

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do ”Sofrimento dos Nervos” em mulheres”

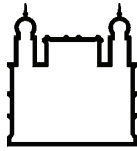
por

Sandra Regina Soares Arôca

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Mônica Rodrigues Campos
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Sandra Lúcia Correa Lima Fortes

Rio de Janeiro, março de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “Sofrimento dos Nervos” em mulheres”

apresentada por

Sandra Regina Soares Arôca

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cláudia de Souza Lopes

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho

Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Campos – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 26 de março de 2009.

Agradecimentos:

A meus queridos pais, minha imensa gratidão por todos os suportes afetivos e materiais que me ajudaram a sustentar minhas escolhas profissionais, principalmente esta de fazer Mestrado ainda com um bebê em meus braços.

A meu companheiro Michele que me ajudou, dentro do possível, a encontrar mais tempo para estudar e escrever. Por toda a sua tolerância a uma companheira que, por força das circunstâncias, precisou afastar-se um pouco de nossos momentos em comum.

À minha amada filha Livia, que já nos seus primeiros anos de vida está tendo que aprender a compartilhar a atenção da mamãe com os papéis e o computador. Agradeço seu esforço em tentar compreender minhas necessidades as quais, do ponto-de-vista de uma criança pequena, devem ser absolutamente injustas.

Aos meus amigos Deborah e Nilson por terem realmente me incentivado a retornar à sala de aula, ampliando meus horizontes e reforçando o prazer de pensar.

À minha “amiga-irmã” Denise, com quem há muito tempo converso sobre as condições femininas. Ainda que a respeito de nós mesmas tais conversas me despertaram o interesse pelo estudo sobre as mulheres.

A Hugo Fagundes, Marcelo Cunha, Mário Barreira, Marta Zappa, Viviane Tinoco, Vera Nogueira e toda a equipe do CAIS-IPP, por terem atendido minhas necessidades de conciliação de estudo e trabalho.

A Ana que, ao cuidar da casa e de Livia, me possibilitou paz de espírito para manter de pé meus projetos.

Às mulheres dos grupos de família e do grupo de mulheres que coordenei no CAPS-Irajá, lugar onde as questões femininas começaram a me inquietar numa mistura de interesse e carinho.

À Mônica Rodrigues Campos e a Sandra Fortes, minhas orientadoras, por terem acreditado em minha capacidade de desenvolver este trabalho, superando boa parte de minhas “limitações” de formação. Sou grata pela paciência que tiveram durante os nossos encontros, o que foi fundamental para que eu, psicóloga, me apropriasse de tantos números, conceitos e operações estatísticas. Isto também foi muito formador para mim.

À minha querida Marina por sua prontidão em me ajudar quando o assunto era tradução, aproximando mais ainda nossas vidas apesar da distância geográfica.

RESUMO: Estudos no Brasil relatam alta prevalência do diagnóstico de Transtorno Mental Comum (TMC) nas unidades básicas de saúde, e sua associação com o gênero feminino. O *continuum* de sintomas dos TMC (quadros depressivos, ansiosos, somáticos e dissociativos) guarda relação com as queixas inespecíficas da popular “Doença dos Nervos” por esta também apresentar sintomatologia comórbida, além de abranger um espectro genérico de mal-estar psíquico percebido subjetivamente. Apesar do sofrimento dos nervos ser uma avaliação pessoal do próprio estado de saúde (*illness*), e não uma classificação médica (*disease*), sua associação com os TMC remete a comprometimentos na esfera psíquica, funcional e na qualidade de vida de quem sofre. **OBJETIVO:** Conhecer as prevalências dos TMC e da representação do sofrimento dos nervos em 5 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Petrópolis-RJ; analisar as associações existentes entre ter TMC (considerando também sua intensidade), perceber-se portadora de sofrimento mental (considerando sua duração), e comparar seus impactos sobre os domínios de Qualidade de Vida (QV) estudados; verificar a associação da co-existência de ter TMC grave e ser sofredora crônica dos nervos com QV; verificar a associação de fatores sócio-demográficos e econômicos com TMC, “sofrer dos nervos” e QV; analisar a associação de rede de apoio social e empoderamento feminino com ter TMC, “sofrer dos nervos” e QV. **METODOLOGIA:** Foram avaliadas 969 mulheres atendidas em 2006 em 5 unidades de PSF, durante 1 mês, no município de Petrópolis. A prevalência geral dos TMC foi aferida pelo *General Health Questionnaire* (GHQ12), usando-se os pontos de corte 2/3 para os quadros leves, e 4/5 para os graves. A intensidade dos transtornos foi medida pelo GHQ contínuo. A percepção do adoecimento agudo e crônico dos nervos foi aferida através de 2 perguntas isoladas quanto à duração do sofrimento. Os dados sócio-demográficos foram coletados por um questionário geral. A mensuração dos níveis de QV em cada domínio foi feita pelo WHOQOL-Bref. A análise dos fatores associados a QV foi realizada através da regressão linear múltipla modelo *stepwise-backward* no programa SPSS. **RESULTADOS:** Verificaram-se as prevalências médias de 61,7% de TMC, 44,6% de TMC grave, média de 31,0 de intensidade dos transtornos, 47,5% de percepção de sofrimento agudo dos nervos, 24,6% de percepção de sofrimento crônico, e 16,1% de co-existência de ter TMC grave e sofrer cronicamente dos nervos. Constataram-se associações estatisticamente significativas entre ter TMC, sofrer dos nervos e QV, cada qual afetando diferenciadamente os domínios estudados. Os TMC graves exerceram os maiores danos em QV, sendo o pior no domínio psicológico ($\beta = -13,4$; $\alpha = 65,7$). Percepção de sofrimento agudo dos nervos obteve o segundo pior impacto negativo sobre QV, sobretudo no domínio de satisfação com a saúde ($\beta = -9,1$; $\alpha = 77,0$). A co-existência de TMC grave com nervo crônico mostrou forte prejuízo sobre o domínio físico ($\beta = -13,1$; $\alpha = 79,2$), apesar de, no geral, ter sido o 3º fator mais negativo. Entre os condicionantes sócio-demográficos que apresentaram associações significativas com QV, renda pessoal ($\beta = 1,9$; $\alpha = 79,2$ no domínio físico), chefe de família e instrução ($\beta = 2,5$ e $\beta = 3,9$, respectivamente; $\alpha = 79,2$ no domínio satisfação com a saúde), demonstraram o impacto positivo do empoderamento feminino. Renda familiar, estado civil e, principalmente, frequência religiosa ($\beta = 4,6$; $\alpha = 77,0$ em satisfação com saúde), aumentaram os níveis de QV ao exercerem efeito protetor da rede de apoio social. **CONCLUSÕES:** É alta a prevalência de TMC e da percepção de sofrimento mental agudo entre as mulheres atendidas no PSF. Embora a presença de TMC grave cause pior impacto negativo, a percepção do sofrimento dos nervos também diminui os níveis de QV. Empoderamento feminino e suporte social têm efeito benéfico sobre QV. Tais resultados enfatizam a necessidade de que as abordagens em saúde levem em conta a interpretação subjetiva do próprio estado de saúde e não apenas os critérios diagnósticos, a fim de oferecerem respostas capazes de contemplar aspectos mais abrangentes que remetem ao conceito mais amplo de saúde enquanto qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Mental Comum (*disease*), Representação de Doença dos Nervos (*illness*), Qualidade de Vida, Mulher.

SUMMARY: Studies in Brazil report a high prevalence of Common Mental Disorders (CMD) diagnosis in primary cares and its association with the female gender. CMD's continuum of symptoms (depressive, anxious, somatic and dissociative frameworks) resembles unspecific complaints of the commonly known "Nervous Illness". Its comorbid symptomathologies contain a generic spectrum of a subjectively perceived ill-being of the psyche. Despite "suffering of the nerves" being a personal evaluation of one owns state of health (illness) and not a medical classification (disease), its association with CMD entails distress in the psychic and functional spheres as well as the quality of life of those who suffer from it. **Objective:** To determine the prevalence of both CMD and "Nervous Illness" in 5 units of the Family Health Programme (FHP) in the municipality of Petropolis-RJ; to analyse possible associations between having CMD (taking the intensity of it into consideration) and self-perceived "Nervous Illness" (taking the duration of the illness into consideration), and to compare the impact of both on the studied range of quality of life (QL) estimators; to verify the interaction between having a grave form of CMD and suffering from chronic "Nervous Illness"; to verify the association between socio-demographic and economic factors with CMD, Nervous Illness and QL; analyse the association between female empowerment and the existence of a social protection network with CMD, Nervous Illness and QL. **Methodology:** During the year of 2006, 969 women were analysed in 5 units of the FHP in the municipality of Petropolis-RJ for one month. The general prevalence of CMD was determined using the General Health Questionnaire (GHQ12), with cutting points of 2/3 for light cases and 4/5 for the grave cases. The intensity of the disorder was measured by a continuous GHQ. The perception of acute and chronic "Nervous Illness" was inferred using 2 questions isolated in accordance with the duration of the illness. The socio-demographic data was collected via a general questionnaire. Measurements of QL levels, for each range, were done using WHOQOL-Bref. The analyses of factors associated with QL was done using a multiple linear regression, step-wise backward model, in SPSS. **Results:** Verified mean prevalence of: 61.7% for CMD; 44.6% for grave CMD; mean intensity of the disorder of 31.0, 47.5% for perceived acute "Nervous Illness"; 24.6% of perceived chronic "Nervous Illness"; and a 16.1% interaction between having a grave CMD and suffering from chronic "Nervous Illness". Statistically significant association between having CMD, suffering from "Nervous Illness" and QL were shown, with each affecting differently the studied ranges. Grave CMD damaged QL the most, with the psychological range suffering the worst effects ($\beta = -13.4$; $\alpha = 65.7$) Followed by perceived acute Nervous Illness, specially in the health satisfaction range ($\beta = -9.1$; $\alpha = 77.0$). The interaction between grave CMD and chronic Nervous Illness, has shown a strong adverse impact on the physical range ($\beta = -13.1$; $\alpha = 79.2$) although it only ranked third on general negative impact on QL. Amongst the socio-demographic variables that show significant associations with QL were personal income ($\beta = 1.9$; $\alpha = 79.2$ in the physical range); head of family and education ($\beta = 2.5$ e $\beta = 3.9$, respectively; $\alpha = 79.2$ in the health satisfaction range), demonstrating therefore the positive impact of female empowerment. Household income, civil status and principally religious frequency ($\beta = 4.6$; $\alpha = 77.0$ in the health satisfaction range) increased QL levels, by exerting the supportive effects of the social protection network. **Conclusions:** There is a high prevalence of grave CMD and perception of acute nervous illness amongst female participants of the FHP. Although the presence of CMD has the worst impact on QL, QL is too diminished by perception of Nervous Illness. Female empowerment and social protection networks have a positive effect on QL. Such results emphasize a need to consider subjective interpretations of self-well-being and not only diagnostic criteria when approaching health issues. Only in this way answers that are capable of contemplating a more comprehensive concept of health as quality of life, can be offered.

Key-words: Common Mental Disorder (disease), representation of Nervous Illness (illness), Quality of life, Women.

ÍNDICE

I. Introdução.....	7
II. Justificativa.....	13
III. Revisão Teórica.....	15
3.1. Os Transtornos Mentais Comuns (TMC).....	15
3.2. Considerações sobre as características sócio-demográficas e econômicas associadas aos TMC.....	18
IV. Somatização.....	23
V. Doença dos Nervos.....	27
5.1. Uma visão antropológica sobre modos de expressão do sofrimento.....	27
5.2. Doença dos Nervos e mulher: a discussão do “nervoso” enquanto doença de gênero social.....	32
VI. Diagnóstico (<i>disease</i>) e percepção pessoal do estado de saúde (<i>illness</i>): marcadores objetivos e subjetivos de saúde	35
VII. Qualidade de Vida: conceito e medida em saúde.....	41
VIII. O Programa de Saúde da Família.....	48
8.1. Pressupostos básicos que norteiam a prática.....	48
8.2. Atenção Básica e Saúde Mental: pensando possíveis integrações.....	50
IX. Hipótese.....	52
X. Objetivos.....	53
10.1 Objetivo Geral.....	53
10.2 Objetivos Específicos.....	53
XI. Metodologia.....	54
11.1. Área de pesquisa.....	54
11.2. Delineamento do estudo e da amostra.....	55
11.3. Critérios de exclusão.....	56
11.4. Procedimento da pesquisa e coleta de dados.....	56
11.5. Aspectos éticos.....	57
11.6. Os instrumentos.....	57
11.7. Confiabilidade dos instrumentos.....	65
11.8. Análise dos dados.....	66
XII. Resultados.....	69
12.1. análise descritiva.....	69
12.2. análise univariada das variáveis sócio-econômicas vs qualidade de vida.....	75
12.3. análise univariada de <i>illness</i> e <i>disease</i> vs qualidade de vida	78
12.4. regressão linear múltipla de <i>illness</i> , <i>disease</i> e variáveis sócio-econômicas vs qualidade de vida.....	84
XIII. Discussão.....	89
XIV. Considerações finais.....	108
XV. Referências Bibliográficas.....	111
XVI. Anexos.....	119

ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1. Estudos acerca da prevalência de TMC em comunidades.....	21
Quadro 2. Estudos acerca da prevalência de TMC em unidades de atenção primária em saúde.....	23
Quadro 3. Instrumentos de qualidade de vida e tipo de abordagem.....	44
Quadro 4. Variáveis contínuas categorizadas.....	59
Quadro 5. Variáveis categóricas posteriormente dicotomizadas.....	60
Quadro 6. Domínios de qualidade de vida, suas respectivas facetas e o número da pergunta no questionário WHOQOL- <i>Bref</i>	64
Quadro 7. Confiabilidade teste/reteste do GHQ12.....	65
Tabela 1. Coeficiente de correlação dos escores dos diferentes domínios do WHOQOL- <i>Bref</i> entre o teste e re-teste (n= 300).....	66
Tabela 2. Distribuição da frequência das variáveis categóricas sócio-demográficas.....	70
Tabela 3. Distribuição da frequência das variáveis categóricas sócio-demográficas quanto à estrutura ocupacional.....	71
Tabela 4. Distribuição de frequência (número e percentual) das variáveis diagnóstico, representação do sofrimento dos nervos e co-existência de TMC grave e nervo crônico.....	73
Tabela 5. Frequência de TMC e seus escores segundo o GHQ contínuo.....	73
Tabela 6. Frequência (número e percentual) de mulheres segundo a presença de TMC e sofrer dos nervos há 15 dias e há 2 anos, e segundo a presença de TMC grave e sofrer dos nervos há 15 dias e há 2 anos, com as suas respectivas associações dadas pelos <i>odds ratio</i> (OR), e intervalos de confiança (IC a 95%).....	74
Tabela 7. Frequência e média dos escores de TMC medidos pelo GHQ contínuo segundo a percepção de sofrimento dos nervos há 15 dias e há 2 anos, e suas respectivas significâncias estatísticas.....	74
Tabela 8. Escores de qualidade de vida em cada um de seus domínios segundo variáveis sócio-demográficas e teste de significância a IC a 95%.....	77
Tabela 9. Correlação entre número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses e qualidade de vida em seus respectivos domínios e teste de significância a IC a 95%.....	77

Tabela 10. Escores (média) dos domínios de QV segundo a presença de TMC e TMC grave e a significância estatística dos testes de associação entre cada domínio e ser portadora de TMC ou TMC grave.....	78
Tabela 11. Correlação entre a intensidade do TMC (contínuo) e os domínios de qualidade de vida dada pelos coeficientes de <i>Pearson</i> e significância estatística.....	79
Quadro 8. Histogramas e <i>box-plots</i> da distribuição da intensidade dos TMC (GHQ contínuo) segundo ter ou não o transtorno.....	80
Tabela 12. Escores (média) dos domínios de QV segundo as percepções nervo agudo e crônico e a significância estatística dos testes de associação entre cada domínio e as representações de sofrimento dos nervos.....	80
Tabela 13. Escores (média) dos domínios de QV segundo a presença de co-existência de TMC grave e nervo crônico (marcador de cronicidade), e a significância estatística dos testes de associação entre cada domínio e a interrelação.....	81
Quadro 9. <i>Box-plots</i> da distribuição dos escores de QV no domínio psicológico segundo a presença dos TMC e da percepção de sofrer dos nervos há 15 dias.....	82
Quadro 10. Gráficos de dispersão da distribuição da intensidade do sofrimento mental medido pelo GHQ contínuo e dos escores de QV no domínio psicológico segundo a presença de TMC e de sofrimento dos nervos.....	83
Tabela 14. Escores dos domínios de QV segundo a presença de TMC e de percepção de sofrimento agudo dos nervos (15 dias), e as significâncias estatísticas entre cada domínio e a interrelação entre TMC e nervo agudo.....	84
Tabela 15. Escores dos domínios de QV segundo a presença de TMC e de percepção de sofrimento crônico dos nervos (2 anos), e as significâncias estatísticas entre cada domínio e a interrelação entre TMC e nervo crônico.....	84
Quadro 11. <i>Box-plots</i> da distribuição dos escores de QV no domínio psicológico segundo a presença de TMC grave e de sofrimento agudo dos nervos (figura a) e em satisfação com a saúde segundo a presença de TMC grave e frequência religiosa (figura b).....	86
Tabela 16. Coeficientes e respectivas significâncias dos modelos de regressão linear <i>stepwise</i> para os desfechos de QV em seus diferentes domínios.....	88
Tabela 17. Correlações entre as variáveis independentes e as variáveis desfecho relativas aos domínios de QV, desvio padrão e média dos resíduos segundo modelos de regressão linear múltipla	88

I- Introdução

São muitos os estudos conduzidos no Brasil e no mundo que versam a respeito do sofrimento mental encontrado na Atenção Básica (AB) em Saúde e nas comunidades. Segundo Maragno et al (2006), a partir da segunda grande guerra mundial pesquisas epidemiológicas ampliaram suas amostras exclusivamente hospitalares para a dimensão comunitária, apontando para o problema dos transtornos psiquiátricos de natureza não-psicótica nas diferentes populações e subpopulações. Trata-se de sintomas depressivos, ansiosos e dissociativos, mesclados com queixas somáticas, muitas vezes sujeitos ao despreparo dos profissionais médicos para detectarem e atuarem frente a estes, e a consequentes equívocos de avaliação diagnóstica (Fonseca, 2007; Mari et al, 1987). A demanda que chega às unidades gerais de saúde difere daquela endereçada aos serviços especializados em Saúde Mental, apresentando predominantemente queixas somáticas as quais, raramente, são entendidas pelos médicos como sintomas relacionados a transtornos mentais. (Fortes,2004).

Estes estudos costumam ressaltar a carga de morbidade verificada não apenas pelos custos individuais quanto aos prejuízos na qualidade de vida de quem sofre, como também por aqueles sociais relativos aos danos monetários para os cofres públicos e privados, na medida em que aumentam os gastos do sistema de saúde, além de resultar em diminuição da capacidade produtiva do trabalhador. Quanto ao consumo de serviços e bens sanitários, refere-se, além disso, que a presença de um problema mental está relacionada a maior número de demandas de atendimentos generalizados em saúde (Busnello et al, 1983).

Tais pesquisas demonstram forte associação entre o gênero feminino e a presença de mal-estar psíquico na forma dos sintomas acima descritos (Fortes, 2004; Coutinho et al, 1999; Ludermir, 2000, 2005; Maragno et al, 2006; Araújo et al, 2005, 2006; Lopes et al, 2003; Lima et al,1996), mostrando-se uma das mais relevantes entre demais variáveis sócio-demográficas. Consideram também importantes associações entre o sexo e determinadas características sócio-demográficas relacionadas à condição da mulher envolvidas na produção do sofrimento mental, tais como estado civil, número de filhos,

rede de suporte social e estrutura ocupacional, este último considerado indicador de empoderamento e autonomia pessoal. Do ponto-de-vista da reflexão antropológica, o fato das mulheres constituírem sua identidade sobre bases relacionais locais e familiares faz com que rupturas nestas dimensões de sua vida possam atuar como eventos facilitadores para o desenvolvimento dos sintomas (Duarte,1986).

A assistência médica nas unidades básicas de saúde no Brasil caracteriza-se por uma forte demanda de mulheres que apresentam uma variada combinação de sintomas somáticos e psíquicos, como dores no corpo e na cabeça, tontura, fadiga, incômodos gástricos, insônia, irritabilidade, preocupações e outros. Tal clientela presente neste nível sanitário de assistência endereça-se a profissionais não especializados em Saúde Mental, geralmente médicos generalistas de unidades de Programa de Saúde da Família (PSF), ou clínicos gerais, ginecologistas e cardiologistas de ambulatórios de outras unidades. As respostas costumam ser de baixa resolutividade, produzindo alto consumo de atos médicos, consultas e exames de investigação diagnóstica muitas vezes desnecessários, produzindo o fenômeno do *doctor shopping* que tanto espelha a ineficiência dos tratamentos. Carvalho e Dimenstein (2003) dizem que para as grandes consumidoras de calmantes, as mulheres, os fármacos assumem função de objeto mágico, símbolo de auto-controle e poder de enfrentamento do dia-a-dia, e o uso descontrolado reforça a visão biologizante com que se lida com questões não-médicas, ainda que algum tipo de ajuda medicamentosa seja relevante em muitos casos. Medicação torna-se o único modo de enfrentá-las, seja por parte do paciente, seja pela do médico.

Boa parte dos estudos referidos pode ser identificada esquematicamente em dois grupos: 1) pesquisas epidemiológicas sobre Transtornos Mentais Comuns (TMC) e suas associações com aspectos sócio-demográficos e econômicos. Podemos acrescentar aqui as pesquisas sobre Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), termo até pouco tempo utilizado para descrever o mesmo *continuum* dos sintomas acima mencionados, e outros estudos que focam separadamente as sintomatologias em questão, como por exemplo as síndromes depressivas e de somatização. Para o presente estudo usaremos o conceito de TMC; 2) estudos de natureza antropológica sobre a Doença dos Nervos, termo este comumente utilizado no campo da Saúde Pública e que se refere a um idioma sócio-cultural utilizado para expressar a experiência do sofrimento psíquico.

Denominou-se TMC transtornos mentais verificados em comunidades e na Atenção Básica que geram sofrimento psíquico, comprometimento funcional e interferência na qualidade de vida. Em geral, trata-se de quadros clínicos de caráter agudo, de menor gravidade que os Transtornos Mentais Maiores e, muitas das vezes, de remissão espontânea, que manifestam sintomas somáticos associados a sintomas psíquicos de natureza depressiva, ansiosa e dissociativa, evidenciando a presença marcante de comorbidade. Este conceito ajudou a sistematizar o conjunto impreciso de sintomas que, do ponto-de-vista dos clássicos manuais diagnósticos, apresentam natureza subclínica por escaparem às tradicionais categorias nosológicas.

Doença dos Nervos é um termo utilizado pela visão da antropologia médica que legitima a representação do sofrimento mental manifestada através de queixas vagas de natureza somática e não-somática como uma forma de linguagem de mal-estar psíquico expressa pelas camadas populares (Duarte,1986; Costa,1987). Trata-se de expressões de sofrimento utilizadas pelos indivíduos e compartilhadas culturalmente e, portanto, não se constitui em diagnóstico médico propriamente dito. Comum nos serviços públicos de saúde e associado ao alto consumo de ansiolíticos, o sofredor dos nervos apresenta ao profissional sua percepção de mal-estar elegendo o corpo como seu principal porta-voz, e revelando um processo de individualização que não segue necessariamente os rumos da subjetivação. Tal embaralhamento sindrômico costuma gerar preconceitos tanto por parte dos profissionais de formação médica, como daqueles de orientação psicológica, como se estes pacientes frustrassem suas instituições de saber que esperam, num a priori, por um arranjo de queixas já aguardado segundo a literatura clínica que as orienta. Frustração, portanto, para os que se baseiam nos manuais diagnósticos e que, portanto, subvalorizam aquelas experiências de sofrimento, como para os que buscam uma narrativa reflexiva que se afaste da dimensão física (Fonseca, 2007).

O fenômeno da somatização, também muito presente nas unidades gerais de saúde como demanda de tratamento, refere-se ao sofrimento psíquico apresentado através de queixas somáticas inespecíficas e sem substrato anátomo-clínico. Notam-se de forma evidente as aproximações com os TMC e a discussão da doença dos nervos, tanto pela apresentação sintomatológica comórbida, como pelo debate que se constrói em torno, referente à visão da somatização como padrão de sofrimento culturalmente determinado.

Suas tentativas de conceitualização experimentam impasses entre o normal e o patológico. De um lado, é entendida como entidade nosológica, levando-se em conta não só o nível de gravidade dos sintomas e o comprometimento na vida do sujeito, como o padrão de causalidade explicitado pelo somatizador que poderá ou não aludir à dimensão psíquica e social relativa a seus incômodos. De outro, é compreendida por um viés normatizante. A visão crítica de Kleinmann (1980) afirma que as queixas somáticas devem ser compreendidas à luz da determinação cultural sobre a linguagem do sofrimento, assim relativizando o seu *status* de entidade mórbida.

As semelhanças clínicas entre os TMC e a doença dos nervos podem ser analisadas segundo dois modelos explicativos de avaliação das condições de saúde (Helman, 1994). Um que define a presença de dado diagnóstico segundo marcadores médicos objetivos, utilizado pelos profissionais de saúde, descrito pelo autor como conceito de *disease*. Outro que resulta de uma percepção subjetiva do paciente quanto à presença de uma doença segundo o consenso com o ambiente sócio-cultural ao qual o indivíduo pertence, e que não se origina necessariamente dos manuais diagnósticos. Este segundo modelo explicativo é originalmente denominado pela palavra inglesa *illness* e diz respeito à auto-avaliação quanto ao próprio estado de saúde.

Estas duas perspectivas de avaliação são capazes de conviver ou de se confrontar. A uma pessoa pode ser conferido um diagnóstico (*disease*) ainda que esta não se sinta adoecida e não se comporte como tal, de modo a não impactar em seu dia-a-dia; contrariamente, a percepção de se sentir doente (*illness*) pode ocorrer mesmo na ausência de diagnóstico, afetando a qualidade de vida de quem assim se sente. Estão em jogo, portanto, tanto o impacto efetivo de alterações orgânicas como dos aspectos subjetivos capazes de fazer com que a pessoa perceba sua saúde prejudicada, ainda que seus sintomas não sejam codificáveis segundo os marcadores científicos que os legitimarão como um transtorno.

Os TMC e a representação do sofrimento dos nervos dizem respeito aos dois modelos de avaliação de saúde descritos, na medida em que o primeiro resulta de marcadores médicos objetivos baseados em critérios clínicos diagnósticos (*disease*), e o segundo gerado a partir de uma auto-avaliação (*illness*). Sem perder de vista o rigor epistemológico necessário para que não se confunda o conceito antropológico de doença

dos nervos com o modelo explicativo de auto-avaliação da saúde - a representação do sofrimento dos nervos -, a discussão sobre o primeiro se faz imprescindível na medida em que introduz aqui a possibilidade da pessoa se sentir adoecida independentemente da presença de um indicador médico-científico.

O presente trabalho buscará possíveis diálogos entre os dois modelos. Levando-se em conta as possíveis consequências que ambos podem ter sobre a vida do indivíduo, torna-se fundamental não apenas considerar a carga de morbidade dos transtornos (*disease*), mas também aquela resultante da auto-percepção do sofrimento psíquico (*illness*).

Apesar de conceitualmente TMC não se equivaler ao adoecimento dos nervos, a literatura nos permite aproximações fenomenológicas não apenas pela sintomatologia apresentada. Outras características sugerem a operacionalização destes conceitos: as evidências epidemiológicas quanto à prevalência de mulheres portadoras de TMC (Fortes, 2004; Coutinho et al, 1999; Ludermir, 2000, 2005; Maragno et al, 2006; Araújo et al, 2005, 2006; Lopes et al, 2003; Lima et al, 1996) e a frequente relação entre estas e ser “doente dos nervos” (Duarte, 1986; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004; Fonseca, 2007); e a associação entre Doença dos Nervos e condições de vidas (Duarte, 1986; Costa, 1987; Silveira, 2000; Mércan-Hamman & Costa, 2000; Rozemberg, 1994; Carvalho & Dimenstein, 2004), que aponta para semelhanças sócio-demográficas e econômicas referidas aos TMC, tais como baixa renda (Lopes et al, 2003, Maragno et al, 2006, Fortes, 2004; Araújo et al, 2005; Jenkins et al, 1998; Araya et al, 2001); escolaridade (Jenkins et al, 1998; Araya et al, 2001; Goldberg & Huxley, 1992; Patel & Kleinman, 2003; Ludermir et al, 2006, Costa & Ludermir, 2005, Ludermir & Melo-Filho, 2002, Maragno et al, 2006, Fortes, 2004, Coutinho et al, 1999; Araújo et al, 2005, 2006), condições ocupacionais (Costa & Ludermir, 2005; Ludermir & Melo-Filho, 2002; Ludermir, 2000; Araújo et al, 2005, 2006; Ludermir, 2005), ausência de rede de apoio social (Costa & Ludermir, 2005; Fortes, 2004) e presença de eventos de vida produtores de estresse (Lopes, 2003; Costa & Ludermir, 2005; Guimarães et al, 2005; Araújo et al, 2006).

Os dois constructos apontam para relações com condições de vida e pertencimento a estratos sociais mais baixos, embora a causalidade reversa seja por vezes argumentada, na medida em que a presença de sofrimento psíquico pode implicar dificuldades de se

ascender a situações sociais mais favoráveis. Fleck et al (2002), ao verificar a associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde, afirma que a sintomatologia depressiva pode levar a pior funcionamento físico, psíquico e social, e piora da qualidade de vida em geral. Segundo estes autores, há poucos modelos teóricos que investigam estas associações. Este mesmo estudo concluiu que a intensidade daqueles sintomas está inversamente relacionada a indicadores subjetivos de bem-estar, mostrando-se as pessoas menos satisfeitas com sua qualidade de vida e suas saúdes física e mental.

