

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

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

LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

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

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

PELOTAS, NOVEMBRO DE 1997

LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

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

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

Orientador: Jorge Umberto Béria

Co-Orientador: Maurício Silva de Lima

Pelotas
Faculdade de Medicina da UFPel
1997

APRESENTAÇÃO:

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

Parte I: Projeto de Pesquisa

Parte II: Relatório do trabalho de campo

Parte III: Artigo 1:

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

Parte IV: Artigo 2:

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

Anexo 1: Questionário individual

Anexo 2: Manual de instruções

Agradecimentos

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

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

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

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

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

Aos supervisores, representados por Rogério Tomasi Riffel.

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

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

Aos meus familiares, representados por minha irmã Cristina.

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

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

“MUITO OBRIGADO”

ÍNDICE

Páginas

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

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

LISTA DE FIGURAS

Projeto.

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

Relatório

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

Artigo 1

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

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

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Relatório

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

Artigo 1

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

Artigo 2

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

Parte I:

PROJETO DE PESQUISA

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

PROJETO DE PESQUISA
EPIDEMIOLOGIA DOS EVENTOS
ESTRESSANTES

MESTRANDO - LUÍS FELIPE LOPES USTÁRROZ

ORIENTADOR - JORGE UMBERTO BÉRIA

CO-ORIENTADOR - MAURÍCIO SILVA DE LIMA

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

2. MARCO TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

3. OBJETIVOS

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

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

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

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

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

4. HIPÓTESES

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

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

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

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

5. METODOLOGIA

5.1) DELINEAMENTO: Transversal de base populacional

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7.1) DEPENDENTES:

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

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

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

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

5.7.2) INDEPENDENTES:

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

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

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

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

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

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

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

6. logística

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

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

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

Os períodos de cada uma das etapas constam no cronograma.

7. ANÁLISE DOS DADOS

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

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

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

8. ORÇAMENTO

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

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

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

9. POSSÍVEIS VIÉSES

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

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

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

10. CRONOGRAMA

1995 - 1996

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

RELATÓRIO E ARTIGOS - a partir de novembro de 1996.

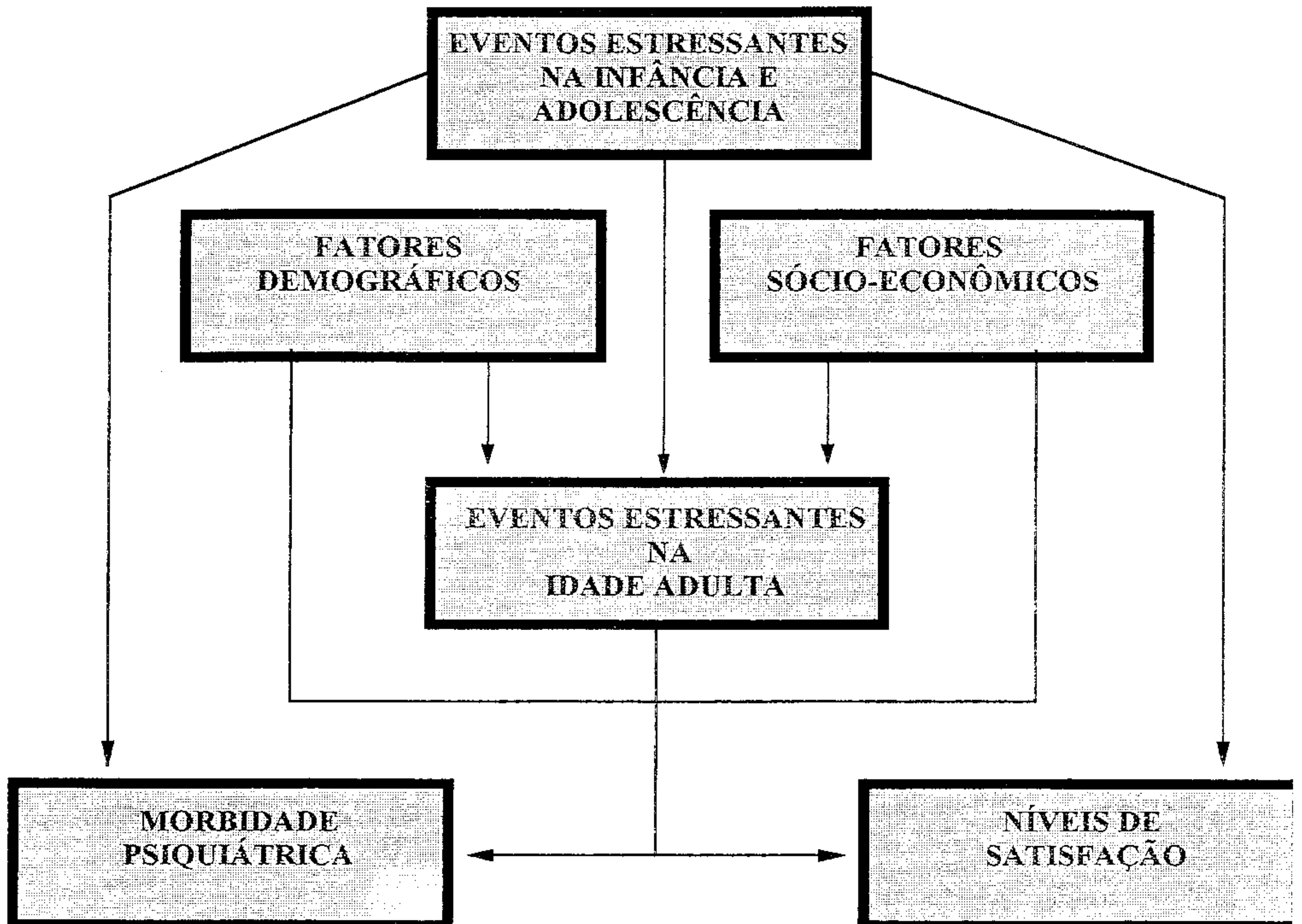
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

