser considerado o rádio do automóvel. Para codificação: 1=1, 2=2, 3=3, >=4=4.

Pergunta 14. **< O Sr.(a) tem televisão a cores em casa?>** (0) Não Se sim: Um ou mais de uma? _ televisões. Não considere televisão preto e branco que conta com **ZERO (Não)** mesmo que mencionada. Se houver mais de uma TV, perguntar e descontar do total as que forem preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil desde que seja a cores. Televisores de uso de empregada doméstica (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora. Para codificação 1=2, 2=3, 3=4, >=4=5.

Pergunta 15. **<O Sr.(a) ou sua família tem carro>** (0) Não Se sim: Um ou mais de um ? _ carros. Só contam veículos de passeio, não conta veículos como táxis, vans ou pick ups usados para fretes ou qualquer outro veículo utilizados para atividade profissionais. Veículos de uso misto, lazer e profissional, não deve ser considerado. Para codificação: 1=2, 2=4, >=3=5.

Pergunta 16. **<Quais dessas utilidades domésticas o Sr.(a) tem em casa?>** Marcar no formulário conforme resposta do entrevistado. Não existe preocupação com quantidade, tamanho ou modelo.

Pergunta 17. **<Quantos banheiros o Sr.(a) tem em casa?>** (0) Nenhum Se Sim: Um ou mais de um? _ Banheiros. Todos os banheiros com presença de vaso sanitários serão computados, mesmo os de empregada, lavabos e localizados fora da casa. Para codificação: 1=2, 2=3, >=3=4.

Pergunta 18. **<O Sr.(a) tem empregada(o) doméstica(o) em casa?>** (0) Nenhum Se Sim: Um ou mais de um? _ empregadas. Considerar como empregada(o) doméstica(o) somente os mensalistas, não esquecendo de incluir babas, motoristas, jardineiros, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, etc. trabalhando pelo menos 5 dias por semana. Para codificação: 1=2, >=2=4.

Pergunta 19. **<Qual o último ano de estudo do chefe da família ?>**
Anotar a opção correspondente. OBS: O primário tem 5 séries, o ginásio tem 4 series e o científico/normal/clássico tem 3 series.

COMPORTAMENTO

Pergunta 20. <O Sr.(a) fuma ou já fumou?> Considere como fumante qualquer indivíduo que responder que fumou pelo menos um cigarro por semana durante pelo menos um mês na sua vida. (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 25 (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 21. <Que idade o Sr.(a) tinha quando começou a fumar?> Considere a idade na qual o entrevistado começou a fumar regularmente, conforme definição apresentada na pergunta 20.

Pergunta 22. <O quê o Sr.(a) fuma(ou)?> Marcar (1) cigarro (2) charuto (3) cachimbo (4) mais de um tipo de fumo.

Pergunta 23. <Quantos cigarros o Sr.(a) fuma por dia?> Colocar o número de cigarros fumados por dia.

Pergunta 24. <(Se parou) Que idade o Sr.(a) tinha quando parou de fumar?> Anotar a idade do entrevistado em anos. Quando o entrevistado não lembrar marcar (9) e marcar (88) Se o entrevistado ainda estiver fumando.

Pergunta 25. <O Sr.(a) bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas?> **Marcar (0) Não; SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 34, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 26. <Que idade o Sr.(a) tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?> **Anotar a idade em anos, se não lembrar marcar 9 ou 88 conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 27. <De um ano para cá o Sr.(a) bebeu alguma bebida alcoólica?> **Marcar (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 33, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 28. <De um mês para cá em quantos dias o Sr.(a) bebeu alguma bebida alcoólica?> **Marcar (0) quando não bebeu neste mês (1) quando bebeu de um a cinco dias no mês (2) quando bebeu de 6 a 19 dias no mês e (3) quando bebeu 20 dias ou mais num mês, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 29. <Onde o Sr.(a) costuma beber bebidas alcoólicas com mais freqüência?> **Marcar (1) quando for em casa, (2) quando for fora de casa conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 30. <Em que horário o Sr.(a) costuma beber bebidas alcoólicas?> **Marcar mais de uma resposta quando necessário. (1) quando for de manhã (antes do almoço), (2) no almoço, (3) de tarde, (4) na janta, (5) de noite após a janta e (6) de madrugada conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 31. <Qual o tipo de bebida alcoólica que o Sr.(a) costuma beber com mais freqüência?> **Marcar (1) cachaça, caipira, samba, ou derivados da cachaça (2) uísque, vodca ou conhaque (3) cerveja ou chopp, (4) vinho e (5) outros, citar quando necessário.**

Pergunta 32. <Qual a quantidade que o Sr.(a) costuma beber por dia de bebida alcoólica?> **Preencha a primeira coluna do questionário com um X colocando no espaço a quantidade mencionada.**

Pergunta 33. < Que idade o Sr.(a) tinha quando parou de beber bebidas alcoólicas ?> **Anotar resposta em anos, se não lembrar marcar (9), marcar (88) se ainda bebe.**

Pergunta 34. <Qual a sua religião?> **Marcar (0) Não tenho, SE A RESPOSTA FOR (0) NÃO TENHO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 37, (1) católica, (2) espírita, (3) protestante (luterana, anglicana), (4) evangélica, (5) religiões afro-brasileiras (batuque, umbanda, etc..), (6) outras, citá-las. Se ficar em dúvida que a religião que o (a) entrevistado (a) refere é evangélica ou outra, colocar no item 6. Por exemplo, Jeová ou Universal, etc.**

Pergunta 35. <No último mês o Sr.(a) foi ao culto ou missa da sua religião?> **Marcar (0) Não (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 36. <O Sr.(a) participa de algum grupo ou movimento ligado à sua religião?> **O grupo ou movimento pode ser tanto de estudo ou ensinamento religioso, como também de assistência social. Se frequenta pelo menos uma vez por mês é (1) sim. Se for referido menos (2 a 3 vezes por ano) é (0) não.**

Pergunta 37. <O Sr.(a) acredita em Deus?> **Marcar (0) Não, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 38. <O Sr.(a) costuma rezar quando tem algum problema?> **A resposta é independente das questões acima e não deve ser comparada ou questionada. Qualquer tipo de reza ou referencia a Deus, deve marcar Sim. Marcar (0) Não, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 39. <O Sr.(a) faz algum tipo de exercício?> **Marcar (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 44, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 40. <Há quanto tempo o Sr.(a) faz exercícios?> **Marcar o tempo em anos. Se o tempo for menos de um ano preencher com zeros (00) ou (88) se a resposta não se aplica.**

Pergunta 41. <Qual o tipo de exercício que o Sr.(a) faz com maior frequência?> **Anotar o tipo de exercício conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 42. <Quantas vezes por semana o Sr.(a) faz este exercício?> **Anotar o número de vezes conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 43. <Quanto tempo de cada vez?> **Anotar o tempo total em minutos. Se o entrevistado fizer exercícios mais de uma vez por dia, somar os minutos, anotar (99) quando a resposta for ignorada.**

QUEDAS

Pergunta 44. <O Sr.(a) sofreu alguma queda no último ano?> **Considere como queda, qualquer situação na qual acidentalmente o entrevistado(a) tenha caído ao solo. SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 52, (1) Sim conforme a resposta do entrevistado.**

OBS: **Se o entrevistado possuir algum problema que o impeça de caminhar pule para a pergunta número 53.**

Pergunta 45. <Qual o número de quedas sofridas no último ano?> **Enumere quantas vezes o entrevistado caiu no último ano conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 46. <Onde ocorreu sua última queda?> **Marcar (1) em casa (quando for dentro de algum domicílio), (2) na rua, conforme a resposta do entrevistado. SE A RESPOSTA FOR NA RUA, PULE PARA A PERGUNTA NUMERO 48.**