O conceito de Qualidade de Vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde - OMS (Fleck et al, 2008) resulta do esforço de se criar medidores mais complexos, capazes de transpor os clássicos marcadores clínicos e sócio-econômicos, partindo-se da hipótese de não existir uma linearidade incondicional entre condições objetivas e subjetivas de vida. Este olhar a partir de auto-avaliações busca conhecer como pessoas e populações se sentem e lidam com suas condições existenciais. Uma vez que os indicadores objetivos são seguidos de perto por outras demandas situadas no campo da subjetividade, há que se privilegiar a perspectiva pessoal com a qual a realidade objetiva encontra-se intimamente relacionada. A percepção da pessoa do seu estado de saúde e de outros aspectos não-médicos é hoje uma variável emergente que tenta captar a dimensão do sujeito imbricada em suas condições objetivas de vida.

Para não naturalizarmos um determinismo social que privilegie unicamente os fatores sócio-demográficos e econômicos, é preciso considerar que ainda que estes se protagonizem no campo da Saúde Pública, não podemos perder de vista o que parte do indivíduo imprimindo marcas singulares no encontro com os fenômenos sociais. Na medida em que este trabalho não se limita a caracterizar sócio-demograficamente mulheres portadoras de TMC e que se percebem sofredoras dos nervos mas, sobretudo, deseja conhecer os modos como elas percebem a si e suas condições de vida, a perspectiva subjetiva encontra lugar de relevância. A partir da avaliação pessoal quanto à qualidade de vida enquanto medida ampla de saúde capaz de refletir a carga de doença para além de valores clínicos, buscar-se-á conhecer o impacto dos TMC e da representação de sofrer dos nervos segundo este indicador de parâmetros subjetivos, ou seja, a qualidade de vida como exposta anteriormente.

II-Justificativa

A prevalência de TMC entre mulheres e a associação destes com a representação do sofrimento dos nervos refletem-se no alto consumo de ações em saúde, e um dos desafios está em como modificar os tratamentos prescritos a estas pessoas, crônico e ineficazes, que amiúde engrossam o uso desmesurado de benzodiazepínicos. Segundo Carvalho & Dimenstein (2003), ao contrário da recomendação quanto ao tempo máximo de 12 semanas de uso, não raro o seu consumo se prolonga até cerca de 20 anos.

A formação cultural dos profissionais de saúde interfere na assistência prestada e no encontro profissional – paciente (Helman, 1994). Em geral, o tipo de atenção prestada às mulheres na Atenção Básica para quadros clínicos concernentes à sintomatologia dos TMC e ao sofrimento dos nervos reflete o despreparo no lidar com esta demanda que resulta, muitas vezes, na prestação de ajuda subterapêutica que se resume a prescrições farmacológicas pouco criteriosas, sem que se ofereçam outras abordagens terapêuticas. A própria característica sintomatológica imprecisa é geradora de resistências por parte de profissionais que subvalorizam a apresentação das queixas e adotam, conseqüentemente, condutas equivocadas. Pouco espaço é aberto para outras formas de se abordar o problema que não se limitem à reprodução do modelo clínico curativista - individual, mas que tome em consideração a complexidade dos aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no sofrimento mental.

Outro fato a se considerar é que parte destas mulheres que apresentam estes sintomas não os expressa como demanda de tratamento. Portanto, não endereçam seu sofrimento aos saberes e práticas científicas que os apreendam enquanto uma patologia ou condição existencial que mereça, de algum modo, um certo tipo de intervenção. Embora possam se perceber sofredoras dos nervos, elas mantêm a expressão de seu mal-estar no âmbito leigo da comunidade sem formulá-lo como uma queixa dirigida à comunidade científica-profissional com a qual seja estabelecido um diálogo com investigações diagnósticas que lhes atestem a presença de sofrimento através de marcadores médicos, e para a qual se solicite uma solução proveniente do campo da saúde.

Tendo-se por hipótese a associação da representação de sofrer dos nervos (*illness*) com TMC (*disease*), e considerando-se a possibilidade de que a auto-percepção também

acarrete em sofrimento psíquico e em comprometimento da qualidade de vida, este trabalho tem por finalidade dar maior visibilidade à carga de morbidade da avaliação subjetiva do adoecimento mental, e a orientar políticas públicas da Saúde e de outros setores.

A alta prevalência dos sintomas relativos aos TMC e ao adoecimento dos nervos nas comunidades e na AB remete estes fenômenos do campo da Saúde Mental para a esfera ampliada das questões de Saúde Pública. Isto se afirma ao serem levados em conta alguns dos principais critérios para os problemas de relevância coletiva. Considera-se a carga de morbidade dada sua significância para a sociedade em termos de despesas públicas e dos efeitos do próprio sofrimento no meio social. Igualmente relevante é a carga de doença que a presença do sofrimento mental enquanto diagnóstico e/ou auto-avaliação pode causar sobre o indivíduo decorrente de seu desconforto psíquico, das rupturas em sua capacidade funcional, dos custos de tratamento (Costa & Victora, 2006) e do prejuízo em sua qualidade de vida em geral.

Considerando os TMC um diagnóstico médico (*disease*) e a representação do sofrimento dos nervos como um modelo leigo baseado na percepção pessoal de um mal-estar psíquico (*illness*), torna-se relevante conhecer o impacto que a representação do adoecimento dos nervos tem sobre a vida das mulheres, comparando-o com aquele gerado pela presença de TMC. Se os tradicionais marcadores clínicos são capazes apenas de conhecer os efeitos dos transtornos em si segundo valores biomédicos e não a situação do doente, a utilização da medida de qualidade de vida enquanto indicador subjetivo de saúde que considera aspectos não-médicos da vida e a relação do sujeito com aspectos objetivos de sua vida faz deste constructo uma lente capaz de aferir os comprometimentos que os transtornos e a percepção do sofrimento dos nervos produzem.

Conhecer esta população através de suas perspectivas internas poderá contribuir para o redirecionamento das abordagens do problema, orientando políticas públicas de saúde que levem em conta não apenas os aspectos médicos implicados nos processos de sofrimento psíquico, mas os extrapolem em direção a outras instâncias sócio-culturais capazes de dialogar intersetorialmente com o problema e de produzir outras respostas. A escolha por variáveis de natureza subjetiva pretende incorporar à abordagem epidemiológica percepções pessoais que interajam com as tradicionais medidas objetivas.

III- Revisão Teórica

3.1. Transtorno Mental Comum

Goldberg & Huxley (1992) nomearam Transtorno Mental Comum os quadros clínicos de queixas difusas, expressas através de sintomas somáticos, depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldade de memória e concentração. É um conceito que considera não apenas a sintomatologia acima descrita, como também o contexto em que esta se dá, a saber, os serviços de Atenção Básica em saúde (incluindo-se os ambulatorios gerais e a assistência prestada pelo Programa de Saúde da Família), e sua ocorrência verificada nas comunidades (Fortes, 2004). Os portadores de TMC costumam remeter suas demandas aos profissionais médicos do nível primário de atenção, sem que necessariamente daí se desloquem em direção aos serviços especializados.

Segundo estes autores, o sofrimento mental pode atravessar quatro tipos de acesso a níveis diferenciados de abordagem em saúde, a que denominaram “filtros de atenção” que introduzem graus cada vez mais especializados de intervenção. Assim, do primeiro nível correspondente ao comportamento de doente, quando a pessoa se reconhece enquanto tal ainda dentro dos limites da comunidade em que vive, esta poderá ingressar em diferentes níveis de atendimento, na seguinte ordem de complexidade e seguindo um *continuum* de gravidade dos sintomas: morbidade geral em Saúde Mental de pacientes da Atenção Básica que se apresenta ao profissional aí atuante; transtornos mentais detectados e tratados pela Atenção Básica; transtornos mentais que, ao serem endereçados ao especialista, passam a ser tratados nos serviços de Saúde Mental; e, por fim, a internação em leitos psiquiátricos. Os TMC dizem respeito às apresentações descritas nos dois primeiros níveis.

O TMC não é um diagnóstico nosológico, pois que seus sintomas, pela própria natureza inespecífica que o constitui, podem estar presentes em diversas categorias nosológicas clássicas presentes no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual – 4ª versão*) e no CID-10 (*Classificação Internacional das Doenças – 10ª revisão*), por guardarem similaridades com determinadas classificações referentes a quadros sindrômicos ansiosos, depressivos, bem como com aquelas referentes aos Transtornos dissociativo e somatoforme. Nos estudos de Cordeiro (1985), além dos motivos semióticos

já citados, o curto tempo de observação clínica já fazia do “sintoma e estado mórbido mal definido”, presente no CID-9, a categoria mais presente nas demandas em saúde daquela época. No entanto, segundo Goldberg & Huxley (1992), as características subsindrômica e comórbida dos TMC mostraram o quanto a nosologia categorial dos consagrados manuais diagnósticos é inadequada aos seus quadros clínicos, já que estes foram elaborados dentro de unidades especializadas onde as morbidades mentais se apresentam em suas formas mais severas, e sistematizadas por um olhar fortemente técnico.

Segundo Goldberg & Goodyer (2005), o CID-10 e o DSM-IV estruturaram seus diagnósticos a partir do modelo sindrômico categorial que define coleções de sintomas e estabelece arbitrariamente pontos de corte para que sejam preenchidos os critérios necessários para cada categoria diagnóstica, além de privilegiar diferenças de qualidade em detrimento de um gradiente de severidade entre tipos similares de transtorno. Para a clientela das unidades básicas, o modelo categorial não é capaz de dar conta das apresentações subsindrômicas, gerando impasses diagnósticos pela sobreposição de sintomas.

A marcante comorbidade entre os transtornos mentais gera imprecisões diagnósticas segundo os manuais tradicionais, na medida que impõe categorias estanques que não possibilitam uma visão mais dinâmica. O conceito de TMC precisou basear-se no modelo dimensional que considera as relações entre os sintomas individuais, o que permite estabelecer uma continuidade entre sintomatologias presentes em diferentes classificações segundo as clássicas categorias psiquiátricas. A fim de permitir uma melhor compreensão das apresentações sintomatológicas e uma instrumentalização classificatória mais próxima dos quadros clínicos presentes nas unidades gerais de saúde, outras classificações foram organizadas para a atenção primária, tais como a DSM-IV AP e a CID-10 AP.

Este conceito tem sido amplamente utilizado em investigações epidemiológicas no Brasil e no mundo. No contexto nacional, pesquisas (Busnello et al, 1983; Iacoponi, 1989; Mari, 1986,1987; Villano, 1995, 1998) verificaram a prevalência de portadores do transtorno na demanda por atendimentos nos serviços primários de saúde, com variação entre 38% (Villano, 1995) e 50% (Mari, 1986). Ainda relativos ao nível básico de atenção, verificam-se outros estudos realizados em população cuidada pelo PSF, tal como o de Fortes (2004), no qual a prevalência encontrada foi de 56%. A média mundial de

prevalência de TMC em unidades gerais obtida em outros 15 países participantes de um estudo multicêntrico denominado *Psychological Problems in General Health Care – PPGHC/OMS* (Üstun & Sartorius, 1995) foi de 23%. Outras pesquisas internacionais apontam para prevalências de TMC nestes serviços de saúde que variam entre 23,2% (Üstun et al, 1995) e 58,8% (Weich et al, 1995).

As pesquisas a respeito da prevalência de TMC em populações gerais (estudos comunitários) no Brasil (Costa & Ludermit, 2005; Ludermit & Melo-Filho, 2002; Ludermit, 2000, 2005; Araújo et al, 2005, 2006; Lopes et al, 2003; Facundes & Ludermit, 2005; Coutinho et al, 1999; Braga et al, 2007; Lima et al, 2006) apresentam variação de 22,7% (Lima et al, 1996) a 42,6% (Braga et al, 2007), enquanto aqueles realizados em outros países (Jenkins et al, 1998; Weich et al, 2001, Araya et al, 2001) demonstram variação entre 18% (Jenkins et al, 1998) e 27% (Araya et al, 2001). A análise dos resultados deve fundamentalmente levar em conta as diferenças culturais, metodológicas e instrumentais existentes entre as pesquisas, além dos diferentes pontos de corte adotados.

Os instrumentos de pesquisa empregados tanto nos estudos comunitários como nas unidades gerais de saúde para investigar a prevalência de TMC e suas associações com características sócio-demográficas são (Fortes, 2004):

1) Escalas gerais de avaliação, que incluem o GHQ – *General Health Questionnaire* e o SRQ – *Self- Reporting Questionnaire*, inquéritos epidemiológicos utilizados na quase totalidade dos estudos aqui referidos. Além destes, existem o SCL-90 - *Symptom Check List* e o BSI – *Brief Symptoms Inventory* .

2) Entrevistas Psiquiátricas padronizadas estruturadas e semi-estruturadas, usadas para detalhar perfis nosológicos : CIS – *Clinical Interview Schedule*; DIS- *Diagnostic Interview Schedule*, SCID – *Structured Clinical Interview for DSM-III* , CIDI - *Composite International Diagnostic Interview*, e PSE – *Psychiatric Assesment Schedule* .

3.2 Considerações sobre as características sócio-demográficas e econômicas associadas aos TMC

Existe forte associação entre TMC e mulheres (Fortes, 2004; Coutinho et al, 1999; Ludermir, 2000; Maragno et al, 2006; Araújo et al, 2005). Entre a população feminina, alguns fatores relacionados às condições existenciais da mulher e a seu papel de gênero têm sido descritos como agravantes, tais como o número de filhos (Coutinho et al, 1999; Araújo et al, 2005), o papel de cuidadora de crianças (Weich et al, 1998; Jenkins, 1998), contar ou não com rede de apoio social (Fortes, 2004; Costa & Ludermir, 2005), ter ou não um companheiro (Maragno et al, 2003, 2006; Fortes, 2004; Araújo et al, 2005, 2006; Costa & Ludermir, 2005; Weich et al, 1998) e estrutura ocupacional, onde a sobrecarga de trabalhar dentro e fora de casa e o trabalho doméstico comparecem como propiciadores à produção dos sintomas de TMC (Ludermir, 2000; Araújo et al, 2005, 2006).

O número de pessoas dependentes da mulher revela resultados divergentes, ora atuando como fator protetor contra os TMC (Araya et al, 2001; Jenkins et al, 1998), ora como agravante à presença do transtorno (Weich et al, 1998). Igualmente, contar com um companheiro apresenta-se tanto como fator de proteção (Araújo et al, 2003; Weich et al, 1998), como produtor de TMC (Ludermir et al, 2000; Fortes, 2004). Ser viúva e ser separada comparecem, porém, como estados civis mais fortemente associadas ao transtorno. Ser chefe de família tem sido uma outra variável investigada em sua relação com os TMC (Araújo et al, 2005; Fortes, 2004).

Pobreza tem sido frequentemente apontada como determinante da presença de TMC. O aspecto econômico requer considerações ponderadas porque, além de revelar forte associação com baixa escolaridade sobretudo em países em desenvolvimento (Patel & Kleinman, 2003), levanta a possibilidade de causalidade reversa. Power et al (1991) verificaram, no entanto, que o efeito das condições socio-econômicas sobre a produção de TMC era maior que o efeito do TMC sobre estas mesmas condições. O determinante pobreza deve ser analisado complexamente pois traz em seu bojo questões relativas à insegurança e instabilidade social, baixa expectativa de vida, limitação de oportunidades, baixa escolaridade e baixa qualificação profissional (Patel & Kleinman, 2003). Os mesmos

autores, após sistemáticas revisões de estudos sobre os TMC, apontaram para a sólida associação desta variável com os transtornos. Contudo, não existe um consenso quanto à forma de se medir esta característica sócio-econômica. Além de se aferir a renda per capita, diferentes autores optam por utilizar outros marcadores como posse de bens duráveis e não duráveis e condições de moradia (Ludermir & Mello Filho, 2002), *status* sócio-econômico e local de moradia, considerando-se o nível de desigualdade de renda na área investigada (Fortes, 2004).

Quanto à associação dos TMC com o grau de escolaridade, refere-se o efeito que os conhecimentos adquiridos e a qualificação atingida tem sobre as possibilidades de escolhas na vida, de ascensão econômica e de inserção social, capazes de afetar as aspirações e a auto-estima. A baixa escolaridade apresenta-se, não raro, como um problema transgeracional no qual o acesso e incentivo à educação pouco se modificam de pais para filhos (Ludermir & Melo Filho, 2002). Alguns estudos (Coutinho et al, 1999; Araya et al, 2003) ressaltam as vantagens da escolaridade em detrimento da renda como fator protetor. Existe diferença entre países desenvolvidos e outros em vias de desenvolvimento onde, nos primeiros, renda apresenta maior associação com os TMC que o grau de instrução.

A inserção no trabalho tem sido abordada positivamente em sua importância como *status*, o contato com o mundo extra-familiar, independência financeira, a presença de metas que transcendem o nível individual (Fonseca, 2007) e quanto aos efeitos que o empoderamento gera na saúde física e mental das mulheres, resultante de sua participação e decisão no âmbito da vida social (Wallerstein, 2006). Negativamente, é estudado quanto à sobrecarga com o trabalho de casa (Araújo et al, 2005, 2006) e à desvalorização da função de empregada doméstica (Ludermir, 2000). A função de dona-de-casa com ou sem sobreposição ao trabalho fora (Araújo et al, 2006) é também abordada como fator de risco no caso das mulheres. Encontra-se intimamente articulada aos fatores pobreza e escolaridade baixa, sugerindo causalidade reversa.

O desemprego é uma das variáveis mais presentes nas pesquisas rastreadoras de TMC (Ludermir, 2000, 2005), sendo também relevante a informalidade e a instabilidade daí advinda, baixa remuneração, pagamento por produtividade, estresse no ambiente de trabalho, controle autoritário (Braga et al, 2007) e os níveis de qualificação profissional,

onde as maiores prevalências estão entre os de vínculo informal e os trabalhadores manuais.

A associação entre TMC e rede social de apoio tem ressaltado a importância da pessoa contar com auxílios práticos e emocionais que lhe conferem segurança, cuidado e sentimento de valorização pessoal decorrentes do entorno acolhedor. O suporte social pode ser composto por familiares e conhecidos capazes de trocas de afeto, companhia, ajudas materiais e informações (Costa & Ludermir, 2005), permitindo que o sujeito exerça um maior controle sobre sua própria vida (Valla, 1999). A rede de apoio pode ter uma função mediadora para situações de estresse, gerando reações mais favoráveis frente a difíceis situações da vida. Fortes (2004) afirma que a rede de suporte social pode ser considerada tanto através de sua densidade medida pelo número de pessoas, como também se leva em conta a rede subjetivamente percebida. Para ambos os casos refere-se o impacto positivo sobre as morbidades psiquiátricas. Segundo Chor et al (2001), para que de fato a teia relacional do indivíduo se configure como função de suporte em sua vida, há que se considerar o grau de satisfação pessoal com a disponibilidade e com a qualidade desta.

Entendidas como rede social, as atividades religiosas e de lazer parecem também gerar efeito protetor. Os estudos multicêntricos promovidos pela *World Health Organization Quality of Life Group* (grupo WHOQOL) consideraram a importância da espiritualidade e religiosidade na vida das pessoas, e desenvolveram um instrumento específico de medida de qualidade de vida segundo estes dois aspectos (Fleck et al, 2008).

A associação dos TMC com idade revela resultados diferentes. Fortes (2004) verificou maior prevalência de TMC abaixo de 45 anos, Maragno et al (2006) verificaram maior prevalência na faixa entre 45 a 54 anos, Araújo et al (2005) maior prevalência na terceira idade, enquanto Villano (1998) encontrou menos TMC entre os mais velhos. Coutinho et al (1999), observaram que ser mulher com mais de 30 anos aumentava os riscos para distúrbios psiquiátricos menores. A variável faixa etária sugere questões relativas à maior vulnerabilidade pessoal e social dos mais velhos, a presença de problemas crônicos de saúde, dificuldades financeiras, isolamento e desvalia social, e eventos de vida produtores de estresse (EVPE) recorrentes nesta fase da vida (Maragno et al, 2006).

Quanto à situação conjugal, apesar da estabilidade da associação entre TMC e separados/viúvos (Maragno et al, 2006; Araújo et al, 2005; Lopes et al, 2003; Jenkins et al,

1998; Araya et al, 2001), não existe consenso quanto ao efeito protetor do suporte familiar resultante da presença de companheiro/a (Costa & Ludermir, 2005), como já referido quanto às mulheres. A pesquisa de Coutinho et al (1999) revelou que ser casado significou fator agravante à presença de TMC, associado à baixa escolaridade. Há também que se considerar a causalidade reversa na qual a presença primária destes transtornos possa dificultar a estruturação de laços conjugais. Variáveis como cor da pele (Araújo et al, 2005) e migração (Souza & Silva, 1998) também têm sido analisadas quanto a associações com os TMC.

Os quadros a seguir relacionam pesquisas em unidades básicas de saúde e em comunidades, indicando seus objetivos, prevalências de TMC, e as características sociais demográficas estudadas.

QUADRO 1. Estudos acerca da prevalência de TMC em comunidades.

Autores e local	Prevalência de TMC e instrumento	Principais características sócio-demográficas relacionadas
Costa & Ludermir, 2005 –Brasil	36% (geral) – SRQ-20	Apoio social, idade, nº pessoas por domicílio, escolaridade, condição ocupacional
Ludermir AB & Melo Filho DA, 2002 – Brasil	35% - SRQ-20	Condições de moradia, escolaridade, estrutura ocupacional, renda
Ludermir, AB, 2000 – Brasil	49,2 (donas-de-casa) 25,8% (formais); 47,0 (inativas) 54,4% (informais); 49,2 (donas-de-casa);45,2% (desempregada) SRQ-20	Inserção produtiva, gênero, trabalho doméstico, estado civil

Continuação do **QUADRO 1**. Estudos acerca da prevalência de TMC em comunidades.

Araújo et al, 2005 – Brasil	39,4% - SRQ-20	Mulheres, trabalho doméstico
Lopes et al, 2003 – Brasil	29% - GHQ 12	EVPE, gênero, renda, situação conjugal
Maragno et al, 2006 – Brasil	24,9% -SRQ –20	Gênero, escolaridade, idade, situação conjugal
Facundes & Ludermir, 2005 – Brasil	34,1% - SRQ-20	Sobrecarga do processo ensino-aprendizagem, infância e adolescência
Ludermir, AB, 2005 – Brasil	20,7 (formais); 35,4% (informais) 35,7% (desempregadas); 43,7 (inativos) - SRQ-20	Estrutura ocupacional, situação conjugal, migração, renda, gênero, escolaridade, idade
Coutinho et al, 1999 – Brasil	QMPM / QMPA Inventário de sintomas do DSM-III 31,8%(homens); 68,2% (mulheres)	Gênero, idade, nº de filhos, situação conjugal e escolaridade, condição ocupacional da esposa
Araújo TM et al, 2006 - Brasil	43,4% (donas-de-casa) 36,8% (trabalhadoras) SRQ-20	Gênero, condição ocupacional, atividade doméstica, saúde reprodutiva, escolaridade, lazer, suporte, nº filhos, histórias de aborto e agressão
Braga, LC et al, 2007 - Brasil	42,6% - SRQ-20	Relações de trabalho entre trabalhadores de AB (demanda psicológica, controle e suporte social)
Marin-Leon L. et al, 2007 – Brasil	17% - SRQ-20	Escolaridade e emprego
Lima et al, 2006	44,7% - SRQ-20	Redes sociais de apoio, estresse do processo de formação médica
Lima , 2003 – Brasil	21,7% - SRQ-20	Alcoolismo e comorbidade
Ludermir & Lewis, 2001 – Brasil	35% - SRQ-20	Status sócio-econômico
Jenkins et al, 1998 – Reino Unido	18% - CIS-R	Renda, escolaridade, ter companheiro, nº dependentes
Weich et al, 2001 – Reino Unido	24,6% - GHQ	Gênero feminino
Araya et al, 2001 –Chile	27% - CIS-R	Renda, escolaridade, ter companheiro, nº dependentes

QUADRO 2. Estudos em unidades de atenção primária em saúde.

Autores	Resultados e instrumento utilizado	Principais características sócio-demográficas relacionadas e/ou objetivo do estudo
Fortes, 2004 – Brasil	TMC: 56% - GHQ-12	Mulheres, rede social de apoio
Busnello et al, 1983 - Brasil	55% (casos possíveis) 48,5% (casos confirmados) SRQ-20 / Entrevista clínica	Identificação de casos de doença mental em cuidados primários em saúde
Mari, 1986, 1987 - Brasil	TMC: 47% a 56% Morbidade Psiq. Grave: 25 a 27% SRQ-20 / GHQ12 / CIS	Distúrbios psiquiátricos menores em unidades primárias. Gênero e renda
Iacoponi, 1989 – Brasil	TMC: 53% - SRQ-20	Identificação de desordens emocionais em unidade primária de saúde
Villano, 1995, 1998- Brasil	TMC: 41,8% - GHQ 2/3 20,9% - GHQ 4/5 Transt. mentais: 38% - CIDI - PHC	Estudo sobre transtornos mentais em unidade geral de saúde (ambulatório universitário)
Ustun et al, 1995 – OMS multicêntrico	23,2% - GHQ12	Estudo multicêntrico sobre doenças mentais em unidades básicas e unidades gerais

Adaptado de Fortes (2004)

IV. Somatização

A abordagem do tema da somatização faz-se necessária posto que as formas de apresentação dos TMC e a expressão difusa do adoecimento dos nervos guardam pontos em comum, tanto pela qualidade de suas manifestações como pela igual importância nas demandas por atendimentos de saúde. O fenômeno da somatização também se confronta com as inadequações diagnósticas impostas pelos atuais critérios nosológicos categoriais, na medida em que existe uma forte comorbidade de sintomas depressivos e ansiosos a ele associada.

O conceito de somatização revela uma tensão que se origina tanto da falta de uniformidade das classificações que pretendem nomeá-la, como do debate entre a abordagem psicopatologizante que a apreende enquanto morbidade, e aquela que a considera enquanto manifestação cultural de sofrimento. Pode-se dizer que sua conceitualização passeia entre as fronteiras do normal e do patológico, ora aproximando-o de uma visão de doença segundo o padrão de causalidade explicitado pelo somatizador e o

grau de comprometimento em sua vida, ora desta se afastando para ser compreendido por um viés normatizante dentro de um dado contexto cultural.

O evento clínico da somatização apareceu, num primeiro momento, como objeto de interesse por parte da visão psicodinâmica que atribuía ao somatizador uma deficiência da função simbólica e de sua capacidade de subjetivação, perspectiva esta que posteriormente encontrou oposições defendidas por enfoques transculturais. Apesar dos esforços posteriores de conceitualização, até o presente momento a definição do conceito não apresenta uma padronização. Diversos autores fazem considerações diferentes sobre o assunto. Ainda que muitas destas se justaponham, sua utilização em estudos epidemiológicos torna inviável a produção de resultados comparáveis e confiáveis (Fortes, 2004).

A partir de 1980, somatização ganhou *status* de entidade nosológica, ou seja, foi incluída nas categorias de doenças dentro do grupo dos Transtornos Somatoformes (na época referente ao DSM-III). Com isso, o fenômeno passou a obedecer ao modelo sindrômico categorial para atender aos critérios diagnósticos para Transtorno de Somatização. Esta, porém, é uma categoria discutível, já que apresenta baixa prevalência em comparação à maior frequência do Transtorno de Somatização Indiferenciado e do Transtorno Somatoforme de Dor, segundo pesquisa multicêntrica realizada pela OMS (Fortes, 2004). Escobar (1987;1998) definiu o Transtorno de Somatização Abrangente, diminuindo o número de sintomas somáticos necessários ao critério de classificação. Sua utilização em pesquisas aumentou a prevalência de Transtorno de Somatização nas populações estudadas.

Kleinmann (1986) afirma que as queixas somáticas devem ser compreendidas à luz da determinação cultural sobre a linguagem usada para expressar os transtornos mentais. Este enfoque, em parte, equivoca a natureza patológica intrínseca ao Transtorno de Somatização, na medida em que queixas remetidas ao físico podem ser apreendidas como formas de apresentação de mal-estar psíquico sem necessariamente incorporar o *status* de morbidade. Segundo este enfoque, o conceito de somatização é um constructo oriundo da lógica biomédica ocidental que se sobrepuja à visão transcultural dos sintomas somáticos difusos.

Não obstante as tentativas de discriminar o que é manifestação cultural e o que é uma verdadeira somatização, percebe-se um certo consenso em torno do tema. De modo geral, a somatização, enquanto fenômeno, diz respeito a manifestações de qualquer tipo de sofrimento psíquico através de queixas somáticas inespecíficas, em que não haja substrato anátomo-clínico. Os intentos de individualizar os vários tipos de somatizadores revelam que o que está na base de suas diferenças é o tipo de atribuição que a pessoa dá aos motivos do mal-estar, além de se considerar também o grau de comprometimento na vida da pessoa.

Bridges & Goldberg (1985) dividiram os subtipos em: *facultativos iniciais*, os quais relacionam fatores emocionais e sociais quando interrogados sobre as causas de seu mal-estar físico; *facultativos opcionais*: apenas relacionam os problemas de natureza social e psíquica quando perguntados diretamente sobre o papel que estes podem estar exercendo sobre a queixa física; e *somatizadores verdadeiros*, os quais, estes sim, rejeitam qualquer etiologia psicológica e social mesmo quando indagados a respeito. Percebe-se aqui uma clara distinção das formas de verbalização das queixas somáticas. Entre os tipos facultativos, encontram-se os tipos psicologizantes, já que seus discursos envolvem subjetivação do sofrimento. Os tipos verdadeiros apresentam os sintomas físicos sem qualquer referência à sua vida interior.

