

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

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EVENTOS PSICOSSOCIAIS E MAL-ESTAR
PSICOLÓGICO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, PELOTAS,RS.**

**MESTRANDO: FELIPE SPARRENBERGER
ORIENTADORA: PROFA. DRA. INÁ DOS SANTOS
CO-ORIENTADORA: M.Sc. ROSÂNGELA DA COSTA LIMA**

**Dissertação apresentada como um dos
requisitos à obtenção do Grau de Mestre em
Epidemiologia.**

**PELOTAS, RS
OUTUBRO DE 2000**

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	1
1 JUSTIFICATIVA	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 CRONOLOGIA DOS ESTUDOS SOBRE ESTRESSE	4
2.2 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O ESTRESSE	7
3 MARCO TEÓRICO	9
4 OBJETIVO GERAL	10
5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
6 HIPÓTESES	11
7. METODOLOGIA	12
7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	12
7.2 POPULAÇÃO-ALVO	12
7.3 LOGÍSTICA E PESSOAL	12
7.4 ESTUDO-PILOTO	12
7.5 AMOSTRAGEM	12
7.6 DEFINIÇÃO DO DESFECHO	13
7.7 TAMANHO DA AMOSTRA	13
7.8 COLETA DOS DADOS	13
7.9 VARIÁVEIS	13
7.9.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	13
7.9.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES	14
7.10 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS	15
8 CRONOGRAMA	16
9 ORÇAMENTO	17
10 ASPECTOS ÉTICOS	18
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
FIGURA 1: ESTRESSE NO CID-10	22
FIGURA 2: MARCO TEÓRICO	23
FIGURA 3: ESCALA DE FACES	24
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	25
1 INTRODUÇÃO	26
2 PESSOAL	26
2.1 TREINAMENTO	26
2.2 SUPERVISÃO	27
3 AMOSTRAGEM	27
4 COLETA DE DADOS	28
5 CONTROLE DE QUALIDADE	28
6 DIGITAÇÃO DOS DADOS	28
7 PERDAS E RECUSAS	29
ARTIGO 1:EPIDEMIOLOGIA DO MAL-ESTAR: UMA PESQUISA POPULACIONAL, PELOTAS, RS	30
ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE EVENTOS PSICOSSOCIAIS E MAL-ESTAR PSICOLÓGICO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, PELOTAS, RS	43
ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DOMICILIAR	62
ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DO ADULTO	66
ANEXO 3: MANUAL DE INSTRUÇÕES	74
ANEXO 4: FOLDER INFORMATIVO SOBRE SAÚDE DO ADULTO	100
ANEXO 5: MAPA DE UM SETOR CENSITÁRIO	103

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

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EVENTOS PSICOSSOCIAIS E ESTRESSE: UM ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL EM PELOTAS, RS.**

PROJETO DE PESQUISA

**MESTRANDO: FELIPE SPARRENBERGER
ORIENTADORA: PROFA. DRA. INÁ DOS SANTOS
CO-ORIENTADORA: M.Sc. ROSÂNGELA DA COSTA LIMA**

**PELOTAS, RS
21/12/1999**

“Não vos preocupeis, portanto, com o dia de amanhã: o dia de amanhã se preocupará consigo mesmo. A cada dia basta o seu mal” (Mt 6,34).

1 JUSTIFICATIVA

Considerável atenção tem recebido o tema do estresse por parte da mídia escrita, falada e televisiva, principalmente a partir da revista Time (1), que referiu-se ao estresse como a epidemia dos anos 80. Ao se pesquisar o termo em uma livraria não especializada, encontrar-se-á muitos livros, principalmente da chamada literatura de auto-ajuda.

O estresse tem sido aventado, na literatura científica, como fator de risco para inúmeros transtornos de saúde, como doenças ocupacionais (2), transtornos psiquiátricos menores (3), recorrência de herpes genital (4), hipertensão arterial (5) e piora da asma brônquica e artrite reumatóide (6). Afetaria os sistemas nervoso, cardiovascular e músculo-esquelético, bem como a coagulação e as reações imunitárias (7).

Não existe, no entanto, uma definição operacional do estresse, o que será abordado mais extensamente na seção de revisão de literatura. Alguns autores propõem que o estresse seja avaliado indiretamente, com base nos grandes estressores presentes na vida de uma pessoa. Outros autores propõem o uso de testes psicométricos de vulnerabilidade ou dano pelo estresse. Entre os pesquisadores centrados na resposta do indivíduo aos estressores há quem preconize o uso de exames complementares de eletrofisiologia. Hans Selye (8) sugere o uso de catecolaminas nos humores corporais. O Inventário de Sintomas de “Stress” (ISS) identifica a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se apresenta sintomas (se somáticos ou psicológicos) e a fase do “stress” em que se encontra dentro da Síndrome Geral de Adaptação de Selye (8). Para o CID-10 as reações ao estresse grave são um conjunto de sinais e sintomas evolutivos associado a ocorrência prévia de um evento marcante (9).

Existem, portanto, controvérsias em relação a esta síndrome. Há, no entanto, uma tendência clara na literatura epidemiológica de usar os eventos psicossociais estressantes como um fator de risco, ou senão, como o próprio estresse.

Propõe-se, então, um estudo transversal com o objetivo de investigar a associação entre eventos psicossociais estressantes, avaliados através do recordatório de um ano, e instrumentos simplificados de bem-estar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CRONOLOGIA DOS ESTUDOS SOBRE ESTRESSE

O termo “stress”, ou a sua assimilação pelo idioma português, estresse, surgiu originalmente na física, para designar a tensão, passível de mensuração, em um sistema, induzida por uma força externa que tende a deformá-lo. O vocábulo, originado do latim *strictus*, era muito popular na Inglaterra do século XVII, significando opressão, desconforto ou adversidade (10). Na química o termo foi usado por Boyle para descrever as propriedades dos gases ideais, onde ocorre um aumento de temperatura proporcional ao aumento da pressão exercida, se o volume mantém-se constante (11).

A biologia utilizou este termo mais tardiamente em relação às demais ciências naturais e amparou-se nas pesquisas dos primeiros fisiologistas. Em 1879, Bernard ressaltou que “todos os fenômenos vitais, não importa quão variados possam ser, têm apenas um objetivo, o de preservar as condições de vida do “milieu interne” (12). Em 1935, Cannon, que estudou a reação de luta ou fuga em humanos e animais de laboratório, chama de estresse a resposta da medula adrenal e do sistema simpático desencadeada pelo frio ou privação de oxigênio (13). Em 1936, o pesquisador canadense Hans Selye, descreveu uma síndrome produzida por diversos agentes nocivos, cobrindo todos os conceitos essenciais da “hipótese do estresse”, que o tornaria mundialmente famoso (14). Em 1939, Cannon cunhou o termo homeostase, para definir o esforço ativo do organismo, neural e endócrino, a fim de manter o equilíbrio interno. Um local importante para o entrelaçamento e regulação de todos estes mecanismos é o hipotálamo (12).

Na II Grande Guerra proliferaram artigos sobre a neurose de guerra, modernamente denominada de distúrbio de estresse pós-traumático (DSPT).

Em 1952, Selye descreveu em livro a Síndrome Geral de Adaptação. Observou que as respostas seguem um padrão estereotipado (fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão) e surgem em uma variedade mais ampla de demandas (15). Na fase de alerta o indivíduo se prepara para a luta ou fuga, com conseqüente quebra de homeostase. Se o estressor tem uma duração curta o indivíduo sai desta fase sem complicações para o seu bem-estar. Quando o estressor é de longa duração, ou a sua intensidade demasiada, ocorre a utilização de energia adaptativa de reserva, é a fase de resistência. Se o estressor exigir esforço maior do que o possível, o organismo torna-se vulnerável a doenças, se exaure (8). Um estado totalmente livre de estresse existiria somente após a morte (4).

Em 1967, Holmes e Rahe, pioneiros nos estudos de eventos estressantes, listaram 43 eventos de vida associados com variadas necessidades de adaptação e estresse na vida de uma pessoa normal (16). Estes eventos foram listados a partir de entrevistas a centenas de pessoas, com diferentes antecedentes vitais, a fim de classificar o grau relativo de ajustamento necessário (por exemplo, mudança de cidade 20 pontos, morte de cônjuge 100 pontos, desemprego 47 pontos) para fatos que alteram o curso da vida. Duzentas ou mais unidades acumuladas de mudança em um ano aumentam a incidência de transtornos. Em 1968, Brown e Birley (17) descrevem crises e mudanças associadas ao início da esquizofrenia.

Um dicionário de epidemiologia define eventos de vida como mudanças ou rupturas no padrão de vida que podem estar associados com ou produzir mudanças na saúde (18).

Em 1974, Selye também manifestou preocupação com o diagnóstico e propôs dosar as catecolaminas no plasma, saliva e urina (19).

Em 1978 foram divulgados vários estudos utilizando o conceito de eventos estressantes, seguindo a tradição de Holmes e Rahe. Dohrenwend (20) introduziu o conceito de “daily hassles” (contratempos do dia-a-dia), criando a sua própria escala; Sarason (21) desenvolveu um inquérito de experiências de vida. Dois anos depois, os epidemiologistas Skinner e Lei (22), a propósito do explosivo crescimento de pesquisas com eventos de vida associados com início de doenças, contestaram o uso de pesos diferenciais.

Em 1983, a revista Time chamou o estresse de epidemia da década (1).

Seguindo a tradição da fisiologia, bem menos sociológica, o psicólogo Lázarus, em 1984, adverte que diferentemente do caso dos eventos “biogênicos” (intrinsecamente estressantes) como frio, fome e dor, nos casos dos eventos psicossociais, a reação do indivíduo depende de como o indivíduo interpreta os aspectos daquilo que é potencialmente estimulador (23). Preocupava-se, também, com os pequenos eventos geradores de tensão no dia-a-dia. Simplificadamente, o estímulo é percebido pelos órgãos dos sentidos e enviado ao cérebro, onde ocorre integração afetiva no sistema límbico e interpretação cognitiva no neocórtex. Se a interpretação for de desafio ou aversão a resposta que ocorre, numa fase mais aguda, é a ativação do sistema simpático e liberação pela medula adrenal, composta por células neurais modificadas, de catecolaminas: adrenalina e nor-adrenalina. Numa fase mais “crônica” ou mais endócrina, a resposta transita pelo hipotálamo, hipófise e córtex da adrenal, receptivamente, hormônio fator liberador de ACTH, ACTH e cortisol. Para o Guyton, a adrenal serve para aumentar a resistência ao estresse físico (24).

Em 1985, o epidemiologista sueco, Theorell, usou em um estudo de coorte com recrutas, níveis plasmáticos de adrenalina, ocorrência de eventos estressantes e escala visual

para auto-percepção; e níveis de pressão arterial. Usou uma escala de eventos inspirada em Homes e Rahe (16), e em Brown e Birley (17). Mostrou que, paradoxalmente, em 10 anos, aqueles com pressão alta em repouso, relataram menos eventos estressantes, embora apresentassem níveis plasmáticos mais elevados de adrenalina. Os autores sugerem que o fato pode ser devido a um sistemático sub-realto de eventos (25).

No ano de 1993, o inquérito de saúde canadense pesquisou os fatores de risco para hipertensão (26). Bem-estar psicológico foi medido utilizando-se “Affect Balance Scale” de Bradburn. O instrumento consiste de cinco expressões positivas e cinco negativas, descrevendo sentimentos recentes (27). Os resultados foram classificados em positivo, negativo ou misto, de acordo com o tipo de respostas predominantes do entrevistado. O risco de ter pressão alta aumenta com a proporção de estresse negativo, pelo menos para mulheres.

Em 1994, a pesquisadora brasileira Marilda Lipp propôs o Inventário de Sintomas de Estresse (ISS) (8). Esta escala identifica o estresse e o classifica de acordo com as fases do estresse de Selye. O ISS ainda não foi validado.

No ano de 1996, Lima criou uma lista simplificada de sete eventos. Usou metodologia de base populacional e encontrou um risco aumentado em 3 vezes de transtornos psiquiátricos menores entre pessoas que experimentaram eventos estressantes no último ano (3).

No ano de 1998, foi proposto um estudo de validação, o CRISYS (28), para medir o estresse da vida contemporânea. Usa eventos inspirados na revisão de várias listas publicadas. Preocupa-se com onze domínios da vida pessoal: financeiro, legal, carreira, relacionamentos, segurança em casa e na comunidade, uso de serviços de saúde para si ou para seus familiares, problemas domésticos ou com autoridades e preconceito.

No presente ano, um ensaio clínico publicado no *The Journal of the American Association (JAMA)* (6) mostrou que indivíduos que escreveram sobre as suas experiências, apresentaram melhora clínica, em 4 meses de acompanhamento, em asma brônquica e artrite reumatóide estabelecidas. Discute o problema dos indivíduos alexitímicos, aqueles que têm dificuldades em expressar emoções. Ainda este ano uma coorte de 6 meses (4), usando Sarason (20) modificado, mostrou que estressores que persistem e altos níveis de ansiedade, predizem a recorrência de herpes genital.

Também é impossível desprezar nessa discussão a tradição psicanalítica, para a qual “o próprio estresse pode originar-se do mundo externo (as exigências da realidade) ou interno (a pressão do id para descarga e gratificação de pulsões, ou as imposições do superego)” (29).

O diagnóstico multi-axial do DSM-IV (30) reserva o seu quarto eixo para codificar problemas, por exemplo, morte de um familiar, que contribuem para o desenvolvimento ou exacerbação de um transtorno atual (31).

O CID-10 (9), classificação mais recente de doenças da Organização Mundial da Saúde, possui uma categoria chamada de reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação que “difere das outras na medida em que sua definição não repousa exclusivamente na sintomatologia e evolução, mas igualmente na existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de “stress” aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comportam conseqüências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação” (Figura 1).

Nos transtornos de adaptação, “a predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação”.

Um moderno dicionário médico define o estresse com o **“a soma das reações biológicas a qualquer estímulo, físico, mental ou emocional, interno ou externo, que tende a perturbar a homeostase; as reações compensatórias podem ser inadequadas ou inapropriadas levando a doenças” (32).**

2.2 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O ESTRESSE

O estudo transversal de Lima (3) permite analogias com o estudo que será desenvolvido a partir do presente projeto, pois a população-alvo e a cidade a ser estudada será a mesma, bem como a lista de eventos que será muito semelhante. A prevalência de eventos vitais foi a seguinte: morte de familiar 4,2%, familiar com doença crônica 9,9%, perda de emprego 8,4%, divórcio 2,7%, acidente 7,1% e roubo/assalto 7,2%. A ocorrência de pelo menos um destes eventos foi de 22%. O evento mais comum em pessoas com pouca educação e com renda mais baixa foi perda de emprego. Morte de parente e separação conjugal foram mais freqüentes em pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade. Pessoas com renda mais alta tiveram uma freqüência mais elevada de parentes com doença crônica. Ter sido roubado foi mais comum em pessoas de renda e escolaridade mais elevadas.

Um estudo longitudinal (33) de um ano de duração, desenvolvido em uma clínica de atenção primária nos EUA destinadas a pacientes de baixa renda, usou a lista de Sarason (20)

e encontrou as seguintes freqüências: mudanças importantes nos hábitos de dormir 34,4%, mudanças importantes nos hábitos de comer 31,8%, doença séria na família 24,3%, ganho de novo membro na família (por nascimento, migração...) 22,5%.

Em relação a resposta ao estresse ou a eventos estressantes, tipo transtorno de adaptação, os estudos são bem mais escassos, o que se deve com certeza a já discutida falta de uma definição mais precisa deste conceito. Uma forma bem particular de resposta, o distúrbio de estresse pós-traumático (DSPT) [“constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante, de curta ou longa duração, de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos”(9)], que apresenta uma definição clínico-epidemiológica mais clara, tem sido bem melhor estudado. Um estudo desenhado para estimar a prevalência de DSPT (34) em bombeiros em uma província da Alemanha concluiu que este número era de 18,2%. Preditores foram o tempo de trabalho e o número de missões desgastantes no último mês. Outro estudo (35), israelense, prospectivo, com um ano de duração, encontrou 32% de vítimas de acidentes de trânsito com DSPT. Um estudo (36) com 157 vítimas de assaltos violentos encontrou uma prevalência de 19% de reação aguda ao estresse (“Transtorno transitório que ocorre em um indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um “stress” físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou dias”(9)) e foi forte preditor de desenvolvimento posterior de DSPT.

A seção a seguir descreve o marco teórico de referência através do qual se compreende a inter-relação entre os eventos psicossociais estressantes e estresse.

3 MARCO TEÓRICO

No nível mais alto de determinação encontram-se as características sócio-demográficas, aí incluídas o sexo, a idade, a cor da pele, a escolaridade e a renda. Este conjunto de características influi diretamente na ocorrência de eventos de vida e na maneira como o indivíduo os interpreta. Serão estudados sete acontecimentos que mudam a vida (Figura 2). A decisão ou a contingência de mudar-se de uma cidade para outra, o morrer e o adoecer, o fato de perder o emprego, de separar-se do cônjuge, de ser alvo de criminalidade ou de sofrer um acidente são fenômenos que precisam ser entendidos socialmente, e cuja ocorrência pode resultar em estresse.

A ocorrência destes eventos exige uma energia adaptativa variável na dependência de sua intensidade e de características individuais como personalidade, experiências de vida e higidez física e mental. A falta de capacidade para superar a situação dada, no tempo dado, levaria a uma ruptura no bem-estar individual, que é o estresse. O atual estudo propõe que o diagnóstico de estresse seja verificado através de três métodos diferentes. Primeiro, através do uso da Escala de faces de Andrews (37) (Figura 3) buscou-se captar os sentimentos inspirados pela experiência. O seu formato não-verbal é visto como uma vantagem por ser trans-cultural. Segundo, a percepção de “ser nervoso” é uma questão única que representa a variável mais encontrada nos instrumentos existentes para medir bem-estar psicológico, qualidade de vida e estado geral de saúde. Embora, possa representar uma característica individual, é evidente que também pode representar uma consequência do evento estressante vivido. E terceiro, a percepção de “outros o considerarem nervoso” serve para investigar um reforço da auto-percepção de nervosismo.

4 OBJETIVO GERAL

- ✓ Investigar a associação entre a ocorrência de eventos psicossociais estressantes e estresse em adultos na cidade de Pelotas, RS.

5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar a prevalência de eventos psicossociais estressantes ao longo do último ano na população adulta em Pelotas.
- ✓ Estudar a prevalência de “ser nervoso” nesta população.
- ✓ Estudar a prevalência de mal-estar psicológico (MEP) nesta população.
- ✓ Investigar a correlação entre percepção de “ser nervoso” e percepção de “outros o considerarem nervoso”.
- ✓ Investigar a correlação entre percepção de “ser nervoso” e MEP.
- ✓ Estudar a distribuição do estresse conforme sexo, cor da pele, idade e indicadores sócio-econômicos.

6 HIPÓTESES

- ✓ A prevalência de, no mínimo um evento psicossocial estressante no último ano na população adulta de Pelotas é de 22%.

- ✓ A prevalência de percepção de “ser nervoso” é de 45%.

- ✓ A prevalência de MEP é de 15%.

- ✓ A auto-percepção de estresse (MEP, percepção de “ser nervoso”, percepção de “outros o considerarem nervoso”) associa-se com a ocorrência de eventos psicossociais ao longo do último ano.

- ✓ O estresse associa-se positivamente com a idade e inversamente com melhores indicadores sócioeconômicos.

- ✓ A prevalência de estresse é maior entre as mulheres.

- ✓ A prevalência de estresse é maior entre os pardos/pretos.

7. METODOLOGIA

7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Será utilizado o delineamento transversal.

7.2 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo do estudo será composta pelas pessoas de 20 anos ou mais de idade.

7.3 LOGÍSTICA E PESSOAL

O trabalho de campo será desenvolvido sob a forma de um consórcio envolvendo todos os alunos do Mestrado em Epidemiologia da UFPEL, geração 1999/2000. O questionário será único, e além de questionamentos de ordem geral, terá as questões do objeto de pesquisa de cada mestrando.

As entrevistadoras serão selecionadas e treinadas através de leitura detalhada dos questionários, dramatização e entrevistas supervisionadas (parte do estudo-piloto).

O controle de qualidade será realizado pelos supervisores em 5% da amostra.

7.4 ESTUDO-PILOTO

No pré-piloto será testada a adequação da formulação das questões de pesquisa, no que diz respeito à facilidade de compreensão, através da aplicação a pacientes selecionados da clínica do autor deste projeto.

No estudo-piloto serão mimetizadas as condições reais de trabalho de campo em dois setores censitários que não integram a amostra a fim de detectar eventuais problemas metodológicos, sanando-os a tempo. O piloto será observado pelos mestrandos e auxiliará no processo de seleção dos entrevistadores.