Pergunta 47. <Se em casa, em qual peça ocorreu essa queda?> **Anotar o nome da peça conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 48. <Qual a parte de seu corpo foi atingida?> **Anotar as partes atingidas conforme a resposta do entrevistado, ou 8 caso a resposta não se aplique.**

Pergunta 49. <Em que turno do dia ocorreu sua queda?> **Marcar (1) manhã, (2) tarde e (3) noite conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 50. <A queda foi ocasionada por?> **Marcar (1) degrau, (2) tapete, (3) piso liso (4) outros, citar, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 51. <O Sr.(a) lembra do tipo de sapatos que usava no momento da queda?> **Marcar (0) quando não lembrar, (1) estava descalço(a), (3) sapatos de salto baixo (considerar tenis), (4) sapatos com salto alto, (5) chinelos, (6) tamanco e (7) outros. Citá-los.**

Pergunta 52. <Para caminhar o Sr.(a)?> **Marcar (0) quando não há dificuldade alguma, (1) quando necessita de muleta ou bengala (2) necessita de outra pessoa ou andador (3) Outros, citá-los ou (8) quando a resposta não se aplica.**

SAÚDE - DOR TORÁCICA DE ESFORÇO/POSSÍVEL INFARTO

Pergunta 53. <O Sr.(a) sentiu alguma vez dor ou incômodo no peito?> **Marcar (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 62, (1) Sim, se o entrevistado(a) se já sentiu, em alguma ocasião, qualquer tipo de dor ou mal estar (aperto) no peito.**

Pergunta 54. <O Sr.(a) sente essa dor quando sobe uma ladeira ou caminha rápido?> **Marcar (0) Não, (1) Sim e (2) se o entrevistado(a) nunca sobe ladeira nem caminha com rapidez, conforme a resposta do entrevistado.**

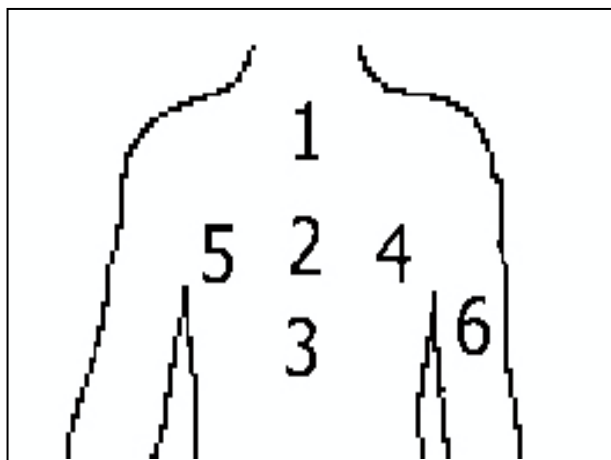
Pergunta 55. <O Sr.(a) sente essa dor quando caminha com passo normal em terreno plano?> **Marcar (0) Não (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado .**

Pergunta 56. <O que o Sr.(a) faz se a dor ou o incômodo aparece ao caminhar?> **Marcar (0) se o entrevistado(a) continua caminhando normalmente, (1) se parar ou caminhar mais devagar mesmo depois de usar nitrato sublingual .**

Pergunta 57. <Se o Sr.(a) para o que acontece?> **Marcar (0) se não se sentir aliviado(a) e (1) se sentir alívio ao parar, não usando o nitrato sublingual.**

Pergunta 58. <Em quanto tempo cede essa dor?> **Marcar (1) se a dor cede em 10 minutos ou menos e (2) se a dor durar mais de 10 minutos.**

Pergunta 59. <O Sr.(a) pode mostrar o lugar onde sente dor ou incômodo?> **Pedir para o paciente mostrar o lugar onde sente a dor ou incômodo e anotar a região apontada conforme a resposta do entrevistado considerando o desenho abaixo.**



1 → Região Esternal superior
2 → Região Esternal Média
3 → Região Esternal Inferior
4 → Hemitorax Esquerdo
5 → Hemitorax Direito
6 → MSE

Pergunta 60. <O Sr.(a) notou incômodo em outro lugar?> **Marcar (0) Não, (1) Sim anotando qual o lugar em que também sentiu o mal estar, conforme a resposta do entrevistado**

Pergunta 61. <O Sr.(a) teve alguma vez dor forte no peito que durasse meia hora ou mais?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

OUTRAS DOENÇAS

Pergunta 62. <O Sr.(a) tem algum(s) dos problemas que eu vou citar?> **Para cada problema citado marcar (0) Não ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 63. <O Sr.(a) tem algum(s) desses problemas de saúde?> **Para cada problema citado marcar (0) Não ou (1) Sim.**

Pergunta 64. <O Sr.(a) tem diabetes ou açúcar no sangue?> **Marcar (0) Não ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 65. <O Sr.(a) tem algum tumor ou câncer?> **Marcar (0) Não ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 66. <O Sr.(a) tem dificuldade para enxergar?> **Marcar (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 71, ou (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 67. <A dificuldade é para enxergar?> **Marcar (1) Longe, (2) Perto, (3) Longe e perto, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 68. <O Sr.(a) usa óculos?> **Marcar (0) Não, SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 71, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 69. **<Quem lhe indicou o uso do óculos?>** Marcar (1) Médico Oftalmologista , (2) Médico que trabalha em ótica, (3) Camelô, (4) Familiar, (5) Balconista de ótica ou (6) Emprestado, conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 70. <Se você tivesse alguma dificuldade para enxergar, onde você iria?> Marcar (1) Oculista, (2) Médico, (3) Posto de Saúde, (4) Ótica, (5) Farmácia ou (4) Outro, citar, conforme a resposta do entrevistado

Pergunta 71. <O Sr.(a) tem outra doença diferente das que lhe perguntamos?> **Em caso afirmativo, anotá-la.**

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO MENOR SRQ-20

(As questões de número 72 até 91 serão respondidas somente quando o próprio entrevistado estiver respondendo ao questionário, se não, pule-as).

Pergunta 72. <O Sr.(a) tem tido dores de cabeça com frequência?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 73. <O Sr.(a) tem falta de apetite?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 74. <O Sr.(a) dorme mal?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado .**

Pergunta 75. <O Sr.(a) se assusta com facilidade?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 76. <O Sr.(a) tem tremores nas mãos?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 77. <O Sr.(a) se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 78. <O Sr.(a) tem má digestão?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 79. <O Sr.(a) sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 80. <O Sr.(a) tem se sentido triste ultimamente?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 81. <O Sr.(a) tem chorado mais do que de costume?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 82. <O Sr.(a) tem sentido algum prazer nas suas atividades diárias?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 83. <O Sr.(a) tem tido dificuldade de tomar decisões?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 84. <O Sr.(a) acha que seu trabalho diário é penoso ou causa sofrimento?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 85. <O Sr.(a) acha que tem um papel útil na sua vida?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 86. <O Sr.(a) tem perdido o interesse pelas coisas?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 87. <O Sr.(a) se sente uma pessoa sem valor?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 88. <O Sr.(a) alguma vez pensou em acabar com sua vida?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 89. <O Sr.(a) se sente cansado(a) o tempo todo?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 90. <O Sr.(a) sente alguma coisa desagradável no estômago?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 91. <O Sr.(a) se cansa com facilidade?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

MEDICAMENTOS

Pergunta 92. <O Sr.(a) esta usando ou usou nos últimos 15 dias algum medicamento (remédio)?> **Marcar (0) Não, (1) Sim, conforme a resposta do entrevistado.**

Pergunta 93. <Quais são os medicamentos (remédio) que o Sr.(a) está usando ou usou nos últimos 15 dias?>

QUADRO MEDICAMENTOS

Preencher o quadro conforme as perguntas da coluna esquerda para cada um dos medicamentos citados, considerando até 10 medicamentos. Considerar apenas aqueles lembrados pelo entrevistado(a) nos últimos 15 dias.