Kirmayer & Robbins (1991) esquematizam outros três subtipos para os somatizadores. Os *somatizadores de apresentação*, semelhantemente aos facultativos, respondem adequadamente à abordagem sobre os problemas psicossociais que podem estar associados ao sofrimento. São quadros clínicos mais recentes, de natureza aguda e de sintomatologia ansiosa-depressiva e, portanto, semelhantes aos TMC. Aproximam-se da perspectiva da somatização enquanto uma forma de organização da subjetividade segundo determinado padrão cultural. Os *somatizadores funcionais* têm curso crônico e prognóstico desfavorável, pois leva a comprometimento funcional, pessoal e social. Equivalem-se aos somatizadores verdadeiros, aos Transtornos Somatoformes e aos portadores de síndromes funcionais como fibromialgia, dores torácicas e pélvicas atípicas, e a síndrome da fadiga crônica. Aqui se inclui, portanto, o somatizador crônico, isto é, que apresenta os sintomas por mais de 6 meses consecutivos. O doente somático crônico possui maior dificuldade de

associar suas questões físicas a problemas de ordem psicossocial, e seu sofrimento prolongado gera prejuízos em sua vida funcional .

Por fim, definem os *somatizadores hipocondríacos*, relativos a quadros clínicos de maior gravidade que se encontram entre os Transtornos Mentais Maiores. Segundo os autores, são casos em que ocorre uma interpretação de sensações somáticas normais como algo patológico e letal, com alterações patológicas de conteúdo do pensamento do tipo prevalente ou delirante.

Fortes (2004) chama a atenção para outro problema. Existe uma patente dificuldade de uniformização diagnóstica dos somatizadores, ora classificado como Transtorno Somatoforme, ora como Dissociativo. Isto decorre das diferenças de critério diagnóstico que se modificam com o passar do tempo, e que também revelam impasses de classificação entre os manuais CID-10 e DSM-IV. A indefinição de critérios, segundo a autora, ocorre também na diferenciação entre somatizadores *de apresentação* e *verdadeiros*, na medida em que, apesar do tipo de explicação causal e do grau de comprometimento na vida evidenciarem diferenças, ambos apresentam a comorbidade depressiva-ansiosa.

Outros pontos que merecem destaque na compreensão do comportamento dos somatizadores giram em torno do *status* de doente e os ganhos secundários deste proveniente. Expressar-se no mundo como alguém que merece atenção, que poderá mobilizar uma rede de apoio em volta de si, colocar-se numa posição de desresponsabilização frente aos seus compromissos materiais, afetivos e morais são algumas das explicações a respeito da fixação da pessoa nas apresentações somáticas (Fortes, 2004). A noção de Pilowsky (1996) de Comportamento Anormal de Doença, típico da cronicidade da somatização, envolvem um comprometimento funcional importante, a ponto da doença assumir o centro de todas as atenções. Acredita-se que o fenômeno do *doctor-shopping* seja uma forma do somatizador crônico acionar uma rede de apoio social constituída a partir dos contatos profissionais mediados por suas queixas somáticas.

A linguagem do corpo é amplamente incentivada e usada para a comunicação dos diferentes sofrimentos humanos. Segundo Kleinman (1986), esta tendência está presente em culturas ocidentais e orientais, impedindo reducionismos como este. Em sua pesquisa,

os chineses revelaram privilegiar queixas somáticas em detrimento da linguagem das emoções, tida nesta cultura como sinal de debilidade. Tal fato permite aproximações com o padrão cultural dos homens latinos que desestimula flagrantes expressões de seus sentimentos. Corroborando este comentário, foram realizados estudos multicêntricos (PPGHC/OMS: *Psychological Problems in General Health Care*) que encontraram fortes associações entre somatização e padrões latinos de sofrimento (Üstun & Sartorius, 1995; Villano, 1995, 1998). Escobar (1987, 1998) afirma em sua pesquisa americana que os hispânicos são grandes somatizadores, embora aqui devam ser consideradas as inequívocas condições de desvantagem social.

Outro achado importante é a associação entre níveis de escolaridade e somatização, onde o uso de padrões psicologizantes na atribuição de causas aos incômodos somáticos diminui entre as pessoas com menor grau de instrução (Fortes, 2004). Um estudo de Florenzano (1998) constatou a presença de relatos de trauma físico, sexual e psicológico associados a queixas de dor entre somatizadores verdadeiros, aludindo à visão psicodinâmica de somatização como uma defesa frente aos eventos traumáticos, que entra em ação na incapacidade da pessoa de elaboração psíquica do acontecimento estressor.

V. Doença dos Nervos

5.1. Uma visão antropológica sobre modos de expressão do sofrimento

A conjugação de sintomas somáticos e não-somáticos que se apresenta aos profissionais de saúde numa profusão de queixas vagas e que têm o corpo como representante privilegiado do sofrimento é popularmente chamada de Doença dos Nervos. A abordagem da Antropologia Médica apropriou-se desta denominação, entendendo o fenômeno enquanto uma linguagem de sofrimento comum às classes populares. Segundo Duarte (1986) e Costa (1987), o “nervoso” se manifesta de vários modos: tremores, formigamentos, palpitações, vista escura, tristeza, irritação, desmaio, tonteira, fraqueza nas

pernas, cansaço, insônia, dores de cabeça, zumbido, falta de apetite, fastio, dores difusas e outros.

Apesar de ganhar inteligibilidade ao ser estudada enquanto um modo legítimo de adoecimento mental, não raro a expressão de sofrimento do doente dos nervos é interpretada pelo viés da ideologia do individualismo como “queixa mal definida” ou “ausência de demanda” por profissionais médicos e psicólogos, posto que os sintomas se mostram desconectados entre si e longe de um discurso organizado num significado pessoal (Gomes & Rozemberg, 2000), chegando mesmo a ser considerada como privada de simbolização.

Para Duarte (1986), esta perspectiva é preconceituosa pois que concebida a partir de visões de mundo e de indivíduo que revelam diferenças constitucionais entre os técnicos - oriundos de classes sociais mais elevadas -, e os pacientes, pertencentes aos estratos mais populares. Este autor contribuiu para a compreensão da Doença dos Nervos, propondo a noção de *código do nervoso* como uma forma de apresentação do mal-estar, esclarecendo-a quanto à especificidade desta linguagem em meio a outros modos de relatar e de perceber o adoecimento. Para evitar equívocos neste encontro de códigos (o do nervoso com os biomédico e psicológico, provenientes das representações modernas individualizantes), é preciso saber que eles não falam a mesma língua.

O adoecimento dos nervos é uma representação de sofrimento resultante da percepção pessoal segundo a perspectiva subjetiva e o crivo sócio-cultural de referência, que englobam diferentes dimensões da vida humana, tais como a física, mental, relacional e moral. Se de um lado existem valores e critérios clínicos baseados em conceitos e classificações elaboradas pelas ciências do psiquismo que percebem e avaliam o sofrimento a partir de seus dialetos técnicos, de outro existem formas diferentes de manifestá-lo e de considerá-lo, utilizando idiomas que não necessariamente se aproximam do esperado pelos manuais científicos e que se orientam por outras matrizes culturais. Assim, a aculturação dos profissionais de saúde que se formam segundo suas linguagens de referência poderá produzir mal-entendidos diagnósticos e subestimação do sofrimento que se lhes é apresentado.

Como classe popular Costa (1987) e Duarte (1986) especificam uma relação estabelecida com o trabalho que ultrapassa a utilidade da sobrevivência e o papel de

reprodução social, na medida em que “ser trabalhador” sustenta a identidade dos sujeitos pertencentes a estratos sociais mais baixos. Referem também a natureza relacional determinada por forte valorização dos vínculos pessoais, bem como diferenças estruturais quanto às concepções a respeito de mente-corpo e indivíduo-mundo que influenciam os modos com que as pessoas se experimentam e falam de si. Portanto, conhecer onde a linguagem foi gestada é fundamental à compreensão dos seus sentidos e padrões de comportamento, já que cabe à dimensão simbólica em que se está inserido conferir significado às experiências vividas (Oliveira & Roazzi, 2007). As diversas representações de saúde e doença dizem respeito à pertinência social, suas implicações afetivas, normativas e comportamentais. A identidade do nervoso, ou seja, perceber-se sofrendo dos nervos é uma representação social quanto a vivências variadas de mal-estar na qual o doente representa e se auto-representa.

Duarte (2003) desenvolveu vários estudos nos quais discorre quanto ao esquema analítico indivíduo - pessoa na compreensão das classes populares e das experiências em saúde e doença, esquivando-se de um viés etnocêntrico e evolucionista. O saber médico-psicológico apoia-se na representação moderna liberal de sujeito individual e autônomo, que se deseja livre e autodeterminado, com fronteiras bem definidas entre ele e o mundo e entre psiquê e corpo. Ao relativizar a noção de indivíduo, esta é afirmada enquanto uma forma moderna de pessoa. O individualismo pressupõe um sujeito anterior à sociedade, e que define seus próprios fins como uma unidade independente da identidade coletiva (Vieira, 1999).

O *código do nervoso* orienta-se pela concepção holista de pessoa que se experimenta fusionada com o mundo, e onde as bordas entre corpo e mente se entrelaçam (Duarte, 1986, 1998). No holismo (que alude à idéia de totalidade) o indivíduo é relacional e socialmente determinado, sendo ele um meio para atingir um fim enquanto um bem social coletivo. A noção pessoalista contempla também a natureza hierárquica estruturadora dos sistemas sociais e das visões de mundo onde predominam as representações de pessoa. Por hierarquia entende-se o princípio pelo qual toda experiência humana pressupõe uma distribuição do “valor” no mundo, o qual tem por função orientar os sujeitos (Duarte, 2003).

Fundidos pessoa e mundo, o sofrimento é vivido enquanto realidade coletiva. Se as camadas populares da sociedade, baseadas na noção de pessoa, realizam um processo de individualização que não segue os rumos da interiorização, a experiência do sofrimento não pode ser nomeada a partir de uma história biográfica e de um esforço de subjetivação dos motivos envolvidos no evento do adoecer.

Ao recorrer à tradição médico-filosófica e lançar mão do termo *perturbações físico-morais de sofrimento*, Duarte (1986, 2003) ressalta os eventos da vida considerados anormais para os sujeitos sociais, que implicam não apenas a corporalidade preeminente das experiências, mas igualmente suas partes morais, emocionais e sua auto-representação. Na linguagem do nervoso as dimensões física, psíquica e social não se encontram estanques, mas se conectam umas com as outras. Para dar conta desta natureza fluida do código dos nervos, na qual estas dimensões não conseguem ser apreendidas separadamente, Duarte (1988) propõe uma metáfora das conexões e fluxos entre as três instâncias, destruindo a exclusividade que uma teria sobre a outra. Para dialogar com o nervoso, os enfoques fisicalista, psicologizante e sociologizante abandonariam posições compartimentadas para se aproximarem desta linguagem capaz de expressar concomitantemente campos semânticos diversos.

Como consequência do fisicalismo da racionalidade científica intrínseca ao individualismo, a segmentação dos saberes em diferentes domínios e atuações profissionais especialísticas contribuiu para as divisões da totalidade e para a dissolução da experiência de saúde e doença em inúmeras partes. A linguagem do doente dos nervos de algum modo parece, em defesa de uma totalidade e de apropriação de sua experiência, resistir a esta tendência a representações individualizantes por parte dos profissionais.

Rozemberg (1994) e Silveira (2000) afirmam, entretanto, que o encerramento da Doença dos Nervos no corpo pode ser visto como estratégia de legitimação do sofrimento, ao dar-lhe uma localização passível de ser apreendida pelo modelo biomédico. A cultura pós-moderna ocidental em que estamos inseridos faz contundentes demonstrações de valorização da apresentação somática. Gomes & Rozemberg (2000) relatam, porém, que a possibilidade de um deslocamento progressivo da doença para fora do corpo, em direção ao ambiente externo sócio-cultural e interno-subjetivo torna-se viável quando é dado às

pessoas um espaço de verbalização, tal como os grupos de auto-ajuda utilizados em sua pesquisa.

Embora sejam diferenças fundamentais quanto à forma de se experimentar no mundo e, portanto, de adoecer e sofrer, é necessário considerar que vivemos em sociedades complexas onde os princípios individualizantes se misturam com os hierárquicos, segundo o tipo e o lugar em que se dão cada experiência (Duarte, 1986, 1998, 2003). Segundo Louis Dumont (1985), as sociedades sofrem, em essência, a influência holista, apesar de se renderem também à ideologia individualizante ao negar a totalidade em nome da constituição de indivíduos que se pretendem independentes e originais. Portanto, a modernidade não pode se equivaler em absoluto ao individualismo mas deve, sim, ser contextualizada por sua forte referência a este.

Costa (1987) afirma que o nervoso é um modo de lidar com fatores estressantes, que escapa aos padrões normativos, assim imprimindo à experiência o signo de uma anormalidade. Os estudos que se propõem a entender os sintomas, seus discursos e os padrões causais atribuídos apontam para uma não suportabilidade frente às dificuldades e condições de vida materiais e existenciais, que tem o corpo como importante porta-voz em meio a uma profusão de queixas que abarcam as várias dimensões existenciais (Costa, 1987; Silveira, 2000). Entre as principais, Carvalho & Dimenstein (2003) encontraram em sua pesquisa queixas de insônia, dor-de-cabeça, dificuldades econômicas, depressão, marido alcoolista, preocupação com filhos etc. Fonseca (2007) ressalta a riqueza de etiologias que o problema dos nervos expõe: explicações hereditárias, fraqueza corporais e anímicas, problemas materiais, sexuais, relacionais, explicações do campo da espiritualidade, além daquelas que fazem referências aos hormônios femininos, a citar, gravidez, parto, puerpério e ciclo hormonal.

O advento do nervoso deve, no entanto, ser abordado não apenas a partir de situações objetivas de condições de vida, devendo estas ser consideradas também em sua dimensão subjetiva que confere sentidos únicos a cada experiência. Fonseca (2007) atenta ao fato de que as classes populares, ao estarem mais expostas a situações sociais fragilizadoras, passam por significativas experiências de frustração de necessidades de ordem material e subjetiva, ao mesmo tempo em que possuem menos recursos educacionais e terapêuticos preventivos e reparadores.

5.2 . Doença dos Nervos e mulher: a discussão do “nervoso” enquanto doença de gênero social

A doença dos nervos, além de referida às classes populares, apresenta outro debate relativo à posição social. Ser doente dos nervos encontra uma forte correlação com ser mulher (Carvalho & Dimenstein, 2003, 2004; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004; Silveira, 2000; Duarte, 1986; Hita, 1999; Costa, 1987; Oliveira & Roazzi, 2007; Edelman, 2006; Fonseca, 2007). Além da classe social a que se pertence, os conceitos de saúde e doença, normal e patológico são também determinados pelo pertencimento de gênero que exerce efeito sobre os conceitos utilizados, os significados das experiências, o sistema de causas explicativas adotado e as condutas desencadeadas (Oliveira e Roazzi, 2007). Assim, na representação da doença dos nervos, seus sentidos serão delimitados também pela identidade de gênero.

Com isto, não se afirma que as mulheres sejam mais sofredoras e doentes que os homens, mas que existem diferenças em seus processos de socialização que impõem culturas de gênero distintas. Suas bases educacionais em muitos aspectos se distanciam, a citar as expectativas de vida, a orientação quanto ao comportamento social desejado e ao modo de lidar com as próprias emoções e intelecto. Em consequência, são geradas doenças de gênero social nas quais as condições inerentes à cultura de gênero podem contribuir para determinadas formas de adoecimento (Helman, 1994). Neste caso, o estoicismo masculino que embarreira as manifestações emocionais e a formulação de um pedido de ajuda pode refletir-se em modos distintos de sofrer. Goldberg & Goodyer (2005) elaboram a hipótese de que enquanto as mulheres deprimem por um processo de internalização e buscam auxílio terapêutico, os homens externalizam seu sofrimento apresentando condutas anti-sociais e relações abusivas e de dependência com álcool e outras drogas que funcionam como consolo químico para seu sofrimento. Para Fleck et col. (2002), à alta prevalência de sintomatologia depressiva nas mulheres atendidas na atenção básica corresponde a forte presença de homens alcoolistas.

Na discussão sobre identidade social, Berger & Luckmann (1983) chamam a atenção para o processo fundamentalmente social de construção dos papéis de gênero. O que se define como mundo feminino e mundo masculino é um processo dinâmico de

construção que perpassa, necessariamente, a dimensão das experiências e das trocas sociais. Ser mulher é entendido não unicamente como um destino cromossômico, mas engendrado no interior das relações sociais, capazes de produzir diferentes nuances nos valores, nos papéis atribuídos, nas normas de conduta e de interrelação entre os sexos, segundo o contexto sócio-cultural.

Configurando-se como um dos maiores problemas das mulheres, a OMS faz uma projeção na qual as síndromes depressivas poderão ser a 2ª causa de morbidade entre elas em 2020 (Ludermir, 2005). Diversas considerações buscam esclarecer porque elas comparecem relacionadas a estes tipos de sintomas que caracterizam o sofrimento dos nervos. Algumas formulações para explicar esta tendência feminina buscam explicações biológicas que atribuem à genética e aos hormônios esta expressão sintomatológica da mulher. Outras levam em consideração condições sociais de vida relacionadas às diferenças entre os gêneros. A perspectiva social refere a questão da dominação do gênero quanto à dinâmica das relações de poder que produz situações existenciais estressantes geradoras de sofrimento, relacionadas ao papel social ocupado pela mulher, tais como divisão desigual do trabalho, falta de lazer, a função materna de cuidar dos filhos etc. Hita (1988) afirma que as questões são menos de sexo e mais de condição social, sendo importante considerar as experiências relevantes à dimensão feminina.

O estudo de Mendoza-Sassi & Bèria (2007) verificou o fato já relatado pela literatura de que há diferença entre os sexos quanto à morbidade referida, na qual as mulheres relatam sintomas e problemas de saúde melhor que os homens, resultante talvez de uma capacidade maior de percepção de sintomas. O PNAD-1998 demonstrou que elas possuem mais doenças crônicas e pior estado de saúde relatado, o qual poderá modificar-se segundo a faixa etária, a educação e situação conjugal. Na pesquisa acima, as mulheres apresentaram maior risco de referir um sintoma e de ter três ou mais deles, de ter 1 sintoma potencialmente sério, prevalência de 22,1% de DPM, e percepção do estado de saúde pobre ou regular.

Tal comportamento frente à percepção de sua saúde é analisado pela ótica do viés de comparecimento, posto que as mulheres buscam mais os cuidados em saúde e, portanto, comparecem em maior número a estes serviços. Outra explicação ressalta o caráter intimista-privado da mulher que a faz viver sua interioridade no corpo na medida em que

suas experiências ligadas à condição de gênero a levam a uma aprendizagem sensível aos sinais físicos. Sua fisiologia reprodutiva e o papel de cuidadora dos filhos e dos demais da casa a tornaria mais receptiva aos sintomas. De fato, o padrão imagético feminino frequentemente utilizado para atribuição de significados encontra-se no campo semântico corporal, como sintomas de tremeadeira, náusea, dores e insônia (Oliveira & Roazzi, 2007). O homem, por sua vez, refere preferencialmente sistemas explicativos localizados fora do corpo e na exterioridade dos sintomas de ordem moral, tais como problemas financeiros e familiares, alcoolismo e outros.

A susceptibilidade ao nervoso encontra-se também associada à estrutura relacional das mulheres, centradas basicamente nos níveis familiar e local, e à sua identidade constituída no grupo. Nas diferenças de gênero estão em jogo as características física, mental e moral associadas ao *ethos* de cada sexo. Ser da casa e guardiã da dimensão privada, sua identidade se funda a partir das relações que se dão neste mundo. Seu corpo é revestido de peso moral devido ao seu papel materno de reprodução e cuidado dos filhos e aos deveres conjugais de honra e fidelidade. Rupturas ocorridas neste nível relacional básico e, portanto, que abalam diretamente o *ethos* feminino, podem fazer com que a potência do *pathos* se faça conhecer. Rompimentos da reciprocidade no nível relacional básico podem estar presentes, por exemplo, na convivência com o marido que bebe e a violenta, que tem uma amante, em histórias de violência vivida na infância, nos filhos envolvidos com drogas, e numa gravidez precoce não planejada (Duarte, 1986; Hita, 1998; Costa, 1987; Silveira, 2000).

Se para o homem questões relativas à sua condição de trabalhador afetam o ideal de *ethos* masculino calcado na força física, nas capacidades mentais e morais e nas relações sociais extra-familiares, para ela ser trabalhadora não constitui norma de vida. Ser provedor da família, trabalhar fora, inculcar respeito nos demais são como que obrigações do homem em seu mundo relacional básico. A condição de trabalhador é mais que uma questão de sobrevivência, pois lhe confere qualidades morais e o identifica enquanto homem. Ficar desempregado é uma mutilação identitária.

Hita (1998) lembra, porém, que vivemos hoje uma mobilidade dos papéis na qual o modelo identificatório feminino se desloca para fora de casa, em direção à dimensão pública e à conquista do espaço supra-relacional, sendo valorizadas suas capacidades

mentais e físicas para o trabalho. Trabalhar fora, sem deixar de cumprir suas tarefas domésticas produz sobrecarga, mas ao mesmo tempo presenteia-lhes com um outro pertencimento não relacionado à vida doméstica, além de *status*, empoderamento social e independência financeira.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, são comuns as comparações entre trabalho doméstico e trabalho fora de casa, onde o primeiro é visto como função não reconhecida e não valorizada, repetitiva, além de ser acumulativa para as mulheres que trabalham fora (Araújo et al, 2005). Quanto ao trabalho extra-domiciliar, a condição de informalidade tem sido descrita sobretudo no caso das empregadas domésticas, entre as quais encontra-se importante prevalência de TMC. Segundo Ludermir (2000), esta é uma profissão desvalorizada, sem expectativas porque relacionada à baixa escolaridade, e que representa uma extensão daquele de sua própria casa, isolado e sem projeção social. Para a condição feminina trabalhar fora de casa permite-lhe afastar-se das demandas de filhos e maridos, e obter maior grau de satisfação pessoal, auto-estima e inclusão social. Wallerstein (2006) descreve os efeitos positivos que o *empowerment* das mulheres nas participações e decisões sociais tem sobre sua própria saúde física e mental.

VI. Diagnóstico (*disease*) e percepção pessoal do estado de saúde (*illness*): marcadores objetivos e subjetivos de saúde

Helman (1994) identificou dois modelos explicativos de avaliação das condições de saúde segundo o referencial cultural e os valores em que se baseiam. Descreve o modelo médico calcado em princípios da racionalidade médica científica atual que estabelece a presença de um diagnóstico (*disease*) segundo marcadores objetivos pautados nas avaliações anátomo-patológicas realizadas pelo exame físico dos sinais e por testes complementares. A contrapartida deste tipo de avaliação de saúde é o modelo leigo que resulta da percepção subjetiva quanto à existência de um problema de saúde (*illness*), a qual é compartilhada com o ambiente sócio-cultural a que se pertence. Enquanto o

primeiro se refere a uma definição obtida a partir de um marcador médico, este último tipo de avaliação diz respeito a como a pessoa e os demais à sua volta interpretam e respondem ao problema de saúde percebido. Trata-se de um modelo conceitual mais amplo que o primeiro, imerso no contexto psicológico, sócio-cultural e moral, que considera todos os tipos de adversidade na vida, e não apenas aquelas referentes a estados de saúde.

O autor considera que a formação do profissional médico equivale a uma subcultura dentro de um substrato cultural mais amplo que abarca outras subculturas. A endoculturação pela qual o estudante se submete ao longo de seu processo de formação faz com que ele adquira gradualmente perspectivas distintas quanto ao que é saúde e doença, e quanto às vias terapêuticas indicadas segundo a etiologia considerada. O diagnóstico de uma doença (*disease*) está fundamentado em premissas da racionalidade médica científica, baseado na compreensão anátomo-patológica e em mensurações numéricas objetivas.

O modelo anátomo-patológico foi o grande divisor de águas na história da Medicina ocidental, quando esta abandonou o olhar superficial que sustentava a noção do “ser da doença” enquanto uma espécie natural, independente do corpo onde se manifesta, para olhar com profundidade para a anatomia dos tecidos. Segundo Machado (1988), a anátomo-clínica correlacionou os métodos da clínica, que se ocupam de ler os sintomas, com a anatomia patológica que investiga as alterações tissulares, ou seja, é a junção dos olhares sobre o manifesto superficial e sobre o oculto profundo, o que faz com que a doença deixe de ser uma entidade nosológica ideal e se torne uma realidade existente no corpo do doente e inserida numa trama orgânica.

Neste caso, para a Medicina atual que se ocupa da vida mental, o adoecimento psíquico diagnosticado equivale a um fato psicoquímico comprovado laboratorialmente, fazendo parecer cada vez menos reais os relatos subjetivos e o sofrimento mental que se dão fora deste contexto clínico, e o avanço tecnológico das ciências médicas reforça esta tendência. A partir da causalidade assim verificada, os tratamentos são estabelecidos. Outra marca importante da lógica científica é o foco estritamente sobre o indivíduo segundo o olhar dicotômico mente-corpo que ressalta ao extremo as informações fisiológicas e hormonais, e despreza os fatores emocionais e sócio-culturais.

Deste modo, no caso da doença mental, esta ganha *status* de verdade quando seus sintomas alcançam significado de uma entidade nosológica por sua ligação com

indicadores médicos valorizados. Diagnóstico enquanto “entidade” significa que esta apresenta um dado conjunto de sinais e sintomas que sugere uma certa identidade universal recorrente a despeito do contexto, que possui seu sistema de causas, curso, prognóstico e tratamento específicos. Os diagnósticos dos transtornos mentais correspondem, portanto, ao conceito de *disease*.

Entretanto, no âmbito da Saúde Mental, na maior parte das vezes as categorias nosológicas associadas aos diagnósticos não possuem, até o momento, marcadores biológicos passíveis de serem detectados por exames. Além disso, são comprovadamente determinadas por uma multiplicidade de teorias causais, normalmente estudadas por distintas teorias com seus modelos interpretativos, que estão presentes de forma diferente entre os profissionais da área influenciando suas avaliações, nas quais se incluem seus aspectos subjetivos. Se por um lado existe uma fragilidade das ciências do psiquismo diante do modelo médico explicativo baseado em medidas objetivas, por outro se impõem campos complexos de análise que levem em conta também as determinações subjetivas, culturais e as interações destas com os eventos fisiológicos, capazes de influenciar a percepção, a apresentação de um mal-estar e o comportamento da pessoa mesmo diante de um inequívoco acontecimento de origem orgânica.

A outra forma de avaliação do estado de saúde resulta da percepção pessoal sobre a própria condição, baseada em outras premissas de caráter não científico, influenciadas por valores oriundos das dimensões psicológica, moral e social. Trata-se de um modelo leigo que se fundamenta na cultura de que faz parte, além de possuir natureza idiossincrática, ser mutável e impreciso em seus significados. Helman (1994) chama de *illness* o que a própria pessoa e seu entorno cultural avalia quando se percebem diante de algum sofrimento ou sintoma anormal. Neste caso, a doença não é um diagnóstico médico. Sentir-se adoecido (*illness*) não depende apenas das características individuais, pois as fronteiras entre normalidade e anormalidade para os eventos físicos, emocionais e comportamentais são estabelecidas e compartilhadas coletivamente.

Em geral, as teorias leigas são multicausais, e sustentam-se em heranças de tradições culturais com sistemas de causas variados que podem situar a etiologia dentro do corpo ou fora deste: causas individuais que fazem do indivíduo o responsável direto por sua condição adoecida devido a problemas no organismo, hábitos incorretos, ou mesmo

por uma dada vulnerabilidade pessoal; causas naturais referentes ao meio-ambiente; causas derivadas do mundo social, que as fazem recair sobre terceiros, tal como macumbas, inveja, conflitos interpessoais, conjugais ou em relações de trabalho; e causas decorrentes do mundo sobrenatural, onde há a ação direta de uma entidade sobre-humana.

Embora se baseie em premissas científicas equivocadas, o modelo explicativo de *illness* possui consistência lógica interna necessária a que o indivíduo sustente o significado e as explicações para seu mal-estar. Adoecer é, portanto, também um processo social. O que é ou não sadio e a assunção do papel de doente se dão a partir de um consenso de seu grupo e, assim como o corpo e seus acontecimentos são interpretados segundo o referencial cultural, o mesmo ocorre na esfera psíquica, imprimindo sentidos variados para sentimentos como de ansiedade, tristeza, e falta de graça na vida.

Helman (1994) define como doença popular (entidade-doença) quando se há unanimidade quanto a um determinado padrão de sinais e sintomas, quanto à sua origem, significado e sistema de cura que se deve aplicar. A doença iraniana denominada popularmente como “mal do coração”, que apresenta sentimentos de ansiedade e tristeza associados a sintomas físicos comuns ao coração é um dos exemplos. Poderíamos considerar a doença dos nervos uma doença popular já que se trata de conjuntos sindrômicos delimitados culturalmente

Os TMC referem-se ao modelo médico (*disease*) pois compreendem sintomatologias que se baseiam em indicadores segundo os manuais diagnósticos. É um conceito talhado a partir de critérios clínicos adotados pela comunidade científica a que a Psiquiatria enquanto ciência faz parte. A representação do sofrimento dos nervos equivale ao modelo leigo de auto-avaliação da vida psíquica (*illness*), no qual perceber-se doente dos nervos diz respeito a uma percepção pessoal de seu estado mental, e não à presença de um transtorno mental segundo o olhar criterioso da Medicina.

A existência destes dois modelos gerais pode gerar impasses quanto à avaliação das condições de saúde e aos impactos na qualidade de vida. Uma dada enfermidade pode ser diagnosticada a partir de achados laboratoriais que evidenciam a ocorrência de alterações orgânicas sem que o indivíduo se perceba doente, de modo a não gerar mudanças negativas em sua vida. Em contrapartida, mesmo a falta de confirmação diagnóstica por marcadores médicos pode não ser suficiente para eliminar a percepção subjetiva de se sentir adoecido,

produzindo no indivíduo um grau significativo de sofrimento capaz de prejudicar a qualidade de vida deste. Evidenciam-se, portanto, existirem cargas de morbidade produzidas tanto pela presença de uma doença diagnosticada como pela sensação de adoecimento vivida subjetivamente.