7.5 AMOSTRAGEM

Serão sorteados 48 setores censitários do IBGE em Pelotas. Dentro de cada setor será sorteado um quarteirão, e dentro de cada quarteirão uma esquina, para o início das entrevistas. O instrumento será aplicado a todos os moradores do primeiro, quarto, sétimo e assim por diante domicílios. Em cada setor censitário serão amostrados 44 domicílios.

As entrevistas serão feitas a todos os residentes, independentemente da faixa etária, pois os integrantes do consórcio trabalham com diferentes populações-alvo.

7.6 DEFINIÇÃO DO DESFECHO

O desfecho estresse será considerado positivo através de três variáveis:

- a) MEP: resposta E ou F ou G para a pergunta: Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o Sr(a) esteve no último ano? (Figura 3)
- b) Resposta afirmativa a pergunta: O (a) Sr.(a) se considera uma pessoa nervosa?
- c) Resposta afirmativa a pergunta: O (a) Sr.(a) acha que as outras pessoas o consideram uma pessoa nervosa?

A partir dessas três variáveis será construído um escore para classificação dos entrevistados.

7.7 TAMANHO DA AMOSTRA

Foi calculada, através do pacote estatístico EPIINFO, de forma a obter uma amostra capaz de dimensionar uma razão de prevalência de 2,0, para uma exposição a pelo menos um evento estressante de 22% na população, com um nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%. O valor obtido foi acrescido de 10% para perdas e recusas e 20% para trabalhar fatores de confusão. Através deste cálculo chegou-se ao número de 515 indivíduos. Considerando-se uma média de 2,3 adultos, por domicílio, na cidade de Pelotas, 224 domicílios serão necessários. Considerando-se o efeito do delineamento, este número foi acrescido de 50% chegando-se ao número de 336 domicílios.

O número de domicílios estudados será de 2112, bem superior, portanto ao necessário para o estudo, em função do consórcio do Mestrado.

7.8 COLETA DOS DADOS

Os dados serão coletados por entrevistadores previamente treinados, através de questionários padronizados e pré-codificados (Anexos 1,2). Estes questionários serão acompanhados por manual de instrução detalhado com a finalidade de auxiliar o entrevistador durante o trabalho de campo (Anexo 3). Os dados serão digitados e armazenados em disquetes através do pacote estatístico EPIINFO.

7.9 VARIÁVEIS

7.9.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Cor da pele: branca ou parda/preta. Variável colhida por simples observação do entrevistador.

Idade: dado obtido através da pergunta a respeito da data de nascimento

Indicador sócioeconômico escolaridade: numérica discreta. O entrevistado será questionado sobre o número de séries escolares que frequentou com sucesso.

Indicador sócioeconômico renda: numérica contínua, colhida em reais. O entrevistado será questionado sobre a renda de qualquer fonte auferida no mês anterior. Serão também colhidos dados sobre a renda de todos os integrantes do domicílio do entrevistado.

Sexo: Feminino ou masculino. Variável colhida por simples observação pelo entrevistador.

Eventos estressantes: o entrevistado será questionado especificamente sobre a ocorrência de:

Migração (O(a) Sr.(a) é de Pelotas ou veio de outra cidade? Quando o(a) Sr(a) veio morar em Pelotas?)

Morte na família (No último ano morreu alguém de sua família ou outra pessoa muito importante para o(a) Sr.(a)?)

Desemprego (No último ano o(a) Sr.(a) perdeu o emprego?)

Separação conjugal (No último ano o (a) Sr.(a) se separou do esposo(a) ou companheiro(a)?)

Acidente (No último ano o(a) Sr.(a) sofreu algum tipo de acidente para o qual precisou ir ao médico ou ao pronto-socorro?)

Roubo (No último ano o(a) Sr.(a) foi assaltado(a) ou roubado(a)?)

Doença na família (No último ano alguma pessoa da família que more na sua casa teve uma doença grave?)

Será construído um escore de eventos de acordo com as frequências que forem observadas.

7.9.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Escala de Faces: Escala de Faces (Figura 3) (37). É uma escala de 7 pontos. Cada face (estilizada) consiste de um círculo com olhos que não mudam e uma boca que varia de um sorriso de quase um semi-círculo à um semi-círculo para baixo, representando tristeza.

Percepção de “ser nervoso”: o entrevistado poderá dar uma resposta afirmativa, negativa ou intermediária.

Percepção de “outros o considerarem nervoso”: o entrevistado poderá dar uma resposta afirmativa, negativa ou intermediária.

7.10 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

A primeira revisão dos dados será realizada pelos entrevistadores. Uma segunda revisão será realizada pelo supervisor. Para a estruturação do banco de dados será utilizado o software EPIINFO, com duas digitações que serão conferidas.

O plano de análise proposto define as seguintes etapas: inicialmente será realizada a análise univariada de todas as variáveis coletadas, com cálculo de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e das proporções para as categóricas. A seguir, processar-se-á as análises bivariadas, observando-se as associações e razões de prevalências brutas e seus intervalos de confiança de 95%. Por fim, será realizada a análise multivariada, através de regressão logística, controlando os fatores de confusão. As análises respeitarão o modelo teórico. A análise dos dados será realizada com o software STATA.

9 ORÇAMENTO

Os custos que mais pesam em trabalhos desta natureza são o pagamento das entrevistas, auxílio para deslocamento e ligações telefônicas e aquisição de material de consumo (papel, impressos, lápis, borracha, sacos plásticos, pranchetas). Estes custos serão coletivos para o consórcio e cobertos parcialmente com verba institucional de financiamento de pesquisas, a ser repassada pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Os custos remanescentes serão rateados entre os participantes do consórcio.

10 ASPECTOS ÉTICOS

Estudos epidemiológicos de base comunitária regem-se basicamente por dois documentos (38): a Declaração de Helsinque, adotada na Assembléia Médica Mundial de 1964 e revisada na de 1975 e pelo *Proposed International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, da OMS, de 1982. A Declaração faz uma série de considerações éticas a respeito de pesquisa clínica em seres humanos. O “Guideline” discute basicamente as questões do consentimento informado e a necessidade de aprovação em comitês institucionais de ética, bem como aspectos referentes a comunidade, que precisa ter conhecimento da realização da pesquisa, e ao dano potencial de trabalhos desta natureza. De acordo propõe-se:

Nível individual: O entrevistador se fará entender ao entrevistado sobre o significado dos questionamentos. Após a entrevista será entregue recomendações impressas a respeito da promoção e da proteção de saúde em adultos (Anexo 4).

Nível comunitário: Será feita uma divulgação da Pesquisa no periódico de maior tiragem na cidade, bem como em um programa matinal da emissora de maior audiência. Os resultados serão formalmente encaminhados ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar do município.

Nível nacional e internacional: O projeto será submetido ao comitê de ética da UFPEL, de acordo com a legislação nacional, em observância aos protocolos internacionais.

As propostas estão em consonância, também, com o Art. 125 do Código de Ética Médica, que veda ao médico “promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais”.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stress: can we cope? Time 1983 Jun 6.
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1488, de 11 de fevereiro de 1998. Estabelece normas aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem. Lex coletânea de legislação e jurisprudência: legislação federal marginália 1998 mar/abr; 62:1046-9.
3. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição A, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a brazilian community-based study. Int'l J Psychiatry in Medicine 1996; 26(2):211-22.
4. Cohen F, Kemeny ME, Zegans LS, Neuhaus JM, Connant MA. Persistent stress as a predictor of genital herpes recurrence. Arch Intern Med 1999; 159:2430-6.
5. Stress and hypertension. [editorial]. Acta Med Scand 1982; 212:193-4.
6. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. JAMA 1999; 281(14):1304-9.
7. Kalsner J. The unique library of Dr. Hans Selye. Can Med Assoc J 1983; 129:288-9.
8. Lipp.MEN. Pesquisas sobre Stress no Brasil. Saúde, Ocupações e Grupos de Risco. Campinas: Papyrus; 1996.
9. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10 ed. São Paulo: Edusp; 1993.
10. Farias RF. Sobre o conceito de estresse. Arq Bras Psic 1985; 38(4):97-105.
11. Ohlweiler AO. Química Analítica Quantitativa. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1976.
12. Oliveira JM, Amaral JR. Princípios de Neurociência. São Paulo: Tecnopress; 1997.
13. Cannon WB. Stresses and strains of homeostasis. Amercian Journal Medical Sciences 1935; 189:1-14.
14. Selye HA. A syndrome produced by diverse nocious agents. Nature 1936; 138(32).
15. Selye HA. The story of adaptation syndrome. Montreal: Acta; 1952.
16. Homes TH, Rahe RH. The social re-adjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11:213-8.
17. Brown GW, Birley JL. Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. Journal of Health and Social Behavior 1968; 9(3):203-14.

18. Last JM. A dictionary of epidemiology. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1988. Life events; p.73.
19. Selye HA. Stress without Distress. Filadelfia: Lipincott; 1974.
20. Dohrenwend BS. Exemplification of a method for scaling life events: the PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behavior* 1978; 19: 205-29.
21. Sarason IG. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46(5):932-46.
22. Skinner HA, Lei H. Differential weights in life change research: useful or irrelevant? *Psychosomatic Medicine* 1980; 42(3):367-70.
23. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill; 1966.
24. Guyton AC. Tratado de Fisiologia Médica 6 ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1984.
25. Theorell T, Svensson J, Knox S, Waller D, Alvarez M. Young men with high blood pressure report few recent life events. *J Psychosom Res* 1986; 30(2):243-9.
26. Tomiak M, Gentleman JF. Risk factor for hypertension as measured by the Canada Health Survey. *Health Reports* 1993;5(4):419-29.
27. McDowell I, Newell C. Measuring Health, 2 ed. New York: Oxford University Press; 1996.
28. Shalowitz MU, Berry CA, Rasinsky KA, Dannhausen-Brun CA. A new measure of contemporary life stress: development, validation, and reliability of the CRISYS. *Health Services Research* 1998; 33(5):1381-402.
29. Campbell RJ. Dicionário de Psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes; 1986. Estresse do ego; p.235.
30. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
31. Kaplan HI, Sadock B, Grebb J. Compêndio de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
32. Dorland's illustrated medical dictionary. 28 ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co.; 1994. Stress; p.1589.
33. Scarincini JC, Ames SC, Brantley PJ. Chronic minor stressors and major life events experienced by low-income patients attending primary care clinics: a longitudinal examination. *J Behav Med* 1999; 22(2): 143-56.
34. Wagner D, Heinrichs M, Ehlert U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in german professional firefighters. *Am J Psychiatry* 1998; 155(12):1727-32.

35. Koren D, Arnon I, Klein E. Acute stress response and posttraumatic disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3):367-73.
36. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3):360-5.
37. Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality. New York: Plenum; 1976.
38. Vaughan JP, Morrow RH. Epidemiologia para os Municípios: Manual para gerenciamento dos Distritos Sanitários. São Paulo: Hucitec; 1992. p.155-60.

Figura 1: Categoria reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (CID-10).

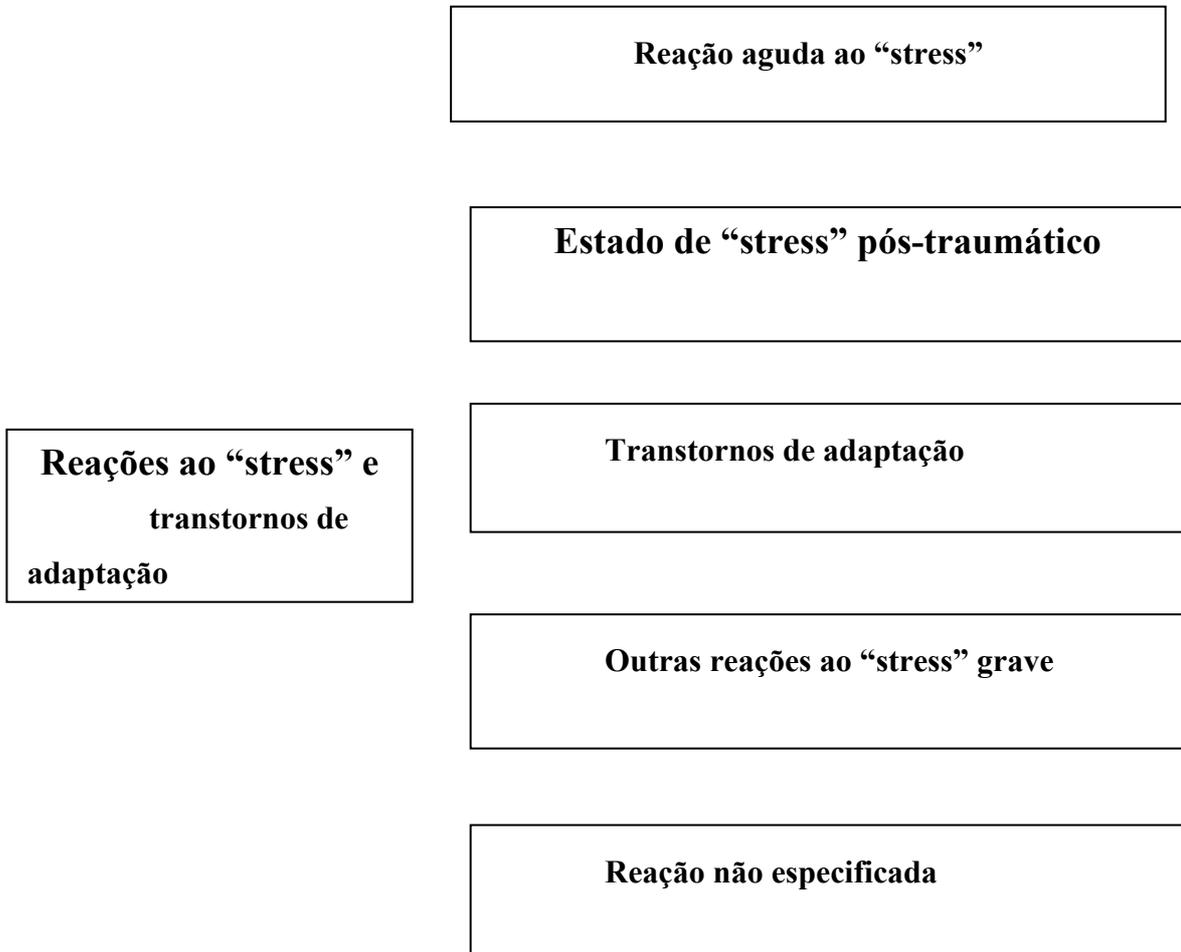
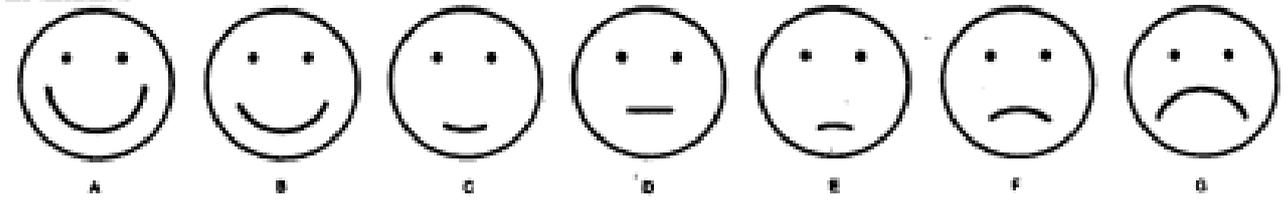


Figura 2: Marco Teórico

Figura 3: Escala de Faces



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

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EVENTOS PSICOSSOCIAIS E ESTRESSE: UM ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL EM PELOTAS, RS.**

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

**MESTRANDO: FELIPE SPARRENBERGER
ORIENTADORA: PROFA. DRA. INÁ DOS SANTOS
CO-ORIENTADORA: M.Sc. ROSÂNGELA DA COSTA LIMA**

**PELOTAS, RS
OUTUBRO DE 2000**

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido sob a forma de consórcio, isto é, doze integrantes da turma do Mestrado geração 99/00 trabalhando em conjunto desenvolveram o instrumento que seria aplicado, efetuaram a seleção e o treinamento das entrevistadoras, supervisionaram a execução de todo o trabalho de campo e acompanharam o processamento dos dados. Este regime permitiu a agilização do processo e uma importante economia financeira.

O questionário que seria utilizado foi único para todos os participantes do consórcio da pesquisa, tendo sido subdividido em domiciliar, adolescentes, adultos, crianças, auto-aplicável, contendo questões de interesse geral e específicas para os propósitos do estudo de cada mestrando. Nos anexos do Projeto de Pesquisa estão incluídas apenas as partes do instrumento e do manual que contém variáveis de interesse para esta dissertação.

2 PESSOAL

Em setembro de 1999 foi feita a divulgação da abertura de vagas para entrevistador, pré-requisitos mínimos o segundo grau completo e disponibilidade de 44 horas semanais, incluindo o período noturno e finais de semana. O consórcio decidiu que todas as entrevistadoras deveriam ser do sexo feminino em função da existência de questões bastante íntimas a serem dirigidas a mulheres. Foram selecionadas 34 candidatas para participarem do treinamento.

2.1 TREINAMENTO

O treinamento foi levado a efeito na Faculdade de Medicina da UFPEL no período compreendido entre 4 e 9 de outubro. O treinamento consistiu na leitura do instrumento, dramatização de entrevistas e de um estudo-piloto supervisionado realizado no bairro Simões Lopes. No final as candidatas foram submetidas a uma prova escrita que questionou a respeito de situações hipotéticas que poderiam ocorrer durante o transcurso do trabalho de campo, bem como a testes de localização espacial. Este processo selecionou 16 entrevistadoras, e como eram necessárias 24 entrevistadoras, optou-se por realizar um segundo treinamento. O segundo treinamento foi desenvolvido em moldes semelhantes ao primeiro. Foram selecionadas mais 14 candidatas, 6 delas ficaram na suplência sendo posteriormente utilizadas.

2.2 SUPERVISÃO

Cada membro do consórcio ficou responsável pela coordenação da coleta dos dados e verificação da adequação da codificação (que era realizada pelas entrevistadoras ao final do dia de trabalho), bem como por tentar reverter eventuais recusas, em 4 setores censitários. A cada consorciado coube coordenar, em princípio, 2 entrevistadoras. Uma entrevistadora apresentou problemas de natureza pessoal e completou apenas um setor. Houve então a cessão de outra entrevistadora por parte de um colega a fim de que se pudesse cumprir o que estava sendo proposto. Houve reuniões semanais das entrevistadoras com a supervisão para discussão de eventuais problemas surgidos, recepção de questionários, conferência da codificação, controle rigoroso das planilhas de domicílios e de conglomerado e fornecimento de material de trabalho. Para cada setor censitário era aberta uma planilha de conglomerado que continha informações básicas sobre os domicílios a serem pesquisados (endereço, e caso possível, o nome, sexo e faixa etária de seus integrantes).

As reuniões prosseguiram ao longo de todo o trabalho de campo.

3 AMOSTRAGEM

O cálculo do tamanho de amostra indicava que seriam necessários 2112 domicílios (baseou-se no consorciado que, em função dos propósitos de sua pesquisa, requeria o maior tamanho de amostra)

Cada setor censitário recebe uma numeração fornecida pelo IBGE. Foram sorteados 48 setores censitários (4 setores para cada um dos doze mestrados) dentre os 281 setores censitários da zona urbana de Pelotas. Dividiu-se o número de setores totais pelo número de setores necessários, obtendo-se o quociente de 5,85. Sorteou-se aleatoriamente um número: 2. A amostra foi obtida a partir deste número somado com o quociente tantas vezes quantas fosse necessário até se obter o número de setores que fora estabelecido. Evidentemente eram realizados arredondamentos para a definição do setor.

Coube ao autor deste trabalho a coordenação da pesquisa em 2 setores localizados na região central da cidade, um setor no bairro Cohab Tablada e outro na Vila Peres.

Os limites geográficos do setor eram verificados in loco pelo supervisor e entrevistadora, através do mapa fornecido pelo IBGE (exemplo no anexo 5). O sorteio do quarteirão inicial era realizado com o auxílio da numeração que recebiam no mapa, e então

era sorteada a esquina. Na esquina inicial era sorteada uma casa entre as três primeiras. A partir desta, rodando sempre pela esquerda, pulava-se duas casas, e selecionava-se a próxima. Maiores detalhes sobre esta sistemática podem ser encontradas no manual de instruções em anexo (ANEXO 3).

4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi programada para o período de 18/10 a 10/12/1999. Como não se alcançou o número suficiente de entrevistadoras para o início da coleta dos dados, sendo necessária uma segunda seleção, o estudo foi prorrogado até o final de janeiro de 2000. Houve divulgação da pesquisa para a população através dos meios de comunicação.