Agora eu gostaria de ver o seu peso, sua altura e medir a sua pressão arterial. Favor ficar descalço (a) e tirar o casaco, caso esteja vestindo.

Peso: ___ ___ Kg

Altura: ___ ___ cm

Circunferência Abdominal: ___ ___ cm

Circunferência braquial: ___ ___ cm

Pressão Arterial: Inicial -> ___ ___ / ___ ___ mmHg

Pressão Arterial: Final → ___ ___ / ___ ___ mmHg

Quem respondeu o questionário: (1) O próprio entrevistado

(2) próprio entrevistado com ajuda

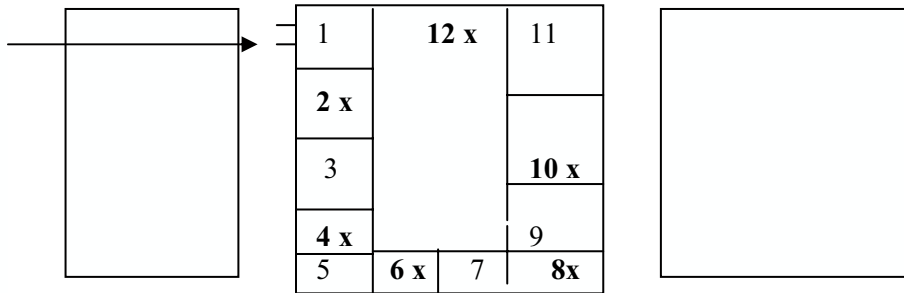
(3) outra pessoa _____

Entrevistador: _____

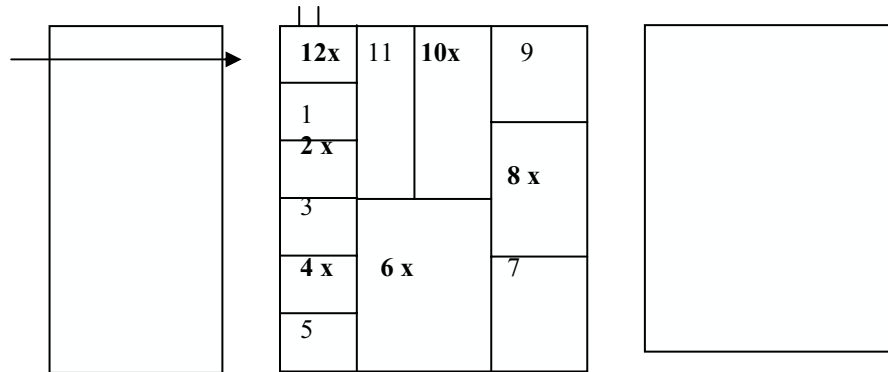
Codificador: _____

Esquema para seleccionar as moradias a serem visitadas

Se a porta da casa estiver voltada para o entrevistador, esta será a primeira casa, entrevistando-se a segunda, a quarta...



Se a porta da casa estiver voltada para a rua a esquerda do entrevistador (mesmo se for um edificio) , a próxima a direita será a primeira casa, entrevistando-se a segunda, a quarta...



17. Quantos banheiros o Sr.(a) tem em casa? banh _
 (0) nenhum Se Sim: Quantos? ___ Banheiros
18. O Sr.(a) tem empregada(o) doméstica(o) em casa? domest _
 (0) nenhum(a) Se Sim: Quantos(as)? ___ Empregados(as)
19. Qual o último ano de estudo do chefe da família? escolch _
 (0) Não estudou
 (1) Primeiro grau incompleto ou ginásial incompleto
 (2) Ginásial ou primeiro grau completo ou segundo grau incompleto
 (3) Segundo grau completo ou superior incompleto
 (4) Superior completo

QUESTÕES SOBRE COMPORTAMENTO

20. O Sr.(a) fuma ou já fumou? fum _
 (0) Nunca fumou (**Se Não, Pule para questão 25**) (1) Sim
 (2) parou de fumar
21. Que idade o Sr.(a) tinha quando começou a fumar? Fumid _ _
 (1) eu tinha _ _ anos (9) Não lembro
22. O quê o Sr.(a) fuma(ou)? Fumti _
 (1) Cigarro (2) Charuto (3) Cachimbo (4) Mais de um tipo de fumo
23. Quantos cigarros o Sr.(a) fuma por dia? ___ cigarros/dia quanfum _ _
24. Se parou, que idade o Sr.(a) tinha quando parou de fumar? parfum _ _
 ___ anos (9) Não lembro (88) Se ainda estiver fumando
25. O Sr.(a) bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas? álcool _
 (0) Não (**Se Não, Pule para questão 34**) (1) Sim
26. Que idade o Sr.(a) tinha quando bebeu bebida alcoólica pela primeira vez? idalc _ _
 ___ anos (9) Não lembro (88) NSA
27. De um ano para cá o Sr.(a) bebeu alguma bebida alcoólica? alcano _
 (0) Não (**Se Não, Pule para questão 33**) (1) Sim
28. De um mês para cá em quantos dias o Sr.(a) bebeu alguma bebida alcoólica? alcomes _
 (0) Não tomei em nenhum dia (1) Tomei em 1 a 5 dias
 (2) Tomei em 6 a 19 dias (3) Tomei em 20 dias ou mais
29. Onde o Sr.(a) costuma beber bebidas alcoólicas com mais frequência? alond _
 (0) Não costumo beber (1) Em casa (2) Fora de casa
30. Em que horário o Sr.(a) costuma beber bebidas alcoólicas? alora _ _
OBS: (Pode-se marcar mais de uma alternativa)
 (1) De manhã (2) No almoço (3) De tarde
 (4) Na janta (5) De noite (6) De madrugada
31. Qual o tipo de bebida alcoólica que o Sr.(a) costuma beber com mais frequência? altip _
 (1) Cachaça (2) Uísque ou vodca ou conhaque
 (3) Cerveja ou chopp (4) Vinho (5) Outra: _____
32. Qual a quantidade que o Sr.(a) costuma beber por dia de bebida alcoólica? alquat _ _
 () _/1 copo (copo = 200 ml) () _/2 martelo (martelo = 100 ml)
 () _/3 ½ garrafa (½ garrafa = 300ml) () _/4 garrafa (garrafa = 600 ml)
 () _/5 litro (litro = 1000 ml) () _/6 dose (dose = 60 ml)
 () _/7 lata (lata = 350 ml)
- (Pule para questão 34)**
33. Que idade o Sr.(a) tinha quando parou de beber bebidas alcoólicas? idint _ _
 ___ anos (9) Não lembro (88) NSA
34. Qual a sua religião? relig _

- (0) Não tenho (**Se Não, Pule para questão 37**) (1) Católica (2) Espírita
 (3) Protestante (4) Evangélica (5) Outra _____
 (6) Religiões afro-brasileiras (umbanda, batuque, etc).
35. No último mês o Sr.(a) foi ao culto ou missa da sua religião?> relpra _
 (0) Não (1) Sim
36. O Sr.(a) participa de algum grupo ou movimento ligado à sua religião? grupo _
 (0) Não (1) Sim
37. O Sr.(a) acredita em Deus? deus _
 (0) Não (1) Sim
38. O Sr.(a) costuma rezar quando tem algum problema? reza _
 (0) Não (1) Sim
39. O Sr.(a) faz algum tipo de exercício? exerc _
 (0) Não (**Se não, pule para questão 44**) (1) Sim
40. Há quanto tempo o Sr.(a) faz exercícios? __ anos (99) Não lembro texer __
 (88) NSA
41. Qual o tipo de exercício que o Sr.(a) faz com maior frequência? tiexer __
 () _____ (99) IGN
42. Quantas vezes por semana o Sr.(a) faz este exercício? __ vezes por semana frexe __
43. Quanto tempo de cada vez? __ minutos (99) IGN duex __ _