Apesar dos dois modelos poderem assumir posições antagônicas, existem interações entre ambos. Além da influência do contexto ambiental (como por exemplo estar dentro de um hospital ou consultório), das classes sociais envolvidas e até dos gêneros, Kleinman (1980) chama a atenção para as possíveis negociações entre o profissional e o paciente, onde um e outro tentam se influenciar reciprocamente quanto ao diagnóstico e ao tratamento, embora se observe a sobrepujança, muitas vezes, da linguagem científica médica sobre a perspectiva pessoal, incentivada pela própria mídia que toma emprestado conceitos do modelo médico. Deve-se considerar que o próprio modelo leigo absorve tais conceitos, integrando-os a demais legados culturais que o sustentam.

A partir da auto-avaliação do adoecimento (*illness*), ir em direção a um serviço de saúde como pedido de ajuda equivale também a buscar as referências do modelo médico capazes de nomear o mal-estar enquanto entidade patológica (*disease*). No encontro do par médico-paciente, em seguida à apresentação da anormalidade por parte do sujeito, esta será traduzida em diagnóstico para a qual será prescrito um tratamento segundo a causalidade verificada. Quanto aos limites que determinam o endereçamento de uma percepção pessoal de adoecimento ao profissional, podem entrar em jogo fatores não-fisiológicos que não dizem respeito diretamente ao grau de severidade. A percepção de interferência nos relacionamentos pessoais, no ambiente de trabalho e no funcionamento fisiológico, o sentido causal atribuído, o estabelecimento de um prazo de tempo para melhorar sem ajuda externa, e a decisão de uma outra pessoa quanto à busca de recurso médico podem ser determinantes para que a pessoa se dirija à consulta (Helman, 1994)

Estes critérios caracterizam-se pela natureza subjetiva e pela influência do grupo social, implicadas na avaliação pessoal de sentir-se doente. Ir ao médico impõe necessariamente o estabelecimento das primeiras interações entre os dois modelos, quando a auto-percepção poderá ganhar materialidade e legitimidade científica ao modelar o sofrimento a uma entidade médica.

A antropologia médica busca entender as formas com que pessoas e grupos sociais vivem um mal-estar físico e psíquico, os sistemas de explicação causal e como lidam com o adoecimento, tal como o tipo de ajuda e pessoa a que recorrem. A cultura é determinante nos modos de se viver e de sentir a vida. Uma concepção abrangente desta define-a como:

“o todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costumes e todas as outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade” (Tylor, 1871).

Mas para que se possa compreender como o sujeito se percebe, o que faz com isso e como interage em seu mundo, é importante que se considerem outros determinantes que não apenas culturais. Somados a estes, variáveis como condições econômicas, a organização social, o sistema de saúde, situações de moradia, transporte etc, também devem ser levadas em conta. Posições sociais e econômicas, o acesso a serviços sanitários, os resultados de tratamentos já testados, e mesmo a presença ou não de abonoamento de faltas ao trabalho são capazes de produzir diferenças nas formas de perceber, significar e de responder a a um incômodo.

As classes mais populares onde o corpo é, antes de tudo, um instrumento para o trabalho, costumam ter uma definição mais funcional de saúde e orientada pelas necessidades financeiras (Helman, 1994). As pessoas podem sentir coisas estranhas, como uma dor nas costas ou sentimentos de tristeza, apatia ou ansiedade, e não buscarem o auxílio médico seja por não se considerarem adoecidas, seja por outros motivos relacionados às condições acima. Podem traduzir tais experiências desagradáveis como algo fatalista, como parte integrante da própria vida e que, apesar de incomodativas, não são consideradas sintomas anormais. Diferenças fundamentais entre sociedades são também capazes de revelar modos absolutamente diversos de interação com sentimentos de tristeza e isolamento social, tal como o exemplo descrito pelo autor, ao comparar o verificado no Sri Lanka com os padrões de normalidade que regem as culturas ocidentais.

Embora o modelo médico seja fundamentado em dados objetivos e científicos, este não é uniforme e sofre variações e modismos culturais. Kleinman (1980) critica a aplicação de uma determinada categoria nosológica estabelecida por um grupo sócio-cultural específico - tal como aquele a que pertencem os médicos -, sobre membros de outro grupo para o qual a validade e a coerência daquela classificação diagnóstica não

foram estabelecidas. Ressalta as possíveis discrepâncias que o fenômeno das rotulações sociais podem produzir quando determinada sociedade decide quais sintomas e comportamentos desviam-se do padrão de normalidade, construindo e mantendo suas patologias não apenas dentro dos seus limites culturais, mas estendendo-as sobre outras sociedades que não compartilham dos mesmos valores sociais. As tensões passíveis de serem verificadas entre os modelos explicativos médico e leigo justamente colocam em relevo o fato de que os pressupostos categoriais de cada qual estão submetidos à subcultura que lhe dá origem.

Fleck et al (2002) sugerem que o modo como as pessoas expressam suas emoções e lidam com suas condições de vida pode oscilar segundo diferenças sócio-culturais e até mesmo de gênero, o que exigiria considerar variações nos critérios adotados para se diagnosticar algumas doenças mentais. Como já mencionado, segundo o PNAD (1998), as mulheres não só têm mais patologias crônicas como relatam seu estado de saúde como pior. A literatura refere que as mulheres tendem a perceber e a relatar seus problemas de saúde de forma mais intensa que os homens (Mendoza-Sassi & Béria, 2007), portanto, o fator subjetivo aqui associado ao gênero feminino, presente na capacidade de se perceber e de verbalizar a respeito, interage no encontro entre a pessoa e o profissional que a avalia, além de poder interferir em resultados epidemiológicos. Este achado sugere, em consonância à literatura a respeito de doença dos nervos, que as mulheres apresentam capacidade diferenciada quanto a se perceber doente, segundo a própria cultura de gênero que impõe formas variadas de referir suas emoções, de sentir o próprio corpo e de buscar respostas para seus incômodos, como por exemplo, endereçando seus problemas aos serviços de saúde com maior frequência que os homens.

VII. Qualidade de Vida: conceito e medida em saúde

O conceito de Qualidade de Vida (QV) utilizado hoje no campo sanitário ratifica o olhar global e positivo sobre a experiência da saúde, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). *“Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente*

ausência de doença” é uma definição que abre campo para novas contemplações acerca dos eventos de saúde e doença, ao considerar vários fatores condicionantes destes.

Para Minayo et al (2000), a relação entre QV e saúde remonta ao próprio nascimento da Medicina Social nos séculos XVIII e XIX, quando as questões com “condições de vida” marcam-lhe precisamente uma origem social. Para Foucault (1990), inicialmente não se tratava de uma Medicina de indivíduos e corpos, mas sim de coisas, das condições do meio e deste em relação ao organismo, das preocupações com os espaços insalubres da cidade, com a circulação do ar, e com a disposição dos elementos necessários à vida coletiva (água, esgoto, cemitérios etc).

Esta relação - saúde e qualidade de vida - encontra hoje no conceito sanitário de “Promoção da saúde” os apoios para as estratégias no setor que incluem a promoção de qualidade de vida como questão inseparável das questões explícitas do campo sanitário. Seus propósitos visam à otimização de condições de bem-estar, acesso a serviços e bens sociais que favoreçam a melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde, contemplando aí elementos de maior amplitude que os estritamente relacionados ao setor saúde, tais como trabalho, lazer, casa, escola e a própria cidade (Buss, 2000). Neste sentido, QV se constitui como medida de saúde na qual esta última passa a ser avaliada segundo valores mais amplos que os indicadores médicos, já que seu sentido não se restringe à inexistência de uma patologia.

Sua primeira aparição na literatura médica remonta aos anos 30, mas até bem pouco tempo tratou-se de um termo muito vago e inconsistente. O interesse crescente pelo constructo é atestado, segundo Seidl & Zannon (2004), por indicadores de produção de conhecimento e pelos esforços de integração de pesquisadores afins, que ajudaram no amadurecimento conceitual e metodológico que QV deveria atravessar. Costa Neto (2002) afirma que até o ano de 1998 havia a volumosa quantidade de 446 instrumentos de QV elaborados nas últimas sete décadas, entre os quais mais de 70% construídos após os anos 80. Na década passada, o intercâmbio crescente de trabalhos em torno do assunto resultou no periódico *Quality of Life Research*, editado pela *International Society for Quality of Life Research*. Apesar de alguns consensos obtidos acerca do conceito - seu caráter subjetivo e multidimensional -, fez-se necessário que noção tão complexa encontrasse descrições mais precisas sobre os diferentes domínios que compõem a experiência da vida.

As tentativas de conceitualização apontam para duas tendências:

1) QV como conceito mais genérico, elaborado a partir de investigações sociológicas, embora de aplicação também no âmbito mais específico de pesquisas em saúde. Sua definição mais completa foi resultante de um estudo multicêntrico da OMS, e sobre a qual o presente estudo se baseou:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive, e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. (OMS)

2) QVLS (qualidade de vida ligada à saúde): QV como um conceito relacionado mais diretamente a condições de saúde, agravos específicos (sintomas, disfunções, incapacidades) e tratamentos. Apesar de preservar a multidimensionalidade do conceito, sua abrangência é mais restrita ao não levar em conta aspectos não-médicos da vida (Seild & Zannon, 2004). Esta conceitualização considera a valoração subjetiva da pessoa quanto a aspectos diversos de sua vida em relação a seu estado de saúde, valor este que poderá ser modificado por uma enfermidade, tratamento, dano no *status* funcional e pelas consequências sobre as oportunidades sociais daí advindas. Envolve, portanto, a percepção pessoal da saúde, as funções sociais, físicas e psicológicas e os prejuízos gerados. Os instrumentos para este tipo de aplicação foram os que mais se multiplicaram na década passada.

A perspectiva genérica aplicada no setor da saúde sustenta-se não em indicadores clínicos, mas na compreensão quanto às necessidades humanas básicas, tanto de ordem material como espiritual. Em contrapartida, quando a noção focaliza unicamente o setor saúde, QV se traduz como a capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades decorridas das situações de morbidade. Minayo et al (2000) chama a atenção para a progressiva superação dos valores biomédicos que cedem lugar à perspectiva ampliada de QV apoiada pela noção de saúde da OMS que a afirma positivamente enquanto qualidade de vida. No entanto, percebem que a apropriação deste tema pelo campo da saúde deu-se, em boa parte, de forma medicalizante na medida em que o

conceito se reveste de significado funcional calcado em critérios bioestatísticos, psicométricos e na lógica econômica de custo-benefício.

O quadro a seguir expõe alguns dos principais instrumentos utilizados nos últimos tempos para avaliação de qualidade de vida:

QUADRO 3. Instrumentos de QV e tipo de abordagem.

Instrumento	Abordagem
WHOQOL – OMS	Genérica
<i>Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey</i>	Genérica
<i>Sickness Impact Profile</i>	Genérica
EORTC - QLQ30	Relativa à saúde
Medical Outcomes Study - HIV	Relativa à saúde
SF – 36	Genérica
IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)/PNUD	Genérica
ICV (Índice de Condições de Vida)/ Fundação João Pinheiro	Genérica
IQV (Índice de Qualidade de Vida)/ Folha de São Paulo	Genérica
QALY(<i>quality-adjusted life-years</i>)	Relativa à saúde
DALY(<i>disability-adjusted life-years</i>)	Relativa à saúde

Os instrumentos de QV podem utilizar indicadores objetivos com o propósito de medir uma variedade de aspectos sócio-demográficos, econômicos, geográficos e clínicos segundo o modelo biomédico, assim como indicadores subjetivos que correlacionam avaliações pessoais de bem-estar e características sócio-demográficas, questionando-se como as pessoas percebem o valor dos elementos materiais em sua vida. Além disso, as abordagens podem ser quantitativas e qualitativas.

A discussão atual quanto ao tema deixa claro que QV escapa a qualquer tentativa de apreensão exclusivamente através de critérios científicos e técnicos, sejam estes econômicos ou clínicos. Os estudos revelam o quanto estamos diante de um campo polissêmico que transcende marcadores médicos e monetários, e que aproxima o conceito de uma construção social que leva em conta perspectivas culturais, históricas e até mesmo de classes sociais. Além disso, percebe-se que seus valores embutem noções de

desenvolvimento e de democracia capazes de influenciar as considerações do que seja uma vida de qualidade.

Qualidade de vida, de modo ampliado, diz respeito a representações sociais geradas pelos parâmetros de bem-estar que uma sociedade elege segundo valores individuais e coletivos. Mas, apesar do relativismo presente nos valores não materiais, o conceito também se constitui por parâmetros materiais passíveis de apreciação universal, mesmo que possam ser contextualizados segundo o momento e o lugar. Trata-se de níveis mínimos de satisfação de necessidades elementares que podem ser mensuráveis e comparáveis, tais como linha de pobreza, alimentação, saneamento básico, trabalho, habitação, saúde, lazer etc. Seguindo esta linha de pensamento, as palavras de Minayo et al (2000) encontram uma boa definição:

“Trata-se de uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.” (Minayo et al, 2000)

Qualidade de vida é, de fato, uma espécie de conceito guarda-chuva por abrigar muitas interseções. Pode-se afirmar que, a despeito de todo o esforço pela uniformização, é ainda um conceito sobredeterminado e não consensual. Segundo Fleck (2008), McKenna e Whalley referem existir dois modelos de conceituação baseados nas abordagens psicológica e sociológica. O primeiro é o modelo de satisfação que concebe QV como experiência subjetiva de felicidade e bem-estar com os diferentes âmbitos da vida, associados ao nível de expectativa pessoal e ao hiato entre esta e suas realizações. Neste caso, devem ser levadas em conta as determinações culturais e personalógicas capazes de significar as experiências de modos variados, tais como sucesso, fracasso e resignação. A segunda matriz conceitual refere-se ao modelo funcionalista, onde ter boa qualidade de vida resulta de um bom funcionamento e do exercício satisfatório do papel social. Estas duas bases conceituais geram instrumentos de aferição que visam a diferentes objetivos, tal como descrito anteriormente.

Para muitos estudiosos, a aplicação do conceito e da medida de QV no setor saúde é irreversível como tendência. O desenvolvimento tecnológico que testemunhamos desde a

segunda metade do século XX vem possibilitando soluções de tratamentos para a saúde do Homem. Ao mesmo tempo, novos problemas advêm desta Medicina que, em muitos casos, não cura, mas retarda o curso de doenças e produz cronicidades. A partir daí surgem novas questões referentes aos sofrimentos humanos, e a idéia de qualidade de vida se volta enquanto preocupação com o impacto das doenças e dos tratamentos sobre as pessoas, na medida em que os tradicionais desfechos de morbi-mortalidade mostram-se insuficientes para dar conta do que a transição epidemiológica recentemente nos apresenta (Power, 2008).

A necessidade de se buscar medidores mais complexos que transpusessem os clássicos marcadores econômicos e médicos levou muitos pesquisadores a voltarem-se para investigações sobre felicidade e bem-estar, entendendo existir uma não-linearidade entre condições objetivas e subjetivas de vida (Fleck et al, 2008). Ao ressaltar os aspectos subjetivos implicados na realidade objetiva, a auto-avaliação da qualidade de vida passou a ocupar lugar de importância junto aos condicionantes objetivos tradicionalmente utilizados para se qualificar as condições existenciais. Assim, fez-se importante conhecer como as pessoas e populações se sentem e como lidam com seus problemas, considerando não só a percepção pessoal quanto ao estado de saúde, mas também demais aspectos de natureza não-médica que compõem os diversos domínios da vida.

No campo da saúde, a percepção e reação da pessoa ao seu estado de saúde e a outros aspectos não-médicos da vida torna-se uma variável emergente capaz de capturar a dimensão do sujeito que se oculta por detrás das doenças e suas terapias. Percebeu-se que as clássicas medidas objetivas de desfecho, estabelecidas por exames clínicos e laboratoriais avaliam mais a doença do que o doente (Patrick, 2008).

Recentemente, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS (*World Health Organization Quality of Life*), composto por especialistas de vários países a fim de se garantir uma transculturalidade, empenhou-se em padronizar o conceito (Fleck et col, 2008). O constructo percorreu uma empreitada em busca não só da melhor definição, mas também de uma noção operacional que lhe permitisse ser mensurado. Isto implicou conceber definições precisas para os domínios da vida considerados como medidas importantes para que eles pudessem ser mensurados independentemente um do outro, e para que as relações entre si pudessem ser examinadas quantitativamente. Qualidade de

vida, segundo o trabalho desenvolvido pela OMS, estrutura-se a um só tempo como conceito e medida operacional (Chatterji & Bickenbach, 2008).

Deste modo, a noção de qualidade de vida adotada pela organização exprime um conceito amplo que incorpora saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos significativos do meio-ambiente. Podemos listar as seguintes características implícitas em sua definição:

- Trata-se de uma medida mais abrangente que saúde, já que considera globalmente a posição da pessoa na vida e suas perspectivas. Saúde é um dos componentes de QV, mas é considerada tanto sua dimensão objetiva, como aquela percebida, a qual dependerá da importância que cada um dos domínios tem para a pessoa, ao que corresponde uma avaliação subjetiva do *status* de saúde para além dos marcadores médicos objetivos. Ao mesmo tempo em que se considera a avaliação objetiva quanto a tratamentos realizados, funcionalidade, capacidades e limitação de atividades, avalia-se também o grau de satisfação da pessoa com cada um dos domínios.

- A qualidade de vida somente poderá ser descrita pela própria pessoa, o que faz do auto-relato uma variável desfecho de relevância ao lado dos indicadores objetivos. O grau de importância de cada aspecto da vida é extremamente pessoal e, portanto, passa necessariamente pelo crivo da subjetividade. As características subjetivas e objetivas, no entanto, devem ser consideradas separadamente para que seja possível verificar discordâncias entre si.

- Está relacionada às metas pessoais, à capacidade de identificá-las e de atingi-las, e por isso trata-se de um constructo enredado nas características individuais e culturais que imprimem significados às experiências.

A OMS, num trabalho multicêntrico para operacionalizar o constructo e desenvolver instrumentos de medição a partir de estudos conceituais, metodológicos e psicométricos, elaborou o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). Participaram deste projeto o total de 50 países de características sócio-econômicas e localização geográfica diversas. Trata-se, portanto, de um instrumento de medição baseado no conceito de QV desenvolvido pela OMS, que busca evidências conceituais sobre o tema, com níveis altos de equivalência cultural.

O uso desta medida em inúmeras pesquisas visa a diferentes objetivos. Pode assumir uma função descritiva ao apontar determinadas características e suas relações com desfechos em saúde, e uma função normativa-prescritiva que oriente quanto ao que deve estar presente para se ter boa qualidade de vida. Além disso, tem sido empregada para comparar populações e subpopulações, para avaliar intervenções de distintos setores de políticas públicas e, por fim, para correlacionar condições de vida a condições clínicas.

A perspectiva aqui relatada enfatiza a necessidade de se entender as condições de sofrimento pertinentes à saúde que transcendam valores e critérios derivados do racionalismo médico-científico ao levar em conta a avaliação subjetiva de outros aspectos envolvidos no estado de saúde. Por isso, a escolha de qualidade de vida como variável desfecho nesta pesquisa justifica-se enquanto o modelo mais adequado para se conhecer as consequências decorrentes do sofrimento mental. Os efeitos produzidos pela presença dos transtornos mentais comuns e pela percepção do adoecimento dos nervos serão melhor compreendidos tendo-se como indicadores avaliações pessoais quanto a diferentes componentes da vida, na medida em que o modelo bio-médico interpretativo com seus medidores de saúde, neste caso, não é capaz de apreender o que está para além dos achados anátomo-patológicos e que também pode ser gerador de importante carga de morbidade. O constructo QV desloca o foco sobre a aferição objetiva da doença como fato clínico para lançar o olhar sobre o doente em relação a si mesmo.

VIII. O Programa de Saúde da Família

8.1 . Pressupostos básicos que norteiam a prática

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no país em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS). Originou-se do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), que apresentava proposta mais restrita e seletiva de programas, tendo este, posteriormente, se agregado ao primeiro. Apesar de inicialmente ter surgido como mero programa vertical do MS, o PSF revelou-se instrumento importante de reorganização das demandas em saúde e de racionalização dos serviços básicos, funcionando também como

filtro em direção à maior complexidade, e buscando alta resolutividade frente à maioria dos problemas de saúde da população (Viana & Dal Poz, 1998). Onde está presente, o PSF oferece-se como o primeiro contato do usuário com a rede municipal a que está articulado. Passou, então a ser modelo prioritário para a saúde básica e substitutivo ao tradicional.

Embora baseado no pressuposto de universalização da Reforma Sanitária que orienta o Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF possui um olhar focalizador para suas ações, priorizando a atuação em áreas mais carentes de AB, de baixos indicadores de saúde, de baixo nível de informação e de baixo saneamento, onde às vezes este é o único modelo de atenção presente. Gradativamente, este programa foi sendo incorporado a outros de abrangência intersetorial, recebendo remuneração maior como forma de incentivo à sua adoção e à habilitação dos municípios. Segundo Escorel et al (2007), em 2004 a cobertura do programa abrangia 84% dos municípios brasileiros, correspondentes à cobertura de 38% da população nacional (cerca de 60 milhões de habitantes). Em 2008, a adesão progressiva ao PSF tem garantido atenção básica a cerca de 87,3 milhões de pessoas, o que corresponde a mais de 50% da população nacional, através da atuação de 27.264 equipes de saúde da família (ESF).

O PSF elege a família como unidade de abordagem, concebendo-a a partir de uma visão sistêmica em relação à comunidade em que está inserida. Funciona dentro da lógica territorial, onde território diz respeito não somente à localidade, mas também a referências econômicas, políticas, culturais, históricas etc. Orientadas por problemas, as equipes traçam o perfil epidemiológico da área adscrita e atuam sobre os fatores de risco. Esta postura de busca ativa inspirada pelo conceito de responsabilidade sanitária reforça o vínculo com a comunidade e a natureza mais humanizada da atenção prestada, distanciando-se da passividade e distanciamento dos ambulatórios da rede básica.

É importante considerar que o PSF corresponde a uma tentativa de mudança paradigmática no modelo de atenção sanitária, possibilitada pela concepção positiva de saúde na qual esta é entendida enquanto produto social resultante de fatores de origens variadas (individuais, sociais, ambientais, culturais, políticas etc), e como expressão de qualidade de vida de uma população. Se saúde e doença são eventos que dizem respeito não apenas ao indivíduo mas também ao corpo social, as ações exigem uma complexidade que extrapola o tradicional campo da saúde. O diálogo intersetorial é, portanto, desejado na

rotina destas equipes, buscando identificar conjuntamente causas e soluções para os problemas (Papoula, 2006).

Como conceito básico do PSF, a comunidade é convidada a se assumir como espaço de produção de saúde capaz de aproximar as ações em saúde dos reais problemas de um dado território. Num plano cognitivo-tecnológico, envolvem-se novos conhecimentos e técnicas de trabalho capazes de oferecer respostas mais adequadas às necessidades específicas de saúde a que as tradicionais intervenções não conseguem responder.

Em todo o Brasil, entretanto, verificam-se formas heterogêneas de implementação do programa (Escorel et al, 2007), variando o tamanho da cobertura, a composição e natureza do trabalho das equipes e o grau de investimento das municipalidades. As bases conceituais que sustentam ideologicamente o PSF mostram-se, não raro, distantes da prática realizada pelas equipes, onde se pode constatar a reprodução do modelo bio-médico individual em detrimento da prática sanitária que prioriza a construção do trabalho partindo-se da coletividade, em parte devido ao próprio processo de formação dos profissionais da área de saúde que se aculturam dentro do paradigma médico hegemônico (Viana & Dal Poz, 1998) .

8.2 . Atenção Básica e Saúde Mental: pensando possíveis integrações

A atuação territorial pressupõe a integralidade das ações e a longitudinalidade do sistema de saúde, a fim de que os cidadãos possam aceder, quando necessário, a níveis mais complexos de atenção. A aproximação da atenção básica com a Saúde Mental remonta ao fim da década de 70, quando se buscavam formas de integração entre os dois campos (Villano, 98). A partir dos anos 80 foram elaborados documentos técnico-normativos com o intuito de inserir o nicho da Saúde Mental no âmbito sanitário geral, chegando-se à proposta de aproximá-lo de outros programas de saúde e de integrá-lo com a Atenção Primária.

A III Conferência de Saúde Mental (2002), enfatiza o papel das unidades básicas de saúde como porta-de-entrada em direção à atenção da Saúde Mental e como filtro para

esta, sem que necessariamente deva escoar a demanda para níveis mais técnicos. As políticas públicas vêm nas estratégias do Saúde da Família um importante coadjuvante dos serviços especializados. Os transtornos mentais observados pelas equipes de base comunitária podem, segundo as necessidades dos casos, receber suporte técnico de profissionais dos serviços especializados, sem que com isso se deixe de afirmar o lugar de importância da AB territorial. Este diálogo estabelecido com a Atenção Básica tem sido importante para melhorar a qualidade dos serviços sanitários prestados na rede pública, provavelmente amortecendo o excesso de respostas simplificadoras para questões de alta complexidade.

A possibilidade de que o sofrimento siga outros percursos e que não caia necessariamente no túnel dos tecnicismos é uma tensão que a Reforma Psiquiátrica atualiza através de suas propostas interdisciplinares que tentam ideologicamente romper com a hegemonia dos saberes “psis” como única resposta ao mal-estar psíquico. O ideário reformista é relevante na medida em que equivocava o especialismo como destino irrefutável aos portadores de sofrimento mental, abrindo uma porta para abordagens provenientes de outros setores.

IX. Hipótese

1- É alta a prevalência de TMC e da percepção de “sofrer dos nervos” entre a população feminina atendida em unidades de PSF em Petrópolis;

2- Existe relação entre TMC e nervos, onde TMC corresponde ao indicador de enfermidade (*disease*) enquanto uma representação objetiva biomédica, e “sofrer dos nervos” ao indicador de doença (*illness*) enquanto uma representação subjetiva da paciente;

3- A presença de TMC afeta negativamente a Qualidade de Vida das mulheres;

4- Perceber-se sofredora dos nervos afeta negativamente a Qualidade de Vida das mulheres;

5- Há uma interação positiva entre ter TMC e se sentir doente dos nervos, aumentando o impacto negativo sobre os níveis de Qualidade de Vida;

6- Existe efeito negativo na Qualidade de Vida causado por fatores sócio-demográficos e econômicos, tais como: renda, escolaridade, cor da pele, número de dependentes e outros;

7- Existe efeito protetor sobre a Qualidade de Vida exercido por fatores sócio-demográficos relacionados à rede de apoio social e a condições de autonomia e empoderamento social das mulheres.

X. Objetivos

Objetivos gerais

Este trabalho objetiva analisar as associações existentes entre ter TMC, perceber-se portadora de sofrimento mental, aspectos sócio-econômicos e a qualidade de vida das mulheres atendidas em unidades de PSF no município de Petrópolis, no ano de 2006.

Objetivos específicos

1-analisar a associação entre ter TMC, incluindo diferentes níveis de intensidade, e os domínios de Qualidade de Vida;

2-analisar a associação entre perceber-se como portadora de doença dos nervos, considerando sua duração, e os domínios de Qualidade de Vida;

3- verificar a presença ou não de interação entre TMC grave e sofrimento crônico dos nervos com os domínios de Qualidade de Vida;

4-verificar a associação existente de fatores sócio-demográficos e econômicos com TMC, “sofrer dos nervos” e com os domínios de Qualidade de Vida;

5- verificar a associação existente entre rede de apoio social, condições de empoderamento e autonomia com ter TMC, “sofrer dos nervos” e os domínios de Qualidade de Vida.

XI. Metodologia

11.1. Área de pesquisa

O município de Petrópolis situa-se na região serrana do Estado do Rio de Janeiro a 68 KM da capital, abrangendo 774,6 Km² de extensão, divididos em 5 distritos. Sua população é de cerca de 313.000 habitantes (IBGE), sendo 94% urbana e 6% rural. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD/2000), a cidade alcança 0,804 de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), o 7º do Estado. Este índice expressivo se deve aos indicadores de educação, renda e longevidade. Em 2000, 24,1% da população adulta apresentava até quatro anos de estudo, expectativa de vida ao nascer de 70,1 anos e renda per capita de R\$399,93. No mesmo ano, 97% dos domicílios urbanos tinham água encanada, 99,6% de energia elétrica e 96,5% de coleta de lixo. Já as famílias cadastradas pelo PSF (SIAB-dez 2005) apresentavam no ano de 2005 situações infraestruturais piores em relação à população geral: 43,34% de abastecimento público de água, 6,22% com hábito de queimar ou enterrar lixo e 9,54% que declaravam despejar seus dejetos a céu aberto. Quanto à educação, 93,77% das pessoas acima de 15 anos eram alfabetizadas.

Cidade Imperial, Petrópolis foi fundada por Dom Pedro II e possui forte apelo turístico por esta vinculação à história de nossa monarquia. Além disso, é ponto de atração para o turismo ecológico, garantido pela Serra dos Órgãos. As principais atividades econômicas são o setor turístico, industrial agropecuário, têxtil, vestuário e moveleiro.

O município possui 31 USF, com 36 ESF, que cobrem uma população de cerca de 100.000 habitantes. Entre estas, a rede conveniada do SUS com a Faculdade de Medicina de Petrópolis possui 5 ESF. O PSF em Petrópolis foi implantado em 1997 junto com o PACS, embora já houvesse há mais tempo a atuação de agentes comunitários de saúde por iniciativa de uma escola de enfermagem (Papoula, 2006). As 36 ESF garantem a cobertura de 35% da população, sendo que em 2003 o município assinou o PROESF objetivando alcançar 70% de abrangência.