As entrevistadoras se apresentam no domicílio portando uma carta de apresentação do coordenador do Mestrado, crachá de identificação e de uma reportagem publicada no jornal Diário Popular. Além das reuniões com os supervisores, já mencionadas na seção supervisão, houveram reuniões quinzenais e, posteriormente, semanais, com todo o grupo de entrevistadoras a fim de esclarecer dúvidas em conjunto e acompanhar a velocidade da execução do trabalho. Também houve reuniões semanais da coordenação do Mestrado com os supervisores para fixar metas de produção e acompanhar o seu cumprimento.

5 CONTROLE DE QUALIDADE

O supervisor realizava, ao acaso, revisita em 5% dos domicílios. Havia um instrumento especial para as revisitas que continha uma questão de cada um dos consorciados. Esta revisita tinha por objetivo verificar a concordância das respostas, bem como detectar eventuais fraudes por parte dos entrevistadores. Visando minimizar os problemas de viés de memória, o intervalo máximo entre a aplicação do instrumento e a revisita do supervisor era de 48 horas.

6 DIGITAÇÃO DOS DADOS

Previamente à digitação dos dados, foi criado, através do programa Epi-Info, uma estrutura para a recepção dos dados, já sendo estipulados os códigos que poderiam ser aceitos em cada variável, com recusa de valores obviamente incorretos.

Cada questionário era digitado duas vezes por dois digitadores diferentes. Após este processo de dupla digitação foi realizada a limpeza dos dados através do comando *validate* que fornece uma listagem dos questionários e variáveis onde ocorreram divergências. Houve o retorno ao questionário original a fim de definir a codificação correta para cada variável.

7 PERDAS E RECUSAS

Foram consideradas perdas de domicílio, aquelas situações onde após ao menos três tentativas não se obteve contato, embora o mesmo fosse habitado. As perdas individuais eram consideradas aquelas situações, onde a ausência do indivíduo era prolongada. Geralmente, devia-se a motivos de trabalho, como, por exemplo, o caso de safristas, pescadores e caminhoneiros.

Foram consideradas recusas de domicílio inteiro ou individuais aquelas situações, onde em ao menos duas oportunidades a entrevistadora obtinha uma resposta negativa ao tentar realizar a entrevista. Os supervisores eram informados sobre estes casos, e iam até o local visando persuadir o indivíduo que se recusava a responder o questionário.

Os indivíduos sorteados não eram substituídos por outros. Sempre, que possível, as perdas e as recusas eram caracterizadas de acordo com sexo e faixa etária.

O número total de perdas e recusas entre os adultos foi de 6,4%.

**EPIDEMIOLOGIA DO MAL-ESTAR PSICOLÓGICO: UMA PESQUISA
POPULACIONAL, PELOTAS, RS.
EPIDEMIOLOGY OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS: A
POPULATION-BASED CROSS SECTIONAL STUDY, PELOTAS, RS.**

**Felipe Sparrenberger¹
Iná dos Santos²
Rosângela da Costa Lima³**

RESUMO

Introdução Foi realizado, no último trimestre de 1999, um estudo transversal com o objetivo de determinar a prevalência e a distribuição de mal-estar, na esfera psicológica, na população urbana adulta de Pelotas, RS.

Material e métodos Foram estudadas 3942 pessoas maiores de 20 anos. Mal-estar psicológico foi definido através de um indicador de bem-estar, a Escala de Faces, e através da auto-percepção de nervosismo. O teste do qui-quadrado foi usado para testar associação com características sócio-demográficas.

Resultados A prevalência de mal-estar psicológico foi de 14% quando utilizou-se a Escala de Faces e de 31,8% para a auto-percepção de nervosismo.

Conclusão As mulheres, os mais velhos, os mais pobres e os indivíduos de menor escolaridade foram os grupos que apresentaram as prevalências mais altas de mal-estar quando comparados a seus pares.

UNITERMOS: Bem-estar, Estresse psicológico, Mal-estar psicológico, Epidemiologia, Escala de Faces.

ABSTRACT

Introduction: A cross-sectional study was carried out in the last trimester of 1999 with a view to determining the prevalence and the distribution of distress, in the psychological sphere, in the adult urban population of Pelotas, RS.

Material and methods: 3942 people over twenty years old were studied. Psychological distress was defined through and indicator of well-being, the Faces Scale, and through self-perception of nervousness. The chi-squared test was used to test association with social-demographic characteristics.

Outcome: The prevalence of psychological distress was of 14% when utilising the Faces Scale and 31,8% for the self-perception of nervousness.

Conclusion: Women, the oldest, the poorest and individuals with low education were the groups which presented the highest prevalences of distress when compared to their pairs.

KEY WORDS: Well-being; Wellness; Stress, psychological; Psychological distress; Epidemiology; Faces Scale.

¹ médico, mestrando em Epidemiologia, UFPel, Pelotas, RS.

² médica, doutora em Medicina, UFRGS, professora da UFPel, Pelotas, RS.

² médica, doutoranda em Epidemiologia, UFPel, Pelotas, RS.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é complexo, e tem sido objeto de inúmeras controvérsias. O mais conhecido está na Constituição de 1948 da Organização Mundial de Saúde (OMS): “A saúde é o completo estado físico, mental e social de bem-estar e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Apesar de afirmar, positivamente, uma compreensão holística do tema, perde-se em sua visão estática, e em suas expectativas demasiado idealísticas (1). Um dicionário de epidemiologia oferece outros: “Um estado de equilíbrio dinâmico no qual a capacidade de um indivíduo ou de um grupo para lidar com todas as circunstâncias da vida encontra-se em ótimo nível”; “habilidade para lidar com o estresse físico, biológico, psicológico e social”; “um sentimento de bem-estar” (2).

Esforços consideráveis em pesquisa têm buscado o desenvolvimento de índices de condições de saúde. Vários métodos, a partir de diferentes concepções teóricas, têm sido desenvolvidos para tentar medir o grau de funcionamento e bem-estar subjetivo dos indivíduos (1). Uma abordagem para medir bem-estar seria através de escalas ou questionários que triam para o seu oposto: o *distress* ou mal-estar subjetivo. Exemplos desses instrumentos incluem (3): o *General Health Questionnaire (GHQ)*, o *General Well-Being Schedule (GWB)*, o *Self-Reported Questionnaire (SRQ-20)*, o *Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)*, o *Short-Form-22 Health Survey (SF-22)*, entre outros de menor complexidade.

A idéia de mal-estar psicológico está muito ligada à evolução do conceito de estresse. Os diferentes fatores estressantes poderiam induzir formas benéficas ou danosas de estresse (*eustress* e *distress*). A incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes, no tempo dado, desgasta o indivíduo, levando a uma ruptura no bem-estar individual, o que constituiria o mal-estar psicológico ou *distress* (1).

A estrutura interna do conceito de estresse é entendida como um processo complexo multidimensional (4), onde atuam estressores (agudos ou crônicos) dos tipos: ambientais (por exemplo, no trabalho, em casa, na vizinhança), eventos de vida maiores (por exemplo, mudança de domicílio, morte ou doença em familiar, separação conjugal e desemprego), trauma (por exemplo, participar de um combate, ser vítima ou presenciar crime violento ou acidente de trânsito e estar envolvido em desastres naturais ou industriais) e abuso ou negligência na infância e na velhice. Tais estressores são percebidos pelo indivíduo como ameaça, necessidade de ajuda ou alerta, o que dá início a uma resposta, visando a adaptação à

situação (4). Adaptação, neste contexto, é entendida como um processo dinâmico mediante o qual os pensamentos, sentimentos, a conduta e os mecanismos biofisiológicos mudam continuamente para se ajustarem a um ambiente em contínua transformação (5)

Na esfera orgânica, esta resposta envolve a liberação de mediadores, entre eles, primariamente, o cortisol e catecolaminas, e também a desidroepiandrosterona (DHEA), a prolactina, o hormônio do crescimento, as citocinas e muitos outros. Estes mediadores hormonais têm um efeito fisiológico distinto e mensurável em cada um dos sistemas orgânicos, inclusive no sistema psíquico (4). Evidência epidemiológica dessa resposta foi observada em um estudo transversal com pessoas que trabalhavam em missões de salvamento na Suécia, quando escores elevados no GHQ correlacionaram-se positivamente com níveis de cortisol salivar noturno (6). Também, um estudo israelense mostrou que o cortisol livre na urina de 24 horas aumenta em média 4,5 vezes nos neonatos que apresentam sofrimento respiratório em relação aos controles (7).

Na esfera psicológica, o resultado da resposta ao estresse, ou mais apropriadamente de seu aspecto negativo (*distress*), dependerá de diferenças individuais, sociais e de classe, bem como de características culturais e padrões adaptativos de comportamento (4,13).

O atual estudo teve como objetivo determinar a prevalência e a distribuição do mal-estar, na esfera psicológica, medido através de três variáveis (um instrumento simplificado de bem-estar e duas questões de auto-percepção de nervosismo) na população urbana adulta de Pelotas – RS.

METODOLOGIA

O delineamento utilizado foi de um estudo transversal de base populacional. O trabalho de campo foi realizado no último trimestre de 1999. Para a seleção da amostra foi utilizado um processo sistemático por conglomerados. Foram sorteados 48 setores censitários na região urbana do município. Em cada um destes setores foi sorteado um quarteirão e, nele, a esquina para iniciar o estudo. O primeiro domicílio considerado foi aquele situado imediatamente à esquerda da casa de esquina (o entrevistador de costas para a casa de esquina). A partir daí, de forma sistemática, foram visitados um em cada três, sempre no sentido da esquerda para a direita de quem estivesse de costas para a porta do domicílio inicial, até que fosse completado um total de 44 casas. Em cada uma destas casas, todo morador com mais de 20 anos era entrevistado quanto a características sócio-demográficas (idade, anos de escola que frequentou com sucesso e a renda no último mês) e avaliado quanto

à sensação de bem-estar. A cor da pele e o sexo também eram registrados. Foram excluídos os visitantes, moradores temporários, empregados domésticos e pessoas com deficiência mental.

Mediu-se a prevalência de MEP através de uma escala visual. Foi usada a Escala de Faces, uma escala intervalar de sete pontos, composta por faces estilizadas, e que referia-se ao estado que predominou no ano anterior a entrevista. Cada figura consiste de um círculo com olhos que não mudam, e uma boca que varia desde um sorriso de quase meio-círculo até um outro meio-círculo semelhante voltado para baixo, que inspira o sentimento de tristeza (3). A resposta foi considerada positiva nos três estados mais negativos.

Além da escala intervalar, buscou-se a presença de um traço ansioso, através de duas perguntas: “O Sr. se considera uma pessoa nervosa?” e “O Sr. acha que as outras pessoas o consideram uma pessoa nervosa?”, variáveis tratadas como escalas ordinais de 3 pontos: não, às vezes, sim. O traço ansioso foi considerado presente apenas na resposta afirmativa.

Um tamanho de amostra de 380 pessoas foi obtido para detectar uma prevalência de MEP de 45%, com uma precisão de 5% e alfa igual a 0,05. Este número foi acrescido de 10%, para perdas e recusas, e de 50% prevendo o efeito de delineamento que pode ocorrer na amostragem sistemática e por conglomerado (7). Seria necessário, portanto, entrevistar 627 adultos ou os moradores de 273 domicílios (estimadas uma população urbana de 300.000 habitantes e média de 2,3 adultos em cada domicílio).

Uma vez que o estudo foi conduzido sob a forma de consórcio com outros pesquisadores que requeriam uma amostra maior, esta foi expandida para 2112 domicílios, o que aumentou o poder e a precisão. Ao todo 3942 indivíduos foram entrevistados. Houve 6,4% entre recusas e pessoas que não foram localizadas após três revisitas.

A execução do trabalho de campo ficou a cargo de 48 entrevistadoras (requisito mínimo o segundo grau completo), todas submetidas a treinamento prévio e participação em estudo piloto.

Para o controle de qualidade do trabalho, foram revisitadas pelos supervisores 5% das residências selecionadas ao acaso. O pacote Epi Info foi usado para a entrada dos dados e checagem da consistência. A análise foi descritiva, e as associações testadas por qui-quadrado ou tendência linear, através do pacote estatístico Stata 6.0. O intervalo de confiança adotado para as prevalências foi de 95%.

O estudo adotou, para atender aspectos éticos, os requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas (9), esclarecendo-se previamente, portanto, o respondente sobre os propósitos gerais do estudo.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas da amostra estudada. A média de idade foi 43,9 anos (DP = 15,8 anos), sendo que 67,1% dos entrevistados tinham menos de 50 anos. A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino (57,4%) e de cor branca (80,5%). A mediana da renda familiar foi de 4,4 salários-mínimos, sendo que um quinto dos entrevistados (20,3%) pertenciam a famílias cuja renda total no mês anterior à entrevista foi menor do que dois salários mínimos. A proporção de pessoas sem nenhuma instrução formal foi de 8,1% e 17% haviam cursado doze anos ou mais de escola.

A prevalência de MEP variou conforme o instrumento. A prevalência foi menor quando se utilizou a Escala de Faces (14% versus 31,8% para auto-percepção de “nervosismo” e 33,2% para auto-percepção de “outros o acharem nervoso”) (Figura). Houveram 252 pessoas positivas nos três instrumentos.

O sexo feminino associou-se significativamente com a maior prevalência de mal-estar subjetivo, independente do instrumento utilizado. Assim, de acordo com a Escala de Faces, com a auto-percepção de nervosismo e com a auto-percepção de “outros o acharem nervoso” a prevalência no sexo feminino foi de, respectivamente, 17,3%, 37,8% e 36,5% contra 9,7%, 23,8% e 28,7% entre os homens (Tabela 2). A cor da pele associou-se positivamente com mal-estar subjetivo apenas quando utilizou-se a escala de faces, sendo maior entre os não-brancos (18,9% contra 12,8%; $p < 0,001$).

A prevalência de *distress* de acordo com a Escala de Faces associou-se significativamente com todas as variáveis sócio-demográficas estudadas. Observou-se tendência linear entre a ocorrência de *distress* e a idade, a renda familiar e a escolaridade, sendo as duas últimas associações inversas. Assim, quanto maior a idade, maior a prevalência de *distress* observada (p para tendência linear $< 0,001$). Entre os mais jovens, apenas 9,6% apontaram para as faces 5 a 7; enquanto que, entre os mais velhos, esta proporção foi cerca de duas vezes maior (18,3%).

Quanto à renda familiar, observou-se que, quanto menor a renda, maior a prevalência de *distress* (21% entre aqueles com renda inferior a 2 salários-mínimos versus 9,1% entre os com renda maior do que seis salários; p para tendência linear $< 0,001$). Com relação à escolaridade, 27,6% dos indivíduos sem escolaridade formal contra 6,6% daqueles com doze anos ou mais de estudo apresentaram resultado positivo na Escala de Faces.

Tendências semelhantes foram detectadas quando se avaliou o desfecho de acordo com a auto-percepção de nervosismo, tanto individual quanto externa, sendo ambas mais freqüentes entre as mulheres, entre os mais velhos, os de menor renda e os de menor escolaridade. Comparativamente à Escala de Faces, a proporção de mulheres com respostas positivas para auto-percepção de nervosismo foi cerca de duas vezes maior (17,3% versus 37,8%). O mesmo observou-se quando se comparou a prevalência de “outros o acharem nervoso” (36,5% de respostas afirmativas entre as mulheres).

Entre os mais jovens (20-39 anos), a prevalência de auto-percepção de ser nervoso foi cerca de três vezes maior do que a prevalência de mal-estar subjetivo de acordo com a Escala de Faces. Entre os mais velhos, respostas positivas foram cerca de duas vezes mais freqüentes quando se investigou a auto-percepção de nervosismo do que com a Escala de Faces.

Para todos os grupos de renda a prevalência de respostas afirmativas a nervosismo foi cerca de duas vezes maior do que a positividade à Escala de Faces. Resultados semelhantes foram observados com relação à escolaridade, exceto para o grupo com 9-11 anos de educação formal cujas respostas afirmativas foram cerca de três a quatro vezes mais freqüentes às perguntas de “sentir-se nervoso” do que à Escala de Faces.

A análise do subgrupo constituído pelas 252 pessoas que forma positivas nos três instrumentos, confirmou estes achados: 77% eram mulheres; 64,6% tinham 40 anos ou mais de idade; 79% eram brancos; 80% haviam cursado no máximo o primeiro grau e pertenciam a famílias com mediana da renda mensal de 3,2 salários-mínimos. Comparativamente ao restante da amostra todas essas características se associaram com positividade aos três instrumentos ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

O presente estudo envolveu 3942 adultos maiores de 20 anos moradores da área urbana da cidade de Pelotas. O objetivo do estudo era medir a prevalência de “mal-estar” psicológico na população geral e analisar sua distribuição de acordo com algumas características sócio-demográficas.

Algumas limitações metodológicas do estudo devem ser apontadas. A primeira limitação reside na dificuldade de definir o desfecho “mal-estar subjetivo”. Uma definição prática de seu significado não existe, assim como também não existe uma definição de “saúde” ou de “normalidade”.

O instrumento para medir “mal-estar”, a Escala de Faces, não teve a sua validade nem a sua repetibilidade testadas no Brasil (3). As escalas visuais, no entanto, registram sentimentos inspirados pela experiência diária, garantem que todos os indivíduos percebam o mesmo estímulo visual (3), além de permitirem comparações intra-indivíduos ao longo do tempo (10). A aplicação da Escala de Faces é simples e útil para estudos comunitários porque utiliza uma linguagem não-verbal, compreensível, portanto, em qualquer contexto cultural (3). De qualquer forma, instrumentos para medir bem-estar, como, por exemplo, escalas visuais, fornecem apenas indicações gerais de *distress*. Analogamente ao termômetro clínico, escores elevados informam que algo está mal, sem especificar exatamente a origem (11).

Já as questões do sintoma “nervosismo”, que obviamente não constituem uma escala, tratam da outra classe de medidas de saúde que são os questionários estruturados. Em todos os questionários criados para medir bem ou mal-estar citados na introdução deste artigo a preocupação com o “estado nervoso” esteve presente. Naqueles que utilizam sub-escalas, representando sentimentos, negativos ou positivos, “nervosismo” é associado com ausência de bem-estar. Não há, no entanto, nenhuma conclusão definitiva sobre o significado da sua positividade isoladamente (3).

Outra potencial limitação desse estudo refere-se à possibilidade de viés de informação do desfecho uma vez que os entrevistados eram interrogados quanto ao estado que predominou no período e um ano anterior à entrevista. É possível que o sentimento no momento da entrevista seja referido como se fosse o predominante no último ano. É possível também que a memória de experiências que resultaram em bem-estar ou mal-estar sejam evocadas mais ou menos facilmente por diferentes. O efeito desse potencial viés de informação sobre as prevalências detectadas, portanto, não pode ser estimado.

Entre os 3942 adultos entrevistados, 14% apresentaram resposta afirmativa para mal-estar subjetivo de acordo com a Escala de Faces. A prevalência de “nervosismo auto-referido” e de “auto-percepção de outros o acharem nervoso” foi de 31,8% e de 33,2% respectivamente.

As mulheres, os mais velhos, os mais pobres e os indivíduos de menor escolaridade foram os que apresentaram as prevalências mais altas em comparação a seus pares. Tais achados são consistentes com os resultados de outros dois estudos de base populacional realizados em amostras da mesma população, e que enfocaram um elemento específico do MEP, a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores.

Os dois estudos usaram o SRQ-20, questionário de tipo estruturado validado no Brasil para a genérica categoria de distúrbios psiquiátricos menores (12), também mostraram uma relação desfavorável para dano de natureza psicológica nas mulheres, pobres e menos

escolarizados (13,14). No primeiro deles, renda familiar e educação foram ajustadas para sexo e idade sem mudanças significativas nos riscos relativos, sugerindo que o efeito destas variáveis sócioeconômicas não é simplesmente o resultado de distribuições diferenciais em idade e sexo (13). O segundo estudo (14) não encontrou associação significativa com a idade, mas isto talvez se deva ao fato de não terem sido incluídos no estudo indivíduos com mais de 50 anos. Já um estudo de coorte que usou um instrumento visual simples de bem-estar e incluiu indivíduos de 46-70 anos, não encontrou deterioração na satisfação com a vida (em geral) no envelhecimento (15). Este estudo, porém, foi desenvolvido na distinta realidade norte-americana.

Um estudo transversal de base populacional em Atenas também mostrou desvantagem para o sexo feminino, caracterizada por relatar mais sintomas de *distress* inespecífico. (16).

Da mesma forma, estudos em epidemiologia de serviços têm mostrado que mulheres demandam mais cuidados de saúde e que o ordenamento social está associado com gradientes de doença, aumentando, a morbidade e a mortalidade à medida que se descende na escala social (17, 18). Além disso, estudos em sociedades de animais têm mostrado um maior desgaste fisiológico, por exemplo dano cognitivo e aterosclerose, entre aqueles indivíduos que competem desde uma posição hierarquicamente inferior (3).