QUEDAS

44. O Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? queda _
 (0) Não (**Se Não, pule para questão 52**) (1) Sim (8) NSA
OBS: Se o entrevistado possuir algum problema que o impeça de caminhar
pule para a pergunta número 53.
45. Qual o número de quedas sofridas no último ano? __ quedas (8) NSA numque _
46. Onde ocorreu sua última queda? (1) Em casa (2) Na rua lugque _
47. Se em casa, em qual peça ocorreu essa queda? () _____ peça _
48. Qual a parte de seu corpo foi atingida? parte _
 () _____ (8) NSA
49. Em que turno do dia ocorreu sua queda? turque _
 (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (8) NSA
50. A queda foi ocasionada por? causa _
 (1) Degrau (2) Tapete (3) Piso liso (4) Outros: _____
51. O Sr.(a) lembra do tipo de sapatos que usava no momento da queda? sapato _
 (0) Não lembra (1) Estava descalço(a) (3) Sapato de salto baixo
 (4) Sapato com saltos alto (5) Chinelos (6) Tamancos
 (7) Outro _____
52. Para caminhar o Sr.(a)? cadeir _
 (0) Não tem dificuldade alguma (1) Necessita de muleta ou bengala
 (2) Necessita de outra pessoa ou andador (3) Outro _____
 (8) NSA

SAÚDE - DOR TORÁCICA DE ESFORÇO/POSSÍVEL INFARTO

53. O Sr.(a) sentiu alguma vez dor ou incômodo no peito? dorpei _
 (0) Não (**Se não, pule para a questão 62**) (1) Sim
54. O Sr.(a) sente essa dor quando sobe uma ladeira ou caminha rápido? dorca _
 (0) Não (1) Sim (2) Nunca sobe ladeira nem caminha com rapidez
55. O Sr.(a) sente essa dor quando caminha com passo normal em terreno plano? dorno _
 (0) Não (1) Sim
56. O que o Sr.(a) faz se a dor ou o incômodo aparece ao caminhar? faz _
 (0) continua (1) Pára ou caminha mais devagar

OBS: Marcar “pára ou caminha mais devagar” Se a pessoa continua depois de usar nitrato sublingual

57. Se o Sr.(a) pára o que acontece? (0) Não se sente aliviado (1) Sente alívio para _
58. Em quanto tempo cede essa dor? tempo _
 (1) 10 minutos ou menos (2) mais de 10 minutos
59. O Sr.(a) pode mostrar o lugar onde sente dor ou incômodo? lugar _
 (1) Região esternal (superior ou média) (2) Região esternal (inferior)
 (3) Região antero-esquerda do tórax (4) Braço esquerdo
 (5) outras: _____
60. O Sr.(a) notou incômodo em outro lugar? noutro _
 (0) Não (1) Sim Onde? _____
61. O Sr.(a) teve alguma vez dor forte no peito que durasse meia hora ou mais? dorfor _
 (0) Não (1) Sim

OUTRAS DOENÇAS

62. O Sr.(a) tem algum(s) dos problemas que eu vou citar?
- Insuficiência cardíaca ou coração crescido? (0) Não (1) Sim inscard _
 - Problema em válvula do coração ou sopro? (0) Não (1) Sim valvul _
 - Pressão alta ou hipertensão? (0) Não (1) Sim has _
 - Derrame ou isquemia cerebral? (0) Não (1) Sim avc _
 - Entupimento de artérias ou veias nas pernas?(0) Não (1) Sim obstart _
63. O Sr.(a) tem algum(s) desses problemas de saúde?
- Asma? (0) Não (1) Sim asma _
 - Bronquite? (0) Não (1) Sim bronqui _
 - Enfisema? (0) Não (1) Sim enfise _
 - Artrite? (0) Não (1) Sim artrit _
 - Artrose? (0) Não (1) Sim artros _
 - Problema de coluna? (0) Não (1) Sim probcol _
 - Hérnia de disco? (0) Não (1) Sim herdis _
 - Bursite? (0) Não (1) Sim bursit _
 - Enxaqueca? (0) Não (1) Sim enxaq _
 - Convulsões? (0) Não (1) Sim convul _
 - Doença de Parkinson? (0) Não (1) Sim parkin _
 - Desmaios? (0) Não (1) Sim desma _
 - Tonturas e vertigens? (0) Não (1) Sim vertig _
64. O Sr.(a) tem diabetes ou açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim diabet _
65. O Sr. (a) tem algum tumor ou câncer? (0) Não (1) Sim neopl _
66. O Sr. (a) tem dificuldade para enxergar visão _
 (0) Não **(Se não, pule para a questão 70)** (1) Sim
67. A dificuldade é para enxergar? disvi _
 (1) Longe (2) Perto (3) Longe e perto
68. O Sr. (a) usa óculos? usaoc _
 (0) Não **(Se não, pule para a questão 70)** (1) Sim
69. Quem lhe indicou o uso do óculos? indoc _
 (1) Médico Oftalmologista (2) Médico que trabalha em ótica (3) Camelô
 (4) Familiar (5) Balconista de ótica (6) Emprestado
(Pule para a questão 71)
70. Se você tivesse alguma dificuldade para enxergar, onde você iria? iria _
 (1) Oculista (2) Médico (3) Posto de Saúde
 (4) Ótica (5) Farmácia (4) Outro _____
71. O Sr. (a) tem outra doença diferente das que lhe perguntamos? outra _
 (0) Não (1) Sim Qual: _____

TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO MENOR SRQ-20

(As questões de número 72 até 91 serão respondidas somente quando o próprio entrevistado estiver respondendo ao questionário, se não, pule-as)

- | | | | |
|---|---------|---------|-----------|
| 72. O Sr.(a) tem tido dores de cabeça com frequência? | (0) Não | (1) Sim | dorcab _ |
| 73. O Sr.(a) tem falta de apetite? | (0) Não | (1) Sim | faltape _ |
| 74. O Sr.(a) dorme mal? | (0) Não | (1) Sim | dormal _ |
| 75. O Sr.(a) se assusta com facilidade? | (0) Não | (1) Sim | assusfa _ |
| 76. O Sr.(a) tem tremores nas mãos? | (0) Não | (1) Sim | tremao _ |
| 77. O Sr.(a) se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | (0) Não | (1) Sim | nervos _ |
| 78. O Sr.(a) tem má digestão? | (0) Não | (1) Sim | madige _ |
| 79. O Sr.(a) sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando? | (0) Não | (1) Sim | ideia _ |
| 80. O Sr.(a) tem se sentido triste ultimamente? | (0) Não | (1) Sim | trist _ |
| 81. O Sr.(a) tem chorado mais do que de costume? | (0) Não | (1) Sim | chora _ |
| 82. O Sr.(a) tem sentido algum prazer nas suas atividades diárias? | (0) Não | (1) Sim | Prazer _ |
| 83. O Sr.(a) tem tido dificuldade de tomar decisões? | (0) Não | (1) Sim | difdec _ |
| 84. O Sr.(a) acha que seu trabalho diário é penoso ou causa sofrimento? | (0) Não | (1) Sim | trabpen _ |
| 85. O Sr.(a) acha que tem um papel útil na sua vida? | (0) Não | (1) Sim | pautil _ |
| 86. O Sr.(a) tem perdido o interesse pelas coisas? | (0) Não | (1) Sim | interes _ |
| 87. O Sr.(a) se sente uma pessoa sem valor? | (0) Não | (1) Sim | semval _ |
| 88. O Sr.(a) alguma vez pensou em acabar com sua vida? | (0) Não | (1) Sim | fimvid _ |
| 89. O Sr.(a) se sente cansado(a) o tempo todo? | (0) Não | (1) Sim | cansad _ |
| 90. O Sr.(a) sente alguma coisa desagradável no estômago? | (0) Não | (1) Sim | destoma _ |
| 91. O Sr.(a) se cansa com facilidade? | (0) Não | (1) Sim | anfac _ |

MEDICAMENTOS

92. O Sr.(a) esta usando ou usou nos últimos 15 dias algum medicamento (remédio)?

(0) Não

(1) Sim (Se sim, fazer a questão 93)

Agora eu gostaria de ver o seu peso, sua altura e medir a sua pressão arterial. Favor ficar descalço (a) e tirar o casaco, caso esteja vestindo.