A presente pesquisa coletou os dados nas seguintes unidades de PSF: Moinho Preto, Águas Lindas, Alto da Serra, Carangola e Vila Felipe.

11.2 . Delineamento do estudo e da amostra

Este estudo de corte transversal está inserido numa pesquisa maior de ensaio clínico intitulada *Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC (síndromes depressivas e ansiosas) em unidade do PSF* realizada no município de Petrópolis- RJ e que teve início no ano de 2006, financiada pelo CNPQ (Edital MCT-CNPq /MS – SCTIE - DECIT/CT- Saúde 07/2005). Esta tem por objetivo a estruturação de intervenções terapêuticas mais adequadas às necessidades de tratamento para mulheres que apresentam sintomatologia relacionada aos TMC em unidades de PSF, enfatizando abordagens grupais de natureza interdisciplinar - especificamente o método de *complexidade progressiva* (Araya et al, 2003) -, de modo a redirecionar o atendimento a esta clientela de unidades gerais de saúde, além de buscar maior compreensão quanto às formas de elaboração e superação do sofrimento, e quanto à função que o grupo tem para elas.

Para o presente estudo foi utilizado o banco de dados montado com a primeira fase de coleta de dados da referida pesquisa, ocorrida em 2006, na qual foram rastreadas 969 mulheres entre 18 e 70 anos. O tamanho da amostra foi definido a posteriori, considerando que os resultados apresentados na primeira fase da pesquisa maior geraram resultados estatisticamente significativos. Deste modo, a amostra deste estudo limitou-se ao total de 969 mulheres referentes à primeira coleta de dados realizada nas USF. Outro critério para a amostra foi a inclusão de mulheres que compareceram às suas unidades cuidadoras para atendimento e/ou para o programa da “Cesta Cheia” durante um período de 30 a 60 dias.

Quanto à amostra pesquisada, é importante considerar as características da população atendida pelo PSF, geralmente relacionadas a baixos índices de desenvolvimento social, na medida em que o programa prioriza territórios mais carentes e de baixos indicadores de saúde. A função das ESF compreende a estratégia da busca ativa, na qual os profissionais vão ao encontro das pessoas membros das famílias cadastradas em sua população adscrita, que apresentam complicações importantes de saúde física e mental, merecedoras de atenção e acompanhamento por parte das equipes. Em Petrópolis, o Programa “Cesta Cheia” oferece auxílio para necessidades básicas alimentares, caracterizando uma ação não diretamente sanitária, mas que evidencia a visão ampliada que interage condições de saúde com demais condições existenciais. O trabalho das

equipes inclui, além disso, grupos de educação em saúde, de convivência e atividades físicas.

11.3. Critérios de exclusão

Não fizeram parte da amostra mulheres que não foram atendidas nas respectivas unidades de PSF, que se encontram fora da faixa etária de inclusão de 18 a 70 anos, e aquelas que não apresentavam capacidade cognitiva que permitisse a utilização do instrumento.

11.4. Procedimento da pesquisa e coleta de dados

As mulheres que compareciam às USF no período destinado à coleta dos dados foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa. Foi informado se tratar de um estudo a respeito de problemas emocionais entre as pacientes atendidas nas unidades do PSF de Petrópolis, justificando-se a necessidade de oferta de apoio adequado a estes problemas e melhor capacitação dos profissionais da Atenção Básica. Os entrevistadores leram as questões a todas as 969 mulheres e anotaram as respostas, seguindo assim a orientação adotada por outras pesquisas realizadas com população brasileira de baixa escolaridade (Villano,1998; Mari,1987; Fortes, 2004). A aplicação dos instrumentos utilizados foi realizada em 2006. Cada uma das 5 unidades referidas (USF) possuía de 4 a 5 aplicadores, todos alunos de graduação de Medicina, Enfermagem e Psicologia. Foram constituídas 5 equipes, e em cada qual havia um supervisor psicólogo de formação. Cada equipe realizou o trabalho de coleta de dados permanecendo de 30 a 45 dias por USF, responsabilizando-se pelas informações de cerca de 200 pacientes que eram cuidadas em sua unidade ou/e que iam até lá para obter o benefício do programa “Cesta Cheia”.

Foi feito um estudo piloto nas seguintes USF: Alto da Serra 2, Alto da Serra 3, Fazenda Inglesa, Vale das Videiras, Nova Cascatinha e Estrada da Saudade. Este estudo piloto teve os objetivos somente de treinamento dos entrevistadores e para definir o número da amostra para o ensaio clínico referente à pesquisa maior *Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC (síndromes depressivas e ansiosas) em unidade do PSF*, aferindo-se a prevalência e o abandono.

11.5. Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do HUPE/UERJ (Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro), e sua realização foi considerada adequada à população humana (Anexo 1). Todas as pacientes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para participarem voluntariamente da pesquisa (Anexo 2). Foi esclarecido que somente os resultados coletivos da pesquisa seriam divulgados, garantindo-se o anonimato e privacidade dos resultados individuais obtidos.

11.6. Os instrumentos

Questionário Geral

Foi utilizado um questionário objetivo com perguntas fechadas para coleta de informações sócio-demográficas e econômicas (Anexo3, bloco A), o qual foi adaptado de um questionário geral aplicado e validado em duas pesquisas anteriores de corte transversal (Fortes, 2004) e de coorte (Lopes, 2003). O instrumento original do qual este derivou contemplava outras informações além das utilizadas no presente estudo. O inquérito aplicado nesta pesquisa atual abordou os seguintes fatores: idade, cor da pele autodeclarada, estado civil, grau de instrução, religião e frequência da atividade religiosa, ser chefe de família, possuir pessoas que co-habitam e dependem (crianças menores de 6 anos, idosos acima de 65 anos e portadores de deficiência), renda pessoal, familiar e per capita familiar, fonte e tempo de renda atual, profissão e ocupação atual baseadas no Código Brasileiro de Ocupações com 3 dígitos (CBO), e frequência de consumo de serviços de saúde nos últimos 6 meses.

Para tornar mais compreensível a leitura dos resultados e, levando-se em conta a homogeneidade da amostra, a maior parte das variáveis categóricas foi dicotomizada. Apenas o determinante chefe de família teve suas categorias reduzidas para três, a fim de permitir melhor análise quanto às 3 situações básicas diferenciadas: eu mesma, eu e meu cônjuge e outros. Quanto às variáveis contínuas, somente número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses não foi transformada. Tanto as rendas pessoal, familiar e per

capita familiar, assim como idade, foram analisadas categoricamente por 3 faixas estabelecidas segundo os valores de seus respectivos quartis. Renda per capita familiar foi calculada a partir da renda familiar e número de habitantes na casa. O instrumento abordou o fator renda pessoal (assim como nos demais tipos de renda) solicitando a informação a respeito do valor do rendimento, mas é importante ressaltar que esta variável se destaca como indicador de autonomia pessoal, e não somente como medidor de condições econômicas.

A variável número de dependentes foi dicotomizada da seguinte maneira segundo a frequência observada em cada uma das variáveis para esta amostra: ter ou não pelo menos 1 criança menor de 6 anos que co-habita e depende da respondente; idosos maiores de 65 anos e pessoas com deficiência formaram uma variável única que aglutinou os dois fatores, dicotomizada em ter ou não idoso/deficiente que co-habita e depende. Apesar da literatura a respeito sugerir as classes “até 2” ou “mais de 2” pessoas dependentes, esta opção precisou levar em conta o baixo número de pessoas dependentes na amostra em questão, tal como se pôde observar pelas respectivas médias: menores de 6 anos dependentes $m = 1,5$; idosos maiores de 65 anos dependentes $m = 1,1$; pessoas deficientes que dependem da respondente $m = 1,0$.

Nas perguntas sobre ser chefe de família e número de dependentes foi levado em conta o grau de autonomia, empoderamento e de responsabilidade ao se caracterizar o papel que a mulher exerce em seu núcleo habitacional, além de considerar a quantidade de dependentes como possível fator estressante e facilitador para o surgimento de sintomas relacionados aos TMC. Grau de instrução e renda pessoal foram analisadas, considerando-se o grau de autonomia que tais variáveis podem indicar. Frequência de atividade religiosa foi considerada como variável *proxy* da rede de apoio social, e estado civil relaciona-se com a rede de suporte familiar. A interrogação sobre consumo de serviços de saúde considerou o tempo de 6 meses como *proxy* do estado de saúde da pessoa. A escolha por este período de tempo levou em conta que, se por um lado um intervalo menor (como por exemplo o de 1 mês) não seria capaz de expressar uma condição importante de saúde e de caracterizar uma condição de cronicidade que se diferenciasse de situações de natureza aguda, por outro um tempo maior, como o de 1 ano, poderia ter um efeito dispersivo sobre a informação acerca desta variável.

Não foram consideradas nas análises univariadas o tipo de religião e as questões relativas a estrutura ocupacional (profissão, ocupação atual, tipo e tempo de fonte de renda) por não serem relevantes ao modelo considerado neste estudo e, portanto, não foram testados quanto à existência de associações significativas com a variável desfecho qualidade de vida. O presente estudo tem o escopo de considerá-los somente como informação quanto ao perfil sócio-demográfico da amostra pesquisada e não pretende focalizar mais profundamente tais associações.

A seguir são expostos os quadros das variáveis sócio-demográficas e econômicas e suas categorizações.

QUADRO 4 . Variáveis contínuas categorizadas

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Idade	< 35 anos Entre 36 e 55 anos > 56 anos
Renda pessoal	< R\$300,00 De R\$301,00 a R\$485,00 > R\$486,00
Renda familiar	< R\$420,00 De R\$421,00 A R\$1.050,00 >R\$1.051,00
Renda per capita familiar	<R\$145,00 De R\$146,00 a R\$430,00 >R\$431,00
Menores de 6 anos dependentes	Sim Não
Menores de 6 anos dependentes	Sim Não

QUADRO 5 . Variáveis categóricas posteriormente dicotomizadas

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	CLASSES
COR DA PELE	Preta Parda/ mulata Branca Amarela Indígena	<ul style="list-style-type: none"> • Branca • Outras
CHEFE DE FAMÍLIA	Eu mesma Meu cônjuge/companheiro (a) Eu e meu cônjuge Meu pai/ minha mãe Meu filho (a) Não tem chefe	<ul style="list-style-type: none"> • Eu mesma • Meu cônjuge • Eu e cônjuge
GRAU DE INSTRUÇÃO	Não frequentou escola (analfabeto) 1º grau incompleto (até 4ª série) 1º grau incompleto (entre 5ª e 8ª série) 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Universitário incompleto Universitário completo	<ul style="list-style-type: none"> • Até 4ª série • Acima de 4ª série
FREQUÊNCIA RELIGIOSA	Mais de 1 vez/ semana 1 vez / semana 2 a 3 vezes /mês Algumas vezes no ano 1 vez/ ano Não compareci nenhuma vez	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 2 a 3 vezes/mês • Mais de 2 a 3 vezes mês
ESTADO CIVIL	Casada / união Separada / divorciada Viúva Solteira	<ul style="list-style-type: none"> • Casada/ união • Outros

GHQ12 (General Health Questionnaire)

Frequentemente usado em estudos populacionais e outros voltados à Atenção Primária em saúde (Villano,1998; Fortes, 2004; Mari & Williams, 1985), este teste de rastreamento de TMC (Anexo 3, bloco B) foi elaborado por Goldberg & Blackwell (1972), e validado no Brasil (Mari & Williams, 1985) a partir do *Clinical Interview Schedule* (Goldberg & Blackwell, 1970), utilizado como padrão-ouro. O inquérito epidemiológico é composto de 12 perguntas, cada qual com 4 opções de resposta, que se referem sempre ao período das duas últimas semanas. Os escores dicotômicos do GHQ12 são variáveis independentes deste estudo enquanto uma aproximação quantitativa do estado de saúde mental das pessoas. O instrumento foi utilizado em 3 modos: 1) GHQ3: rastreia TMC considerando positivos para 3 ítems; 2) GHQ5: utiliza o ponto de corte 4/5, considerando TMC em sua forma grave as mulheres positivas para 5 ítems; 3) GHQ contínuo que operacionaliza o GHQ12 com escores de 4 a 48, transformando a variável categórica do GHQ3 em contínua para medir a intensidade do TMC. Os TMC e TMC grave são, neste estudo, considerados variável *proxy* da enfermidade enquanto marcador médico objetivo (*disease*).

Segundo Mari & Williams (1985), este inquérito possui alta sensibilidade (85% a 92%), e especificidade de 77% a 83% quando foi testado no ponto-de-corte 3/4. Sua característica sensível ao momento da pessoa investigada pode, por um lado, produzir falsos positivos decorrentes da apreensão de um período de agudização dos sintomas e, por outro, gerar falsos negativos devido à remissão sintomatológica espontânea ou a tratamentos realizados.

Questões específicas

Foram utilizadas duas perguntas de resposta categórica dicotômica sim/não, aqui utilizadas como variável independente relativa à representação da doença dos nervos: 1) *Nas duas últimas semanas você se acha uma pessoa nervosa, que sofre dos nervos?*, configurando a variável “nervo agudo”; 2) *Você sofreu dos nervos nos dois últimos anos?*,

configurando a variável “nervo crônico”. Estas questões relativas à percepção sofrimento dos nervos foram utilizadas como variável *proxy* da doença enquanto marcador pessoal (*illness*) do sofrimento mental, considerando a duração desta percepção nas qualidades de sofrimento agudo e crônico.

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality on Life)

Este instrumento propõe-se a aferir quantitativamente a qualidade de vida, variável desfecho do presente estudo. Trata-se de uma variável dependente de natureza subjetiva, já que se baseia na percepção das pessoas quanto a diversos aspectos de sua vida. O WHOQOL foi desenvolvido por uma pesquisa multicêntrica organizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS que resultou na versão longa do instrumento, adaptada e validada no Brasil por pesquisadores da UFRGS (Fleck et al, 2000, 2008), seguindo-se os mesmos passos realizados no estudo original: discussão em grupos focais, utilização de amostras heterogêneas, desenvolvimento de escalas de respostas e administração do instrumento-piloto. A tradução para a língua portuguesa foi feita por retrotradução e se estimaram média e desvio-padrão das palavras para se obter versão a mais correlata ao original em inglês.

Visando à maior facilidade de aplicação frente a grandes amostras, foi elaborado um instrumento mais sintético a partir do WHOQOL-100, que foi o primeiro instrumento criado pelo estudo multicêntrico, composto por 100 perguntas. Para a construção do WHOQOL-*bref*, a versão breve do inquérito maior, os itens da versão longa foram selecionados de acordo com abrangência e desempenho psicométrico que, posteriormente, foram examinados por um painel de peritos quanto à sua capacidade de representação e relevância conceitual e psicométrica. Os dados que originaram o instrumento foram extraídos do teste de campo de 20 centros e 18 países. O *bref* guarda fortes correlações com o teste originário (WHOQOL-100 brasileiro) e com a versão breve do estudo multicêntrico.

No processo de validação no Brasil, a versão em português foi aplicada em teste de campo, com iguais critérios e composição da amostra, tendo sido avaliadas suas

propriedades psicométricas (Fleck et al, 2000, 2008). Os autores demonstraram no referido estudo, conforme exposto no anexo 4, que o WHOQOL-*bref*, em sua aplicação no Brasil, apresentou boa consistência interna, fidedignidade na avaliação teste-reteste (coeficientes significativos e superiores a 0,69), e que o mesmo possui validades discriminante (menos no domínio Relações Sociais), concorrente (coeficientes de correlação significativos entre si e em relação aos inventários BHS e BDI) e de critério satisfatórias onde, com exceção de Relações Sociais, os demais domínios fizeram parte do modelo utilizando regressão linear múltipla e explicaram 44% da variância.

A versão *Bref* (Anexo 3, bloco C) possui 26 perguntas no total, com 5 opções de resposta: 24 facetas (uma pergunta para cada faceta) a respeito de 4 domínios da vida: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente; e 2 questões separadas de caráter mais geral, que questionam diretamente a avaliação de qualidade de vida e a satisfação pessoal com o estado de saúde. Um outro componente de aferição de QV é a medida de qualidade de vida geral, obtida pela média dos escores nos 4 primeiros domínios. Utiliza escores de 0 a 100, positivos e reversos, e escala Likert de 4 tipos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. É auto-explicativo e refere-se às duas últimas semanas.

O domínio físico aborda temas quanto à presença de dores físicas impeditivas, necessidade de tratamento médico, ser capaz para o trabalho e para realizar as tarefas cotidianas, energia suficiente para tal, funcionalidade, autonomia e sono. O domínio psicológico leva em consideração os aspectos relacionados ao sentido da vida, à dimensão emocional, capacidade mnêmica e de concentração, satisfação consigo próprio, presença de sentimentos positivos e negativos, e espiritualidade. Relações sociais considera satisfação com as relações pessoais, com a vida sexual e apoio dos amigos. Meio-ambiente aborda segurança, saúde do ambiente físico, informações disponíveis, recursos financeiros, oportunidade de atividade de lazer, satisfação com as condições do local de moradia, com acesso a serviços de saúde e com meio de transporte.

O quadro seguinte relaciona os domínios de QV às suas facetas correspondentes, e o número da questão no teste WHOQOL-*bref*.

QUADRO 6 . Domínios de QV, suas respectivas facetas e o número da pergunta no questionário WHOQOL- *Bref*.

Domínio de QV	Facetas abordadas pelo WHOQOL- <i>bref</i>	Nº da pergunta
Físico	Dor e desconforto	1
	Energia-fadiga	2
	Sono e repouso	3
	Mobilidade	9
	Atividades da vida cotidiana	10
	Dependência de medicação ou de tratamentos	11
	Capacidade de trabalho	12
Psicológico	Sentimentos positivos	4
	Pensar, aprender, memória, concentração	5
	Auto-estima	6
	Imagem corporal e aparência	7
	Sentimentos negativos	8
	Espiritualidade/religião e crenças pessoais	24
Relações sociais	Relações pessoais	13
	Suporte / apoio social	14
	Atividade sexual	15
Meio-ambiente	Segurança física e proteção	16
	Ambiente no lar	17
	Recursos financeiros	18
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	19
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	20
	Participação em / e oportunidades de recreação/lazer	21
	Ambiente físico: poluição, trânsito, ruído	22
	Transporte	23

11.7. Confiabilidade dos instrumentos

Foi realizado estudo de confiabilidade do GHQ12 na pesquisa de Fortes (2004), na qual o inquérito foi aplicado em 42 pacientes de características semelhantes à amostra utilizada no presente estudo, com intervalo de uma semana entre o teste e o re-teste. Os coeficientes de correlação obtidos foram altos na maioria das questões, com exceção dos itens de nº 6, 8, 9 e 11. Segundo a autora, tais resultados insatisfatórios podem ser devidos à alta sensibilidade do instrumento presente em sua capacidade de capturar um curto espaço de tempo, e à forma aguda de apresentação e remissão espontânea dos sintomas dos TMC. Estas perguntas referem-se a condições mais variáveis no decorrer do tempo. O quadro abaixo apresenta os coeficientes de correlação interclasse obtidos naquele estudo:

QUADRO 7. Confiabilidade teste/reteste do GHQ12.

Nas Últimas Semanas Você Tem:	CCIC	IC (95%)
1)perdido muito sono	0,7588	0,5513-0,8703
2)se sentido constantemente nervoso e tenso	0,8638	0,7466-0,9268
3)sido capaz de manter a atenção no que esta fazendo	0,7253	0,4889-0,8533
4)sentido que é útil na maioria das coisas do dia a dia	0,7804	0,5915-0,8820
5)sido capaz de enfrentar seus problemas	0,7592	0,5520-0,8700
6)se sentido capaz de tomar decisões	0,3452	0,2140-0,6492
7)sentido que esta difícil superar suas dificuldades	0,7559	0,5458-0,8687
8)se sentido feliz de um modo geral	0,4700	0,1490-0,7154
9)tido satisfação nas suas atividades do dia a dia	0,5760	0,2111-0,7721
10)se sentido triste e deprimido	0,8191	0,6634-0,9027
11)perdido a confiança em você mesmo	0,6480	0,3451-0,8108
12)se achado uma pessoa sem valor	0,8380	0,6987-0,9129

Extraído de Fortes (2004)

Quanto às perguntas isoladas “nervo agudo” e “nervo crônico”, os valores relativos à consistência interna foram calculados a partir do banco de dados da tese de Doutorado de Fortes (2004), específico para o estudo de teste/reteste e aplicado a uma amostra de 42 indivíduos. Cada questão apresentou os seguintes resultados: “nervo agudo” ICC= 0,7064 (IC 95%: 0,4538 - 0,8421), e “nervo crônico” ICC = 0,8353 (IC 95%: 0,6936 - 0,9115).

O estudo de confiabilidade teste-reteste do WHOQOL-*bref* foi realizado por Fleck et al (2000) quando feito o teste de campo de sua versão em português no Brasil. Não houve diferenças significativas nas médias do teste e re-teste para todos os domínios. Os coeficientes de correlação foram altos, o que indica boa fidedignidade do instrumento. Abaixo, a tabela 1 mostra os coeficientes de correlação dos escores dos domínios entre o teste e o re-teste:

Tabela 1. Coeficiente de correlação dos escores dos diferentes domínios do WHOQOL- *Bref* entre o teste e re-teste (n= 300).

Domínio	Coeficiente de correlação teste/re-teste	p-valor
Físico	0,81	0,0001
Psicológico	0,69	0,0001
Relações sociais	0,80	0,0001
Meio-ambiente	0,75	0,0001

Extraída de Fleck et al (2000).

11.8. Análise dos dados

Para a entrada das informações foi elaborada uma máscara eletrônica em ACCESS®, e fez-se dupla digitação para a construção do banco de dados. Os testes estatísticos foram realizados pelo *software* SPSS 13.0. Foram aferidas as prevalências gerais dos TMC e TMC graves no ponto de corte 2/3 (GHQ3) e 4/5 (GHQ5) respectivamente, das variáveis nervo crônico e nervo agudo quanto à representação de sofrer dos nervos, e dos dados sócio-demográficos e econômicos. Foram calculadas as médias dos escores de qualidade de vida geral e de seus domínios, e do GHQ contínuo para os TMC. As análises das associações estatísticas foram realizadas, primeiramente, de forma univariada. Segundo os p-valores obtidos nos testes de associação e de correlação (nos casos das variáveis contínuas TMC contínuo e número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses) entre as variáveis independentes e cada desfecho (domínios de qualidade de vida), ao nível de significância de 5%, as variáveis que obtiveram $p < 0,05$ foram então incluídas na regressão linear múltipla como potenciais fatores de confundimento. Em seguida, foram realizadas as

referidas regressões via *stepwise – backward* (Massad et al, 2004) entre as variáveis incluídas e cada um dos desfechos de qualidade de vida, obtendo-se os modelos finais.

Por meio da regressão linear múltipla desejou-se conhecer o peso de ter o diagnóstico do transtorno (*disease*) e aquele da percepção pessoal do sofrimento mental (*illness*), sobre os níveis de qualidade de vida, comparando-se suas cargas de morbidade através de indicadores mais genéricos (e não clínicos) obtidos a partir da medida-desfecho QV. Para isso, optou-se pela inclusão inicial das seguintes variáveis de exposição concernentes aos diagnósticos e à representação do sofrimento mental: TMC grave enquanto variável referente à presença do diagnóstico médico (*disease*), nervo agudo enquanto variável relativa à percepção de se sentir sofrendo dos nervos de forma aguda (*illness*), e a co-existência de TMC grave e a auto-percepção de sofrimento mental crônico, segundo o modelo explicativo. Quanto a esta última variável, foi calculada sua prevalência e testada univariadamente sua associação com os desfechos de QV. A referida co-existência incluída no modelo inicial de regressão linear múltipla é considerada neste estudo como um marcador de cronicidade relativo à avaliação negativa do estado de saúde mental percebido há cerca de 2 anos pelo menos, concomitante à presença do diagnóstico. Ou seja, a existência da percepção crônica de sofrer dos nervos somada ao diagnóstico de TMC grave, o qual tem por característica o sofrimento agudo e de curso rápido. A escolha por esta interação foi melhor definida após ter sido gerado um modelo final de regressão linear múltipla em relação ao desfecho qualidade de vida geral, no qual tais condicionantes foram os que se mostraram significativos.

Outros fatores orientaram a seleção das variáveis. A alta prevalência de TMC encontrada nesta pesquisa, justificada pela amostra estudada que tem por característica tratar-se de uma população de risco para a presença do transtorno, faz desta uma variável de baixo valor discriminante por se aproximar do padrão de normalidade. A opção pela inserção somente de TMC grave se deu como modo de diferenciar mais a amostra, o que não seria possível com o ponto de corte 2/3 (TMC) que, neste caso teve efeito homogenizador sobre ela. Além disso, o caráter mais fugaz e passageiro presente na versão leve do transtorno não permitiria a análise de condições de sofrimento mental mais significativas em termos de sua carga de morbidade. TMC isoladamente também não foi considerada na testagem por ser colinear a TMC grave.

No concernente às variáveis da representação do sofrimento mental, nervo crônico não foi incluída separadamente devido à presença da co-existência de TMC grave / nervo crônico que já incluiu a condição de cronicidade da representação do sofrimento mental, sobrepondo seu efeito à primeira. Deste modo, nervo agudo foi incluída nos modelos iniciais de regressão, juntamente com TMC grave, a co-existência de TMC grave / nervo crônico (marcador de cronicidade da percepção do sofrimento), e as variáveis sócio-demográficas e econômicas que se mostraram significativamente associadas a diferentes domínios de qualidade de vida.

Para cada objetivo específico anteriormente exposto, foram realizados os seguintes testes (Barbetta, 2006): 1) para analisar as associações entre TMC / TMC grave e os domínios de qualidade de vida foi empregado o teste-t para amostras independentes, e calculados os p-valores; 2) para verificar a correlação entre a intensidade do TMC e qualidade de vida foram calculados o coeficiente de correlação de Pearson e p-valores; 3) para análise das associações de nervo agudo / nervo crônico com o desfecho qualidade de vida, foi utilizado o teste-t para amostras independentes e verificados os p-valores; 4) para verificar a associação da co-existência de TMC grave / nervo crônico com qualidade de vida foi empregado o teste-t para amostras independentes e calculados os p-valores; 5) as associações entre as variáveis sócio-demográficas categóricas e qualidade de vida foram verificadas através do teste-t para amostras independentes e p-valores. Para investigar a correlação entre número de atendimentos em saúde e o desfecho calcularam-se a correlação de Pearson e p-valor; 6) para analisar as associações de TMC / TMC grave com a percepção de sofrer dos nervos (agudo e crônico) foram usados o teste de associação qui-quadrado e a medida de associação *odds ratio* para verificar a magnitude da associação, e os respectivos intervalos de confiança a 95%. A análise da associação entre o TMC contínuo e a percepção do sofrimento dos nervos empregou o teste-t para amostras independentes, considerando apenas os positivos para o GHQ3 (TMC); 7) para verificar o peso da presença dos TMC e da percepção de sofrimento dos nervos na determinação dos diferentes níveis de QV foi realizada a regressão linear múltipla, utilizando-se o método *stepwise - backward* (Massad et al, 2004) e calculando-se os R2 ajustados e p-valores.

XII. Resultados

12.1. análise descritiva

Participaram do estudo 969 mulheres. Todas responderam ao questionário geral, ao GHQ12 e ao WHOQOL, e 955 às duas perguntas isoladas quanto à representação do sofrimento dos nervos.

A amostra revelou a seguinte distribuição do perfil sócio-demográfico (tabela 2): média de 45 anos de idade, 60,5% vivem maritalmente, 50,8% não é chefe de família, 48% tem baixa escolaridade (1º grau incompleto até 4ª série), 52% auto-declarou-se branca de pele, 60,6% é católica e 69% tem frequência de atividade religiosa de pelo menos 2 a 3 vezes por mês. Quanto a pessoas que moram em sua casa e dela dependem, 35,8% das mulheres possuem pelo menos 1 criança menor de 6 anos, e 18,8% possuem ao menos um idoso ou pessoa deficiente. Quanto ao consumo de serviços de saúde a amostra apresentou média de 4,3 atendimentos por pessoa nos últimos seis meses.

Quanto à fonte de renda 55,9% tiveram rendimentos todo o tempo nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, 5,7% os tiveram nos últimos 9 meses, 6,2% tiveram apenas nos últimos 6 meses, 6,3% contaram com fonte de renda nos últimos 3 meses e 25% não os tiveram durante todos os 12 meses referidos. Entre as que tiveram rendimentos, a renda pessoal média foi de R\$412,50, a renda familiar média de R\$845,10, e a percapita média em cada núcleo familiar - habitacional de R\$344,10.

Quanto à estrutura e condição ocupacional, o emprego regular compareceu em 33%. Entre as que contam com mais de uma fonte de renda, 20% sobrepõem biscoite e pensão, 12,2% emprego regular e pensão, 11,3% aposentadoria e pensão e 10,4% emprego regular e biscoite. Quanto à profissão, 27,5% são diaristas, 21,1% costureiras e 16,1% do lar. No entanto, 27,2% estavam desempregadas no momento de aplicação do questionário, 16,7% trabalhavam como diarista e 16,5% do lar (tabela 3).