O impacto do bem-estar ou do mal-estar psicológico não se restringe ao âmbito da saúde mental. De acordo com um membro do comitê que fez a revisão da categoria diagnóstica “Fatores Psicológicos Afetando Condições Físicas”, para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (19), é possível afirmar que, embora complexa a verificação da interação precisa, fatores psicológicos afetam o início, o curso e o tratamento da maioria das condições médicas. O ponto crítico da agenda de pesquisas para a próxima década, portanto, estaria no desenvolvimento de intervenções preventivas que se ocupem da detecção precoce e oportuna de sintomas emocionais e da recuperação psicológica de doenças físicas (20).

No Brasil a pesquisa sobre o estresse está apenas despontando (21). Outros estudos que acrescentem informações sobre a dimensão real do problema do “mal-estar” psicológico precisam ser desenvolvidas para que possam ser implementadas ações específicas no âmbito da saúde pública. Concomitantemente, políticas públicas efetivas para reduzir a iniquidade em nosso país conjuminadas com a afirmação dos direitos de cidadania podem, então, combater estes estados de tristeza, nervosismo e MEP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre(RS): Artes Médicas Sul; 1999.
2. Last JM. A dictionary of epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1988.
3. McDowell I, Newell C. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
4. McEwen BS, Seeman T. Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress. Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals New York Academy of Sciences* 1999; 896:30-47.
5. Stedman. Dicionário Médico. 23 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1979.
6. Aardal-Eriksson E, Eriksson TE, Holm A, Lundin T. Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiatry* 1999; 46:850-5.
7. Zadik Z, Amir R, Dolfon Z, Arnon S, Cohen D, Mogilner B, Reifen R, Urinary free cortisol (UFC) values in newborns under stress. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999 jul-aug;12(4):543-7.
8. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
9. Comitê internacional de editores de revistas médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. *Jornal de Pediatria* 1997;73(4):213-24.
10. Altman DG. Practical statistics for medical research. 1st ed. London: Chapman & Hill; 1991
11. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in general population. *Arch Gen Psychiatry* 1980 Nov;37:1229-36
12. Lima MS, Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas,RS [dissertação]. Pelotas (RS): UFPEL; 1995.
13. 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'l J Psychiatry in Medicine* 1996;26(2):211-22.
14. Ustárrroz LFL. Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS [dissertação]. Pelotas (RS): UFPEL; 1997.

15. Palmore E, Kivett V. Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70. *Journal of Gerontology* 1977;32(3):311-6.
16. Gournas G, Madianos MG, Stefanis CN. Psychological functioning and psychiatric morbidity in an elderly urban population in Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;242(2-3):127-34.
17. Radaelli SM, Takeda SM, Gimeno LI, Wagner MB, Kanter FJ, de Mello VM et al. Demand of community health services in the periphery of a metropolitan area. *Rev Saude Publ* 1990;24(3):232-40.
18. Tanaka OY, Resenberg CP. Analysis of the use of an ambulatory unit of the department of health of the city of São Paulo, Brazil. *Rev Saude Publ* 1990;24(3):60-8.
19. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4th ed. Porto Alegre (RS):Artes Médicas Sul;1995.
20. Stoudemire A, editor. Fatores psicológicos afetando condições médicas. Porto Alegre (RS):Artes Médicas Sul;2000.
21. Lipp MEN, editor. Pesquisas sobre stress no Brasil. Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas (SP):Papyrus Editora;1996.

Tabela 1: Descrição da amostra (n = 3942).

	Característica	n	%
Idade (anos)	20 – 29	922	23,4
	30 – 39	853	21,6
	40 – 49	872	22,1
	50 – 59	598	15,2
	≥ 60	697	17,7
Cor	Branco	3175	80,5
	Não branco	767	19,5
Sexo	Feminino	2264	57,4
	Masculino	1678	42,5
Renda familiar* (SM)	< 2	788	20,3
	2 – 4	982	25,4
	4,1 – 6	658	17,0
	> 6	1446	37,3
	0	320	8,1
Escolaridade* (anos completos)	1 – 4	861	21,9
	5 – 8	1273	32,6
	9 – 11	797	20,3
	≥ 12	670	17,0

SM: salário-mínimo à época do estudo (R\$ 136,00); *houve perda de informação, não totalizando 3942.

Figura 1: Prevalência de mal-estar psicológico de acordo com o instrumento utilizado.

(%)

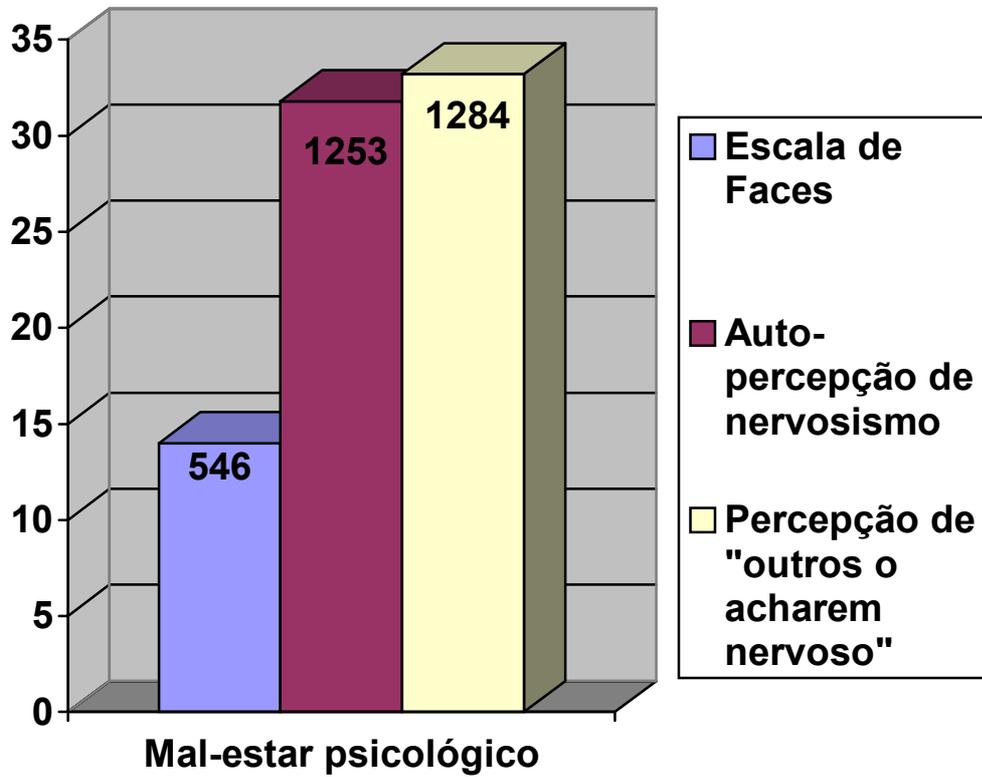


Tabela 2: Prevalência de Mal-estar Psicológico na população adulta de Pelotas e intervalos de confiança 95%, de acordo com a Escala de Faces e com a auto-percepção dos indivíduos. (Pelotas,1999)

Característica	Escala de faces (n = 546) (%)	Auto-percepção ¹ (n = 1253) (%)	Percepção externa ² (n = 1284) (%)
	<i>p</i> * <0,001	<i>p</i> * =0,01	<i>p</i> * <0,001
Idade (anos)	20 – 29	9,6 (7,1-12,1)	28,6 (26,1-31,1)
	30 – 39	10,3 (7,8-12,8)	31,3 (28,7-33,7)
	40 – 49	15,6 (12,6-18,6)	32,1 (29,5-34,7)
	50 – 59	19,3 (16-22,6)	35,7 (33-38,4)
	≥ 60	18,3 (15,1-21,5)	33,1 (30,5-35,7)
	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> = 0,50	<i>p</i> <0,98
Cor	Branco	12,8 (10-15,6)	31,6 (29-34,2)
	Não branco	18,9 (15,6-22,2)	32,9 (30,3-35,5)
	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> <0,001
Sexo	Feminino	17,3 (14,1-20,5)	37,8 (35,1-40,5)
	Masculino	9,7 (7,2-12,2)	23,8 (21,4-26,2)
	<i>p</i> * <0,001	<i>p</i> * <0,001	<i>p</i> * <0,001
Renda familiar (SM)	< 2	21,0 (17,6-24,4)	36,5 (33,8-39,2)
	2 – 4	16,8 (13,7-19,9)	37,1 (34,4-39,8)
	4,1 – 6	13,2 (10,4-16)	33,4 (30,8-36)
	> 6	9,1 (6,7-11,5)	25,7 (23,3-28,1)
	<i>p</i> * <0,001	<i>p</i> * <0,001	<i>p</i> * <0,001
Escolaridade (anos completos)	0	27,6 (23,9-31,3)	41,4 (38,7-44,1)
	1 – 4	19,6 (16,3-22,9)	37,9 (35,2-40,6)
	5 – 8	14,6 (11,6-17,6)	33,2 (30,6-35,8)
	9 – 11	8,2 (5,9-10,5)	28,9 (26,3-31,5)
	≥ 12	6,6 (4,5-8,7)	20,2 (18-22,4)

* Teste para tendência linear

¹ Considera-se “nervoso”

² Acha que os outros o consideram “nervoso”

**ASSOCIAÇÃO ENTRE EVENTOS PSICOSSOCIAIS E MAL-ESTAR
PSICOLÓGICO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, PELOTAS, RS.
ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL EVENTS AND
PSYCHOLOGICAL DISTRESS: A COMMUNITY BASED STUDY,
PELOTAS,RS**

**Felipe Sparrenberger¹
Iná dos Santos²
Rosângela da Costa Lima³**

RESUMO

Introdução: Foi realizado, no último trimestre de 1999, um estudo transversal com o objetivo de testar a hipótese de que eventos estressantes aumentam a prevalência de mal-estar. A Escala de Faces foi usada para medir bem-estar psicológico. Foram estudados morte e doença em familiar, separação conjugal, roubo, acidente, migração e perda do emprego.

Material e métodos: Uma amostra de base populacional de 3,942 pessoas com 20 anos ou mais foi entrevistada em suas casas por entrevistadores treinados. A análise multivariada foi realizada por regressão logística. Um modelo hierárquico com características sócio-demográficas em seu primeiro nível e eventos psicossociais estressantes em seu segundo nível foi considerado para análise. As análises foram estratificadas para gênero. Risco atribuível na população também foi calculado.

Resultados: A prevalência de *distress* foi de 14% (12,9%-15,1%). Após o ajuste para fatores de confusão, perda de emprego esteve associada significativamente para ambos, homens e mulheres. Entre homens morte de amigo ou parente e roubo estiveram associados com risco aumentado de *distress*. Entre mulheres, separação conjugal e doença em membro da família foram os principais fatores de risco. Quase 37% de todo o *distress* observado na população estudada esteve associado com a ocorrência de ao menos um evento estressante.

Conclusão: Estes achados suportam a hipótese de que eventos de vida estressantes aumentam a prevalência de *distress* entre adultos. Exceto para desemprego que mostrou ser um importante fator de risco para ambos, homens e mulheres reagem diferentemente aos eventos de vida estressantes.

UNITERMOS: Acontecimentos que mudam a vida, Bem-estar, Epidemiologia, Estresse psicológico, Escala de Faces.

ABSTRACT

Introduction: A cross-sectional study was carried out in the last trimester of 1999 aiming to test the hypothesis that stressful life events increase the prevalence of distress. The Faces Scale was used to measure psychological well-being. The study focused on death of friends or relatives, disease in a household member, divorce, robbery, accident and illness in the family, divorce, robbery, accident, migration and loss of employment.

Material and methods: A population-based sample of 3,942 persons 20 years or older were interviewed at household by a trained interviewer. Multivariate analysis were carried out through logistic regression. An hierarchical model with social-demographic characteristics in the first level and stressful psychosocial events in the second level was considered for analysis. Analysis were stratified by gender. Attributable risks in the total population were also calculated.

Results: Prevalence of distress was of 14% (12,9%-15,1%). After allowing for confounding, loss of employment was significantly associated with distress for both, men and women. Among men death of friend or of a relative and robbery were also associated with increased risk of distress. Among women, divorce and disease and household member were the main risk factors. Almost 37% of all distress observed in the studied population was associated with the occurrence of at least one stressful life event.

Conclusion: These findings support the hypothesis that stressful life events increase the prevalence of distress among adults. Apart from loss of employment which showed to be an important risk factor for both, men and women react differently to stressful life events.

KEY WORDS: Life change events; Wellness; Well-being; Epidemiology; Stress, psychological; Faces Scale.

¹ médico, mestrando em Epidemiologia, UFPel, Pelotas, RS.

² médica, doutora em Medicina, UFRGS, professora da UFPel, Pelotas, RS.

³ médica, doutoranda em Epidemiologia, UFPel, Pelotas, RS.

INTRODUÇÃO

Uma boa definição de bem-estar é a de Veenhoven: o grau em que um indivíduo julga a qualidade de sua vida como um todo favoravelmente (1). É intuitivo pensar que eventos psicossociais possam Ter um efeito sobre a sensação de bem-estar. No entanto, este tema é controverso. Um estudo longitudinal de 2 anos de duração concluiu, por exemplo, que somente eventos recentes (últimos 3 meses) influenciam a satisfação com a vida e o afeto positiva ou negativamente (2).

Pesquisas delineadas para estudar o impacto dos eventos psicossociais encontraram associação com desfechos de saúde específicos. Assim, em uma coorte inglesa (3), foi observada associação com infecção do trato respiratório. No entanto, dependendo de um estilo individual adequado de enfrentar estas experiências, o efeito poderia ser reduzido.

Um estudo de casos e controles sueco mostrou que pacientes com angina pectoris estável experienciaram mais eventos estressantes, distúrbios do sono e sintomas psicossomáticos do que os controles (4). Uma revisão publicada em 2000 concluiu que a identificação de depressão e de outros fatores de risco psicossociais para a progressão da doença coronariana, abrem espaço para se discutir estratégias de intervenções comportamentais para estes indivíduos (5). E, uma outra revisão, incluindo cinco estudos, concluiu que eventos de vida estressantes são fatores de risco para doença cerebrovascular, embora esse efeito possa ser amortecido através de uma boa rede de suporte social (6).

Foi encontrada uma prevalência mais alta de eventos de vida estressantes entre portadores de cálculos renais sintomáticos do que entre os controles (7). Entre atletas, os eventos negativos de vida foram os únicos fatores preditores de lesão (8). Eventos de vida estressantes eram enfrentados de forma menos adequada por portadores de dispepsia funcional (9). Em uma coorte recente (10), estressores persistentes, juntamente com níveis mais altos de ansiedade, prediziam a recorrência de herpes genital. Da mesma forma, resultados de outras investigações têm sugerido que eventos de vida estressantes podem acelerar a progressão da síndrome da imunodeficiência adquirida (11,12,13).

Outros estudos, entretanto, não encontraram associação. Uma coorte norueguesa não detectou diferenças na ocorrência de distúrbios da gravidez entre gestantes com e sem graves eventos de vida. As primeiras, no entanto, foram hospitalizadas mais frequentemente do que as controles(14).

Em um estudo transversal (15), o perfil lipídico não esteve associado com padrão de comportamento tipo A, suporte social ou a ocorrência de eventos de vida. Uma coorte europeia não encontrou impacto negativo dos eventos de vida no curso da artrite reumatóide (16); e, outra não detectou associação entre medidas de estresse e a incidência de herpes zoster (17). Finalmente, um estudo australiano não encontrou eventos de vida associados ao início de câncer de mama (18).

Por último, várias outras investigações analisando somente desfechos de natureza psicológica, também acharam resultados positivos. Um estudo transversal, que utilizou o perfil de estresse de Derogatis (um inventário de 77 itens que avalia separadamente eventos ambientais, presença de mediadores de personalidade e resposta emocional ao estresse) encontrou associação entre determinados aspectos negativos do padrão de sono e componentes do estresse (19). E, sujeitos com ansiedade generalizada reportam mais eventos, além de os perceberem como mais estressantes (20).

A hipótese que motivou este estudo é a de que determinados eventos psicossociais, que apresentam a potencialidade de mudar o curso de uma vida, levam a uma ruptura na sensação de bem-estar psicológico. Esta ruptura, o mal-estar psicológico (MEP), será algumas vezes referida como mal-estar psicológico, ou ainda *distress*.

MATERIAL E MÉTODOS

O delineamento utilizado foi de um estudo transversal de base populacional. O trabalho de campo foi realizado no último trimestre de 1999. Para a seleção da amostra foi utilizado um processo sistemático por conglomerados. Foram sorteados 48 setores censitários na região urbana do município de Pelotas, RS. Em cada um destes setores foi sorteado um quarteirão e, nele, a esquina para iniciar o estudo. O primeiro domicílio considerado foi aquele situado imediatamente à esquerda da casa de esquina (o entrevistador de costas para a casa de esquina). A partir daí, de forma sistemática, foram visitados um em cada três, sempre no sentido da esquerda para a direita de quem estivesse de costas para a porta do domicílio inicial, até que fosse completado um total de 44 casas. Em cada uma destas casas, todo morador com mais de 20 anos era entrevistado quanto a características sócio-demográficas (idade, anos de escola que frequentou com sucesso e a renda no último mês) e quanto à ocorrência de uma sete eventos psicossociais estressantes no ano que antecedeu a entrevista (migração, acidente, roubo, doença grave em familiar que reside na casa, morte de familiar ou de pessoa muito importante, separação conjugal e perda de emprego). A cor da pele e o sexo

também foram registrados. Foram excluídos os visitantes, moradores temporários, empregados domésticos e pessoas com deficiência mental.

Mediu-se a prevalência de mal-estar psicológico através da Escala de Faces (21,22), uma escala visual intervalar de sete pontos, composta por faces estilizadas, referindo-se ao estado que predominou no ano anterior à entrevista. Cada figura consiste de um círculo com olhos que não mudam, e uma boca que varia desde um sorriso de quase meio-círculo até um outro meio-círculo semelhante voltado para baixo, que inspira o sentimento de tristeza (22). A resposta foi considerada positiva nos três estados mais negativos.

O tamanho de amostra foi calculado para detectar um risco relativo maior ou igual a 2, dada uma prevalência de MEP de 15% entre os não-expostos. O poder utilizado foi de 80%, erro alfa de 5% e uma razão de 4 não-expostos para cada exposto. Visando compensar possíveis perdas ou recusas e para trabalhar fatores de confusão, a amostra foi acrescida respectivamente em 10% e 20%, atingindo 515 adultos ou 224 domicílios a serem visitados (estimando-se uma média de 2,3 adultos por domicílio). Este número foi acrescido de 50% prevendo o efeito de delineamento que pode ocorrer na amostragem sistemática e por conglomerado (23). Seria necessário, portanto, entrevistar os moradores de 336 domicílios.

Uma vez que o estudo foi conduzido sob a forma de consórcio com outros pesquisadores que requeriam uma amostra maior, esta foi expandida para 2112 domicílios. Ao todo 3942 indivíduos foram entrevistados. Houve 6,4% entre recusas e pessoas que não foram localizadas após três revisitas.

A execução do trabalho de campo ficou a cargo de 48 entrevistadoras (requisito mínimo o segundo grau completo), todas submetidas a treinamento prévio e participação em estudo piloto.

Para o controle de qualidade do trabalho, foram revisitadas pelos supervisores 5% das residências selecionadas ao acaso. O pacote Epi Info foi usado para o cálculo da amostra, entrada dos dados e checagem da consistência.

Foi calculada a prevalência anual de mal-estar psicológico (MEP) (número de pessoas com MEP, a maior parte do tempo, durante o último ano, incluindo, portanto, casos de MEP iniciados antes mas estendendo-se para o último ano, bem como os casos de MEP iniciados no último ano) (24) em cada uma das categorias. As associações entre eventos estressantes e MEP foram avaliadas através do qui-quadrado de Pearson ou, caso aplicável, teste de tendência linear. Na análise bivariada a medida de efeito utilizada foi razão de prevalência (RP) para as características sócio-demográficas e razão de odds (RO) para os eventos estressantes.

Todas as variáveis foram incluídas na análise multivariada, realizada por regressão logística, de acordo com o modelo teórico (Figura). Retirou-se, inicialmente, aquela que apresentava o maior valor-p e recalculou-se, assim sucessivamente, até que não permanecesse no modelo nenhum fator com valor-p maior do que 0,05. Todas as análises foram realizadas através do pacote estatístico Stata 6.0.

Calculou-se também a fração etiológica (FE) para cada uma das variáveis independentes a partir da razão de odds ajustada para fatores de confusão (RO), através da fórmula (25):

$$FE = \frac{P(RO - 1)}{P(RO - 1) + 1} \quad P = \text{prevalência do fator}$$

O estudo adotou, para atender aspectos éticos, os requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas (26), esclarecendo-se previamente, portanto, o respondente sobre os propósitos gerais do estudo.