Peso: ___ ___ Kg

peso ___ ___

Altura: ___ ___ cm

alt ___ ___

Circunferência Abdominal: ___ ___ cm

cirab ___ ___

Circunferência braquial: ___ ___ cm

cirbra ___ ___

Pressão Arterial: **Início** → 1) ___ / ___ mmHg

ta1s ___ ___

Final → 2) ___ / ___ mmHg

ta1d ___ ___

ta2s ___ ___

ta2d ___ ___

Quem respondeu o questionário: (1) O próprio entrevistado

(2) próprio entrevistado com ajuda

quem _

(3) outra pessoa _____

Entrevistador: _____

Codificador: _____

93. Quais são os medicamentos (remédio) que o Sr.(a) está usando ou usou nos últimos 15 dias?

Questionário	Nome Medic.	Med. (1)	Med. (2)	Med. (3)	Med. (4)	Med. (5)	Med. (6)	Med. (7)	Med. (8)	Med. (9)	Med. (10)
	Variável										
Medicamento	Rem.(n)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Qual a concentração?	Conc.(n)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Quantas vezes o Sr.(a) usa esse medicamento durante o dia (24 horas)?	Veze(n)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Quem o receitou? (1) o médico (2) auto-medicação (3) o balconista da farmácia (4) outra pessoa? Quem?	Receit.(n)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Com relação a esse med..., o Sr.(a) usa : (1) com o nome comercial prescrito (2) com outro nome comercial (Similar) (3) genérico (4) manipulado	Medic.(n)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Como o Sr.(a) adquiriu esse med.? (1) comprou com seu dinheiro (2) retirou no posto de saúde ou farmácia da prefeitura (3) outra pessoa comprou ou lhe forneceu. Quem?	Adquiriu.(n)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ARTIGO CIENTÍFICO

(A SER SUBMETIDO A CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA)

**Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos:
estudo de base populacional.**

Common mental disorders and chronic conditions in adults: a population-based study.

Fábio Monteiro da Cunha Coelho¹

¹ Mestrado em Saúde e Comportamento,
Programa de Pós-Graduação,
Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil.

Correspondência:
Mestrado em Saúde e Comportamento
R. Almirante Barroso, n.1202 Bloco G.107
96010-280 – Centro – Pelotas – RS – Brasil
E-mail: coelhofofmc@yahoo.com.br

Resumo

Estudo transversal de base populacional foi conduzido tendo como objetivos avaliar a prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) e verificar sua associação com determinadas enfermidades crônicas e com o número de doenças crônicas relatadas pelo indivíduo. Para a avaliação de TMC, o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) foi aplicado em 1276 adultos com 40 anos ou mais, identificados por meio de amostragem aleatória em múltiplos estágios. O ponto de corte utilizado foi de 6 ou mais pontos para homens e 8 ou mais pontos para as mulheres. Variáveis sócio-demográficas, comportamentais e relacionadas à saúde foram obtidas por meio de um questionário estruturado. Os TMC apresentaram uma prevalência de 30,2%, estando associados à baixa escolaridade e classe social, e à faixa etária de 46 a 65 anos. Todas as doenças crônicas pesquisadas mostraram-se associadas aos TMC, mesmo após ajuste para as demais variáveis. Entretanto, o número de enfermidades apresentadas pelo indivíduo teve maior importância do que cada uma delas individualmente, com uma razão de prevalência (RP) de 4,67 com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 3,19 – 6,83 para cinco ou mais doenças relatadas. O presente estudo realça a importância de se atentar para os transtornos mentais em indivíduos com enfermidades crônicas, principalmente naqueles que se apresentam com um grande número de doenças.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns, morbidade psiquiátrica, doenças crônicas, estudo de base populacional, epidemiologia psiquiátrica.

Abstract

A cross-sectional population-based study was conducted to identify the prevalence of common mental disorders (CMD) and verify its association with chronic illnesses and the declared number of chronic conditions. The Self-Report Questionnaire (SRQ-20) was applied in a multi-stage random sample of 1276 adults aged 40 and older. Socio-demographic, behavioral and health-related variables were also obtained with a structured questionnaire. The CMD prevalence was 30.2%. Lower educational level and social class and the group 46-55 years old were associated with psychiatric morbidity. Each chronic illness was associated with CMD. However, a stronger association was found between CMD and the declared number of chronic conditions, with a prevalence ratio of 4.67 (IC95%: 3.19 – 6.83) for five or more declared conditions. The present work emphasizes the importance of CMD in chronically ill patients, particularly when a greater number of chronic conditions is declared.

Key-words: common mental disorders, psychiatric morbidity, chronic physical illness, population-based study, psychiatric epidemiology.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os estudos de epidemiologia psiquiátrica trouxeram informações valiosas, as quais possibilitaram um maior conhecimento da história natural dos transtornos mentais, bem como a identificação de populações sob maior risco, construindo, assim, o embasamento para a tomada de decisões políticas e assistenciais em saúde mental¹.

Desde então, grande atenção têm sido dada à associação entre doenças crônicas e transtornos psiquiátricos. Diversos estudos apontam uma maior frequência dos últimos em pacientes que sofrem de enfermidades somáticas^{2,3,4,5}. Entretanto, a depressão maior tem sido o foco de grande parte dos estudos que investigam esta associação^{6,7,8}.

Sabe-se que síndromes psiquiátricas subclínicas, além dos transtornos ditos maiores, impõem um alto custo individual e social, por estarem associados à incapacitação, dias perdidos de trabalho e a um maior número de visitas a ambulatórios^{2,4,5,9,10}. Assim, tendo em vista o papel aditivo da morbidade psiquiátrica à incapacitação causada pelas enfermidades somáticas^{8,11}, urge a necessidade de incluir tais síndromes nesta investigação.

Os transtornos mentais comuns (TMC), conceito que inclui transtornos não-psicóticos depressivos, ansiosos e somatoformes, são uma ampla categoria diagnóstica largamente utilizada em estudos epidemiológicos^{1,12}. Seu espectro inclui quadros subclínicos, além de os transtornos psiquiátricos maiores, permitindo que se obtenha uma melhor visualização do status da saúde mental da comunidade.

Estudos prévios realizados em diversos países apontam como fatores associados aos TMC: gênero feminino^{2,3,11}, estado civil de separado ou viúvo^{13,14}, baixa escolaridade, renda e classe social^{10,11,13,14,15}, regiões de grande desigualdade sócio-econômica^{16,17}, eventos de vida produtores de estresse¹⁴, entre outros.

O presente estudo tem como objetivos: 1) avaliar a prevalência dos transtornos mentais comuns em indivíduos com 40 anos de idade ou mais, os quais estão mais sujeitos a

apresentar doenças crônicas; 2) identificar os subgrupos desta população que apresentam maiores taxas de transtornos mentais.

MÉTODOS

Tipo de estudo e População alvo

Estudo transversal, realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, a qual abrange cerca de 340.000 indivíduos. Destes, aproximadamente 114.000 se enquadram na faixa etária acima de 40 anos¹⁸.

Amostragem

O presente estudo fez parte de um projeto mais amplo, o qual tinha como objetivo avaliar a saúde dos adultos com 40 anos ou mais na cidade de Pelotas. Devido aos múltiplos desfechos estudados, a estimativa com maior tamanho de amostra determinou o número de indivíduos necessários para a pesquisa. Assim, calculou-se necessário 1440 indivíduos.