TABELA 2. Distribuição da frequência das variáveis categóricas sócio-demográficas. Petrópolis, 2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%
IDADE	< 35 anos	266	27,9
	Entre 36 e 55 anos	443	45,7
	> 56 anos	260	26,8
	Total	969	100,0
COR	Preta	139	14,3
	Parda/mulata	298	30,7
	Branca	501	51,7
	Amarela	21	2,2
	Indígena	10	1,0
	Total	969	100,0
ESTADO CIVIL	Casada / união	587	60,5
	Separada / divorciada	146	15,1
	Viúva	109	11,2
	Solteira	127	13,1
	Total	969	100,0
GRAU DE INSTRUÇÃO	Analfabeto	54	5,5
	1º grau até 4ª série	407	42,0
	1º grau até 7ª série	239	24,6
	1º grau completo	84	8,6
	2º grau incompleto	68	7,0
	2º grau completo	99	10,2
	Universitário incompleto	12	1,2
	Universitário completo	3	0,3
	Ignorados	3	0,3
	Total	969	100,0
RELIGIÃO	Católica	587	60,6
	Evangelho quadrangular	58	6,0
	Assembléia de Deus	43	4,4
	Metodista	38	3,9
	Não tem religião	38	3,9
	Universal do Reino de Deus	24	2,5
	Espírita Kardecista	23	2,4
	Batista	20	2,1
	Umbanda	10	1,0
	Adventista	8	0,8
	Testemunha de Jeová	6	0,6
	Presbiteriana	3	0,3
	Luterana	2	0,2
	Candomblé	1	0,1
	Casa de Bênção	1	0,1
	Congregação Cristã do Brasil	1	0,1
	Outra	105	10,9
	Ignorado	1	0,1
	Total	969	100,0
FREQUÊNCIA ATIVIDADE RELIGIOSA	Mais de 1 vez por semana	242	25,0
	1 vez por semana	293	30,2
	2 a 3 vezes por mês	133	13,7
	Algumas vezes no ano	185	19,1
	1 vez por ano	23	2,4
	Não frequentou	93	9,5
Total	969	100,0	

Continuação da **TABELA 2**. Distribuição da frequência das variáveis categóricas sócio-demográficas. Petrópolis, 2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%
CHEFE DE FAMÍLIA	Eu	322	33,2
	Eu e cônjuge	155	16,9
	Outros	492	50,8
	Total	969	100,0
IDOSO/DEFICIENTE QUE DEPENDE	Não	787	81,2
	Sim	182	18,8
	Total	969	100,0
MENORES DE 6 ANOS	Não	622	64,2
	Sim	347	35,8
	total	969	100,0
RENDA PESSOAL (R\$)	< R\$300,00	198	29,6
	De R\$301,00 a R\$485,00	304	45,4
	> R\$486,00	167	25,0
	Total	669	100,0
RENDA FAMILIAR (R\$)	< R\$420,00	229	25,2
	De R\$421,00 A R\$1.050,00	462	50,9
	>R\$1.051,00	217	23,9
	Total	908	100,0
RENDA PER CAPITA FAMILIAR (R\$)	<R\$145,00	226	25,9
	De R\$146,00 a R\$430,00	430	49,3
	>R\$431,00	216	24,8
	Total	872	100,0

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

TABELA 3. Distribuição da frequência das variáveis categóricas sócio-demográficas quanto à estrutura ocupacional. Petrópolis,2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%
TEMPO DE FONTE DE RENDA	não teve	242	25,0
	3 meses	61	6,3
	6 meses	60	6,2
	9 meses	55	5,7
	Todo tempo	541	55,9
	Ignorados	10	1,0
	Total	969	100,0
FONTES DE RENDA	Aposentadoria	83	8,6
	Auxílio-doença	14	1,4
	Emprego regular	222	22,9
	Biscates	172	17,8
	Pensão	73	7,5
	Outros	115	11,9
	Ignorados	290	29,9
	Total	969	100,0

Continuação da TABELA 3. Distribuição da frequência das variáveis categóricas sócio-demográficas quanto à estrutura ocupacional. Petrópolis, 2006.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%
OUTRAS FONTES	Biscates/pensão	23	20,0
	Emprego regular/pensão	14	12,2
	Aposentada/pensão	13	11,3
	Emprego regular/biscate	12	10,4
	Aposentada/biscate	11	9,6
	Biscate/ pensão/aluguel	9	7,8
	Aposentada/emprego regular	4	3,5
	Aposentada/ biscate/pensão	3	2,6
	Auxílio-doença /biscate	2	1,7
	Emprego regular/biscate/pensão	2	1,7
	Autônoma	2	1,7
	Seguro desemprego	2	1,7
	Outros	15	13,0
Total	115	100,0	
PROFISSÃO	Diarista	266	27,5
	Costureira	204	21,1
	Do lar	156	16,1
	Vendedora	61	6,3
	Faxineira	39	4,0
	Copeira	31	3,2
	Cabelereira	25	2,6
	Estudante	19	2,0
	Industriaria	16	1,7
	Secretária	13	1,3
	Bordadeira	12	1,2
	Trab. em saúde	11	1,1
	Artesã	11	1,1
	Outras	79	8,2
	Ignorado	26	2,7
Total	969	100	
OCUPAÇÃO ATUAL	Desempregada	264	27,2
	Diarista	162	16,7
	Do lar	160	16,5
	Costureira	105	10,8
	Aposentada	78	8,0
	Vendedoras	44	4,5
	Faxineira	26	2,7
	Cabelereira	22	2,3
	Estudante	18	1,9
	Copeira	18	1,9
	Bordadeira	9	0,9
	Artesã	8	0,8
	Outras	46	4,7
	Ignorado	9	0,9
	Total	969	100,0

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

Quanto à presença de diagnóstico, as prevalências verificadas foram (tabela 4 e 5): 61,7% para TMC, com escore de 31,0 de intensidade medida pelo GHQ contínuo e 44,6%

para TMC grave. A representação da doença dos nervos apresentou a prevalência de 47,5% para a percepção nervo agudo e 24,6% para nervo crônico. A co-existência de TMC grave / nervo crônico relativa ao marcador de cronicidade da representação do sofrimento mental apresentou 16,1% de mulheres que possuem o diagnóstico grave e a percepção de sofrer há 2 anos (tabela 4).

TABELA 4. Distribuição de frequência (número e percentual) das variáveis diagnóstico, representação do sofrimento dos nervos e co-existência de TMC grave e nervo crônico. Petrópolis, 2006.

VARIÁVEIS	n	%
TMC (sim)	598	61,7
TMC grave (sim)	432	44,6
Nervo agudo (sim)	460	47,5
Nervo crônico (sim)	238	24,6
Co-existência de TMC grave/ nervo crônico (sim)	156	16,1

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF.

TABELA 5. Frequência de TMC e seus escores segundo o GHQ contínuo. Petrópolis, 2006.

TMC(n=969)			Score TMC -cont média	IC95%		Mediana	Mínimo	Máximo
	n	%		Limite inferior	Limite superior			
Não	371	38,3	20,4	20,1	20,6	20,0	12,0	27,0
Sim	598	61,7	31,0	30,5	31,4	30,0	21,0	48,0

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF.

Existe associação entre ter TMC e TMC grave e se perceber sofredora dos nervos há 15 dias e há 2 anos (tabela 6). TMC e TMC grave associados a nervo agudo apresentaram maior associação (OR = 7,2 IC a 95% 5,3-9,7, p = 0,000 e OR = 6,6 IC a 95% 4,9-8,7, p = 0,000, respectivamente). Ou seja, quem tem TMC tem 7,2 vezes mais chances de se perceber sofrendo dos nervos há 15 dias, e quem tem TMC grave possui 6,6 vezes mais chances de se referir sofredora pelo mesmo período de duas semanas. A associação dos diagnósticos com a representação de nervo crônico mostrou-se menor: OR = 3,5 IC a 95% 2,5-5,1, p = 0,000 com TMC, e OR = 3,1 IC a 95% 2,3-4,2, p = 0,000 com TMC grave.

TABELA 6. Frequência (número e percentual) de mulheres segundo a presença de TMC e sofrer dos nervos há 15 dias e há 2 anos, e segundo a presença de TMC grave e sofrer dos nervos há 15 dias e há 2 anos, com as suas respectivas associações dadas pelos *odds ratio* (OR), e intervalos de confiança (IC a 95%). Petrópolis, 2006.

		Sofrer dos nervos (15 dias)				Sofrer dos nervos (2 anos)					
TMC		sim		Não		Total	sim		não		total
		n	%	n	%		n	%	n	%	
TMC	Não	75	20,6	289	79,4	364	44	12,1	320	87,9	364
	Sim	385	65,1	206	34,9	591	194	32,8	397	67,2	591
	Total	460	48,2	495	51,8	955	238	24,9	717	75,1	955
OR (IC95%)	OR=7,2 (Lim inf=5,3; Lim sup=9,7) P=0,000					OR=3,5 (Lim inf=2,5; Lim sup=5,1) P=0,000					
TMC grave	Não	149	28,4	376	71,6	525	82	15,6	443	84,4	525
	Sim	311	72,3	119	27,7	430	156	36,3	274	63,7	430
	Total	460	48,2	495	51,8	955	238	24,9	717	75,1	955
OR (IC95%)	OR=6,6 (Lim inf=4,9; Lim sup=8,7) P=0,000					OR=3,1 (Lim inf=2,3; Lim sup=4,2) P=0,000					

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF

No tocante à comparação entre a intensidade do TMC (medida pelo escore do GQH) segundo a presença ou não do sofrimento de nervos (seja crônico ou agudo), como visto na tabela 7, as sofredoras de nervos apresentam escores com diferença estatisticamente significativa frente às que se declaram não sofredoras, independentemente da condição diagnóstica de TMC (todos os p-valores significativos). Além disso, as maiores médias de intensidade se deram entre as portadoras de TMC que se declararam sofrendo dos nervos há 15 dias e há 2 anos.

TABELA 7. Frequência e média dos escores de TMC medidos pelo GHQ contínuo segundo a percepção de sofrimento dos nervos há 15 dias e há 2 anos, e suas respectivas significâncias estatísticas Petrópolis, 2006.

Escore TMC contínuo	Sofrer dos nervos (15 dias)					Sofrer dos nervos (2 anos)				
	Sim		não		p-valor	sim		não		p-valor
	N	média	n	média		n	média	n	média	
TMC não	75	22,1	289	19,9	0,000	44	21,5	320	20,2	0,002
TMC sim	385	32,2	206	28,7	0,000	194	32,8	397	30,1	0,000

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidades de PSF.

12.2. análise univariada das variáveis sócio-econômicas vs qualidade de vida

Segundo as análises univariadas, os seguintes fatores sócio-demográficos e econômicos apresentaram associação estatisticamente significativa com pelo menos um dos domínios de qualidade de vida (tabela 8): idade, cor, grau de instrução, ser chefe de família, estado civil, frequência religiosa, presença de crianças menores de 6 anos que co-habitam e dependem da respondente, renda pessoal, renda familiar, renda familiar percapita e atendimentos em saúde nos últimos 6 meses. Número de idosos e pessoas deficientes que co-habitam e dependem não mostraram associação estatisticamente significativa com qualidade de vida.

No tocante à análise univariada das variáveis sócio-econômicas em relação à QV e seus domínios, como pode ser visto na tabela 8, o determinante idade não apresentou associação estatisticamente significativa com os domínios relações sociais e avaliação de qualidade de vida. Nos domínios físico, satisfação com saúde e qualidade de vida geral ter 35 anos ou menos favoreceu melhores médias de escores. No psicológico a faixa etária com melhor nível de qualidade de vida foi aquela entre 36 e 55 anos, enquanto em meio-ambiente as mulheres de 56 anos ou mais obtiveram as maiores médias.

Cor da pele apresentou associação significativa apenas no domínio meio-ambiente, qualidade de vida geral e avaliação de qualidade de vida, nos quais ser branca obteve as melhores médias de QV que as demais cores autodeclaradas.

Grau de instrução só teve associação significativa com os domínios físico, psicológico, avaliação de qualidade de vida e qualidade de vida geral. Em todos eles, ter instrução acima da 4^a série resultou impacto mais positivo sobre QV. Ser chefe de família apresentou associação significativa com os domínios físico, avaliação de qualidade de vida e qualidade de vida geral, nos quais ser chefe de família juntamente ao cônjuge obteve as melhores médias. Estado civil só foi significativa em avaliação de qualidade de vida e qualidade de vida geral, onde ser casada ou viver em união revelou as médias mais altas.

Frequência religiosa apresentou associação significativa com todos os domínios, com exceção do físico. Frequentar de 2 a 3 vezes por mês alguma atividade religiosa apresentou as melhores médias em todos os domínios.

Quanto às rendas analisadas, todas afirmaram que quanto maior a renda maior o impacto positivo sobre qualidade de vida. Renda pessoal apresentou associação significativa apenas nos domínios físico, psicológico e meio-ambiente, onde a maior faixa de renda (maior ou igual a R\$486,00) resultou em escores mais altos. Renda familiar só não teve associação significativa com o domínio satisfação com saúde. Para todos os demais, a faixa de renda mais alta (maior ou igual a R\$1050,00) alcançou as melhores médias. Renda percapita familiar associou-se significativamente aos domínios psicológico, meio-ambiente, avaliação de qualidade de vida e qualidade de vida geral, nos quais a faixa mais alta (maior ou igual a R\$ 431,00) obteve os melhores níveis.

Crianças até 6 anos de idade que co-habitam e dependem associou-se significativamente aos domínios psicológico, relações sociais e meio-ambiente, onde não possuir crianças dependentes até esta idade favoreceu a presença de escores mais altos nestes domínios. A variável número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses não apresentou correlação negativa significativa apenas com os domínios relações sociais e qualidade de vida geral. O maior coeficiente de correlação apresentado foi com o domínio físico ($r = -0,242$). Nos demais, obteve níveis muito baixos de correlação (tabela 9). Todas as variáveis estatisticamente significativas para pelo menos um dos domínios de QV foram contempladas nos modelos iniciais de regressão.

TABELA 8. Escores de qualidade de vida em cada um de seus domínios segundo variáveis sócio-demográficas e teste de significância a IC a 95%. Petrópolis, 2006.

Características sócio-demográficas		Qualidade de vida						
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
Idade	<=35 anos	69,4	57,2	63,8	50,6	64,7	63,0	63,9
	36 <= 55 anos	65,9	61,1	65,3	53,1	64,5	59,8	62,2
	>=56 anos	62,2	60,2	67,2	53,9	61,8	55,9	58,9
	p-valor	0,000	0,013	0,116	0,013	0,170	0,006	0,009
Cor	Outras	66,0	59,9	65,1	51,6	62,4	58,3	60,4
	Branca	65,9	59,7	65,7	53,6	65,2	60,8	63,0
	p-valor	0,971	0,820	0,615	0,017	0,036	0,126	0,032
Instrução	analfabeto e até 4ª série	63,9	58,5	65,0	52,3	61,3	58,1	59,7
	Acima de 4ª série	67,8	60,9	65,7	53,0	66,1	61,1	63,6
	p-valor	0,000	0,032	0,569	0,444	0,000	0,070	0,001
Chefe	Eu mesma	64,4	59,5	64,3	52,4	58,9	59,4	59,2
	Eu e cônjuge	68,9	61,9	66,6	52,7	66,7	63,3	65,0
	Outros	65,9	59,3	65,7	52,8	66,2	58,6	62,4
	p-valor	0,016	0,258	0,394	0,940	0,000	0,125	0,004
Estado civil	Outros	64,8	60,4	65,1	53,1	60,7	58,5	59,7
	Casado/união	66,7	59,3	65,6	52,4	65,8	60,3	63,1
	p-valor	0,074	0,342	0,667	0,421	0,000	0,276	0,006
Frequência religiosa	Menos de 2 a 3 vezes/mês	65,1	56,8	62,8	50,8	60,4	56,1	58,3
	Mais de 2 a 3 vezes/mês	66,3	61,1	66,6	53,5	65,4	61,2	63,3
	p-valor	0,268	0,000	0,004	0,004	0,001	0,004	0,000
Crianças menores de 6 anos	Não	65,2	61,3	66,8	53,8	64,2	59,1	61,6
	Pelo menos 1	67,3	57,0	63,0	50,7	63,4	60,7	62,0
	p-valor	0,051	0,000	0,003	0,001	0,588	0,365	0,750
Renda pessoal	<=R\$300,00	64,9	57,2	64,0	50,7	62,6	59,1	60,9
	R\$301,00 <=R\$485,00	66,1	62,2	66,7	53,7	64,5	60,3	62,4
	>=R\$486,00	68,6	63,1	67,1	56,5	66,4	59,8	63,1
	p-valor	0,035	0,000	0,063	0,000	0,087	0,811	0,308
Renda familiar	<=R\$420,00	65,0	57,4	65,5	50,7	59,3	60,5	59,9
	R\$421,00 <=R\$1050,00	64,7	58,8	63,9	51,4	63,4	58,1	60,7
	>=R\$1051,00	69,7	65,1	68,2	58,0	70,9	61,7	66,3
	p-valor	0,000	0,000	0,022	0,000	0,000	0,183	0,000
Renda familiar percapita	<=R\$145,00	65,8	56,5	63,3	48,1	58,9	60,2	59,6
	R\$146,00 <=R\$430,00	65,2	59,4	65,1	52,4	63,7	58,3	61,1
	>=R\$431,00	67,2	63,3	66,6	56,2	68,7	60,7	64,7
	p-valor	0,329	0,000	0,206	0,000	0,000	0,445	0,012

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF.

TABELA 9. Correlação entre número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses e qualidade de vida em seus respectivos domínios e teste de significância a IC a 95%. Petrópolis, 2006.

Atendimentos em saúde últimos 6 meses	Qualidade de vida							
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
	r (Coeficient Pearson)	-0,242	-0,083	-0,033	-0,033	-0,077	-0,086	-0,099
	p-valor	0,000	0,019	0,357	0,029	0,029	0,015	0,005

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF.

12.3. análise univariada de “*illness*” e “*disease*” vs qualidade de vida

Nas análises univariadas, ao nível de significância de 5%, a presença dos diagnósticos demonstra associação significativa com o desfecho qualidade de vida, ou seja, ter TMC e sua forma grave interferem negativamente nos níveis de qualidade de vida referentes a todos os domínios (tabela 10), sendo que meio-ambiente apresentou as menores médias de escores em ambos os casos. O domínio psicológico e de satisfação com saúde também demonstraram sofrer maior impacto negativo causado pela presença dos transtornos. Os TMC graves revelaram qualidade de vida pior em todos os domínios se comparados aos TMC. Existe correlação negativa entre a intensidade do TMC e qualidade de vida em todos os domínios considerados (tabela 11). O domínio psicológico apresentou a correlação negativa de maior magnitude ($r = -0,717$, IC a 95%, $p = 0,000$), seguido do físico ($r = -0,578$, IC a 95%, $p = 0,000$), enquanto os domínios relações sociais e satisfação com saúde apresentaram as menores ($r = -0,471$ e $r = -0,412$, IC a 95%, $p = 0,000$, respectivamente).

TABELA 10. Escores (média) dos domínios de QV segundo a presença de TMC e TMC grave e a significância estatística dos testes de associação entre cada domínio e ser portadora de TMC ou TMC grave . Petrópolis,2007.

TM		Qualidade de vida						
		Físico	psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
TMC	Sim	60,1	52,9	60,2	48,6	57,6	53,2	55,5
	Não	75,2	71,0	73,8	59,3	73,9	70,0	72,0
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
TM grave	Sim	57,5	48,8	57,5	46,3	54,6	50,1	52,3
	Não	72,7	68,6	71,8	57,8	71,3	67,4	69,4
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

TABELA 11. Correlação entre a intensidade do TMC (contínuo) e os domínios de qualidade de vida dada pelos coeficientes de Pearson e significância estatística. Petrópolis, 2006.

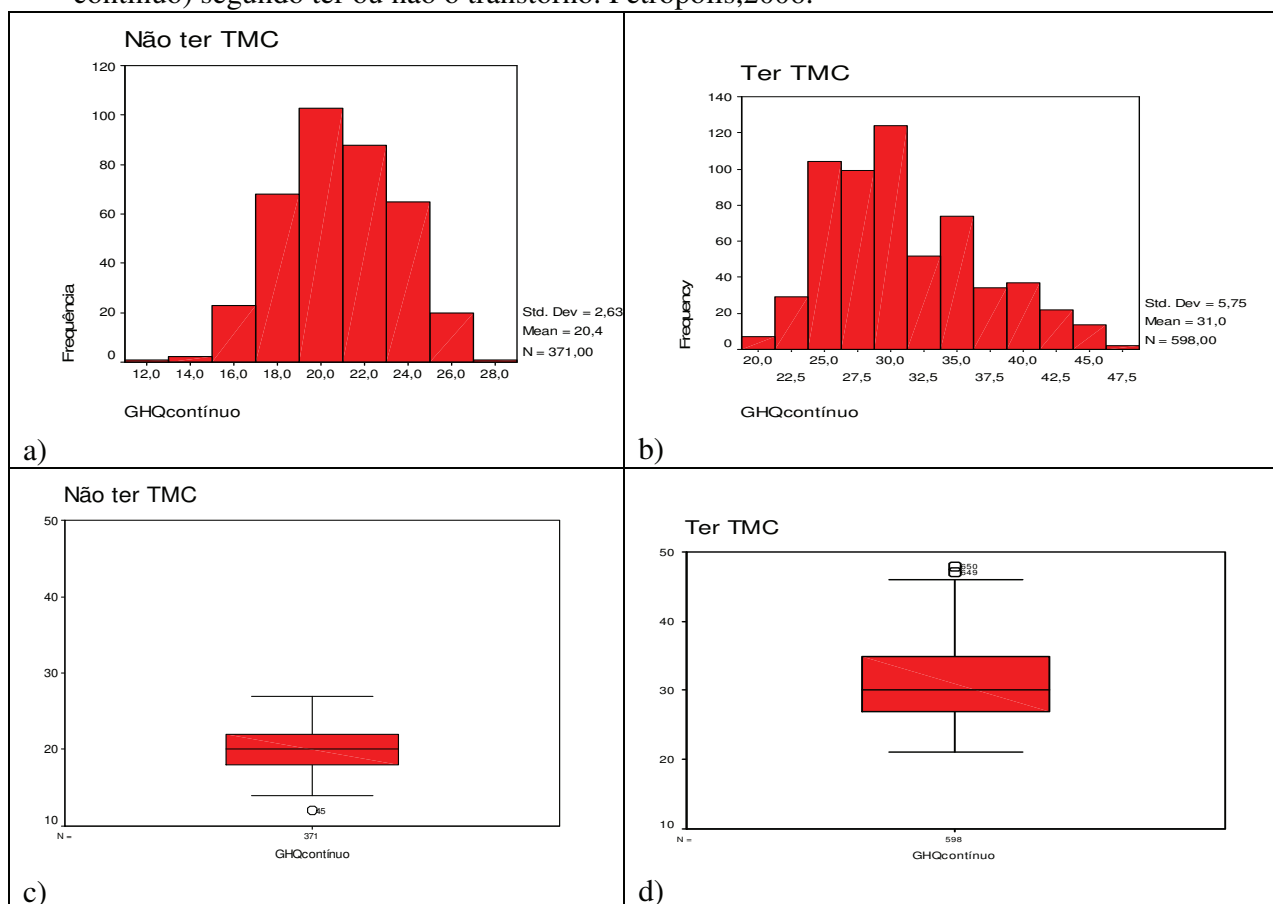
Correlação intensidade do TMC e QV	Domínios de Qualidade de vida						
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
R	-,578	-,717	-,471	-,527	-,505	-,412	-,547
p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

Quanto à intensidade do sofrimento mental medido pelo GHQ contínuo, a ausência dos TMC demonstra uma curva normal de distribuição simétrica em torno da média ($m=20,4$) e com menor desvio padrão, se comparado à presença de TMC, onde tem-se uma distribuição acentuadamente assimétrica com desvio de 5,75 e média de 31,0. Este fato pode ser observado no quadro 8.

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre as representações de sofrimento dos nervos agudo e crônico e qualidade de vida. Ao nível de significância de 5%, perceber-se sofrendora dos nervos há 15 dias e há 2 anos piora a qualidade de vida em todos os domínios. Assim como ocorrido anteriormente (quanto à presença dos diagnósticos), tanto em nervo agudo como em nervo crônico os piores escores apresentados foram em meio-ambiente, seguido do domínio psicológico e satisfação com saúde. Viu-se que o impacto negativo foi maior para as mulheres que se perceberam sofrendoras há 2 anos (nervo crônico), apresentando escores ligeiramente menores nos domínios de qualidade de vida, quando comparado às que se declararam sofrer dos nervos há 15 dias (tabela 12).

QUADRO 8. Histogramas e *box-plots* da distribuição da intensidade dos TMC (GHQ contínuo) segundo ter ou não o transtorno. Petrópolis,2006.



Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

TABELA 12 . Escores (média) dos domínios de QV segundo as percepções nervo agudo e crônico e a significância estatística dos testes de associação entre cada domínio e as representações de sofrimento dos nervos. Petrópolis,2006.

Sofrer dos nervos		Domínios de qualidade de vida						
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
Agudo (15 dias)	Sim	59,8	51,3	59,5	47,9	57,6	51,6	54,6
	Não	71,6	67,5	70,8	57,0	69,6	67,1	68,4
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Crônico (2 anos)	sim	57,1	50,3	59,8	47,1	55,7	48,2	52,0
	Não	68,8	62,7	62,7	54,4	66,5	63,3	64,9
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

Ao nível de significância de 5%, a co-existência de TMC grave / nervo crônico demonstrou associação significativa com todos os domínios de qualidade de vida, entre os quais satisfação com saúde obteve as médias mais baixas, seguida dos domínios meio-ambiente e psicológico (tabela 13).

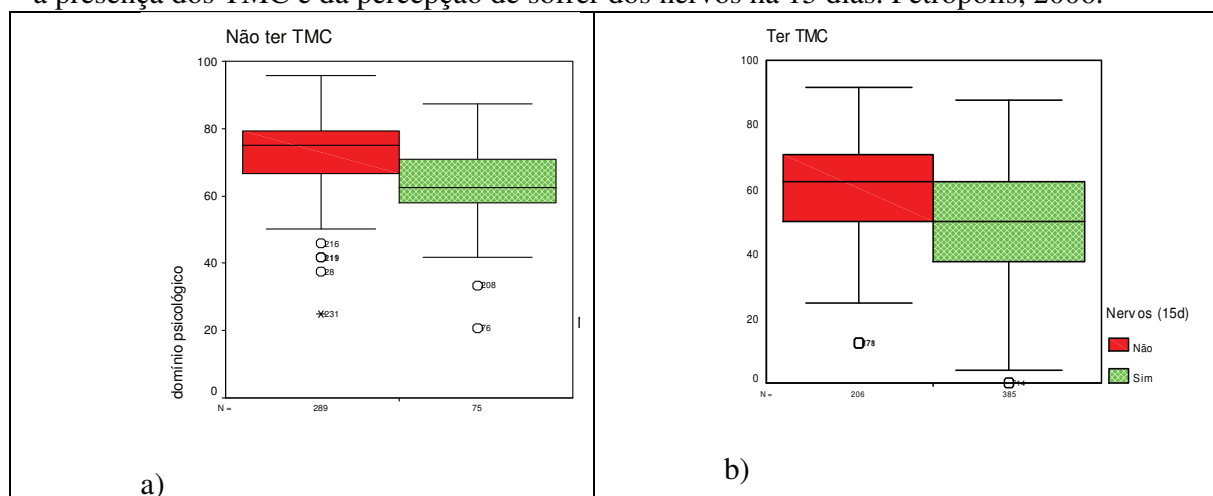
TABELA 13. Escores (média) dos domínios de QV segundo a presença de co-existência de TMC grave e nervo crônico (marcador de cronicidade), e a significância estatística dos testes de associação entre cada domínio e a mesma. Petrópolis,2006.

Co-existência de TMC grave e nervo crônico	Qualidade de vida						
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
Sim	51,5	44,1	55,8	43,8	50,4	43,4	46,9
Não	68,7	62,8	67,2	54,3	66,4	62,7	64,6
p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

Existe associação entre qualidade de vida, TMC e perceber-se sofredora dos nervos há 15 dias e há 2 anos (tabelas 14 e 15). As mulheres portadoras de TMC e que se perceberam sofrendo dos nervos para os dois períodos de tempo possuem os menores níveis de qualidade de vida em todos os domínios, mas as não portadoras do transtorno que são positivas para a representação do sofrimento dos nervos também apresentaram escores diminuídos se comparados à ausência da percepção do sofrimento. Percebe-se claramente um gradiente de comprometimento da qualidade de vida dos piores aos melhores níveis na seguinte ordem: ter TMC e sofrer dos nervos, ter TMC mas não sofrer dos nervos, não ter TMC mas sofrer dos nervos, e não ter TMC e não sofrer dos nervos. Este gradiente também pode ser verificado mais adiante no quadro 11 (figura a) quanto ao impacto dos TMC grave e da percepção aguda do sofrimento dos nervos sobre o domínio psicológico, e no quadro 9 (figuras a e b) onde, para o mesmo domínio, o efeito negativo de ter TMC é superior àquele resultante de se sentir sofredora dos nervos há 15 dias. Ter o transtorno exerce maior impacto sobre os escores de qualidade de vida do que se perceber sofredora dos nervos, considerando a representação de sofrimento agudo e crônico.

QUADRO 9. *Box-plots* da distribuição dos escores de QV no domínio psicológico segundo a presença dos TMC e da percepção de sofrer dos nervos há 15 dias. Petrópolis, 2006.



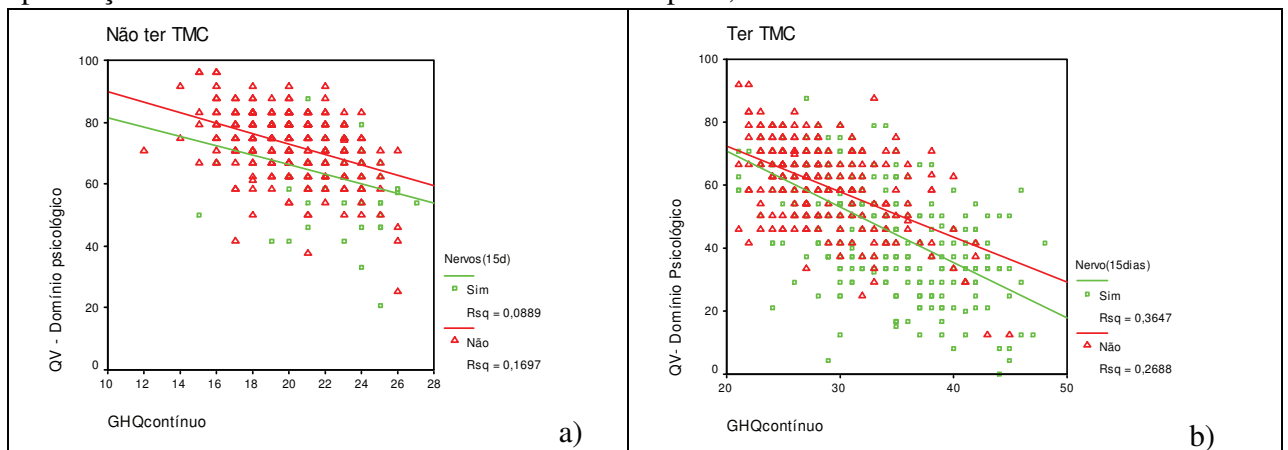
Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidades de PSF.