RESULTADOS

A prevalência total de MEP foi de 14% (IC95% 12,9-15,1) A Tabela 1 mostra a prevalência de MEP (e seu IC95%) e as medidas de efeito não-ajustadas de acordo com as características socioeconômicas e demográficas. O MEP se associou significativamente com todas as características sócio-demográficas investigadas. Assim, as mulheres apresentaram uma prevalência maior do que os homens e os não-brancos maior do que os brancos. Observou-se uma relação direta de MEP com a idade, pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos apresentaram uma razão de prevalência (RP) cerca de duas vezes maior do que a dos indivíduos de 20-29 anos tomados como categoria basal. Uma relação inversa também foi encontrada com renda e escolaridade. Assim, indivíduos que habitam uma moradia com renda familiar total maior do que 6 salários-mínimos (SM) apresentam uma RP de 0,44, quando comparados a categoria basal menor do que 2 SM. Em relação a escolaridade, observou-se que as categorias que vão dos 5-8 anos, dos 9 a 11 anos de estudo e com mais de 12 anos de estudos apresentaram RP, respectivamente, de 0,56, 0,31 e 0,25 quando comparadas aos analfabetos.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos eventos estressantes de acordo com as características sócio-demográficas. Morte de familiar e desemprego estiveram associados com

todas as variáveis estudadas. O fato de ser mulher e de ser menos escolarizado sujeitou o indivíduo a um risco maior de apresentar um familiar doente (16,3% entre as mulheres e 13,8% entre os homens; 15,4% entre os analfabetos e 11,6% no outro extremo). O fato de separar-se do cônjuge associou-se com renda familiar (relação inversa), com cor (os não-brancos se separando mais do que os brancos) e com idade (os mais jovens se separando mais do que os mais velhos). A perda do emprego ocorreu para 20,4% daqueles de menor renda e para 4,8% daqueles de maior renda. Os homens ficaram mais desempregados do que as mulheres (14,7% X 9,9%). Os não brancos perderam o emprego na ordem de 18,8% contra 10,3%. Os mais jovens perderam mais o emprego do que os mais velhos (20,9% na categoria 20-29 anos, e 10,2% na categoria 50-59 anos). Os de maior escolaridade tiveram menos desemprego, mas os com 5-8 anos de estudo relataram mais desemprego do que os analfabetos (4,3%, 15,4% e 10,0%, respectivamente). O evento ter sido roubado ou assaltado associou-se significativamente com renda; 7,2%, 7,5%, 6,1% e 9,6%, respectivamente entre aqueles com renda familiar total de menos de 2 SM, 2-4 SM, 4,1-6 SM e mais de 6 SM. Migração mostrou-se associado significativamente apenas com escolaridade e idade, indicando que o perfil daquele que vem morar em Pelotas é de jovem (o dobro na relação com a categoria mais extrema) e com mais escolaridade (1% entre todos os analfabetos contra 1,8% de todos os mais escolarizados). Os homens se acidentaram mais do que as mulheres (13,1% X 8,8%), e os mais jovens mais do que os mais velhos.

A Tabela 3 mostra a prevalência anual de MEP de acordo com a vivência de eventos estressantes, bem como as razões de odds bruta e ajustada. Acidente e migração foram os únicos dois eventos que não estiveram associados significativamente com o desfecho. Assim, por exemplo, os indivíduos que se separaram no último ano tiveram probabilidade duas vezes maior de relatar MEP. A ocorrência de doença em familiar implicou em um aumento de 84% no risco do indivíduo apresentar MEP. A associação entre MEP e o evento morte de familiar apresentou confusão positiva (caiu de 1,57 na bruta para 1,27 na ajustada), mas mesmo após o ajuste continuava apresentando um intervalo de confiança que não englobava a unidade. Para os outros eventos não se observou confusão. O maior efeito observado foi para separação conjugal (RO ajustada de 2,34), o segundo maior foi desemprego (RO ajustada 1,96) e o terceiro doença em familiar (RO ajustada de 1,84). Observou-se um efeito tipo dose-resposta na avaliação do escore de eventos (RO ajustada de 1,52 para quem apresentou qualquer um dos eventos estudados, e RO ajustada de 2,84 para quem apresentou 2 ou mais).

Uma vez que o impacto dos eventos estressantes sobre o bem-estar possa ser dependente do gênero do indivíduo, análises ajustadas foram também conduzidas após a

estratificação por sexo. Nessa análise, os eventos migração e acidente mantiveram-se não associados com o desfecho. Por outro lado, o evento perda de emprego associou-se com risco de apresentar MEP aumentado em cerca de 30% para o sexo masculino [RO ajustada para as mulheres igual a 1,9 ($p<0,01$); RO ajustada para os homens igual a 2,27 ($p<0,01$)]. Quanto aos demais eventos homens e mulheres comportaram-se de forma diferente, sendo que o que foi significativo para um, não o foi para o outro. Assim, entre os homens, estiveram associados com maior risco de MEP a vivência de morte de familiar (RO ajustada 1,6; $p<0,01$) e de roubo ou assalto (RO ajustada 1,93; $p=0,02$). Entre as mulheres, foram significativas as associações com doença de familiar (RO ajustada 2,13; $p<0,01$) e a separação conjugal (RO ajustada 2,87; $p<0,01$).

A Tabela 4 mostra a fração etiológica dos fatores preditores de MEP ajustada para os fatores de confusão. As mais altas frações etiológicas estiveram associadas com variáveis socioeconômicas (educação, 38,2%; renda, 32,3%) ou com a ocorrência de qualquer um dos eventos (36,4%). Se a educação em todos os grupos fosse tão alta como no grupo de comparação (12 anos ou mais de escolaridade) a prevalência de MEP seria reduzida em mais de um terço. Separação conjugal embora apresentando a maior razão de odds (RO ajustada de 2,34) representou apenas 7% da fração etiológica porque sua frequência na população foi relativamente baixa (5,6%)

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que as mulheres, os mais velhos, os não-brancos, os mais pobres e com menor escolaridade apresentaram maior risco de MEP. Entre os sete eventos estressantes estudados, cinco se associaram significativamente com maior risco de MEP: morte de familiar, desemprego, separação conjugal, roubo e doença na família. A confusão positiva observada em relação à morte de familiar possivelmente se deve à associação significativa existente entre este evento e as características sócio-demográficas estudadas. Tais achados deste estudo são consistentes com os resultados de outro estudo de base populacional realizado em amostras da mesma população, que enfocou um aspecto específico do MEP: os distúrbios psiquiátricos menores (27). A lista de eventos empregadas no presente artigo foi idêntica a desse outro estudo, exceto pelo fato de não ter sido considerado como evento morte de familiar apenas cônjuge ou irmão, e sim qualquer pessoa da família ou até mesmo qualquer pessoa muito importante para o entrevistado. Embora as frequências encontradas para o desfecho tenham diferido (MEP 14%, transtornos psiquiátricos menores

22,7%), os riscos relativos, com seus respectivos intervalos de confiança, tanto das características sócio-demográficas quanto dos eventos psicossociais sempre se sobrepuseram.

Cabe ressaltar que MEP diferencia-se de depressão. A depressão é entendida como uma afecção, uma condição clínica suscetível ao diagnóstico feito por um observador externo, capaz de reconhecer os sinais e sintomas que a definem. O *distress* é algo que resulta da relação entre um evento e o modo como este é interpretado (28). O impacto da vivência de eventos estressantes sobre o bem-estar psicológico variou de acordo com o sexo do indivíduo. Exceto com relação ao desemprego, que se comportou como fator de risco para ambos os sexos, os demais tiveram significância exclusiva para apenas indivíduos de um dos sexos. Para os homens, morte de familiar e roubo foram fator de risco para MEP. Para as mulheres, doença de familiar e separação conjugal representaram risco significativo.

Para avaliar a contribuição das variáveis independentes na determinação de MEP, a Fração Etiológica na População (FEP) foi calculada. A FEP é a proporção de casos de doença ocorrendo na população total que seriam evitados se a exposição fosse removida. A fração etiológica associada à renda familiar, à escolaridade e à ocorrência de pelo menos um evento estressante forma bastante próximas. Uma distribuição de renda mais igualitária ou um acesso mais universal aos bancos escolares poderia, então, reduzir substancialmente a prevalência de MEP. Como ficou evidenciado no atual estudo, a ocorrência de eventos de vida apresentam forte causalidade sobre o MEP. É evidente que políticas sociais podem reduzir a ocorrência destes eventos desestruturantes. Isto fica claro quando se pensa na questão do desemprego ou da criminalidade, mas também está relacionada aos índices de morbi-mortalidade, e talvez até a separação dos casais.

Um aspecto interessante do atual estudo refere-se ao poder da amostra em detectar o efeito dos potenciais fatores de risco. Tendo em vista a expansão da amostra para atender as necessidades do consórcio de pesquisadores, bem como as prevalências observadas, a amostra final contou com um poder de cerca de 99,9% de detectar riscos relativos iguais ou maiores a 2,0, significativos ao nível de alfa de 5%.

Algumas limitações metodológicas, no entanto, podem ter influenciado nos resultados observados. Não foram estudados traços de personalidade (definidos em termos da maneira como o sujeito usualmente enfrenta os estressores) (28). Não foi investigada a rede de suporte social, que sabidamente ameniza o impacto de estressores (28). Também não houve a preocupação em definir características objetivas do evento em si: “valência” (ganho ou perda, positivo ou negativo), a inevitabilidade, a previsibilidade, a magnitude, a centralidade para o indivíduo ou o impacto físico (29); nem a percepção subjetiva do mesmo (30) ou tampouco

sua duração ou período de extinção (31). Além disso, só foram estudados eventos negativos, e em pequeno número. As listas de eventos usuais apresentam um elenco de possibilidades bem maior.

O viés de memória pode ter provocado apenas pequena alteração nos resultados, uma vez que dados biográficos, diferentemente de dados de personalidade, não são significativamente influenciados por comportamento depressivo ou problemas cognitivos (32). Já o viés da causalidade reversa, inerente aos estudos transversais, pode ter causado um impacto bastante pronunciado quando analisada a relação da baixa renda com o desemprego ou com separação conjugal.

Em um momento em que tem sido demonstrado o impacto da vivência de eventos durante a gestação sobre desfechos tão objetivos como mal-formações congênitas (33,34) parece lógico admitir-se que estes eventos sejam reais fatores de risco para a saúde e bem-estar do ser humano. Um estudo de intervenção mostrou melhoras objetivas em parâmetros funcionais de asmáticos e de portadores de artrite reumatóide que escreveram a respeito de suas experiências estressantes (35). Descortina-se desta forma, uma nova porta na prevenção em termos de Saúde Pública: a proposição de estratégias que visem o adequado enfrentamento por parte dos indivíduos de eventos estressantes.

Sugere-se, outrossim, que estudos de eventos psicossociais como fator de risco para desfechos em saúde sejam estudados através de coortes populacionais, e que utilizem marcos teóricos mais complexos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veenhoven R. Questions on happiness; classical topics, modern answers, blindspots. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N, editors. *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press; 1991. p.7-26.
2. Suh E, Diener E, Fujita F. Events and subjective well-being: only recent events matter. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70(5):1091-102.
3. Cobb JMT, Steptoe A. Psychosocial stress and susceptibility to upper respiratory tract illness in an adult population sample. *Psychosom Med* 1996; 58(5):404-12.
4. Billing E, Hjemdahl P, Rehnqvist N. Psychosocial variables in female vs male patients with stable angina pectoris and matched healthy controls. *Eur J Hearth* 1997; 18:911-8.
5. Krantz DS, Sheps DS, Carney RM, Natelson BH. Effects of mental stress in patients with coronary artery disease. Evidence and clinical implications. *JAMA* 2000 Apr 12; 283(14):1800-2.
6. Schneck MJ. Is psychological stress a risk factor for cerebrovascular disease? *Neuroepidemiology* 1997; 16:174-9.
7. Najem RG, Seebode JJ, Samady AJ, Feuerman M, Friedman L. Stressful life events and risk of symptomatic kidney stones. *Int J Epidemiol* 1997; 26(5):1017-23.
8. Andersen MB, Williams JM. Athletic injury, psychosocial factors and perceptual changes during stress. *J Sports Sci* 1999; 17:735-41.
9. Cheng C, Hui W, Lam S. Coping style of individuals with functional dyspepsia. *Psychosom Med* 1999; 61:789-95.
10. Cohen F, Kemeny ME, Kearney KA, Zegans LS, Neuhaus JM, Conant MA. Persistent stress as a predictor of genital herpes recurrence. *Arch Intern Med* 1999 Nov 8; 159:2430-6.
11. Evans DL, Leserman J, Perkins DO, Stern RA, Murphy CRN, Zheng BMS et al. Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. *Am J Psychiatry* 1997 May; 154(5):630-4.
12. Nott KH, Vedhara K. Nature and consequences of stressful life events in homosexual HIV-positive men: a review. *Aids Care* 1999; 11(2):235-43.
13. Leserman J, Jackson ED, Petitto JM, Golden RN, Silva SG, Perkins DO et al. Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med* 1999; 61: 397-406.
14. Rostad B, Schei B, Jacobsen G. Health consequences of severe life events for pregnancy. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13:99-104.

15. Knox SS, Jacobs DR, Chesney MA, Raczynski J, McCreath H. Psychosocial factors and plasma lipids in black and white young adults: the coronary artery risk development in young adults study data. *Psychosom Med* 1996; 58(4):365-73.
16. Leymarie F, Jolly D, Sanderman R, Briançon S, Marchand AC, Guillemin F et al. Life events and disability in rheumatoid arthritis: a european cohort. *Br J Rheumatol* 1997; 36:1106-12.
17. Schmader K, George LK, Burchett BM, Hamilton JD, Pieper CF. Race and stress in the incidence of herpes zoster in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1998 Aug; 46(8):973-7.
18. Protheroe D, Turvey K, Horgan K, Benson E, Bowers D, House A. Stressful life events and difficulties and onset of breast cancer: case-control study. *Br Med J* 1999 Oct 16; 319(7216): 1027-30.
19. Verlander LA, Benedict JO, Hanson DP. Stress and sleep patterns of college students. *Percept Motor Skill* 1999; 88:893-8.
20. Brantley PJ, Mehan DJ, Ames SC, Jones GN. Minor stressors and generalized anxiety disorder among low-income patients attending primary care clinics. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:435-40.
21. Lorish CD, Maisiak R. The face scale: a brief, nonverbal method for assessing patient mood. *Arthritis Rheum* 1986 Jul; 29(7):906-9.
22. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press;1996.
23. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons;1977.
24. Last JM, editor. A dictionary of epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press;1988.
25. Pereira MG. Epidemiologia. Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
26. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. *Jornal de Pediatria* 1997; 73(4):213-24.
27. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: na estiamte of the population attributable fraction in brazilian community-based study. *Int'l J Psychiatry Med* 1996; 26(2):211-22.
28. Palmeira GAES. A medida da psique: uma apreciação das variáveis utilizadas na investigação de aspectos psicológicos relacionados ao câncer [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro,1994.
29. Dohrenwend BP. The role of adversity and stress in psychopatology: some evidence and its implications for theory and research. *J Health Soc Behav* 2000; 41:1-19.

30. Kuiper NA, Olinger J, Lyons LM. Global perceived stress level as a moderator of the relationship between negative life events and depression. *J Human Stress* 1986; 12(4):149-53.
31. Livianos-Aldana L, Rojo-Moreno L, Cervera-Martínez G, Domingues-Carabantes JÁ. Temporal evolution of stress in the year prior to the onset of depressive disorders. *J Affect Disorders* 1999; 53:253-62.
32. Bühler KE, Haltenhof H, Geyer S, Bardeleben H. Reliability of biographical data, their relations to personality variables and their influence on life-events. *J Affect Disorders* 1999; 53:67-76.
33. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet* 2000;385:875-80.
34. Carmichael SL, Shaw GM. Maternal life event stress and congenital anomalies. *Epidemiology* 2000; 11:30-5.
35. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. A randomized trial. *JAMA* 1999 Apr 14; 281(14):1304-9.

Tabela 1: Prevalência anual de mal-estar psicológico (MEP) e medidas de efeito de acordo com características socioeconômicas em Pelotas, RS, 1999.

Característica	Frequência (%)	MEP (%)	RP (IC95%)	p
Idade				<0,001 *
20-29	23,4	9,1	1,00	
30-39	21,6	10,3	1,07 (0,81-1,42)	
40-49	22,1	15,6	1,62 (1,26-2,09)	
50-59	15,2	19,3	1,98 (1,53-2,57)	
60+	17,7	18,3	1,85 (1,43-2,39)	
Cor				<0,001
Branco	80,5	12,8	1,00	
Não-branco	19,5	19,8	1,47 (1,23-1,75)	
Sexo				<0,001
Feminino	57,4	17,3	1,79 (1,50-2,13)	
Masculino	42,5	9,7	1,00	
Renda familiar (SM)				<0,001 *
<2	20,3	21,0	1,00	
2-4	25,4	16,8	0,81 (0,67-0,99)	
4,1-6	17,0	13,2	0,64 (0,50-0,81)	
>6	37,3	9,1	0,44 (0,36-0,55)	
Escolaridade (anos completos)				<0,001 *
0	8,1	27,6	1,00	
1-4	21,9	19,6	0,73 (0,58-0,92)	
5-8	32,6	14,6	0,56 (0,44-0,7)	
9-11	20,3	8,2	0,31 (0,23-0,42)	
>=12	17,0	6,6	0,25 (0,18-0,35)	

* Teste para tendência linear

Tabela 2: Distribuição dos eventos vitais de acordo com idade, sexo, cor, renda e escolaridade em Pelotas, RS, 1999.

Característica	Morte na família (%)	Doença na família (%)	Separação conjugal (%)	Perda do emprego (%)	Roubo/Assalto (%)	Migração (%)	Acidente (%)
Renda Familiar							
< 2 SM	310 (39,4)	120 (15,2)	56 (7,1)	161 (20,4)	57 (7,2)	9 (1,2)	93 (11,8)
2-4	394 (40,1)	139 (14,2)	67 (6,8)	159 (16,2)	73 (7,5)	5 (0,5)	103 (10,5)
4,1-6	45 (37,2)	102 (15,5)	30 (4,6)	77 (11,7)	40 (6,1)	4 (0,6)	67 (10,2)
>6	478 (33,1)	232 (16,1)	65 (4,5)	70 (4,8)	138 (9,6)	18 (1,3)	145 (10,0)
p	<0,01*	0,37*	<0,01*	<0,01*	0,04*	0,46*	0,23*
Sexo							
Feminino	870 (38,4)	369 (16,3)	139 (6,1)	225 (9,9)	171 (7,6)	21 (0,9)	198 (8,8)
Masculino	584 (34,9)	231 (13,8)	81 (4,8)	246 (14,7)	138 (8,2)	15 (0,9)	219 (13,1)
p	0,022	0,029	0,076	<0,001	0,434	0,919	<0,001
Cor							
Branco	1132 (35,7)	467 (14,7)	155 (4,9)	327 (10,3)	250 (7,9)	32 (1,0)	332 (10,5)
Não-branco	322 (42,0)	133 (17,4)	65 (8,5)	144 (18,8)	59 (7,7)	4 (0,5)	85 (11,1)
p	0,001	0,067	<0,001	<0,001	0,861	0,209	0,617

continua...

...continuação

Característica	Morte na família (%)	Doença na família (%)	Separação conjugal (%)	Perda do emprego (%)	Roubo/Assalto (%)	Migração (%)	Acidente (%)
Idade							
20-29	288 (31,2)	152 (16,5)	89 (9,7)	193 (20,9)	84 (9,1)	16 (1,8)	111 (12,0)
30-39	294 (34,5)	117 (13,7)	49 (5,7)	113 (13,3)	69 (8,1)	12 (1,4)	114 (13,4)
40-49	340 (39,0)	147 (16,9)	39 (4,5)	91 (10,4)	71 (8,1)	1 (0,1)	83 (9,5)
50-59	233 (39,0)	77 (12,9)	32 (5,4)	61 (10,2)	37 (6,2)	1 (0,2)	47 (7,9)
>=60	299 (43,1)	107 (15,4)	11 (1,6)	13 (1,9)	48 (6,9)	6 (0,9)	62 (8,9)
p	<0,01*	0,48*	<0,01*	<0,01*	0,04*	<0,01*	<0,01*
Escolaridade (anos completos)							
0	133 (41,8)	49 (15,4)	14 (4,4)	32 (10,0)	19 (6,0)	3 (1,0)	30 (9,4)
1-4	361 (42,0)	149 (17,3)	42 (4,9)	109 (12,7)	59 (6,9)	3 (0,4)	95 (11,0)
5-8	506 (39,4)	195 (15,2)	78 (6,1)	198 (15,4)	95 (7,4)	7 (0,6)	136 (10,6)
9-11	254 (31,9)	129 (16,2)	53 (6,7)	101 (12,7)	62 (7,8)	11 (1,4)	83 (10,4)
>=12	198 (29,6)	78 (11,6)	33 (4,9)	29 (4,3)	74 (11,0)	12 (1,8)	70 (10,5)
p	<0,01*	0,03*	0,44*	<0,01*	<0,01*	<0,01*	0,97*

* tendência linear

Tabela 3: Prevalência anual de mal-estar psicológico (MEP) de acordo com a vivência de eventos estressantes e razão de odds bruta e ajustada, Pelotas, RS, 1999.