Uma amostra representativa da população-alvo foi obtida através do processo de amostragem em múltiplos estágios. De um total de 418 setores censitários em que se divide a zona urbana da cidade, quarenta e oito foram sorteados aleatoriamente para inclusão no estudo. Em seguida, os quarteirões de cada setor foram numerados para, através de sorteio, um dentre eles ser selecionado como ponto de partida para a escolha dos domicílios. Em cada setor censitário incluído, trinta domicílios foram selecionados de maneira aleatória: a partir de um domicílio sorteado inicialmente, “saltava-se” o próximo e o seguinte era selecionado, até completar o número necessário de residências. Por fim, um indivíduo por domicílio foi sorteado para participação no estudo. No caso de a pessoa sorteada não ter sido encontrada, três tentativas foram feitas antes de se considerar como perda.

Instrumentos

Transtornos mentais comuns

A avaliação de TMC foi realizada por meio da aplicação da versão de vinte itens do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), instrumento aplicado primeiramente por Harding e validado no Brasil por Mari²⁰. Além de detectar os transtornos mentais ditos “maiores”, o SRQ-20 também identifica espectros subclínicos, os quais apresentam grande importância já que estão associados com incapacidade funcional e social^{1,12}. O ponto de corte utilizado foi de 6 para os homens e 8 para as mulheres (sensibilidade de 83% e especificidade de 80%), conforme sugerido pelo autor no estudo de validação em nossa população²⁰.

Variáveis sócio-demográficas e comportamentais

O questionário sócio-demográfico coletou as seguintes informações: sexo, idade, estado civil, escolaridade (em anos de estudo completados), nível socioeconômico (de acordo com a classificação da ABIPEME, em que o maior nível é o “A” e o menor é o “E”) e situação no mercado de trabalho.

As seguintes variáveis comportamentais foram acessadas: consumo de tabaco (em número de cigarros por dia), consumo de álcool e sedentarismo (atividade física menor que 60 minutos por semana).

Doenças crônicas

Aos indivíduos entrevistados foi apresentada uma lista, constando as seguintes enfermidades: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doenças bronco-pulmonares (asma, bronquite ou enfisema), problemas de coluna (dor lombar ou hérnia discal), artropatias (artrite ou artrose), bursite e diabetes melito. Dois tipos de variáveis foram elaboradas a partir dessas informações: uma quantitativa ordinal, representando o número de enfermidades relatadas pelo indivíduo, e oito variáveis dicotômicas, indicando a presença ou ausência de cada doença individualmente.

Uso de medicações

Os entrevistados foram indagados quanto ao número de medicações em uso nos últimos quinze dias. A variável resultante foi codificada em três categorias: nenhuma medicação, de uma a três e quatro ou mais medicações. O uso de quatro ou mais medicamentos foi considerado como polifarmácia.

Procedimentos

Trinta estudantes universitários de cursos da área da saúde foram treinados para a condução das entrevistas domiciliares. O treinamento consistiu em atividades desenvolvidas durante uma semana (20 horas), nas quais se discutiu aspectos metodológicos e logísticos do trabalho, através de dramatizações e debates sobre quaisquer dificuldades surgidas.

O estudo piloto realizado em um setor não incluído na amostra permitiu a checagem dos procedimentos de amostragem e a solução de dúvidas relacionadas à entrevista. A coleta dos dados se deu no período de julho de 2004 a junho de 2005, de modo a evitar variações sazonais.

Análise dos dados

A entrada de dados foi feita no programa Epi-Info por meio de dupla digitação, com posterior checagem de consistência. Nos casos identificados de inconsistência, primeiramente foi checado o questionário e, mantida a dúvida, o respondente foi contatado por telefone para esclarecimento.

A análise univariada foi utilizada para obtenção das taxas de prevalência de TMC e das enfermidades crônicas, bem como para caracterização da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas e comportamentais. Será corrigida a prevalência de TMC de

acordo com a sensibilidade e especificidade do SRQ-20 para o ponto de corte aqui utilizado (83% e 80%, respectivamente). As associações entre os TMC e as variáveis independentes foram verificadas usando-se o teste do chi-quadrado de Pearson.

Com intuito de identificar e controlar potenciais fatores de confusão, a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância foi realizada, de acordo com um modelo hierárquico (figura 1) estabelecido *a priori*, com a seguinte disposição: as variáveis sócio-demográficas no primeiro nível, seguidas pelas variáveis comportamentais no segundo, as enfermidades crônicas no terceiro, o número de medicamentos em uso no quarto e, como desfecho, os transtornos mentais comuns. A partir desse modelo inicial, duas variantes de modelo foram testadas: na primeira, cada enfermidade foi levada em consideração individualmente, enquanto na segunda, foi considerado o número de doenças relatadas pelo entrevistado. Apenas as variáveis que mostraram um $p < 0,2$ permaneceram no modelo hierárquico. O programa Stata foi utilizado para as análises estatísticas.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas.

RESULTADOS

O processo de amostragem identificou 1440 indivíduos, dos quais 113 (7,8%) não puderam ser localizados ou se recusaram a responder, resultando em um total de 1327 entrevistados. Do total da amostra, 65,9% eram do sexo feminino, com uma média de idade de 57,13 e desvio-padrão (DP) de 11,88, sendo que 35,5% pertenciam ao nível socioeconômico C. A tabela 1 descreve a amostra segundo as variáveis sócio-demográficas e comportamentais.

A prevalência de TMC, após correção para sensibilidade e especificidade do teste foi de 30,2% (IC95%: 25,4 – 33,3), não havendo diferença significativa entre os sexos. Suas taxas variaram inversamente em relação à escolaridade e nível socioeconômico: quanto menor o grau de instrução e mais baixo o nível socioeconômico, maior a frequência de transtornos psiquiátricos. As proporções de TMC também foram maiores em separados e desempregados. Indivíduos na faixa etária de 46 a 55 anos apresentaram prevalência significativamente maior de morbidade psiquiátrica. Com relação às variáveis comportamentais, os que relataram ser fumantes e os sedentários apresentaram razões de prevalência (RP) brutas de TMC de 1,38 (IC95%: 1,18 – 1,60) e 1,68 (IC95%: 1,41 – 2,01), respectivamente.

Todas as enfermidades crônicas pesquisadas, quando avaliadas individualmente, mostraram associação estatisticamente significativa com os transtornos mentais comuns, com as maiores prevalências figurando entre os doentes. Além disso, a proporção de TMC aumentou linearmente com o número de doenças crônicas relatadas pelo indivíduo.

A análise multivariada mostrou que, após serem controladas entre si, as seguintes características sócio-demográficas mostraram razões de prevalência de TMC significativamente maiores: idade entre 46 – 55 anos (RP= 1,34; IC95%: 1,08 – 1,66), estado civil de separado ou divorciado (RP= 1,50; IC95%: 1,14 – 1,99) e escolaridade menor que 4 anos completos (RP= 1,34; IC95%: 1,09 – 1,64). Além destas, conforme apresentado na

tabela 2, houve uma tendência linear de aumento na prevalência de TMC com a diminuição do nível socioeconômico. Após ajuste, as variáveis comportamentais e de número de medicamentos em uso perderam parte de sua força de associação, mas ainda assim permaneceram significativamente associadas aos TMC.

Conforme visto na tabela 3, a força de associação entre as enfermidades crônicas os TMC não apresentou grande variação, destacando-se, dentre elas os problemas de coluna. Por outro lado, os TMC estiveram fortemente associados ao número de doenças crônicas relatado pelo entrevistado, mesmo após controle para as variáveis sócio-demográficas e comportamentais. Indivíduos que declararam ter pelo menos duas enfermidades apresentaram uma RP= 2,31 (IC95%: 1,55 – 3,45), enquanto nos que relataram ter mais de cinco, tal valor ficou em torno de 5.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência de transtornos mentais comuns em adultos com 40 anos ou mais, apontando subpopulações mais associadas à morbidade psiquiátrica. Além disso, foi investigado o efeito tanto das doenças crônicas isoladamente, quanto do número de enfermidades relatadas, na prevalência de TMC, com controle de variáveis sócio-demográficas e comportamentais que pudessem atuar como fatores de confusão.