Verificou-se que a percepção do sofrimento dos nervos e a maior intensidade dos TMC aferida pelo GHQ contínuo coincide com piores escores em qualidade de vida. Analisando o domínio psicológico (quadro 10, figuras a e b), entre as não portadoras de TMC, a qualidade de vida é mais alta para as que não se declararam sofredoras dos nervos há 15 dias e onde a intensidade do transtorno mostrou-se mais baixa. As que se perceberam sofredoras têm maior intensidade do transtorno, e o nível de qualidade de vida no domínio é mais baixo. Entre as portadoras de TMC, mulheres que não se perceberam sofredoras há 15 dias têm níveis mais altos de QV no domínio psicológico e intensidade menor do transtorno. Comparativamente, as que se perceberam sofrendo dos nervos apresentam os escores mais baixos de qualidade de vida psicológica e maior intensidade do transtorno

Ainda com respeito às associações entre os marcadores diagnósticos, as representações do sofrimento mental e os desfechos em QV, o domínio meio-ambiente obteve os menores níveis de qualidade de vida em todas as situações, seja para nervo agudo, seja para nervo crônico. O domínio psicológico obteve o 2º pior nível em nervo agudo em todas as situações, com exceção de não ter TMC e não ser sofredora, em que satisfação com saúde obteve a 2ª média de escore mais baixa. Já em nervo crônico obteve

o 3º pior nível em todas as situações, menos em ter TMC e não sofrer dos nervos, onde a média dos escores foi a 2ª mais baixa. Em nervo agudo, satisfação com a saúde obteve o 3º escore mais baixo, exceto na situação não ter TMC e não se perceber sofredora, em que obteve o 2º pior nível, como dito anteriormente. Em nervo crônico, o mesmo domínio demonstrou a 2ª média de escore mais baixa em todos os casos, com exceção do ter TMC e não sofrer dos nervos, onde foi a 3ª inferior. Foi verificada associação estatisticamente significativa, porém limítrofe, entre ter TMC, nervo crônico e domínio das relações sociais ($p=0,06$), e não se verificou associação estatisticamente significativa entre não ter TMC, nervo crônico e avaliação de qualidade de vida ($p=0,082$), ao nível de significância 0,05 (tabela 15). O domínio físico mostrou as médias mais altas de qualidade de vida, com exceção de ter TMC grave e sofrimento crônico dos nervos.

QUADRO 10. Gráficos de dispersão da distribuição da intensidade do sofrimento mental medido pelo GHQ contínuo e dos escores de QV no domínio psicológico segundo a presença de TMC e de sofrimento dos nervos. Petrópolis, 2006.



Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidades de PSF.

TABELA 14. Escores dos domínios de QV segundo a presença de TMC e de percepção de sofrimento agudo dos nervos (15 dias), e as significâncias estatísticas entre cada domínio e a interrelação entre TMC e nervo agudo. Petrópolis, 2006.

TMC	Nervo agudo	Domínios de Qualidade de vida (QV)						
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
Sim	Sim	57,7	49,1	58,2	46,7	55,5	49,4	52,4
	Não	64,8	59,8	64,1	52,1	61,6	60,3	61,0
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Não	Sim	71,0	62,9	66,4	54,5	68,6	63,0	65,8
	Não	76,5	72,9	75,6	60,5	75,3	71,8	73,6
	p-valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,002

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

TABELA 15. Escores dos domínios de QV segundo a presença de TMC e de percepção de sofrimento crônico dos nervos (2 anos), e as significâncias estatísticas entre cada domínio e a interrelação entre TMC e nervo crônico. Petrópolis, 2006.

TMC	Nervo crônico	Domínios de Qualidade de vida (QV)						
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	QV geral
Sim	Sim	53,7	46,9	58,1	45,1	52,5	45,3	48,9
	Não	63,3	55,5	61,2	50,1	60,0	56,8	58,4
	p-valor	0,000	0,000	0,06	0,000	0,000	0,000	0,000
Não	Sim	72,0	65,1	67,4	55,4	69,9	60,8	65,3
	Não	75,8	71,7	74,6	59,9	74,5	71,3	72,9
	p-valor	0,049	0,000	0,003	0,017	0,082	0,002	0,002

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em unidades de PSF.

12.4. Regressão linear múltipla de “*illness*”, “*disease*” e variáveis socio-econômicas vs qualidade de vida

Realizadas as regressões lineares múltiplas (tabela 16), todas as variáveis relativas ao diagnóstico e à representação do sofrimento mental - TMC grave, nervo agudo e o marcador de cronicidade do sofrimento dos nervos - revelaram exercer os maiores pesos negativos sobre os domínios de qualidade de vida.

As análises multivariadas demonstraram que TMC em sua forma grave está presente (p-valor = 0,000) em todos os domínios de qualidade de vida com os betas mais negativos (psicológico $\beta = -13,4$; relações sociais $\beta = -11,3$; meio-ambiente $\beta = -8,7$; avaliação de qualidade de vida $\beta = -10,7$; satisfação com saúde $\beta = -10,9$; qualidade de

vida geral $\beta = -11,1$), menos no domínio físico onde não foi incluído no modelo de regressão. Neste último, o marcador de cronicidade do sofrimento dos nervos obteve o maior impacto negativo entre as demais variáveis ($\beta = -13,1$). Ou seja, por exemplo, para o domínio físico, quando a paciente é diagnosticada como tendo TMC grave e apresenta concomitantemente a percepção de nervo crônico, seu escore de QV no tocante ao aspecto físico, que em geral é de 79,2 (correspondente ao α do domínio com variação de 0 a 100, onde 100 é QV ótima), este sofre uma queda de 13,1 pontos.

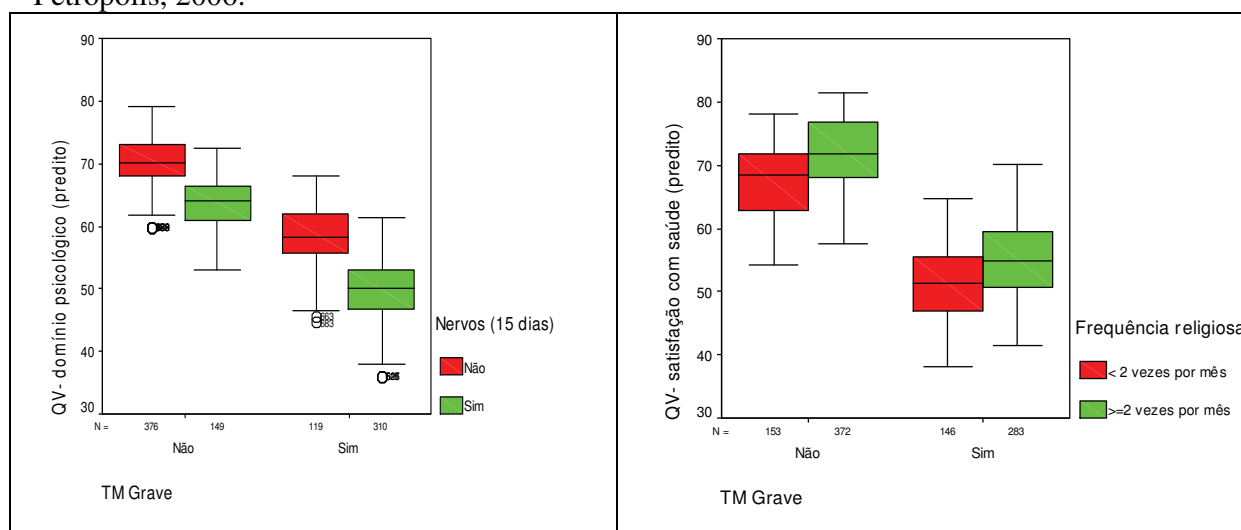
A variável nervo agudo (15 dias) esteve incluída em todos os modelos, revelando o segundo maior impacto negativo (depois de TMC grave) nos domínios físico ($\beta = -7,9$), psicológico ($\beta = -7,5$), meio-ambiente ($\beta = -3,8$), satisfação com saúde ($\beta = -9,1$) e relações sociais ($\beta = -6,2$). Em qualidade de vida geral, nervo agudo e o marcador de cronicidade tiveram o mesmo impacto negativo ($\beta = -6,3$). O marcador de cronicidade foi incluído em todos os modelos, com exceção daquele referente ao domínio relações sociais. Apresentou, de modo geral, impacto negativo mais leve que as outras variáveis já referidas. Ele atuou, como já dito, com maior impacto negativo no domínio físico ($\beta = -13,1$) e na avaliação de qualidade de vida ($\beta = -5,2$), onde obteve beta negativo mais forte que nervo agudo ($\beta = -4,3$).

Quanto às variáveis sócio-demográficas e econômicas, após as influências negativas exercidas pela presença do diagnóstico, da representação do sofrimento agudo dos nervos e do marcador de cronicidade, o determinante idade revelou-se uma variável importante, com significância estatística relevante, pelo seu efeito prejudicial sobre QV. Nos domínios finais de regressão foi incluído somente nos domínios físico ($\beta = -3,7$), satisfação com saúde ($\beta = -4,9$) e qualidade de vida geral ($\beta = -3,9$), apontando para o fato de que quanto maior a idade menor o escore de QV nestes domínios. Número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses só foi incluído no domínio físico ($\beta = -0,8$), e a presença de menores de 6 anos que co-habitam e dependem apenas no domínio psicológico ($\beta = -2,1$).

Frequência religiosa apresentou os betas positivos mais presentes e mais altos nos domínios, com exceção de avaliação de qualidade de vida, onde renda familiar e nível de instrução apresentaram os impactos positivos mais altos ($\beta = 4,1$ e $\beta = 3,9$, respectivamente). Foi incluída nos modelos de regressão referentes aos domínios

psicológico ($\beta = 2,6$), relações sociais ($\beta = 2,9$), avaliação de qualidade de vida ($\beta = 3,6$), satisfação com saúde ($\beta = 4,6$) e qualidade de vida geral ($\beta = 4,1$), tendo sido excluída nos domínios físico e meio-ambiente. O quadro 11 (figura b) mostra o impacto positivo da intensidade da frequência religiosa sobre o domínio satisfação com saúde, considerando-se a presença de TMC grave.

QUADRO 11. *Box-plots* da distribuição dos escores de QV no domínio psicológico segundo a presença de TMC grave e de sofrimento agudo dos nervos (figura a) e em satisfação com a saúde segundo a presença de TMC grave e frequência religiosa (figura b). Petrópolis, 2006.



Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidades de PSF.

Renda pessoal esteve incluída somente no domínio físico ($\beta = 1,9$). Renda familiar foi incluída em domínio psicológico ($\beta = 1,9$), qualidade de vida geral ($\beta = 1,9$) e em avaliação de qualidade de vida ($\beta = 4,1$), onde apresentou o maior impacto positivo. Entre as demais rendas, esta foi a que mais influenciou positivamente os níveis de QV. Renda percapita familiar foi excluída dos modelos em todos os domínios.

Estado civil foi considerado apenas nos modelos relativos a avaliação de qualidade de vida ($\beta = 3,6$) e qualidade de vida geral ($\beta = 3,1$). Cor da pele só foi incluída em qualidade de vida geral ($\beta = 2,3$). Grau de instrução e ser chefe de família somente compareceram nos modelos de avaliação de qualidade de vida ($\beta=3,9$ e $\beta=2,5$, respectivamente).

Avaliando cada um dos domínios de QV segundo os modelos finais de regressão, meio-ambiente incluiu apenas as variáveis relativas ao diagnóstico, à representação de sofrimento agudo e ao marcador de cronicidade, excluindo todas as variáveis sócio-demográficas.

O domínio físico, além do marcador de cronicidade e de nervo agudo, incluiu apenas idade, número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses e renda pessoal, tendo sido a única dimensão de QV em que a presença de TMC grave não foi relevante. É importante notar que após os ajustes realizados, número de atendimentos em saúde e renda pessoal só foram incluídas neste domínio.

Nos demais domínios, considerando antecipadamente a inclusão das variáveis TMC grave, nervo agudo e o marcador de cronicidade, seus respectivos modelos de regressão apresentaram as seguintes características segundo a inclusão das variáveis sócio-demográficas: domínio psicológico incluiu presença de menores de 6 anos que co-habitam e dependem da respondente, variável esta que só foi importante para este domínio. Além deste, obteve efeito positivo gerado por frequência religiosa e renda familiar. Em relações sociais, o marcador de cronicidade da percepção do sofrimento mental não foi relevante para o nível de QV e, quanto aos fatores sócio-demográficos e econômicos, incluiu somente frequência religiosa. Avaliação de qualidade de vida considerou frequência religiosa, estado civil, renda familiar, grau de instrução e ser chefe de família em seu modelo de regressão, sendo que estas duas últimas variáveis só foram incluídas no modelo final referente a esta pergunta. Renda familiar obteve aqui sua mais forte influência positiva. Satisfação com a saúde incluiu idade e frequência religiosa, e em qualidade de vida geral compareceram idade, frequência religiosa, estado civil, renda familiar e cor da pele. Na tabela 16 são expostas apenas as variáveis significativas especificamente para cada um dos domínios de qualidade de vida, e que permaneceram no modelo final de regressão linear.

Na tabela 17 verificam-se os R² ajustados segundo cada um dos domínios de qualidade de vida. Como medida de qualidade do ajuste do modelo final representada pela porcentagem da variância explicada do desfecho, considerando-se a presença dos fatores de exposição significativos, viu-se que o domínio psicológico demonstrou haver a maior correlação ($r = 0,413$), seguida do físico ($r = 0,310$) e qualidade de vida geral ($r = 0,284$).

TABELA 16. Coeficientes e respectivas significâncias dos modelos de regressão linear *stepwise* para os desfechos de QV em seus diferentes domínios. Petrópolis, 2006.

Variáveis independentes		Desfechos de QV em seus diferentes domínios						QV geral
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	Satisfação com saúde	
A		79,2	65,7	71,9	51,6	51,3	77,0	69,0
TMC grave	β		-13,4	-11,3	-8,7	-10,7	-10,9	-11,1
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Nervo agudo (15 dias)	β	-7,9	-7,5	-6,2	-3,8	-4,3	-9,1	-6,3
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000
Interação TMC grave x nervo crônico (2 anos)	β	-13,1	-6,4		-2,7	-5,2	-7,9	-6,3
	p	0,000	0,000		0,029	0,006	0,001	0,000
Idade	β	-3,7					-4,9	-3,9
	p	0,000					0,000	0,000
Menores de 6 anos	β		-2,1					
	p		0,028					
Nº atendimentos em saúde nos últimos 6 meses	β	-0,8						
	p	0,000						
Frequência religiosa	β		2,6	2,9		3,6	4,6	4,1
	p		0,007	0,015		0,005	0,004	0,000
Estado civil	β					3,6		3,1
	p					0,010		0,007
Renda familiar	β		1,9			4,1		1,9
	p		0,003			0,000		0,016
Cor	β							2,3
	p							0,031
Instrução	β					3,9		
	p					0,002		
Chefe de família	β					2,5		
	p					0,001		
Renda pessoal	β	1,9						
	p	0,001						
N		870	853	950	853	851	953	852

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF.

* P = P-valor do coeficiente Beta (α) no teste de Wald

β é o coeficiente de cada variável independente por regressão

α é a constante em cada modelo segundo o domínio de QV investigado.

As caselas em branco correspondem a variáveis não contempladas no modelo inicial e/ou no modelo final.

TABELA 17. Correlações entre as variáveis independentes e as variáveis desfecho relativas aos domínios de QV, desvio padrão e média dos resíduos segundo modelos de regressão linear múltipla. Petrópolis, 2006.

	Domínios de qualidade de vida						
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente	Avaliação de QV	satisfação com saúde	QV geral
R2 ajustado	0,310	0,413	0,169	0,257	0,253	0,181	0,284
Desvio padrão do resíduo	1,00	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Média dos resíduos	0,00	0,01	0,00	0,05	0,04	0,00	0,03
p-valor	0,001	0,028	0,015	0,029	0,010	0,004	0,031

Fonte: Intervenções Terapêuticas de Caráter Interdisciplinar para tratamento de TMC em Unidade de PSF.

XIII. Discussão

Primeiramente, é necessário lembrar que as análises dos resultados encontrados neste estudo aplicam-se a mulheres, não cabendo a estes a possibilidade de generalização para outras populações.

Considerando-se o impacto sobre cada um dos domínios de qualidade de vida, as análises univariadas realizadas com as variáveis relativas ao estado de saúde mental (diagnóstico e representação da doença dos nervos) revelou que meio-ambiente é o mais impactado negativamente seja na associação com os TMC e TMC grave, seja na associação com a representação de nervo agudo e nervo crônico. Questões relativas ao local de moradia, segurança, meios de transporte, salubridade do ambiente físico (clima, barulho, poluição, lazer) e acesso a serviços de saúde mostraram-se mais prejudicadas frente à presença do transtorno e da percepção do sofrimento. Há também que se considerar a possibilidade de causalidade reversa, na qual a presença de problemas no meio-ambiente resulte em prejuízos na vida psíquica das mulheres. De fato, a cidade de Petrópolis costuma apresentar muitos problemas de deslizamentos de terra e desabamentos de casas em decorrência das chuvas. Muito embora as perguntas do instrumento se refiram a avaliações pessoais a respeito destes temas, os itens referentes a meio-ambiente guardam diálogo estreito com aspectos objetivos da vida, tal como é possível observar quanto ao que este domínio se propõe a medir. Provavelmente o domínio reflete condições sócio-econômicas e demográficas por demais insatisfatórias que justifiquem que este tenha o pior dos escores de qualidade de vida aqui aferido.

Quanto às limitações metodológicas, deve-se também levar em conta o fenômeno da causalidade reversa que as variáveis desta pesquisa podem exercer umas sobre as outras, de modo que uma variável desfecho oculte um papel de determinação sobre a variável independente, assim invertendo a relação causal ou sugerindo uma circularidade entre elas, tal como o comentado a respeito de meio-ambiente.

Em seguida ao domínio meio-ambiente, domínio psicológico e satisfação com a saúde também apresentaram os piores níveis de qualidade de vida segundo as análises univariadas com os condicionantes diagnósticos e percepção do adoecimento dos nervos. Nas associações verificadas com os transtornos (*disease*), o domínio psicológico foi o

segundo mais prejudicado tanto por TMC como por TMC grave, resultado este que reflete o grau de comprometimento das funções psíquicas e da vida emocional, decorrente da sintomatologia dos transtornos. O domínio satisfação com saúde foi o terceiro mais afetado negativamente. O domínio psicológico apresentou a segunda pior média de escore em relação a nervo agudo, associação esta que ressalta que estar sob a influência de um sofrimento mental vivido em um determinado momento diminui a qualidade de vida auto-avaliada concernente à dimensão psíquica e emocional das pessoas. Satisfação com saúde obteve a segunda média mais baixa em relação a nervo crônico, resultado que se refere a condições de sofrimento psíquico duradouro que repercutem sobre uma avaliação mais desfavorável de próprio estado de saúde, tal como no caso das somatizadoras crônicas.

Na análise univariada com o marcador de cronicidade, o domínio satisfação com a saúde foi o mais impactado negativamente por esta variável. Isto chama a atenção para as condições crônicas de saúde mental relacionadas à somatização crônica, que tem por característica central a percepção negativa e a insatisfação prolongada quanto ao próprio estado de saúde, mormente refletidas na alta frequência a serviços sanitários. Em seguida, os domínios meio-ambiente e psicológico foram, respectivamente, o segundo e o terceiro mais prejudicados.

Em suma, como é possível observar, os fatores relativos ao sofrimento mental diagnosticado e / ou percebido causaram mais prejuízos nos domínios do meio-ambiente, psicológico e satisfação com a saúde. Estes achados quanto aos efeitos danosos destas variáveis talvez aludam a um significado para satisfação com a saúde mais aproximado de aspectos da dimensão anímica do que de elementos físicos da saúde, na medida em que se trata de uma única pergunta direta que, diferentemente das facetas do domínio físico, conduz a respondente a buscar um parâmetro mais subjetivo presente na avaliação de satisfação com a própria saúde, e que poderá levar em conta outros aspectos não abordados no instrumento pelo domínio físico.

Contrapondo-se, o domínio físico foi o que apresentou os maiores níveis de qualidade de vida nas análises univariadas, tendo sido o menos impactado negativamente pela presença do transtorno e/ ou da percepção do adoecimento. A dimensão física abordada pelo instrumento refere-se sobretudo a questões quanto à funcionalidade, tais como energia para realizar as tarefas diárias, autonomia de locomoção, presença de dores e

de problemas de saúde impeditivos que requeiram tratamentos, com questões que ressaltam mais o caráter objetivo quanto à saúde e que mais se aproximam de valores médicos adotados na prática clínica. Desta forma, satisfação com a saúde parece afastar-se de preocupações quanto ao funcionamento físico pessoal para lançar um olhar sobre a vida emocional relacionada a como a pessoa se sente, de um modo mais ampliado que contemple “outras saúdes”. Neste sentido temos aqui o conceito de saúde sendo visto como mais que a “simples” ausência de doença.

Quanto ao domínio das relações sociais, com o qual não houve associação significativa com a representação crônica dos nervos e com a presença de TMC concomitantemente na análise univariada (p -valor = 0,06), é importante considerar que o WHOQOL-*bref* da versão brasileira possui propriedade psicométrica frágil quanto a este domínio, problema que provavelmente deriva da pequena amostra utilizada em seu processo de validação nacional em comparação ao estudo multicêntrico que lhe deu origem, assim como de seu menor número de facetas (de perguntas), fato este capaz de diminuir sua propriedade discriminante e a validade de critério (Fleck et al, 2008). Além disso, é preciso levar em conta que talvez este domínio implique a presença marcante de aspectos culturais que diminua a capacidade de avaliação transcultural. Estes fatos podem explicar a ausência de associação estatisticamente significativa entre este domínio, TMC e percepção crônica do sofrimento dos nervos.

A pergunta mais dirigida e objetiva quanto à avaliação de qualidade de vida apresentou, no geral, prejuízos menores em QV causados pela presença de TMC e do sofrimento psíquico auto-avaliado (quinto lugar por ordem crescente da média dos escores), enquanto em qualidade de vida geral, obtida da média dos quatro primeiros domínios, verificaram-se escores ligeiramente piores (o quarto menor escore em QV).

Nas análises multivariadas, o domínio físico foi o menos impactado negativamente, seguido de satisfação com a saúde, onde o *status quo* para ambos foram $\alpha = 79,2$ e $\alpha = 77,0$, respectivamente. Avaliação de qualidade de vida e meio-ambiente, ao contrário, foram os mais prejudicados, apresentando os *status quo* de $\alpha = 51,3$ e $\alpha = 51,6$. Uma reflexão quanto a tais níveis inferiores de QV pode decorrer, no caso da primeira, do fato de que esta pergunta direta tenha sido capaz de captar aspectos que os demais domínios não conseguiram contemplar. Mesmo assim, a presença dos fatores sócio-demográficos

positivos e protetores que compareceram somente ali - variáveis relacionadas ao suporte familiar e à autonomia da mulher, a citar, chefe de família, grau de instrução e estado civil - não foram suficientes para contrabalançar os efeitos danosos das variáveis relacionadas à presença de sofrimento mental diagnosticado e auto-avaliado. O estado de saúde psíquica, portanto, mostrou exercer forte influência na qualidade de vida auto-avaliada direta e livremente pela pessoa (sem a indução proposta pelos domínios específicos), onde os sintomas relacionados aos TMC e ao adoecimento dos nervos têm um peso inegável sobre a perspectiva pessoal quanto à qualidade de vida.

No domínio meio-ambiente, as variáveis sócio-demográficas e econômicas que influenciaram positivamente os níveis de QV não foram incluídas, e apenas as variáveis de sofrimento mental diagnosticado e percebido exerceram impacto negativo sobre ele. A ausência dos demais fatores e a alta relevância daqueles presentes levantam três questões: uma, como já dito, referente à possibilidade de causalidade reversa, na qual as precárias condições abordadas neste domínio ocasionem prejuízos na saúde mental destas mulheres. Outra que aponta para a péssima qualidade das facetas que o domínio contempla, onde nenhum outro condicionante entre os considerados nesta pesquisa é capaz de atuar positivamente sobre condições de vida de natureza tão estrutural e tão acima dos recursos individuais para que estes sejam efetivamente melhorados. Estar diante de eventos sobre os quais não se pode modificar pode gerar estados de tamanha impotência que afastam variáveis de confundimento. Por fim, deve-se considerar o efeito da supervalorização dos aspectos ruins da vida, decorrente da presença de mal-estar psíquico, como por exemplo, o humor deprimido, capaz de influenciar os julgamentos (Ludermir & Melo Filho, 2002).

Muito embora QV seja um constructo de forte base subjetiva relacionada aos padrões individuais e coletivos de bem-estar, este contém também uma parte que toma em consideração aspectos objetivos, ainda que estes passem pelo crivo das avaliações pessoais e pelo relativismo histórico-cultural. Estes componentes mais objetivos e materiais dizem respeito à existência de patamares mínimos para a satisfação das necessidades elementares, onde questões contempladas em meio-ambiente trazem o peso da concretude pertinente à salubridade do ambiente, à segurança, a condições de habitação, ao acesso a serviços de saúde, a transporte e a áreas recreativas .

O domínio físico sofreu a influência negativa do marcador de cronicidade e de nervo agudo. A exclusão do diagnóstico de TMC grave e a contrapartida do forte impacto prejudicial do marcador de cronicidade indicam que as vivências subjetivas de adoecimento mental crônico possuem a maior carga de morbidade sobre a avaliação das facetas físicas contempladas no domínio. Este resultado remete aos casos de somatização crônica, onde o mal-estar psíquico auto-relatado direciona-se a queixas somáticas, e relaciona-se a avaliações pessoais negativas quanto à capacidade funcional, presença de dores e tratamentos. O fator sócio-demográfico idade em seu aspecto relativo ao envelhecimento também prejudica o nível de QV no domínio, e número de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses também se apresenta associado negativamente com o domínio físico, ressaltando a importância do número de consultas como variável *proxy* do estado de saúde física, na medida em que o domínio questiona também a presença de tratamentos e uso de medicamentos.

Além das três condicionantes quanto à saúde mental, o domínio psicológico sofreu a influência negativa da presença de crianças menores de 6 anos que co-habitam e dependem, tal como já descrito na análise do comportamento das variáveis independentes sobre os domínios. O psicológico foi positivamente afetado por frequência religiosa e renda familiar, apontando para a importância da rede de apoio social sobre a esfera psíquica - emocional das mulheres. Neste domínio verificou-se, segundo os modelos de regressão linear múltipla, a maior correlação das variáveis independentes com o desfecho QV ($R^2 = 0,413$), o que reafirma a carga de morbidade que os fatores explicativos incluídos nos modelos finais exercem sobre a vida psíquica. É necessário precisar que, segundo os resultados obtidos, este estudo só explica, no máximo, 40% das influências sobre QV, sendo que o maior poder preditivo se deu sobre o domínio psicológico, o que se justifica na medida em que a pesquisa trabalha com variáveis de sofrimento mental. Qualidade de vida é um constructo de grande amplitude que implica considerar uma gama vasta de aspectos da existência humana.

Para o domínio de relações sociais o marcador de cronicidade não foi relevante. Somente TMC grave e a percepção de adoecimento mental agudo exerceram influência negativa sobre a QV, ressaltando a importância da sintomatologia aguda do diagnóstico e da auto-avaliação de sofrimento sobre a sociabilidade das mulheres. Entre os

condicionantes sócio-demográficos, apenas frequência religiosa mostrou-se, como na maior parte das vezes, importante ao produzir impacto positivo, fato que sublinha a função de rede de apoio social promovida pela atividade religiosa.

A pergunta sobre satisfação com a saúde considerou a presença das três variáveis quanto ao estado de saúde mental diagnosticado e percebido, e idade como fatores prejudiciais. O suporte social da frequência religiosa atuou protetoramente, o que reforça o papel benéfico que religiosidade e espiritualidade apresentam sobre a saúde física e mental. Qualidade de vida geral considerou relevantes os danos causados pelas variáveis do estado de saúde mental diagnosticado e percebido, e idade. Quanto aos benefícios gerados por fatores sócio-econômicos, incluiu aqueles relacionados à rede de apoio social e familiar (frequência religiosa, estado civil, renda familiar e estado civil) e cor da pele. Apenas aqui este último condicionante mostrou-se relevante, onde ser branca afetou positivamente os escores gerais de QV.

A alta prevalência de TMC (61,7%) e de TMC grave (44,6%) nesta amostra extraída da frequência de mulheres às USF corrobora com a literatura a respeito das evidências estatísticas quanto ao grande número de mulheres portadoras dos transtornos entre a clientela de AB. A busca ativa das ESF pelos casos mais graves encontrados em suas comunidades adscritas faz delas uma espécie de grupo de risco para os transtornos. Ainda considerando os marcadores médicos de sofrimento mental, o GHQ contínuo enquanto uma aproximação quantitativa deste apresentou a média de escores de 31,0 segundo uma faixa de pontuação que vai de 4 a 48 pontos, ou seja, a amostra em questão revelou um grau elevado de mal-estar psíquico considerando-se a pontuação contemplada pelo instrumento.