Evento estressante	Freqüência (%)	MEP (%)	RO bruta (IC 95%)	RO ajustada @ (IC 95%)
Morte na família*				
Não	63,1	12,0	1,00	1,00
Sim	36,9	17,6	1,57 (1,31-1,88)	1,27 (1,05-1,55)
p		<0,001 (P)	<0,0001 (P)	0,0225 (ERV)
Acidente*				
Não	89,4	13,9	1,00	1,00
Sim	10,6	15,3	1,12 (0,84-1,49)	1,13 (0,83-1,53)
p		0,426 (P)	0,4265 (P)	0,4776 (ERV)
Desemprego*				
Não	88,1	12,9	1,00	1,00
Sim	12,0	22,6	1,97 (1,55-2,51)	1,96 (1,49-2,58)
p		<0,001 (P)	<0,0001 (P)	<0,0001 (ERV)
Separação conjugal*				
Não	94,4	13,2	1,00	1,00
Sim	5,6	26,9	2,42 (1,76-3,31)	2,34 (1,66-3,30)
p		<0,001 (P)	<0,0001 (P)	<0,0001 (ERV)
Roubo*				
Não	92,2	13,8	1,00	1,00
Sim	7,8	17,4	1,32 (0,97-1,80)	1,47 (1,05-2,05)
p		0,081 (P)	0,0809 (P)	0,0333 (ERV)
Doença na família*				
Não	84,8	12,6	1,00	1,00
Sim	15,2	21,9	1,94 (1,55-2,42)	1,84 (1,45-2,33)
p		<0,001 (P)	<0,0001 (P)	<0,0001 (ERV)
Migração*				
Não	99,1	14,0	1,00	1,00
Sim	0,9	8,3	0,56 (0,17-1,82)	0,62 (0,18-2,15)
p		0,326 (P)	0,3258 (P)	0,4261 (ERV)

continua...

continuação

Evento estressante	Frequência (%)	MEP (%)	RO bruta (IC 95%)	RO ajustada @ (IC 95%)
Eventos acumulados*				
Nenhum	39,2	9,3	1,00	1,00
1	39,0	14,1	1,62 (1,29-2,03)	1,52 (1,20-1,92)
2 ou mais	21,7	22,1	2,78 (2,18-3,55)	2,84 (2,21-3,64)
p		<0,01 (TL)	<0,0001 (TL)	<0,0001 (ERV)

@ Ajustado para escolaridade, renda, sexo e idade

* Houve perda de informação, não totalizando 3942.

P Pearson

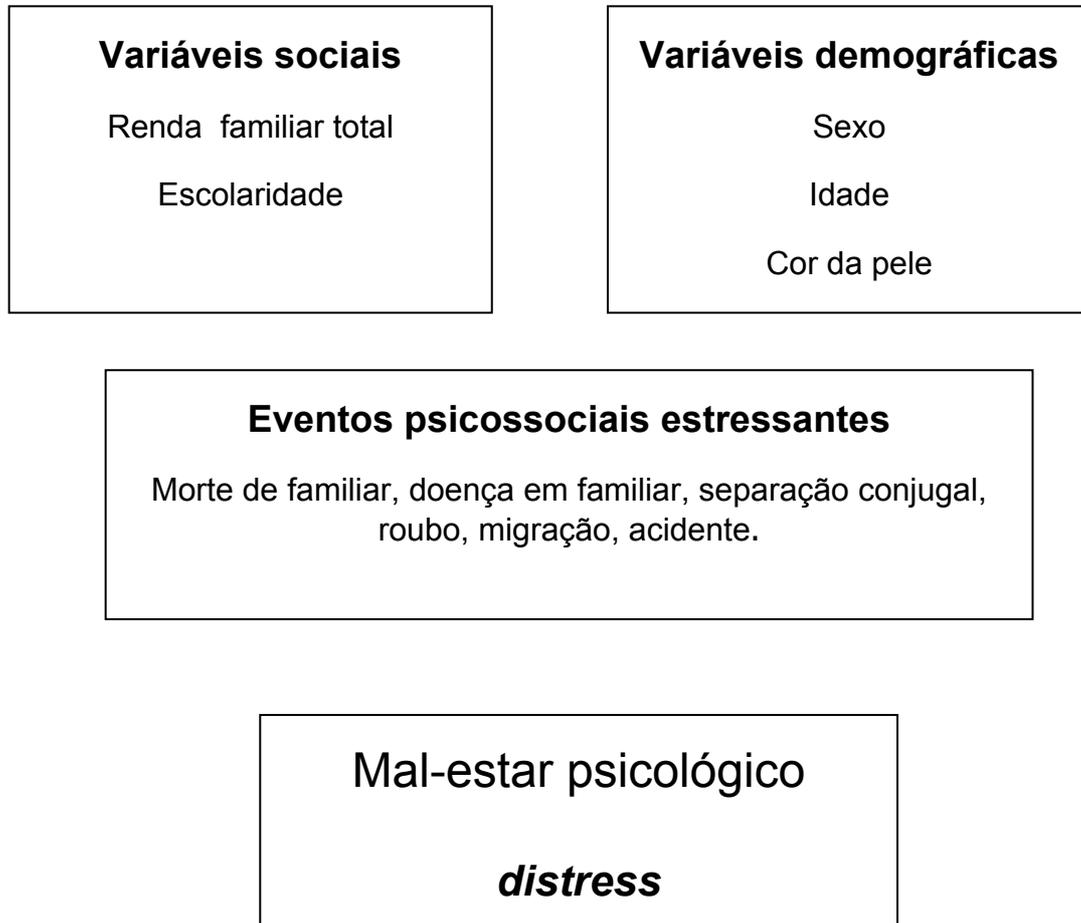
TL = Teste para tendência linear

ERV = Razão de verossimilhança

Tabela 4: Fração etiológica (FE) dos preditores de MEP, Pelotas, RS, 1999.

PREDITOR	FE (%)
Renda	32,3
Escolaridade	38,2
Eventos	
Morte na família	9,1
Desemprego	10,3
Separação Conjugal	7,0
Roubo	3,5
Doença na família	11,3
1 ou mais eventos	36,4

Figura 1: Modelo hierarquizado utilizado na análise multivariada



ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DOMICILIAR.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR
VERSÃO III

Setor: _____

Família: _____

Número do Questionário: _____

Data da Entrevista: ___ / ___ / ___

Horário de Início da Entrevista: ____ : ____

Entrevistador: _____

SETOR__

FAMILIA _____

QUEST _____

DE ___ / ___ / ___

HORAIN ____ : ____

1. Qual o seu nome? _____

RESPON__

2. Qual é o endereço correto da sua casa?

Rua _____

Número : _____ Complemento: _____

3. O(a) Sr.(a) tem telefone? _____

4. Tem algum lugar, loja, bar, padaria ou qualquer outra coisa que possa servir de referência para chegar até aqui?

5. Quantas pessoas moram nesta casa ?
 nº de pessoas ____

NUPES__

AGORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE INSETICIDAS EM SUA CASA

6. O(a) Sr(a). tem em casa algum produto para controlar mosca, mosquito ou barata tipo:

- ❖ *spray*, como "SBP"
- ❖ em espiral, como "Boa Noite"
- ❖ líquido para usar em bomba manual, como "Xispa"
- ❖ aparelho elétrico de pastilha, como "Mat Inset"
- ❖ aparelho elétrico com líquido, como "Raid"
- ❖ repelente para pele, como "Autan"
- ❖ fumigador ou dedetizador como, "Jimo Gás"
- ❖ iscas: em pó, granulado, pastilhas, em pasta ou outras?

(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA 17) (1) Sim (9) Não lembra

USOINS __

EM CASO NEGATIVO (0 ou 9), PULE PARA QUESTÃO Nº17:

7. O(a) Sr(a). poderia mostrar-me todos estes produtos?

(0) Não (1) Sim (9) Não sabe onde está

MOSTRA __

**EM CASO NEGATIVO (0 ou 9), PULE PARA QUESTÃO Nº 17:
EM CASO AFIRMATIVO, REGISTRE O NOME COMERCIAL DO(S)
PRODUTO(S) E MARQUE SUA APRESENTAÇÃO**

8. Nome comercial do produto:

9. Apresentação:

- (1) Aerossol Ou *Spray*
- (2) Em Espiral
- (3) Líquido, Solução
- (4) Vaporizador Elétrico Pastilha
- (5) Vaporizador Elétrico Líquido
- (6) Iscas: Pó, Granulado, Pastilhas, Pasta, Etc
- (7) Outro

Qual? _____

PROD1 __

Mais algum?

10. Nome comercial do produto:

11. Apresentação:

- (1) Aerossol Ou *Spray*
- (2) Em Espiral
- (3) Líquido, Solução
- (4) Vaporizador Elétrico Pastilha
- (5) Vaporizador Elétrico Líquido
- (6) Iscas: Pó, Granulado, Pastilhas, Pasta, Etc
- (7) Outro

Qual? _____

PROD2 __

12. Nome comercial do produto:

13. Apresentação:

- (1) Aerossol Ou *Spray*
 (2) Em Espiral
 (3) Líquido, Solução
 (4) Vaporizador Elétrico Pastilha
 (5) Vaporizador Elétrico Líquido
 (6) Iscas: Pó, Granulado, Pastilhas, Pasta, Etc
 (7) Outro
 Qual? _____

PROD3 ___

14. Em sua família ocorre ou ocorreu algum problema de saúde com o uso de inseticidas domésticos, como:

- a) Alergia na pele (0) Não (1) Sim (9) não lembra
 b) Rinite (0) Não (1) Sim (9) não lembra
 c) Chiado/asma/dificuldade de respirar/irritação na garganta
 (0) Não (1) Sim (9) não lembra
 d) Dormência em alguma parte do corpo (0) Não (1) Sim (9) não lembra
 e) Tontura, dor de cabeça, visão embaçada
 (0) Não (1) Sim (9) não lembra
 f) Náuseas, diarreia, vômito (0) Não (1) Sim (9) não lembra

PROBSAUA ___
 PROBSAUB ___
 PROBSAUC ___
 PROBSAUD ___
 PROBSAUE ___
 PROBSAUF ___

15. Em sua casa existem telas nas aberturas?

- (0) Não (1) Sim, em parte (2) Sim, em todas

TELAS ___

16. Em sua casa existem mosquiteiros nas camas?

- (0) Não (1) Sim, em parte (2) Sim, em todas

MOSQUIT ___

AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A RENDA DAS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA

17. No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui - rendimentos provenientes do trabalho, aluguel, pensão ou outros?

Pessoa 1 (chefe da família - pessoa de maior renda) R\$ _____

Pessoa 2 R\$ _____

Pessoa 3 R\$ _____

Pessoa 4 R\$ _____

Pessoa 5 R\$ _____

Renda Total R\$ _____

RCHEFE _____, ____

RF _____, ____

AS PERGUNTAS 18 E 19 DEVEM SER FEITAS COM RELAÇÃO À PESSOA DE MAIOR RENDA NA CASA

18. O(a) Sr.(a) < pessoa de maior renda > estudou em colégio?

- (0) Não (**ENCERRE A ENTREVISTA**) (1) Sim (9) IGN

ESTUDO ___

19. (**SE SIM**) Até que série completou no colégio?

___ série do ___ grau

ANOSESC ___

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DO ADULTO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
ADULTOS DE 20 ANOS OU MAIS

ANUM _____

Setor _____

Família: _____

Pessoa: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Horário do Início da Entrevista: ____ : ____

Entrevistador: _____

ASETOR _____

AFAMILIA _____

APESSOA _____

ADE ____ / ____ / ____

AHORAIN ____ : ____

AENTREV ____

1. Qual é o seu nome?

2. Qual é a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____

ADN ____ / ____ / ____

AS QUESTÕES 3 E 4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELO ENTREVISTADOR

3. Cor: (1) Branca (2) Parda/Preta (9) IGN

ACOR ____

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

ASEXO ____

5. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever ?

(0) Não (PULE PARA PERGUNTA 7)

ALESCREV ____

(1) Sim

(2) Só assina (PULE PARA PERGUNTA 7) (9) IGN

AESCOL ____

6. (SE SIM) Até que série o(a) Sr.(a) completou no colégio?

__ Série do __ grau

(00) Não estudou (88) NSA (99) IGN

7. O(a) Sr.(a) vive com esposa (o) ou companheira (o)?

(1) Sim

SE NÃO, É: (2) Solteiro(a) (3) Viúvo(a)

(4) Separado(a)/Divorciado(a) (9) IGN

AESTCIVIL __

8. O(a) Sr.(a) é de Pelotas ou veio de outra cidade?

(1) É de Pelotas (PULE PARA A PERGUNTA 10) (2) veio de outra cidade (9) IGN

AORIGEM__

AMIG ___/____

9. (SE VEIO DE OUTRA CIDADE) Quando o Sr. (a) veio morar

em Pelotas? ___ / _____ (88/8888) NSA

(99/9999) IGN

AS PERGUNTAS DE 10 A 16 DEVEM SER FEITAS PARA
MULHERES COM IDADE INFERIOR A 69 ANOS.

10. A Sra. pratica alguma religião?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

APR __

11. No último mês, a Sra. trabalhou ou recebeu algum dinheiro de pensão por exemplo?

(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA 13) (1) Sim (8) NSA (9) IGN

ARECDIN __

12. (SE ESTAVA TRABALHANDO, É APOSENTADA OU ENCOSTADA)

AREM _____, ____

Quanto a Sra. ganhou no último mês? R\$ _____,

(0000,00) NSA

A PERGUNTA 13 SÓ DEVE SER FEITA PARA MULHERES COM
MENOS DE 50 ANOS

13. A Sra. está grávida no momento?

(0) Não (1) Sim (PULE PARA A PERGUNTA 15) (8) NSA (9) IGN

AGR __

14. A Sra. engravidou alguma vez?

(0) Não (*PULE PARA PERGUNTA 17*) (8) NSA (9) IGN

(1) Sim - *PERGUNTE:*

15. Quantas vezes a Sra. engravidou? ___ ___ vezes. (88) NSA

(99) IGN

16. Quando nasceu o último filho? ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

—

AGRAVID ___

ANGRAVID ___

ANFILH

___ / ___ / ___ ___

AS PERGUNTAS DE 17 A 25 DEVEM SER APLICADAS PARA PESSOAS COM 30 ANOS OU MAIS
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE

17. O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para enxergar de perto e/ou de longe?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 19*)

(1) Sim, de perto

(2) Sim, de longe (*PULE PARA A PERGUNTA 19*)

(3) Sim, ambos

(8) NSA

(9) IGN

18. (*SE TEM DIFICULDADE PARA PERTO*) Há quanto tempo (anos) o(a)

Sr. (a) tem dificuldade de enxergar para perto? ___ ___ anos

(88) NSA (99)

IGN

ATEMVISA ___

ATEMVISM ___

19. O (a) senhor (a) usa algum tipo de lente/óculos para enxergar melhor?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 23*) (1) Sim (8) NSA (9) IGN

ACORVIS ___

SE USA ALGUM TIPO DELENTE/ÓCULOS:

20. Que tipo de lentes/óculos? (LER AS OPÇÕES SE NECESSÁRIO)

- (1) Óculos (2) Lente de contato (3) Ambos
 (4) Outro _____ (8) NSA (9) IGN

21. Quem recomendou estas lentes/óculos para o(a) Sr.(a)?

(LER AS OPÇÕES SE NECESSÁRIO)

- (1) Médico (2) balconista de óptica (3) familiar
 (4) outro _____ (8) NSA (9) IGN

IGN

22. Onde o(a) Sr.(a) comprou/conseguiu estas lentes/óculos ?

(LER AS OPÇÕES SE NECESSÁRIO)

- (1) Óptica (2) vendedor ambulante (3) emprestado
 (4) outro _____ (8) NSA (9) IGN

23. O(a) Sr.(a) tem algo que faça seguido onde precise enxergar bem para perto?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

24. Onde o(a) Sr.(a) consultaria, caso tivesse algum problema nos olhos?

LER AS ALTERNATIVAS SE NECESSÁRIO

- (1) Consultório Particular (2) Convênio Particular
 (3) Posto de saúde (4) pronto socorro
 (5) Outro _____ (8) NSA (9) IGN

25. O(a) Sr.(a) tem algum plano de saúde exceto SUS?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

AAUXVIS __

ARECOVIS __

ACOMVIS __

ATARVIS __

ASERVIS __

APLANVIS __

*AS PERGUNTAS DE 26 A 37 DEVEM SER FEITAS SOMENTE
ÀS PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS*

26. O (a) Sr.(a) trabalha ou trabalhou no sol ?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 29*)

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

ATRABSOL __

SE TRABALHA/TRABALHOU NO SOL

27. Quantas horas por dia? ___ horas (88) NSA (99) IGN

AHORATRA __ __

28. Por quanto tempo? ___ anos (88) NSA (99) IGN

ATEMPTRA __ __

29. Quando o(a) Sr.(a) fica no sol por várias horas, o que acontece com a sua pele? (*LER AS ALTERNATIVAS 1 e 2*)

APELETIP __

(1) Se queima (2) Fica vermelho (8) NSA (9) IGN

30. Qual a cor normal dos seus cabelos sem pintura?

(1) Preto ou castanho (2) Loiro (3) Vermelho ou ruivo (8) NSA (9) IGN

ACABECOR __

31. Qual a cor dos seus olhos?

(1) Preto ou castanho (2) Verde (3) Azul (8) NSA (9) IGN

AOLHOCOR __

32. Nos últimos 6 meses o(a) Sr.(a) teve algum tipo de ferida ou bolinha na pele que não tenha curado, ou que tenha curado e voltado a ser ferida novamente?

ATUPELE __

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 34*)

(1) Sim (*ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA*)

(8) NSA

(9) IGN

ALOCTUM __

33. (*SE SIM*) Em que local tem ou teve a ferida?

(1) Face (inclui orelhas) (2) Braços (inclui dorso das mãos) (3) Pernas

(4) Peito (5) Barriga (6) Couro cabeludo (8) NSA (9) IGN

34. Nos últimos 6 meses o(a) Sr.(a) teve algum sinal escuro na pele que começou a coçar, sangrou, cresceu ou virou ferida?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 36*)

(1) Sim (*ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA*)

(8) NSA

(9) IGN

ANEVODIS __

ALOCNEVO __

35. (SE SIM) Em que parte do corpo?

(1) Face (inclui orelhas) (2) Braços (inclui dorso das mãos) (3) Pernas

(4) Peito (5) Barriga (6) Couro cabeludo (8) NSA (9) IGN

36. (a) Sr.(a) tem alguma mancha avermelhada tipo casquinha, onde pega sol?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 38*)

(1) Sim (*ENCAMINHAR PARA O AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA*)

(8) NSA

(9) IGN

APRENEO __

ALOCPRE __

37. (SE SIM) Em que parte do corpo?

(1) Face (inclui orelhas) (2) Braços (inclui dorso das mãos) (3) Pernas

(4) Peito (5) Barriga (6) Couro cabeludo (8) NSA (9) IGN

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU SONO

38. No último mês o(a) Sr.(a) teve dificuldade para dormir?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 40*) (1) Sim (9) IGN

ADIFIDOR __

39. (SE SIM) Quantas vezes (no último mês)? __ __ (88) NSA (99) IGN

ANDIFI __ __

40. No último mês o(a) Sr.(a) usou algum remédio para dormir?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 42*)

(1) Sim Quais? _____ mg

AREMDO __ __

_____ mg
(9) IGN

AREMDON __ __

41. (SE SIM) Quantas vezes(NO ÚLTIMO MÊS)? __ __ (88)

NSA

(99)

IGN

AS PERGUNTAS DE 42 A 50 DEVEM SER FEITAS SOMENTE SE TEVE
DIFICULDADE PARA DORMIR NO ÚLTIMO MÊS OU SE USOU REMÉDIO
PARA DORMIR NO ÚLTIMO MÊS,,
ISTO É, SE RESPONDEU SIM NAS PERGUNTAS 38 E/OU 40

Quando teve dificuldade para dormir o(a) Sr.(a) sentiu:

42. Dificuldade para pegar no sono?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

AINSINI __

43. Acordou antes da hora desejada e teve dificuldade para voltar a
dormir?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

AINSTERM __

AINSINT __

44. Acordou várias vezes durante a noite?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

45. Na sua opinião, o que causou a dificuldade para dormir?

(ASSINALAR O QUE O ENTREVISTADO REFERIR, SEM LER AS

ALTERNATIVAS)

Barulho	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Calor	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Frio	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Insetos	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Umidade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Cama ruim	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN

ABARUINS __

ACALORIN __

AFRIOINS __

AINSETI __

AUMIDIN __

ACAMAIN __

ARONCOI __

APREOINS __

AFAREINS __

ADISPNIS __

Ronco de outros	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Preocupação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Faltou remédio	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Dificuldade para respirar	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Outros				

Mais alguma coisa?