A prevalência de TMC, corrigida para sensibilidade e especificidade do instrumento utilizado (SRQ-20), foi de 30,2%, aproximando-se de valores encontrados em estudos com populações com características semelhantes^{15,19}. Por outro lado, a prevalência aqui reportada foi relativamente maior que em outros estudos em que estratos etários mais jovens foram incluídos^{10,13,14}. Uma hipótese a ser levantada para explicar este achado refere-se ao fato de os indivíduos dos grupos etários mais elevados apresentarem mais doenças crônicas e usarem mais medicações. Estas características, como mostrado anteriormente, estão mais associadas aos TMC.

Estudos prévios apontam que as características que denotam parcelas da população economicamente desvantajadas, tais como baixa escolaridade, classe social inferior e desemprego, estiveram associadas aos TMC. Em uma recente revisão sistemática, Fryers et al. reforçam estes achados, e apontam que, se por um lado a menor escolaridade, o desemprego e a baixa renda podem influenciar diretamente a experiência de ansiedade e depressão nestes indivíduos, por outro lado uma tendência constitucional a esses transtornos pode ocasionar baixos níveis de escolaridade, renda e emprego¹⁷. Em uma outra revisão, Patel aponta a íntima ligação entre transtornos mentais e a pobreza²¹.

O sedentarismo mostrou-se associado aos TMC, mesmo após controle para as demais variáveis, o que está de acordo com achados anteriores². Por sua vez, o tabagismo mostrou-se associado à morbidade psiquiátrica no modelo que levou em consideração as enfermidades

individualmente. Estudos prospectivos prévios apontam que os TMC aumentam o risco de tabagismo²², o que está de acordo com associação aqui identificada. Por outro lado, o tabagismo pode atuar como fator de risco para algumas das doenças crônicas investigadas, configurando-se em um comportamento associado à doença que pode, indiretamente, aumentar ainda mais a morbidade psiquiátrica. Os achados aqui reportados sugerem que a associação entre tabagismo e TMC não é mediada pela associação entre uso de tabaco e as doenças crônicas.

Um achado importante consiste na observação de que, além de as doenças crônicas estudadas mostrarem-se significativamente associadas aos transtornos mentais, o número de enfermidades crônicas esteve mais fortemente associado aos TMC do que cada uma delas individualmente. Tal achado está de acordo com o reportado em outros estudos^{2,3,4,5,8,11}. Entretanto, apesar desta forte ligação, estudos em ambiente ambulatoriais mostram que os médicos tendem a negligenciar transtornos psiquiátricos em pacientes com múltiplas doenças crônicas, já que as últimas tendem a ser foco de maior atenção do clínico²³.

Quanto ao uso de medicações, ficou demonstrado que, mesmo após controle para o número de enfermidades, os TMC estiveram associados à polifarmácia. Tal informação é de particular interesse na faixa etária estudada, a qual está mais sujeita a interações medicamentosas e efeitos adversos potencialmente danosos.

O delineamento transversal aqui utilizado é uma limitação que não permite estabelecer umnexo causal entre as variáveis estudadas e os TMC. Entretanto, seu valor reside em identificar características individuais e populacionais associadas aos transtornos psiquiátricos, informações de importância no que tange ao direcionamento de medidas assistenciais em saúde pública. Outra limitação deste estudo é o diagnóstico informado de enfermidades crônicas, que se trata de uma dificuldade compartilhada por outros estudos de base populacional^{2,3,9}. Segundo Neeleman², não parece haver evidências consistentes de que

indivíduos com transtornos mentais sobre-estimem o relato de doenças crônicas em estudos populacionais, o que configuraria um erro sistemático. Por outro lado, doenças incipientes, ainda não diagnosticadas, poderiam levar indivíduos a subestimar o seu relato. Portanto, segundo o mesmo autor, no pior dos cenários, as duas tendências se anulariam².

Salienta-se, de acordo com o que foi discutido, a importância de se atentar para os transtornos mentais comuns em indivíduos que se apresentam com múltiplas doenças crônicas, tendo em vista a ampla e incapacitação relacionada a estes transtornos.

REFERÊNCIAS

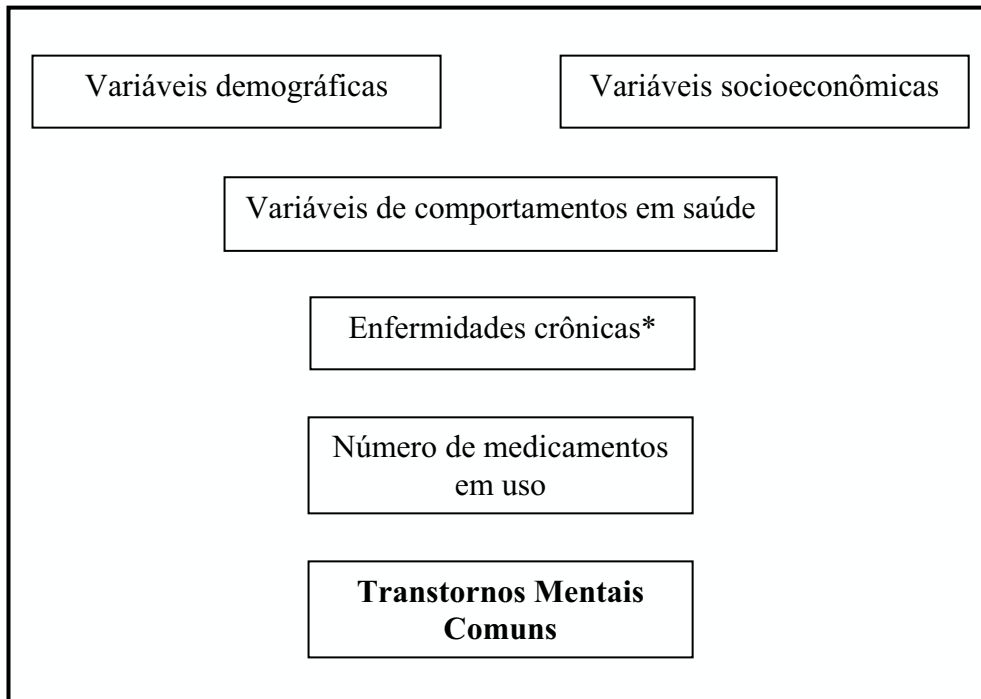
1. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21 Suppl 1:1-5.
2. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 677-683.
3. Neeleman J, Ormel J, Bijl RV. The distribution of psychiatric and somatic ill health: Associations with personality and socioeconomic status. *Psychosom Med* 2001; 63: 239-247.
4. Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WAM, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 436-443.
5. Koopmans GT, Donker MCH, Rutten FHH. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatry Scand* 2005; 111: 341–350.
6. Noel PH, Williams Jr JW, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: Impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-562.
7. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 897-904.
8. Ormel J, Kempen G, Deeg D, Brilman, E, van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: Comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(1): 39-48.

9. Schmitz N, Kruse J. The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 380-386.
10. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 145-153.
11. Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 238-243.
12. Harpham T, Reichenheim M, Oser R, Thomas, E, Hamid N, Jaswal S, et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Plan* 2003; 18 (3): 344-349.
13. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-233.
14. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26: 211-22.
15. Ludermir AB, Filho DAM. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 213-21.
16. Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 222-227.
17. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 229-237.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do censo demográfico da cidade de Pelotas, RS. 2000.

19. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 524-529.
20. Mari JJ, Williams PA. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
21. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003; 81: 609-615.
22. Ismail K, Slogget A, de Stavola B. Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *Am J Epidemiol* 2000; 152(7): 651-657.
23. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:51.