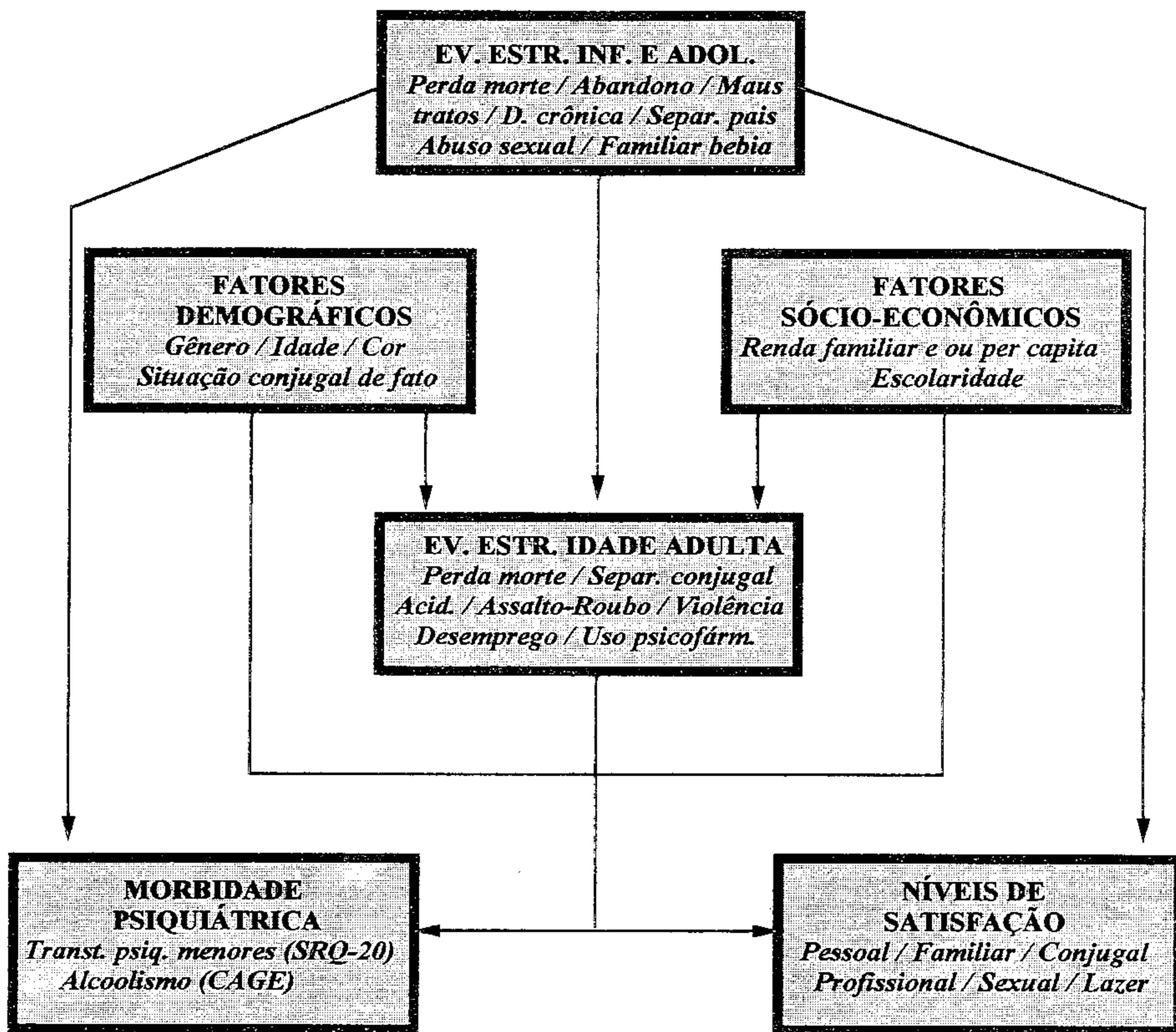
6. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21: 501-07.
7. Busnello E. e cols. Morbidade Psiquiátrica na população urbana de Pôrto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*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

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

MODELO TEÓRICO



MODELO DE ANÁLISE



Parte II:

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Introdução

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

Questionário

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

Seleção

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

Treinamento

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

Os passos do treinamento foram os seguintes:

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

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

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

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

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

6) Simulação em grupos de dois a dois

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

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

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

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

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

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

*** um auxiliaria o outro em caso de alguma dúvida**

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

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

Lista de material entregue para cada dupla:

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

Metodologia

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

Amostragem

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

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

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

Piloto

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

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

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

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

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

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

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

*** per capita**

**** em salários mínimos vigentes**

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

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

A análise dos dados possibilitou:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