46. O(a) Sr.(a) fez alguma coisa para tentar dormir melhor?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 48*) (1) Sim (8) NSA (9) IGN

47. (SE SIM) O que o(a) Sr.(a) fez?

(Assinalar O Que O Entrevistado Referir, Sem Ler As Alternativas)

Alimentou-se	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Tomou chá	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Tomou bebida alcoólica	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Assistiu TV	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Leu	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Fez algum exercício	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN
Tomou algum(s) remédio(s)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN

Qual(is)? _____ mg, _____

comprimidos

_____ mg, _____

comprimidos

(8) NSA (9) IGN

OUTRAS

Mais alguma coisa?

48. O(a) Sr.(a) se sentiu incomodado por causa da dificuldade para dormir?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

49. No último mês, o(a) Sr.(a) consultou algum médico por causa da

ATENTDOR __

ACHADORM __

AALIMDOR __

ABEBDORM __

ATVDORM __

ALERDORM __

AEXEDORM __

AREDORM1 __

AREDORM2 __

AINCOM __

ACONDORM __

dificuldade para dormir?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

50. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem dificuldade para dormir?

___ anos ___ meses. (88) NSA (99) IGN

AANOINS ___

AMESINS ___

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA DIGESTÃO DURANTE O ÚLTIMO ANO, OU SEJA, DESDE <MÊS ATUAL> DO ANO PASSADO

51. No último ano o(a) Sr.(a) teve dor ou sensação de desconforto ou mal estar na barriga?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 58*) (1) Sim (9) IGN

ADOBA ___

AS PERGUNTAS DE 52 A 57 DEVEM SER FEITAS SOMENTE SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO ANTERIOR

52. Quantas vezes? ___ (77) Mais de 30 vezes

(88) NSA (99) IGN

ADOBAVEZ ___

53. Em que parte da barriga? (*MOSTRAR A FOTO*)

(1)A (2)B (3)C (4)D (5)E (8) NSA (9) IGN

ADOBALO1 ___

ADOBALO2 ___

54. A dor aparece mais antes ou depois das refeições?

(1) Antes (2) Depois (3) Sem relação com a refeição

(8) NSA (9) IGN

ADOBAREF ___

ADOBALAL ___

ADOBALLE ___

ADOBALAN ___

ADOBALCH ___

ADOBALAR ___

55. Tem alguma coisa que melhore a dor, como por exemplo comer, leite, anti-ácido, arrotar?

Comer (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Leite (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Anti-ácido (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Chá (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

ADOBAGAL ___

ADOBAGLE ___

ADOBAGRAN ___

ADOBAGCH ___

Arrotar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

ADOBAGAR __

56. Tem alguma destas coisas, comer, leite, anti-ácido, arrotar, que piore a dor?

DOBACOR __

Comer (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Leite (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Anti-ácido (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Chá (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Arrotar (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

57. A dor alguma vez lhe acordou durante a noite?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

58. No último ano o(a) Sr.(a) teve perda de apetite? (0) Não (1) Sim

ADOBAAST __

(9) IGN

59. No último ano o(a) Sr.(a) teve sensação de amargor na boca?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 61*) (9)IGN

ADOBAMAR __

(1) Sim - PERGUNTAR:

60. Quantas vezes isso costuma acontecer? (*LER AS ALTERNATIVAS*)

ADOBAMAV __

(1) Uma vez por semana ou mais

(2) Menos de uma vez por semana

(8) NSA (9) IGN

61. No último ano o(a) Sr.(a) teve dor em ardência ou queimação atrás do osso do peito ou azia?

ADOBAZIA __

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 63*) (9) IGN

(1) Sim - PERGUNTAR:

ADOBAZIV __

62. (SE SIM) Quantas vezes isso costuma acontecer?

(*LER AS ALTERNATIVAS*)

(1) Uma vez por semana ou mais

(2) Menos de uma vez por semana

(8) NSA (9) IGN

63. No último ano o(a) Sr.(a) teve náuseas/vontade de vomitar/enjôos ou vômitos?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 65*)

(1) Sim, somente náuseas/enjôos

(2) Sim, somente vômitos

(3) Sim, ambos

(9) IGN

ADOBAVOM __

64. (SE SIM) Quantas vezes isso costuma acontecer?
(LER AS ALTERNATIVAS)

(1) Uma vez por mês ou mais

(2) Menos de uma vez por mês

(8) NSA (9) IGN

ADOBAVOV __

65. No último ano o(a) Sr.(a) notou a barriga inchada? (0) Não (1) Sim
(9) IGN

ADOBAINC __

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO

66. No último ano morreu alguém de sua família ou outra pessoa muito importante para o(a) Sr.(a)?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AMORTE __

67. No último ano o(a) Sr.(a) perdeu o emprego?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

ADESEMPR __

68. No último ano o(a) Sr.(a) se separou do(a) esposo(a) companheiro(a)?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

ASEPACON __

69. No último ano o(a) Sr.(a) sofreu algum tipo de acidente para o qual precisou ir ao médico ou ao pronto socorro?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AAcident __

70. No último ano o(a) Sr.(a) foi assaltado(a) ou roubado (a)?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

AROUBO __

71. No último ano alguma pessoa da família que more na sua casa teve uma doença grave?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

ADOENFAM__

72. O(a) Sr.(a) se considera uma pessoa "nervosa"?

(0) Não (1) Sim (2) Mais ou menos (9) IGN

AAUTONER __

73. O(a) Sr.(a) acha que as outras pessoas o consideram uma pessoa "nervosa"?

(0) Não (1) Sim (2) Mais ou menos (9) IGN

AEXTENER __

AGORA EU VOU LHE MOSTRAR UMA SÉRIE DE ROSTOS QUE VARIAM DESDE UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO FELIZ (apontar para a face que mostra a alegria máxima) ATÉ UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO TRISTE (apontar para a face correspondente) PASSANDO POR TODAS ESTAS FACES (apontar para as faces intermediárias)

AFACES __

74. Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o(a) Sr.(a) esteve no último ano?

(1) A (2) B (3) C (4) D (5) E (6) F (7) G (9) IGN

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU CORPO

75. Em geral, o(a) Sr.(a) se sente satisfeito(a) com a forma do seu corpo?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

ASATISF __

76. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação ao seu peso atual?

(LER AS ALTERNATIVAS)

(1)muito magro(a) (PULE PARA A PERGUNTA 77)

(2)magro(a) (PULE PARA A PERGUNTA 77)

ASENTEPE __

- (3)normal (PULE PARA A PERGUNTA 77)
- (4)um pouco gordo(a) (PULE PARA A PERGUNTA 79)
- (5)gordo(a) (PULE PARA A PERGUNTA 79)
- (6)muito gordo(a) (PULE PARA A PERGUNTA 79) (9) Ignorado

77. Alguma vez o(a) Sr.(a) já foi gorda(o)?

(0) Não (PULE PARA A PERGUNTA 80)

(8) NSA (9) IGN

(1) Sim - PERGUNTE:

78. De que idade até que idade? ___ a ___ anos.

(88 a 88) NSA (99 a 99) IGN

79. Desde de que idade o(a) Sr.(a) se sente gorda (um pouco gorda)? ___

___ anos. (88) NSA (99) IGN

AFOIGORD ___

AIDNI ___

AIDFIM ___

AIDOBES ___

80. No último ano o(a) Sr.(a) fez alguma coisa para perder ou ganhar peso?

- (0)Não (PULE PARA A PERGUNTA 83)
- (1)Sim, para perder
- (2)Sim, para ganhar (PULE PARA A PERGUNTA 82) (9) IGN

AMUDPESO ___

81. (SE SIM) O que o (a) Sr.(a) fez ou usou para perder peso, por exemplo dieta, remédio (laxante, diurético), exercício, chá, ou outra coisa? Mais alguma coisa?

USOU:	EXPLICAÇÃO:

AREMEDP ___

ADIETAP ___

AEXERCP ___

ACHAP ___

AEOUT1P ___

AEOUT2P ___

AEOUT3P ___

82. (SE SIM) O que o (a) Sr.(a) fez ou usou para ganhar peso, por

exemplo dieta, remédio, exercício, chá ou outra coisa? Mais alguma coisa?

USOU:	EXPLICAÇÃO:	AREMED __
		ADIETA __
		AEXERC __
		ACHA __
		AEOUT1 __
		AEOUT2 __
		AEOUT3 __

83. Qual o seu peso? __ __ __ , __ Kg (999,9) IGN

AREFPE __ __ __ , __

84. Qual a sua altura? __ , __ __ m (99,9) IGN

AREFALTU __ , __ __

85. Qual peso o(a) Sr.(a) gostaria de ter? __ __ __ , __ kg (999,9) IGN

APESOD __ __ __ , __

AGORA VOU LHE MOSTRAR ALGUMAS FIGURAS QUE REPRESENTAM CORPOS DE PESSOAS

86. Olhando as figuras, escolha a que o(a) Sr.(a), acha mais parecido com o seu corpo.

AFIGATUAL __ __

(01) 1 (04) 4 (07) 7

(02) 2 (05) 5 (08) 8

(03) 3 (06) 6 (09) 9

(99) IGN

87. Olhando as figuras, qual a figura que o(a) Sr.(a) gostaria de ser?

(01) 1 (04) 4 (07) 7

(02) 2 (05) 5 (08) 8

AFIGGOST __ __

(03)3 (06) 6 (09) 9
(99) IGN

88. Olhando as figuras, qual o(a) Sr.(a), acha que tem mais saúde?

(01) 1 (04) 4 (07) 7
(02) 2 (05) 5 (08) 8
(03)3 (06) 6 (09) 9
(99) IGN

AFIGSAUD __ __

89. O(a) Sr.(a) realizou algum exercício físico nos últimos 3 meses?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 91*) (1) Sim (9) IGN

AEXEANO __

90. (SE SIM) Quantas vezes o(a) Sr.(a) realizou exercícios físicos neste período?

(1) todos os dias
(2) 3 - 6 vezes por semana
(3) 1 - 2 vezes por semana
(4) 1 - 3 vezes por mês
(5) Menos de uma vez por mês
(8) NSA
(9) IGN

AEXEFREQ __

91. No último mês o(a) Sr.(a) tomou bebida alcoólica?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 93*) (9) IGN
(1) Sim - *PERGUNTE:*

AALCOL __

AALCOLV __

92. Quantas vezes por semana? __ dias.

(0) Menos de uma vez por semana (8) NSA (9) IGN

93. O Sr.(a) Fuma ou já fumou?

(0) Não (*PULE PARA 97*) (1) Sim, já fumou (*PULE PARA 97*)

AFUMA __

(2) Sim, fuma - *PERGUNTE:*

94. Há quanto tempo? ___ anos. (88) NSA (99) IGN

95. Quantos dias na semana o (a) Sr.(a) fuma? ___ dias

96. Quantos cigarros o Sr.(a) Fuma por dia? ___ cigarros

(SE FUMAR ENROLADINHO PERGUNTE QUANTOS DIAS DURA UM PACOTE) E ANOTE ABAIXO – NESTE CASO NÃO CODIFIQUE ESTA QUESTÃO

(88) NSA (99) IGN

AFUMATE ___
AFUMASEM ___
AFUMADIA ___

AGORA EU FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE REMÉDIOS

97. No último mês, isto é, desde o dia <HOJE> de <MÊS PASSADO> o(a) Sr.(a) usou antibiótico ou algum remédio para tratar uma infecção? Se sim, fez quantos tratamentos? ___ tratamentos

(0) Não usou (SE FOR MULHER MENOR DE 49 ANOS PULE PARA A PERGUNTA 104. SE NÃO, PULE PARA A PERGUNTA 108)

(9) IGN

AMUSO ___

98. (SE SIM) Você fez uso destes remédios ontem?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

AMATU ___

AS PERGUNTAS DE 99 A 103 DEVEM SER FEITAS COM RELAÇÃO AO ÚLTIMO TRATAMENTO FEITO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O ÚLTIMO TRATAMENTO PARA INFECÇÃO QUE O(A) Sr.(A) FEZ NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

99. Poderia me mostrar a receita e a embalagem?

(0) Não (1) Sim, ambos (2) Sim, só receita

AMREC ___

(3) Sim, só embalagem (8) NSA (9) IGN

100. Quais remédios foram usados?

(ANOTAR O NOME COMERCIAL COMPLETO)

(a) Nome : _____ Apresentação: _____

(b) Nome : _____ Apresentação: _____

(c) Nome : _____ Apresentação: _____

(d) Nome : _____ Apresentação: _____

(88) NSA

(99) IGN

101. Para que doença foram usados estes remédios?

(01) Dor de Ouvido

(02) Dor de Garganta

(03) Sinusite

(04) Bronquite

(05) Pneumonia/Pontada

(06) Abscesso Dentário/ Dor de Dente

(07) Infecção na Urina / Rim

(08) Diarréia/Gastroenterite

(09) Ferimento/ Lesão

(10) Infecção de Pele

Outro: _____ (88) NSA (99) IGN

102. Quem indicou o tratamento?

(1) Médico/ Dentista

(2) Farmacêutico/ balconista de Farmácia

(3) Ele(a) próprio(a)

(4) Familiar/ Amigo

Outro: _____ (8) NSA (9) IGN

103. Onde conseguiu os remédios ou antibiótico ?

(1) Farmácia comercial

(2) Farmácia do Hospital/Ambulatório

(3) Posto de Saúde

(4) Conseguiu Amostra Grátis

Outro: _____ (8) NSA (9) IGN

AMQUAL1 ___

AMAPRE1 ___

AMQUAL2 ___

AMAPRE2 ___

AMQUAL3 ___

AMAPRE3 ___

AMQUAL4 ___

AMAPRE4 ___

AMCAU ___

AMQUEM ___

AMONDE__

*AS PERGUNTAS DE 104 A 107 DEVEM SER FEITAS SOMENTE
ÀS MULHERES COM IDADE INFERIOR A 49 ANOS*

**AGORA EU GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS
SOBRE A SUA VIDA SEXUAL.**

A aids tem aumentado muito nas mulheres. Precisamos saber mais sobre os hábitos das mulheres para ajudar a prevenir essa doença.

As próximas perguntas são muito íntimas. Responda da forma mais honesta possível. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta, você não é obrigada a responder.

Para as próximas perguntas considere relação sexual tanto relação vaginal, quanto oral, quanto anal.

104. A senhora já teve relações sexuais?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 108*)

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

ARELSEX __

105. (SE SIM) A Sra. teve relações sexuais no último mês?

(0) Não (*PULE PARA A PERGUNTA 107*) (1) Sim (8) NSA (9)

ARELUMES __

IGN

106. (SE TEVE RELAÇÕES SEXUAIS NO ÚLTIMO MÊS) A senhora ou seu parceiro usaram algum método para evitar filhos?

(00) Não (05) Histerectomizada (Sem Útero)

(01) Ligadura de trompas (06) Vasectomia

(02) Pílula (07) Tabela

(03) Coito interrompido (08) Camisinha

(04) DIU (09) Não pode ter filhos

(10) Gel espermaticida (11) Diafragma

() Outro: _____

(88) NSA (99) IGN

AANTICO __

AANTICO1 __

AANTICO2 __

107. Em sua avaliação, qual a chance da senhora pegar AIDS ou qualquer outra doença que possa ser pega pelo sexo? (LER ATÉ A ALTERNATIVA 5)

(1) Muito possível

(2) Possível

(3) Pouco possível

ACHANCE __

(4) Quase impossível

(5) Impossível

(8) NSA

(9) IGN

NÃO ESQUEÇA DE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO AUTO APLICÁVEL PARA MULHERES DE 15 A 49 ANOS

ACIRCB _____

108. CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____ cm

(NÃO REALIZAR A MEDIDA CASO A ENTREVISTADA ESTEJA GRÁVIDA OU ACAMADA/IMPOSSIBILITADA DE SE MOVER)

Horário do término da entrevista: _____ : _____

AHORAFIM _____ : _____

ANEXO 3: MANUAL DE INSTRUÇÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO QUESTIONÁRIO
ADULTOS

Número do setor: ___ Preencha o número do setor censitário.

Número da família: ___ O número da família corresponde ao número de família da folha de conglomerado, então família 01 na folha de conglomerado é a família 01 no questionário.

Número da pessoa: ___ Colocar o número de cada um dos entrevistados da família.

Data da entrevista: ___ / ___ / ___ Preencher a data do momento da entrevista.

Horário do início da entrevista: _____ *hs* Preencher o horário do início da entrevista.

Entrevistador: _____ Escreva seu nome completo.

PERGUNTA 1. Preencher o nome completo do entrevistado, não abreviando sobrenome.

PERGUNTA 2. Preencha a data de nascimento do entrevistado.

PERGUNTAS 3 E 4. As respostas as questões 3 e 4 devem ser de simples observação, as perguntas não devem ser formuladas. Observe e assinale a cor e o sexo do entrevistado.

PERGUNTA 5. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a resposta inicialmente for "não", pergunte "sabe assinar?"

PERGUNTA 6. Esta questão só deve ser respondida se a resposta da anterior for SIM. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada em relação aos anos completos que estudou.

PERGUNTA 7. A resposta refere-se a situação conjugal de fato.

PERGUNTA 8. Se apenas nasceu em outra cidade considere “Veio de outra cidade”. Se nasceu em uma localidade que atualmente está emancipada de Pelotas, como por exemplo Turuçu, Morro Redondo ou Capão do Leão considere igualmente “Veio de outra cidade”.

PERGUNTA 9. Faça a pergunta apenas se a resposta da anterior for "SIM". Assinale o mês e o ano em que o entrevistado mudou-se. Se já residiu na cidade em outras ocasiões questione sobre a última mudança. Caso não lembrar o mês assinale 00 no campo correspondente. Caso não lembrar o ano assinale uma aproximação. Caso faça em torno de 1 ano que tenha ocorrido a mudança, procure precisar o mês em que esta ocorreu relacionando com datas significativas como Natal, Páscoa, Ano Novo ou eleições presidenciais (03/10/1999). Anote o mês e ano em que o entrevistado veio morar em Pelotas.

AS PERGUNTAS DE 10 A 21 DEVEM SER FEITAS PARA MULHERES COM IDADE INFERIOR A 69 ANOS.

PERGUNTA 10. Assinale a alternativa. Ao fazer esta pergunta certifique-se que a pessoa entendeu que só deve responder sim se de fato pratica alguma religião.

PERGUNTA 11. Assinale conforme as alternativas.

PERGUNTA 12. Esta questão deverá ser feita apenas para mulheres, com até 69 anos e que trabalham ou tem alguma fonte de renda como aposentadoria (p.e. invalidez) ou pensão. No caso pessoa ter mais de 69 anos ou ser do sexo masculino, codifique a questão como 88888,88 (não se aplica).

PERGUNTA 13. Assinale a resposta referida pela senhora.

PERGUNTA 14 Assinale a resposta referida pela senhora. Em caso negativo, pule para a pergunta 17.

PERGUNTA 15 Assinale o número de vezes que ela engravidou.

PERGUNTA 16. Assinale o dia, mês e ano referidos pela senhora. Caso ela não saiba responder o dia com exatidão, anotar o ano, e se possível o mês.

FRASE INTRODUTÓRIA - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. Leia em voz alta e clara.

PERGUNTA 17. WLADMIR ?

PERGUNTA 18. WLADMIR ?

PERGUNTA 19. WLADMIR ?

PERGUNTA 20 WLADMIR ?

PERGUNTA 21. WLADMIR ?

PERGUNTA 22. WLADMIR ?

PERGUNTA 23. WLADMIR ?

PERGUNTA 24.WLADMIR ?

PERGUNTA 25. WLADMIR ?

AS PERGUNTAS DE 26 A 36 DEVEM SER FEITAS SOMENTE ÀS PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS

As seguintes questões do questionário devem ser aplicadas a todas as pessoas residentes no domicílio com 50 anos ou mais de idade. No caso de pacientes idosos que não tenham condições de responder, ou por idade ou por qualquer outro tipo de déficit intelectual, as questões deverão ser respondidas pela pessoa responsável pelo indivíduo .

PERGUNTA 26 Se a resposta for sim na pergunta 26 segue perguntando as duas próximas questões. Se a resposta for não deverá passar para a questão nº29 e preencher a 27 e a 28 com (8)NSA.

PERGUNTA 27

PERGUNTA 28

PERGUNTA 29 Essa questão busca avaliar o tipo de pele do paciente com uma pergunta de fácil compreensão e bastante direta. Entenda **se queima** como sinônimo de ficar bronzeado e **ficar vermelho** como aquela pessoa que na maioria das vezes quando exposto ao sol não se bronzeia, fica um vermelhão.