ANEXOS

Figura 1 – Modelo hierárquico para análise multivariada.



* Na primeira variante de modelo as doenças crônicas foram avaliadas individualmente. Na segunda, o número de enfermidades foi considerado.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo variáveis sócio-demográficas e comportamentais.

	<i>n</i> = 1327	%
Sexo		
Masculino	453	34,1
Feminino	874	65,9
Idade		
Até 45 anos	262	19,7
De 46 a 55 anos	388	29,2
De 56 a 65 anos	348	26,2
66 anos ou mais	329	24,8
Estado civil		
Casado/vive com companheiro	773	58,3
Viúvo	260	19,6
Separado/divorciado	168	12,7
Solteiro	126	9,5
Escolaridade		
Analfabeto	108	8,1
De 1 a 4 anos de estudo	379	28,6
De 5 a 8 anos de estudo	418	31,5
Nove ou mais anos de estudo	422	31,8
Nível socioeconômico		
A	108	8,1
B	342	25,8
C	470	35,4
D	345	26,0
E	62	4,7
Situação no mercado de trabalho		
Desempregado	372	28,0
Aposentado	497	37,5
Trabalha	374	28,2
Aposentado e trabalhando	84	6,3
Tabagismo		
Não fuma	672	50,6
Fuma	337	25,4
Parou de fumar	318	24,0
Uso de álcool no mês		
Não bebeu no último mês	974	73,4
Bebeu de 1 a 5 dias	247	18,6
Bebeu em 6 a 19 dias	57	4,3
Bebeu em 20 dias ou mais	49	3,7
Sedentarismo		
Sim	913	68,8
Não	414	31,2

Tabela 2 – Prevalência de TMC e razões de prevalência (RP) ajustadas com intervalos de confiança de 95%, de acordo com as variáveis independentes do primeiro nível.

	TMC (%)	RP bruta (IC95%)	P valor	RP ajustada* (IC95%)	P valor
Sexo			0,128		0,605
Masculino	36,2	1,00		1,00	
Feminino	40,5	1,12 (0,97 – 1,30)		1,08 (0,92 – 1,26)	
Idade			0,475		0,036
Até 45 anos	37,8	1,02 (0,83 – 1,26)		1,21 (0,95 – 1,56)	
De 46 a 55 anos	42,3	1,14 (0,95 – 1,37)		1,34 (1,08 – 1,66)	
De 56 a 65 anos	38,2	1,03 (0,85 – 1,25)		1,12 (0,91 – 1,36)	
66 anos ou mais	37,1	1,00		1,00	
Estado civil			0,013		0,634
Casado/vive com companheiro	37,3	1,09 (0,84 – 1,42)		1,25 (0,98 – 1,62)	
Viúvo	39,6	1,16 (0,87 – 1,54)		1,17 (0,88 – 1,55)	
Separado/divorciado	50,0	1,47 (1,10 – 1,95)		1,50 (1,14 – 1,99)	
Solteiro	34,1	1,00		1,00	
Escolaridade			>0,001		0,007
Analfabeto	49,1	1,74 (1,36 – 2,22)		1,29 (0,98 – 1,70)	
De 1 a 4 anos de estudo	48,8	1,73 (1,44 – 2,09)		1,34 (1,09 – 1,64)	
De 5 a 8 anos de estudo	38,5	1,37 (1,12 – 1,66)		1,05 (0,85 – 1,29)	
Nove ou mais anos de estudo	28,2	1,00		1,00	
Nível socioeconômico			>0,001		>0,001
A	15,7	1,00		1,00	
B	29,8	1,89 (1,19 – 3,02)		1,87 (1,17 – 2,99)	
C	40,0	2,54 (1,62 – 3,99)		2,33 (1,46 – 3,70)	
D	50,4	3,20 (2,04 – 5,02)		2,75 (1,72 – 4,42)	
E	59,7	3,79 (2,34 – 6,14)		3,33 (2,01 – 5,52)	
Situação no mercado de trabalho			>0,001		0,003
Desempregado	46,8	1,71 (1,19 – 2,46)		1,42 (0,97 – 2,07)	
Aposentado	39,2	1,43 (0,99 – 2,07)		1,42 (0,98 – 2,05)	
Trabalha	33,7	1,23 (0,84 – 1,79)		1,11 (0,75 – 1,65)	
Aposentado e trabalhando	27,4	1,00		1,00	

* Variáveis do primeiro nível ajustadas entre si.

Tabela 3 – Prevalência de TMC de acordo com as variáveis do segundo e terceiro nível do primeiro modelo hierárquico, razões de prevalência (RP) ajustadas com intervalos de confiança de 95% e valores de p.

	TMC (%)	RP bruta (IC95%)	P valor	RP ajustada* (IC95%)	P valor
Tabagismo			>0,001		0,114
Não fuma	34,5	1,00		1,00	
Fuma	47,5	1,38 (1,18 – 1,60)		1,26 (1,08 – 1,48)	
Parou de fumar	39,6	1,15 (0,98 – 1,36)		1,10 (0,93 – 1,30)	
Sedentarismo			>0,001		>0,001
Sim	44,7	1,68 (1,41 – 2,01)		1,42 (1,19 – 1,70)	
Não	26,6	1,00		1,00	
Insuficiência cardíaca			>0,001		0,002
Sim	65,0	1,81 (1,57 – 2,09)		1,26 (1,09 – 1,45)	
Não	35,9	1,00		1,00	
HAS			>0,001		0,001
Sim	48,6	1,53 (1,34 – 1,75)		1,27 (1,11 – 1,46)	
Não	31,7	1,00		1,00	
DBPOC			>0,001		0,003
Sim	56,9	1,58 (1,36 – 1,83)		1,26 (1,08 – 1,46)	
Não	36,1	1,00		1,00	
Artropatias			>0,001		0,037
Sim	51,1	1,44 (1,26 – 1,66)		1,17 (1,01 – 1,36)	
Não	35,4	1,00		1,00	
Bursite			>0,001		0,002
Sim	59,3	1,65 (1,42 – 1,91)		1,26 (1,09 – 1,47)	
Não	36,0	1,00		1,00	
Problemas de coluna			>0,001		>0,001
Sim	48,8	1,82 (1,56 – 2,12)		1,51 (1,30 – 1,75)	
Não	26,9	1,00		1,00	
Diabetes			>0,001		>0,001
Sim	60,1	1,64 (1,41 – 1,92)		1,33 (1,13 – 1,56)	
Não	36,6	1,00		1,00	
Número de doenças crônicas			>0,001		>0,001
Nenhuma	14,7	1,00		1,00	
Uma	17,3	1,17 (0,74 – 1,86)		1,23 (0,78 – 1,92)	
Duas	33,2	2,26 (1,50 – 3,40)		2,31 (1,55 – 3,45)	
Três	40,5	2,75 (1,83 – 4,12)		2,65 (1,78 – 3,95)	
Quatro	46,5	3,16 (2,10 – 4,76)		3,19 (2,13 – 4,77)	
Cinco ou mais	70,2	4,77 (3,27 – 6,95)		4,67 (3,19 – 6,83)	
Número de medicamentos em uso**			>0,001		>0,001
Nenhum	25,8	1,00		1,00	
De um a três	39,1	1,52 (1,26 – 1,84)		1,38 (1,14 – 1,66)	
Quatro ou mais	30,4	2,35 (1,93 – 2,85)		1,69 (1,37 – 2,09)	

* Variáveis do segundo nível ajustadas entre si e para as do primeiro nível. Variável do terceiro nível ajustada para as do primeiro nível e segundo nível, e variáveis do quarto nível ajustadas para as demais.

** Variável ajustada de acordo com a segunda variante de modelo hierárquico, na qual foi considerado o número de doenças crônicas.

Figura 2 – Modelo hierárquico final para TMC, com valores de RP (IC95%).