PERGUNTA 30 Objetiva avaliar a cor dos cabelos sem pintura ou seja a **cor natural**.

PERGUNTA 31 Através dessa pergunta desejamos obter informações sobre a cor dos olhos do paciente, sendo que o próprio paciente deverá informar a cor de seus olhos; no caso de pacientes que, por algum motivo, **não saibam responder, o entrevistador fará sua observação** e preencherá a resposta na coluna da direita.

PERGUNTA 32 e 33 Essas questões referem-se ao rastreamento das lesões de pele e sua localização. Se a resposta for sim, pergunte a questão 33. Se for não pule para a 34.

Entenda **ferida**, como qualquer lesão que o indivíduo entender como ferida e prossiga perguntando a localização da ferida.

Se o indivíduo mostrar a lesão, e perguntar para o entrevistador se **determinada lesão de pele é uma ferida** o entrevistador deverá aceitar a resposta como **positiva** e entregar ao entrevistado, ou ao familiar responsável, um “ **vale consulta** ” com dia, hora, e local pré determinado sendo sempre na Terça-feira seguinte ao dia da entrevista para ser atendido na **Faculdade de Medicina da UFPEL**. O entrevistado deverá comparecer ao ambulatório onde será examinado por **dois médicos especialistas, um Dermatologista e um Cirurgião Plástico**.

PERGUNTA 34 e 35 Aceite como **sinal escuro** qualquer mancha ou sinal que o entrevistado referir como sendo um sinal escuro, **no caso de o entrevistado mostrar a mancha ou o sinal e perguntar “é isso?”**, o entrevistador deverá considerar como **sendo positivo** e entregar ao entrevistado, ou ao familiar responsável o “ **vale consulta** ” com dia, hora, e local pré determinado sendo sempre na Terça-feira seguinte ao dia da entrevista para ser atendido na **Faculdade de Medicina da UFPEL**. O entrevistado deverá comparecer ao

ambulatório onde será examinado por **dois médicos especialistas, um Dermatologista e um Cirurgião Plástico.**

Se a resposta da **questão 34** for **negativa** deverá passar para a **questão 36.**

PERGUNTA 35 E 36 Se a resposta for sim, preencha a questão 37.

Entenda como **mancha avermelhada descamativa** tipo casquinha qualquer lesão que os indivíduos assim entenderem, **no caso de mostrarem a mancha ao entrevistador** deverão ser considerados como **positivos**, e o entrevistador deverá entregar ao entrevistado, ou ao seu familiar responsável no caso de pessoas idosas, um “**vale consulta**” com dia, hora, e local pré determinado sendo sempre na Terça-feira seguinte ao dia da entrevista para ser atendido na **Faculdade de Medicina da UFPEL**. O entrevistado deverá comparecer ao ambulatório onde será examinado por **dois médicos especialistas, um Dermatologista e um Cirurgião Plástico.**

PERGUNTA37. FERNANDO?

FRASE INTRODUTÓRIA - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu sono.
Leia em voz alta e clara.

PERGUNTA 38. Assinalar sim para qualquer dificuldade para dormir no último mês.
Se o entrevistado responder não, pular para a pergunta 54.

PERGUNTA 39. Escrever, se for o caso, quantas noites no último mês o entrevistado teve dificuldade para dormir.

PERGUNTA 40, 41 E 42. Enunciar as alternativas e anotar sim ou não para cada uma delas.

PERGUNTA 43. Assinalar no espaço correspondente se o entrevistado mencionou ou não uma ou mais alternativas como causa da dificuldade para dormir. Não é necessário ler as

alternativas. Caso a resposta mencionada pelo entrevistado não conste na lista, anotá-la no espaço OUTROS. Ao final perguntar: - Mais alguma coisa? E anotar novamente se for o caso.

PERGUNTA 44. Para poder dormir o entrevistado fez alguma coisa? Caso a resposta seja não, pular para a pergunta 51.

PERGUNTA 45. O que o entrevistado fez para dormir melhor? Assinalar no espaço correspondente as alternativas que o entrevistado mencionar. Não é necessário ler as alternativas. Mais de uma opção pode ser assinalada. Se a resposta do entrevistado não constar entre as alternativas, anotar no espaço OUTROS. Ao final, perguntar: - Mais alguma coisa? Se o entrevistado referir uso de medicação, perguntar qual foi e qual a dosagem, e anotar no espaço correspondente.

PERGUNTA 46. O entrevistado se sentiu incomodado por causa da dificuldade para dormir? Incomodado pode ser traduzido para o entrevistado como atrapalhado ou desconfortável.

PERGUNTA 47. No último mês, o entrevistado consultou algum médico por causa da dificuldade para dormir?

PERGUNTA 48. Há quanto tempo o entrevistado tem dificuldade para dormir? Responder em meses ou anos.

FRASE INTRODUTÓRIA – Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua digestão durante o último ano, ou seja, desde <mês> do ano passado. Leia em voz alta e clara.

Onde está escrito <mês> você deve colocar o mês em que está realizando a entrevista. Exemplo: Se a entrevista está sendo feita em 15/10/99. Pergunte: ..desde outubro do ano passado para cá.

PERGUNTAS 49. Formular a pergunta como está no questionário, salientando que se refere ao período de <mês> do ano passado para cá. Se a pessoa não entender o que é desconforto explique como sensação ruim na barriga, ou sensação de que o alimento fica parado no estômago. Se a pessoa responder que não, pule direto para a pergunta 61.

PERGUNTA 50. Pergunte quantas vezes teve esta sensação ou dor. Anote o número respondido pela pessoa. Se a pessoa não souber dizer, tente forçar a resposta pergunte se não sabe ao menos mais ou menos quantas vezes foram. Se ainda assim não houver resposta pergunta ao menos foram mais ou menos de seis vezes. Anote a resposta dada.

PERGUNTA 51. Mostra a foto da barriga e peça para a pessoa apontar em qual ou em quais partes da barriga tem dor ou desconforto. Anote o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) local(is) indicado(s).

PERGUNTA 52. Pergunte se a dor aparece antes ou depois das refeições ou se não tem nenhuma relação com a alimentação. Marque conforme a resposta dada.

PERGUNTA 53 Faça a pergunta conforme está no questionário, especificando na resposta qual das coisas que melhoram a dor.

PERGUNTA 54 Faça a pergunta conforme está no questionário, especificando na resposta qual das coisas que pioram a dor.

PERGUNTA 55 Faça a pergunta conforme está no questionário

PERGUNTA 56 Se a pessoa não entender a pergunta tende perguntar se perdeu a fome.

PERGUNTA 57 Se não compreender a pergunta explique que quer saber sobre sensação de amargor ou azedume na boca ou na garganta. Se responder que não pule direto para a 59.

PERGUNTA 58 Pergunte como está no questionário enfatizando que quer saber se acontece mais ou menos de uma vez por semana.

PERGUNTA 59. Se a pessoa não entender a pergunta explique que quer saber se ela teve queimação ou ardência que iniciou na região do estômago e sobe por trás do osso do peito (aponte em você mesmo que osso é esse). Se responder que não pule direto para a pergunta 61.

PERGUNTA 60. Pergunte como está no questionário enfatizando que quer saber se acontece mais ou menos de uma vez por semana.

PERGUNTA 61. Pergunte e especifique se aconteceu apenas náuseas ou apenas vômitos ou os dois. Se responder não pule direto para a 63.

PERGUNTA 62 Pergunte como está no questionário enfatizando que quer saber se acontece mais ou menos de uma vez por mês.

PERGUNTA 63 Se não entender a pergunta tente perguntar sobre a barriga estufada.

FRASE INTRODUTÓRIA - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobressituações que possam ter lhe acontecido desde <mês> do ano passado. Leia em voz alta e clara.

«Mês» significa o mês correspondente ao da entrevista, há 1 ano. Por exemplo, se a entrevista estiver acontecendo em dezembro de 1999, perguntar “Agora vou lhe fazer algumas perguntas ... desde dezembro do ano passado”

PERGUNTA 64. Assinale a resposta dada pelo entrevistado.

PERGUNTA 65. Considere sim apenas se o entrevistado foi demitido ou foi forçado pelas circunstâncias a sair a contragosto do trabalho

PERGUNTA 66. Considere sim, se embora convivendo na mesma casa o casal vive em dependências separadas.

PERGUNTAS 67 A 68 Assinale a resposta do entrevistado.

PERGUNTA 69 . O conceito de gravidade é subjetivo para o entrevistado, não interprete. Assinale a resposta sim, apenas se o familiar portador de doença grave residir na mesma casa.

PERGUNTA 70 Não leia as alternativas, se o entrevistado responder Às vezes, ou outra resposta equivalente, considere mais ou menos

PERGUNTA 71 Não leia as alternativas, se o entrevistado responder Às vezes, ou outra resposta equivalente, considere mais ou menos

FRASE INTRODUTÓRIA - Vou agora lhe mostrar uma série de rostos que vai desde uma pessoa que está muito feliz(apontar para a face que mostra a máxima alegria) até uma pessoa que está muito triste(apontar para a face correspondente) Passando por todas estas faces (apontar para as faces intermediárias). Leia em voz alta e clara.

PERGUNTA 72.Mostrar cartão com FACES. Se o entrevistado não entender a pergunta, repita. Caso não seja possível obter uma resposta, coloque ignorado.

FRASE INTRODUTÓRIA – Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu corpo. Leia em voz alta e clara.

PERGUNTA 73. Assinalar conforme as opções. Se necessário, enfatizar “de um modo geral” se sente satisfeito. A palavra forma se refere ao formato do corpo e não a capacidade física (condicionamento). Explique isto ao entrevistado.

PERGUNTA 74 Caso o entrevistado não entenda a pergunta, pode-se perguntar o que o(a) Sr(a) acha do seu peso. A resposta deve ser encaixada em uma das opções. Se a pessoa disser que é um pouco magra, leia as opções magra ou normal e marque a que o (a) entrevistado (a) acha mais adequada. O entrevistador poderá ler as opções.

PERGUNTA 75.Esta pergunta será feita de acordo com a resposta da questão anterior (74).

Se a resposta da questão 74 for alguma das opções: (1) muito magra, (2) magra ou (3)normal, perguntar: Alguma vez o(a) Sr(a) já foi gordo(a)? Exceto o período em que a entrevistada estava grávida . Se a resposta a essa pergunta for sim, vá para questão 78 e se for não, vá para questão 83.

PERGUNTA 76 Pergunte em que período ou época da vida . Anote a resposta em anos de idade. Ex: Fui gordo dos 27 até os 36 anos. Anote 27-36 anos.

PERGUNTA 77. Se a resposta da questão 79 for as opções: (4) um pouco gorda, (5) gorda ou (6)muito gorda, perguntar: Desde de que idade o (a) Sr(a) é gorda (um pouco gorda)? Anote a resposta em anos de idade.

PERGUNTA 78. Se a resposta for não pule para a questão 80. Se a resposta for apenas sim , pergunte: Sim, para ganhar peso ou sim, para perder peso ?

PERGUNTA 79.Esta pergunta deverá ser formulada se a resposta anterior for: sim, para ganhar ou sim, para perder. Lembre-se de formular a pergunta conforme a resposta anterior, usando a palavra perder ou ganhar peso . Pode-se marcar mais de uma opção. Assinale as alternativas e especifique, no espaço a frente da opção, o nome do remédio, tipo de dieta , exercício e chá. Se a resposta não se enquadrar em nenhuma dessas alternativas escreva, de forma legível , na opção outros tudo o que a pessoa relatar. Procure especificar bem a resposta. O entrevistador poderá ler as opções e não deve se esquecer de ler a opção outros.

PERGUNTA 80. Anote o peso em quilos. Se a pessoa disser, setenta quilos e meio, anote: _ 7 0, 5 Kg. Quarenta e oito e duzentos, anote: _ 4 8, 2Kg. Não sabe informar codificar 999,9

PERGUNTA 81. Anote a altura em metros. Ex: Um metro e setenta e três 1, 6 3 cm.. Ex: Um metro e cinquenta e nove e meio 1, 5 9 cm . Arredonde para baixo. . Não sabe informar codificar 9,99.

PERGUNTA 82. Anote o peso em quilos. Se o entrevistado responder que está satisfeito com o peso atual e que não gostaria de ter um peso diferente do atual, anote o peso referido na questão 80.

FRASE INTRODUTÓRIA – Agora vou lhe mostrar algumas figuras que representam corpos de pessoas. Leia em voz alta e clara.

→ Fique atento nas próximas três perguntas. Explique ao entrevistado que a escolha das figuras deve ser de acordo com a sua própria percepção. Tome cuidado para não induzir a resposta e nem responder qualquer pergunta . Estamos interessados na opinião do entrevistado com relação as figuras e não na percepção do entrevistador .

PERGUNTA 83. A pessoa deve escolher apenas uma figura. Se a resposta for do tipo “entre as figuras 3 e 4” lembre o entrevistado de escolher apenas a que acha mais parecido “de um modo geral”. Assinalar o número correspondente a figura escolhida.

PERGUNTA 84. Mostrando as figuras o entrevistado deverá escolher a forma corporal que gostaria de ter. Assinalar o número correspondente a figura escolhida.

PERGUNTA 85. Se o entrevistado não entender salientar que deve escolher a figura que considera adequada para uma boa saúde. Assinalar o número correspondente a figura escolhida.

AS PERGUNTAS DE 86 A 89 DEVEM SER FEITAS SOMENTE ÀS MULHERES COM IDADE INFERIOR A 49 ANOS

FRASE INTRODUTÓRIA. A AIDS tem aumentado muito nas mulheres. precisamos saber mais sobre os hábitos das mulheres para ajudar a prevenir essa doença. as próximas perguntas são muito íntimas . responda da forma mais honesta possível. caso se sinta desconfortável com alguma pergunta (ou com o restante do questionário) não é obrigada a responder. Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua vida sexual. Leia em voz alta e passe para a questão 86.

PERGUNTA 86. Perguntar se a pessoa teve relação sexual de qualquer tipo alguma vez na vida.

PERGUNTA 87. Perguntar se no último mês a pessoa teve alguma relação sexual.

PERGUNTA 88 .Esta pergunta pode ter mais de uma resposta (por exemplo pílula e camisinha).

PERGUNTA 89. A mulher deve responder a sua opinião a respeito do risco, o risco que ela acha que tem de adquirir qualquer doença de transmissão sexual.

A seguir, entregue o questionário auto-aplicável.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS para o questionário auto-aplicável

O questionário auto-aplicável deve ser entregue somente para mulheres de 15 a 49 anos que já tenham mantido relações sexuais alguma vez na vida.

O questionário auto-aplicável deve ser entregue ao final da entrevista.

Ao entregar o questionário auto-aplicável para a mulher o entrevistador deve salientar que: as informações obtidas são muito importantes para a prevenção de doenças transmitidas por relação sexual, como a AIDS, entre as mulheres, e que, portanto, é muito importante que ela seja franca em suas respostas.

Ao entregar o questionário auto-aplicável o entrevistador deve salientar que as respostas do mesmo serão mantidas em sigilo, colocadas em um envelope lacrado e serão lidas somente por outra pessoa que não o entrevistador e que não a identificará.

O entrevistador deve se colocar à disposição da mulher para responder alguma dúvida sobre as questões se ela assim o desejar.

O entrevistador deve solicitar à mulher que responda ao questionário individualmente.

Ao final do preenchimento o entrevistador deve fechar o envelope com cola em frente a mulher que o respondeu.

Ao sair da residência ele deve colocar no envelope pelo lado de fora o número do questionário correspondente àquela mulher.

PERGUNTA 90. Assinale a resposta referida pelo indivíduo. Em caso negativo, pule para a pergunta 98.

PERGUNTA 91. Assinale a resposta referida pelo indivíduo, sem ler as alternativas.

PERGUNTA 92. Assinale a resposta referida pelo indivíduo. Em caso negativo, pule para a pergunta 94.

PERGUNTA 93. Assinale a resposta referida pelo indivíduo, sem ler as alternativas

PERGUNTA 94. Assinale a resposta referida pelo indivíduo. Em caso negativo ou se já fumou, pule para a pergunta 98.

PERGUNTA.95 Assinale o número de anos que o indivíduo fuma. Em caso de menos de um ano, assinale 00

PERGUNTA 96 Assinale o número de dias na semana que o indivíduo fuma.

PERGUNTA 97. Assinale o número de cigarros que o indivíduo fuma.

FRASE INTRODUTÓRIA - Agora lhe farei algumas perguntas sobre o uso de remédios. Leia em voz alta e clara.

PERGUNTA 98 Assinale a alternativa. Assinale a alternativa; A questão inclui tanto medicamentos ingeridos(tomados), quanto injetáveis ou tópicos(aplicados na pele ou mucosas);doenças infecciosas entendidas como "não graves" pelo respondente - que não geraram uma consulta médica p.ex. "gripe", devem também ser consideradas; Em caso negativo, marque a alternativa (0) não ; Em caso afirmativo assinale o número de tratamentos e passe para questões de n 99 a 104 .

PERGUNTA 99 Assinale a alternativa.

FRASE INTRODUTÓRIA - Em relação à última vez que remédios para infecção foram usados:

PERGUNTA 100. Assinale a alternativa.

PERGUNTA 101. Anotar até quatro alternativas; Se a embalagem e/ou a receita forem apresentadas, usá-las como fonte preferencial de informação; se dado referido, escrever exatamente o que o informante referir; se apenas um medicamento for informado, dar um traço no espaço referente à informação b) ; Em caso de dúvida quanto ao medicamento referido, anotar o nome para posterior avaliação. Apresentação refere-se ao tipo de medicamento utilizado: Comprimidos, cápsulas, drágeas, soluções, xaropes, pomadas, cremes, injeções, etc.

PERGUNTA 102. Assinale a alternativa mais próxima da resposta. Refere-se à doença infecciosa para a qual os remédios referidos foram utilizados.

PERGUNTA 103. Assinale a alternativa mais próxima da resposta.

PERGUNTA 104. Assinale a alternativa mais próxima da resposta.

ANEXO 4: FOLDER INFORMATIVO SOBRE SAÚDE DO ADULTO.

A FACULDADE DE
MEDICINA AGRADECE A
PACIÊNCIA E A
COLABORAÇÃO DOS
SENHORES E DAS SENHORAS
EM NOSSA PESQUISA.

ESTES CONSELHOS
SÃO APENAS UM PEQUENO
GESTO, QUE ESTÁ AO NOSSO
ALCANCE, PARA
DEMONSTRAR A NOSSA
GRATIDÃO.

Visite o nosso site na Internet:

www.ufpel.tche.br/medicina/epidemio

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social



Dicas para uma Vida Saudável

Consórcio do Mestrado em
Epidemiologia Geração 1999-2000

Hoje em dia existem conhecimentos, que vêm das pesquisas que os cientistas estão fazendo no mundo todo, que permitem a pessoa viver por mais tempo e melhor:

- ❖ Se você tem mais de 60 anos, converse com o seu médico, sobre a possibilidade de fazer um teste de audição. Sugere-se fazer este exame de 2 em 2 anos.
- ❖ Se você estiver gordo, procure perder peso. Para perder peso, sugere-se comer menos doces, gorduras e frituras; e fazer exercícios.
- ❖ Se você tem mais de 65 anos, converse com o seu médico sobre a possibilidade de fazer um teste de visão. Sugere-se fazer o teste de 2 em 2 anos.
- ❖ Se você é mulher e tem mais de 40 anos, faça você mesmo de suas mamas todo o mês. No Posto de Saúde mais

próximo de sua casa você peça para que lhe expliquem como isto é feito.

- ❖ Se você for mulher e tiver entre 20 e 65 anos, faça todo ano o exame de pré-câncer, para prevenir o câncer de colo do útero.
- ❖ Procure o Posto de Saúde mais próximo de sua casa e diga que deseja fazer a vacina para prevenir o tétano. Recomenda-se vacinar de 10 em 10 anos. Hoje em dia, adulto também se vacina!
- ❖ Se você fuma tente parar, ou se não conseguir, pelo menos reduza a quantidade de cigarros.
- ❖ Procure exercitar-se regularmente.
- ❖ Evite comer frituras e alimentos muito gordurosos.

Evite tomar bebida alcoólica em excesso.

Se você andar de carro use sempre o cinto de segurança. Se você andar de

motocicleta ou de bicicleta use sempre capacete.

- ❖ Evite possuir armas de fogo. Se as tiver guarde-as em local seguro e descarregadas.
- ❖ Evite ficar muito tempo ao sol. Se o fizer procure usar protetor solar, óculos e chapéu.
- ❖ Procure informar-se sobre como prevenir a AIDS, que é uma doença que está aumentando, principalmente nas mulheres casadas.
- ❖ Se você tiver dúvidas sobre a sua saúde procure informações no Posto de Saúde mais próximo de sua casa.

ANEXO 5: MAPA DE UM SETOR CENSITÁRIO.