Segundo a auto-percepção do adoecimento dos nervos, a representação do sofrimento agudo obteve prevalência de 47,5%, em comparação a 24,6% de prevalência de nervo crônico. O marcador de cronicidade indicado pela co-existência de TMC grave / nervo crônico apresentou prevalência de 16,1%. Estes resultados apontam para a menor presença da percepção pessoal de sofrimento mais durável no tempo. A amostra apresenta prevalentemente a representação do mal-estar psíquico agudo, fato este condizente com a natureza breve dos sintomas que caracterizam os TMC, os quais, na maioria das vezes, remitem espontaneamente.

Os resultados das análises univariadas mostram que a presença de TMC e TMC grave, da percepção de ser sofredora dos nervos há 15 dias e há 2 anos e da co-existência de TMC grave / nervo crônico como marcador de cronicidade interferem negativamente em todos os domínios de qualidade de vida. Entretanto, comparando-se a presença do diagnóstico (*disease*) com a percepção do sofrimento mental (*illness*), ser portadora dos transtornos mentais causa maior impacto negativo do que nervo agudo e nervo crônico. Os diagnósticos referentes aos transtornos levam à pior qualidade de vida que a percepção do sofrimento dos nervos, ou seja, o mal-estar psíquico diagnosticado pelos marcadores médicos objetivos como uma doença mental causa mais prejuízos na QV, muito embora seja verificado também o efeito danoso em QV que se perceber doente dos nervos causa sobre quem assim se sente.

A superposição da presença do transtorno à percepção de sofrer dos nervos resulta nos níveis mais baixos de QV em todos os domínios considerados, os quais se elevam em relação inversa à intensidade do sofrimento mental medido pelo GHQ contínuo. Significa dizer que uma pessoa que preenche os critérios diagnósticos para o transtorno e ao mesmo tempo se auto-avalia como sofredora dos nervos apresenta os maiores prejuízos na QV. Verificou-se também que quem é positivo para a presença do transtorno mas não se auto-avalia como sofredora aguda e/ou crônica dos nervos sofre pior impacto sobre QV que quem não possui o diagnóstico de TMC mas, ainda assim, tem a percepção do sofrimento mental agudo e/ou crônico.

A presença de TMC concomitante à percepção do sofrimento mental há duas semanas ou há dois anos aumenta a intensidade do mal-estar medido pelo GHQ contínuo¹. Além disso, verificou-se que é maior a carga de morbidade do diagnóstico médico (*disease*), aferida pela intensidade do sofrimento mental, na presença da avaliação subjetiva do sofrimento dos nervos (*illness*). No entanto, o fato da representação dos nervos também implicar em intensificação do sofrimento, mesmo que identificado objetivamente também o transtorno mental, conduz-nos à reflexão quanto às mulheres que não se percebem sofrendo mal-estar psíquico a despeito do reconhecimento médico atribuído pelo *status* de um diagnóstico psiquiátrico. O diagnóstico enquanto confirmação

¹ Isto suscita ainda o seguinte debate: é a intensidade que determina a percepção do sofrimento, fazendo com que a pessoa se perceba mais, ou sentir-se doente dos nervos intensifica a gravidade do transtorno, considerando-se o limitante da causalidade reversa.

clínica de que algo existe e precisa ser tratado legitima o sofrimento e prescreve-lhe uma terapêutica. Porém, quando a paciente, ainda assim, não se percebe na condição de “doente”, é possível que no encontro profissional-paciente as respostas dadas não sejam adequadas às suas necessidades, ou que simplesmente diagnosticar o sofrimento sem a conscientização da paciente acerca de sua condição de saúde mental pode interferir negativamente na adesão ao tratamento proposto e, por fim, até mesmo no prognóstico.

Quanto à diferença entre os prejuízos nos domínios de QV causados pelos TMC e pelos TMC graves observados nas análises univariadas, os últimos afetam mais intensamente se comparados aos primeiros, fato este esperado na medida em que os TMC caracterizam-se clinicamente por quadros de menor gravidade em termos sintomatológicos, capazes de afetar as funções psíquicas e a capacidade funcional da pessoa. O instrumento GHQ12 considera para a existência de TMC grave um número maior de sintomas em relação aos TMC. Quanto maior a intensidade do sofrimento mental medida no transtorno, maior o impacto negativo sobre QV, sendo que a maior correlação negativa entre a intensidade dos TMC e o desfecho QV encontra-se no domínio psicológico, ou seja, com os aspectos relacionados à capacidade cognitiva, aos estados emocionais implicados nos sentimentos de satisfação consigo mesma, na sua relação com a vida e o sentido desta. De fato, quanto mais intenso o sofrimento mental, maior a interferência sobretudo sobre os aspectos referentes à dimensão psíquica e afetiva a que diz respeito este domínio.

Comparando-se a interferência negativa sobre QV entre perceber-se sofredora dos nervos há 15 dias e há 2 anos, segundo as análises univariadas nervo crônico gera impacto pior nos domínios, excetuando o domínio de relações sociais. O mal-estar psíquico experimentado há mais tempo condiz com maior prejuízo nas condições existenciais, na medida em que o sofrimento prolongado pode produzir efeitos acumulativos da carga de morbidade nos domínios da vida, decorrentes da longa duração dos sintomas experimentados.

Os resultados também confirmaram haver associação entre ter TMC e TMC grave e se perceber sofredora dos nervos há 15 dias e há 2 anos, ou seja, entre o diagnóstico e a representação do sofrimento mental. Estes dados vão ao encontro da concepção de Helman (1994) quanto aos dois modelos de avaliação das condições de saúde baseados em

medidores médicos e na percepção subjetiva, neste estudo equivalentes aos transtornos e à representação dos nervos. Embora se trate de constructos diversos, estes se aproximam do ponto-de-vista da sintomatologia psíquica, refletindo estados de saúde mental semelhantes.

A maior associação encontrada entre TMC, TMC grave e *nervo agudo* parece apontar para a relação entre as características clínicas do sofrimento agudo percebido e aquelas dos transtornos, já que a sintomatologia e o curso do transtorno mental (*disease*) se assemelham à percepção de estar doente dos nervos (*illness*) em curto espaço de tempo. É, contudo, importante considerar em nervo crônico a possibilidade de viés de memória para perguntas que se referem a condições ocorridas há mais tempo, sujeitas a esquecimento e falhas de julgamento, em contraste à potência intrínseca a vivências de mal-estar referentes ao que é sentido no momento atual. Além disso, deve ser levado em consideração que as perguntas do inquérito epidemiológico GHQ 12 referem-se a sintomas vividos nas duas semanas anteriores ao dia de aplicação do teste, o que exalta tal proximidade entre o teste e nervo agudo.

É importante considerar os limites deste estudo de corte transversal, na medida em que apreende um momento preciso da amostra analisada. A utilização de testes de alta sensibilidade e especificidade como o GHQ12 aqui utilizado como instrumento de detecção nosológica permite aferir fenômenos delimitados em um curto espaço de tempo, e o fato dos TMC se caracterizarem por sintomas de breve duração e, às vezes, de remissão espontânea ou decorrente de um tratamento sugere a possibilidade de produzir falsos negativos.

Segundo os resultados obtidos a partir das análises multivariadas efetuadas pela regressão linear múltipla, as variáveis que produziram impacto negativo em QV foram TMC grave, nervo agudo, o marcador de cronicidade representado pela interação TMC grave / nervo crônico, idade, ter crianças menores de 6 anos e números de atendimentos em saúde nos últimos 6 meses. Todas geraram decréscimo de pontos em todos os domínios onde apresentaram relevância estatística. As variáveis que influenciaram positivamente os níveis de QV foram frequência religiosa, renda familiar, cor da pele, estado civil, grau de instrução, ser chefe de família e renda pessoal. Todas estas apresentaram impacto uniforme em todos os distintos domínios, ou seja, para cada um destes sua inclusão repercutiu em soma de pontos nos escores de QV.

Nas análises multivariadas, isto é, considerando o peso dos fatores uns em relação aos outros, os modelos finais de regressão mostraram que as variáveis referentes ao sofrimento mental diagnosticado e percebido que foram incluídas nos modelos iniciais de regressão – TMC grave, nervo agudo e o marcador de cronicidade – foram as mais relevantes, estando presentes em todos os domínios, com exceção do marcador de cronicidade no domínio de relações sociais e TMC grave no domínio físico. Suas influências negativas sobre os níveis de QV se deram tanto pela maior presença nos domínios como pelos valores dos *betas*, ou seja, o peso negativo que tais condicionantes exercem em cada um deles foi maior que o exercido pelas variáveis sócio-demográficas e econômicas.

Pode-se observar que entre os determinantes relativos à saúde mental, a presença do diagnóstico TMC grave foi o que apresentou a maior relevância negativa nos domínios de QV, com exceção do físico, onde não demonstrou haver importância e onde o marcador de cronicidade da percepção do adoecimento dos nervos foi mais prejudicial. Em outras palavras, a presença do transtorno (*disease*), de modo geral, demonstrou gerar os efeitos mais danosos à QV das mulheres, em comparação ao “sofrer agudo dos nervos” e ao marcador de cronicidade. O diagnóstico de TMC grave mostrou pior impacto no domínio psicológico, isto é, sobre a dimensão emocional e cognitiva a que o domínio se refere, o que se mostra coerente com a patologia psíquica intrínseca aos sintomas do transtorno.

O resultado no qual a cronicidade se mostrou mais impactante para o domínio físico remete à relevância que a percepção do sofrimento crônico dos nervos tem sobre a avaliação de aspectos físicos referidos no domínio. Este achado alude diretamente às somatizadoras crônicas, posto que estas sentem seu estado físico comprometido por longo tempo, julgando-o desfavorável, e fazendo do corpo o depositário privilegiado de sintomas difusos enquanto manifestação de sofrimento psíquico. O marcador de cronicidade também apresentou, em seguida a TMC grave, o segundo pior efeito negativo sobre avaliação de qualidade de vida. Nesta questão mais aberta, os estados de adoecimento mental percebidos há muito tempo (2 anos) tiveram relevância fundamental na avaliação subjetiva das mulheres, onde condições crônicas de saúde mental impõem peso negativo sobre o que as mulheres valorizam como qualidade de vida para elas.

Confrontando os pesos dos impactos negativos causados por nervo agudo e o marcador de cronicidade, em QV geral ambos obtiveram os mesmos *betas* ($\beta = -6,3$). Nervo agudo foi mais impactante negativamente que o marcador de cronicidade nos domínios psicológico, relações sociais (no qual o marcador de cronicidade não compareceu), meio-ambiente e satisfação com saúde. Este último domínio foi o mais prejudicado pela percepção aguda do sofrimento. O mal-estar psíquico experimentado de forma aguda, ou seja, vivido intensamente num período próximo ao momento da coleta dos dados, afeta prejudicialmente a avaliação do estado de saúde.

O fato de nervo agudo ter sido o segundo mais prejudicial para os domínios de QV depois de TMC grave alude às características de quadros agudos e de rápida evolução que aproximam o transtorno mental da percepção aguda de sofrimento dos nervos, mostrando-se coerente que este último obtenha resultados aproximados quanto ao impacto sobre qualidade de vida.

Quanto ao impacto dos condicionantes sócio-demográficos e econômicos, todas as rendas consideradas univariadamente (pessoal, familiar e percapita familiar) demonstraram estabelecer associação significativa na qual quanto maior seus valores, maior o impacto positivo sobre os níveis de QV. Renda pessoal mostrou associação com os domínios físico, psicológico e meio-ambiente, mas no modelo final de regressão só foi relevante para o físico. Com relação à renda pessoal, sua presença exclusiva no domínio físico aponta para o peso desta variável enquanto marcadora de autonomia. É importante enfatizar o efeito concernente ao empoderamento social presente na condição de trabalhadora e de independência econômica da mulher frente às suas condições de saúde. No caso do domínio físico, as facetas avaliadas referem-se a aspectos relativos à funcionalidade, energia e capacidade para trabalho, além de considerar a existência ou não de tratamento e medicamentos usados para melhorar o estado de saúde. A mulher que trabalha e produz seus próprios rendimentos atua positivamente sobre sua saúde física e mental.

A importância da geração de renda como protetora contra os TMC e também seu efeito positivo sobre os auto-relatos quanto à saúde mental das mulheres são debatidos por diversos estudos. Ter rendimento próprio promove, além dos benefícios financeiros, sentimento de maior segurança pessoal e de influência sobre o meio (Ludermir & Melo-Filho, 2002), valorização e inclusão social, o incremento de sua vida extra-familiar, o

redirecionamento de suas metas para além de seu mundo individual (Ludermir, 2000; Jahoda, 1988), e ampliação das perspectivas de mudança. Na esfera doméstica, a ajuda da mulher na renda familiar reflete-se no aumento de sua autoridade decisional e na assunção de posições de menor subjugação ao homem que podem resultar, inclusive, em maior capacidade de negociação dos métodos contraceptivos utilizados e na redução dos níveis de violência doméstica. A participação feminina no orçamento da família é, de fato, uma importante medida de autonomia que tem seu impacto na saúde mental, na saúde reprodutiva, nas taxas de mortalidade materna, e até mesmo na maior frequência de garotas nas escolas (Wallerstein, 2006).

Não obstante os diversos resultados que atestam a função protetora do trabalho e do empoderamento feminino para as queixas somáticas difusas (D'Avila, 1998) e para os TMC (Araújo et al, 2006), cabe considerar que o significado de estar trabalhando depende de vários elementos: os valores e desejos individuais envolvidos, a classe social, ser solteira ou casada e o pertencimento de gênero (Ludermir, 2000). Para as mulheres ter uma ocupação laborativa não está carregado do sentido de obrigação moral como no *ethos* masculino. Além disso, trabalhar fora será bom ou não, a depender do equilíbrio das tensões existentes entre sua inserção no mercado produtivo e seus papéis femininos relacionados ao lar, na medida em que a mulher, na quase totalidade das vezes, necessita conciliar o trabalho fora com suas funções domésticas, o que lhe pode gerar estresse e sobrecarga. Na balança, exposições nocivas ou fatores protetores, como dispor de suporte para as tarefas do lar, definirão o caráter benéfico ou danoso da vida laborativa feminina. No estudo de Ludermir (2000), apesar das mulheres pesquisadas serem de estrato social baixo e de estarem mais sujeitas à sobrecarga de ser mãe, trabalhadora e esposa, a inserção no trabalho formal foi protetora ao adoecimento psíquico.

Renda familiar percapita obteve associação univariada com o domínio psicológico, meio-ambiente, avaliação de qualidade de vida e qualidade de vida geral. Nas análises multivariadas do modelo final de regressão, porém, não apresentou associação e, portanto, não foi relevante para nenhum dos domínios de QV. Renda familiar associou-se significativamente com todos os domínios, menos com o de satisfação com a saúde. Após os ajustes, foi incluída em tres domínios, tendo sido a segunda variável que mais demonstrou afetar positivamente os diversos aspectos de QV. Apresentou-se relevante para

o domínio psicológico, QV geral e avaliação de QV, onde neste último obteve o seu maior efeito positivo. Este fator sugere não somente garantias financeiras, mas a presença de rede de suporte familiar capaz de conferir um sentido de maior segurança por poder contar com os recursos dos entes mais próximos, pelo menos de natureza material, onde os rendimentos dos demais da família têm um impacto positivo sobre a vida do indivíduo e reforça a idéia de não se estar sozinho no mundo. Esta variável apresentou relevância justamente no domínio psicológico referente aos sentimentos positivos frente à vida e a si mesmo, e na avaliação de QV que, sendo uma questão única direta, coloca em ação pesos de valores absolutamente a mercê da subjetividade, o que faz com que determinado fator como a renda familiar, irrelevante para as facetas dos demais domínios, seja importante para a percepção pessoal mais direta. Este achado corrobora com a literatura quanto ao efeito protetor do apoio familiar enquanto rede de suporte social sobre a saúde mental das pessoas.

A questão relativa à avaliação de QV diz respeito, em comparação com os demais domínios, a uma medida de QV mais direta, captada numa única pergunta, sendo um constructo extremamente abrangente e mais sujeito à percepção subjetiva, pois implica um movimento introspectivo que conduz o sujeito a considerar uma variedade absolutamente pessoal de aspectos relevantes de sua vida. Os autores do instrumento WHOQOL afirmam que QV é uma medida submetida ao grau de importância que cada um dá às facetas da vida. Portanto, esta pergunta genérica e não dirigida a determinadas facetas específicas, tal como ocorre com as questões dos outros domínios, confere uma maior abertura à subjetividade. Deste modo, avaliação de QV foi um dos desfechos que sofreu a influência de maior número de variáveis independentes analisadas, tendo sido o único que apresentou influência de nível de instrução e ser chefe de família.

As variáveis instrução e chefe de família expõem novamente a importância do grau de poder e de autonomia da mulher. Nível de instrução revelou que para todos os domínios com os quais se associou nas análises univariadas (físico, psicológico, avaliação de QV e QV geral) e no modelo final de regressão no qual manteve associação apenas com avaliação de QV, ter estudo acima da 4ª série melhora QV. Níveis mais altos de escolaridade remetem a condições de autonomia e de empoderamento da mulher, uma vez que a qualificação pessoal decorrida dos anos de estudos proporciona-lhe maior acesso ao

mercado de trabalho, ocupação de postos de trabalho melhor remunerados, expectativa de vida mais ampla e, conseqüentemente, maior poder decisional dentro das dimensões privada do lar e pública da vida social. Grau de escolaridade deve ser analisado como potencial de ascensão e mobilidade social, além da possibilidade de menor submissão frente aos demais em função do *background* de informações de que dispõe. Sua influência benéfica sobre a saúde psicológica refere-se também à auto-estima, e à aquisição de conhecimentos como motivação a atitudes e comportamentos mais saudáveis e influência sobre as aspirações na vida (Fonseca, 2007; Ludermir & Melo Filho, 2002).

Ser chefe de família juntamente ao cônjuge afeta positivamente os domínios de QV com o qual este condicionante se associou nas análises univariadas, a saber, domínio físico, avaliação de QV e QV geral. Já no modelo final de regressão este determinante foi importante somente em avaliação de QV. Este resultado aponta novamente para a importância do empoderamento feminino, confirmando o impacto positivo que este tem sobre suas vidas. Ser chefe de família implica o grau de responsabilidade em seu núcleo habitacional, o qual pode exercer influência como fator estressante, mas também confere à mulher um lugar de poder ocupado na esfera doméstica-familiar de sua vida, o qual transcende a mera função de dona-de-casa tradicionalmente limitante e desvalorizada. Esta posição implica não apenas ocupar uma voz de comando quanto a aspectos relativos à educação dos filhos e à condução das tarefas da casa. A chefia da família aponta para um autoridade que extrapola o ambiente caseiro, pois está para além do lugar de cuidadora da prole e da casa. Pode ser que a ascensão ao posto de chefe – tradicionalmente masculino – advenha de sua provável condição de trabalhadora que a aproxima de patamares de maior igualdade entre os sexos e de ampliação do grau de independência pessoal e econômica frente às suas escolhas, e que lhe garante um *status* social de maior valor em nossa cultura atual que valoriza não só a capacidade reprodutiva da mulher, mas também aquela produtiva.

Além disso, deve ser considerada que a função de chefe de família aqui resultante enquanto fator protetor para QV está condicionada à presença do cônjuge com o qual a mulher divide estes poder e responsabilidade. É importante que ela, além de exercer a chefia, o faça conjuntamente a seu cônjuge, condição esta que afirma os benefícios de contar com um companheiro que some forças para o enfrentamento das situações do dia-a-

dia. Assumir a chefia da família isoladamente sem alguém com quem compartilhar este encargo apresentou níveis mais baixos de escores nas variáveis desfechos, tal como se verificou nas análises univariadas.

Nas análises univariadas, a variável estado civil obteve associação apenas com avaliação de qualidade de vida e qualidade de vida geral, as quais se mantiveram mesmo após os ajustes finais. Ser casada ou viver em união foi fator protetor pra QV, apesar desta característica apresentar resultados divergentes segundo a literatura a respeito. O achado da presente pesquisa reforça, entretanto, o papel positivo da presença de um companheiro na vida da mulher, na medida em que tais resultados afirmam que o estado civil marital aumenta os níveis da QV. Portanto, ser chefe de família junto ao cônjuge e ser casada /ou viver em união atuam nesta pesquisa como fatores protetores relativos à rede social de apoio tecida no âmbito familiar. O fato de avaliação de qualidade de vida também ter incluído estado civil significa que a percepção subjetiva diretamente evocada por esta pergunta abrangente faz a respondente levar em consideração contar ou não com um companheiro no momento de conferir um valor para a qualidade de sua vida, ao passo que para os demais domínios esta condição sócio-demográfica não se fez relevante.

No que se refere ao condicionante idade, esta pesquisa apresentou resultados variados segundo o domínio considerado. Nas análises univariadas, os domínios físico, satisfação com saúde e QV geral revelaram que as mulheres com idade igual ou abaixo de 35 anos possuem QV superior às demais faixas etárias, o que chama a atenção para os efeitos deletérios que o envelhecimento causa sobre a dimensão física e sobre o estado de saúde percebido, decorrentes principalmente do comprometimento dos níveis de funcionalidade e da presença de doenças crônicas. Já o domínio psicológico apresentou resultados em QV mais favoráveis para a faixa de idade compreendida entre 36 e 55 anos. Este período da vida apresenta efeito protetor à QV relativa aos aspectos emocionais e cognitivos deste domínio, ao que pode corresponder uma fase de maior amadurecimento e estabilidade quanto a diversos campos, tal como vida afetiva e inserção laborativa. A faixa etária de mulheres maiores de 56 anos produziu impacto positivo quanto ao domínio meio-ambiente, resultado que merece estudos mais aprofundados que permitam compreender o que este dado quer revelar. Nos modelos finais de regressão, entretanto, esta variável manteve relevância apenas nos domínios físico, satisfação com saúde e QV geral,

ratificando a influência prejudicial que o processo de envelhecimento provoca sobre os aspectos físicos contemplados diretamente no domínio específico, e sobre outros relacionados à percepção mais ampla do próprio estado de saúde.

A variável cor da pele mostrou nas análises univariadas associação com meio-ambiente, avaliação de QV e QV geral, na qual ser branca afetou positivamente as variáveis desfecho citadas. No modelo final, entretanto, esta variável foi incluída apenas em qualidade de vida geral, ou seja, através da média obtida dos escores dos primeiros quatro domínios. Ser branca não foi relevante para nenhum dos domínios separadamente, assim como para as perguntas isoladas.

O fator frequência religiosa de pelo menos 2 a 3 vezes por mês revelou forte efeito positivo nos níveis de qualidade de vida, tendo apresentado associação com todos os domínios nas análises univariadas, com exceção do físico. No modelo final de regressão, foi excluída também do domínio meio-ambiente. Este resultado ressalta o fator de proteção que as crenças espirituais e a rede de suporte social criada em torno das filiações religiosas exerce sobre a qualidade de vida, mas que não se faz importante em questões que dizem respeito à dimensão física e meio-ambiente.

Pode-se afirmar que frequência religiosa apresentou o maior impacto positivo em QV entre todos os fatores investigados, tendo demonstrado sua importância em 5 domínios. Entre as variáveis sócio-econômicas foi a mais incluída em comparação às demais que estiveram presentes, de modo geral, em um ou dois domínios. Funcionando como variável *proxy* de rede de suporte social, atividade religiosa não foi relevante no domínio físico, onde foi “substituída” pela variável renda pessoal, a qual, por sua vez, só ganhou importância no domínio físico. Quanto à ausência da frequência religiosa neste domínio, conclui-se que aqui é menor a importância do endereçamento à busca por suportes de ordem espiritual e religiosa. Atividade religiosa também não foi incluída no domínio meio-ambiente, provavelmente devido às situações de descontrole e distância quanto ao poder de resolutividade que os acontecimentos climáticos e as condições relacionadas à infraestrutura da cidade e serviços públicos podem produzir, frente aos quais recursos situados no campo da espiritualidade são menos evocados pelos sujeitos da amostra analisada. As situações pertinentes ao domínio meio-ambiente abrangem uma esfera de eventos de grande concretude, tais como as perturbações causadas pela natureza e

as situações socio-ambientais resultantes de macropolíticas de longo prazo, a citar, os problemas de transporte e de segurança pública, acesso a serviços de saúde etc, para os quais as soluções encontram-se claramente longe de intervenções espirituais ou de questões de fé, e muito próximas de ações concretas situadas no campo da realidade objetiva e direta.

Religiosidade e espiritualidade têm, ao longo dos anos, demonstrado funcionarem como variáveis robustas quanto à saúde. Segundo Rocha et al (2008), estas são conhecidas aliadas para as pessoas, sobretudo para as que sofrem e ou estão enfermas. Apesar de se sobrepor uma à outra, espiritualidade se diferencia por não se limitar necessariamente ao seguimento de uma doutrina. Por outro lado, é importante considerar que religiosidade não pode ser avaliada exclusivamente pela frequência a cerimônias. A atividade religiosa, para além do comparecimento a seus rituais, diz respeito a posturas de fé e esperança capazes de promover, entre outras coisas, emoções positivas, satisfação com a vida, conferindo sentidos à experiência de viver. Helman (1994) enfatiza sua potência protetora contra situações de forte estresse, resignificando infortúnios como fatalidades, destino ou com outros sentidos que confortem o sofrimento vigente.

Panzini et al (2008) chama a atenção para o lado maléfico inerente a certas religiosidades, promotoras de sentimentos negativos como culpa, controle social rígido e justificativa para comportamentos prejudiciais à saúde. Mas, apesar de por anos ignorada ou vista negativamente pela perspectiva dessacralizada do mundo, são inegáveis as evidências do quanto religião pode influenciar beneficemente não só a saúde mental, como também a saúde física e fenômenos relacionados ao campo dos comportamentos sociais. Sua importância é de tal monta que o grupo de Qualidade de vida da OMS desenvolveu um módulo no WHOQOL-100, onde foi incluído o domínio SRPB (espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais).

Outro aspecto relevante quanto à religiosidade diz respeito à dimensão social nela contida, isto é, a construção de redes sociais de apoio a partir da frequência religiosa e da filiação a um grupo religioso. Em geral, instituições religiosas promovem, sob o espírito solidário de doação e de consciência humanista, ou mesmo inspirado por sentimentos de expiação, ajudas ao próximo quanto a diversos assuntos pessoais. Não são raros os auxílios de “irmãos de igreja”, e algumas religiões chegam a ser provedoras de postos de trabalho e

moradia. Além disso, as igrejas proporcionam, durante ou após missas e cultos, grupos de encontro para diferentes tipos de propósito, aproximando ainda mais a convivência entre os fiéis.

O número de atendimentos em saúde nos últimos seis meses, considerada neste trabalho como variável *proxy* de estado de saúde, inicialmente correlacionou-se negativamente com todos os domínios, menos com relações sociais. Nas análises multivariadas, apresentou correlação negativa somente com o domínio físico, o que confirma esta variável como marcadora das condições de saúde, na medida em que o consumo de atos médicos aponta para problemas de saúde e/ou para a percepção de saúde comprometida, como no caso dos comportamentos somatizantes onde está presente a auto-avaliação negativa do estado de saúde, independente da atestação de um marcador médico objetivo. As correlações negativas com os demais domínios de QV foram muito baixas, e não alcançaram significância estatística.

A variável ter crianças menores de 6 anos de idade que co-habitam e dependem diretamente da respondente apresentou associação com os domínios psicológico, relações sociais e meio-ambiente nas análises univariadas, onde não possuir nenhuma criança nesta faixa etária produziu impacto positivo sobre estes desfechos. Após os ajustes finais obteve relevância apenas para o domínio psicológico, aludindo à carga afetiva em jogo na responsabilidade feminina como cuidadora de crianças, sobretudo quando as mulheres não contam suficientemente com alguém para auxiliá-la nesta função a qual, muitas das vezes, na dinâmica familiar conjugal fica praticamente sobrecarregada à mulher (Araújo et al 2005, 2006). O peso negativo que ter que ser cuidadora de pelo menos uma criança corrobora com a literatura que afirma esta variável como produtora de sintomas relativos aos TMC. Contudo, o estudo de Almeida-Filho et al (1997) mostrou que a presença de filhos pode ser protetora para a ocorrência de morbidades psiquiátricas, agindo como uma espécie de recompensa afetiva vivida no interior da vida doméstica da mulher.

Além das dificuldades pertinentes à própria criação de crianças nas fases iniciais da infância, soma-se o fato de que nas classes sociais mais baixas as mulheres, em sua maioria, não contam com serviços pagos a pessoas com as quais se divide esta função. Segundo Araújo et al (2006), poder contar com algum tipo de ajuda nas tarefas domésticas, como por exemplo para cuidar dos filhos, seja esta remunerada ou compartilhada com

algum membro da família ou outras pessoas de seu suporte social, funciona como efeito protetor para os transtornos. É também importante considerar que nas classes sociais menos favorecidas muitas crianças nesta faixa de idade não frequentam ainda uma instituição escolar, já que a rede pública de ensino muitas vezes é falha ao oferecer instituições de educação infantil, contando apenas com estabelecimentos voltados ao ensino que se inicia a partir da alfabetização.

XIV. Considerações finais

A presente pesquisa teve como foco central analisar o impacto do diagnóstico de TMC (*disease*) e da percepção subjetiva de se sentir doente dos nervos (*illness*) sobre a QV das mulheres. No intento de conhecer a carga de morbidade dos fatores de exposição referidos, utilizou-se o constructo Qualidade de Vida como modo de aferir a influência dos dois modelos explicativos quanto à avaliação do estado de saúde, de forma a não se limitar aos parâmetros clínicos e econômicos tradicionalmente usados para se medir as consequências dos problemas de saúde sobre as pessoas. Qualidade de vida como uma medida ampla de saúde contempla, portanto, outros aspectos importantes e que são avaliados segundo a perspectiva subjetiva.

Com isso, objetivou-se também estabelecer uma interlocução do modelo médico do transtorno com o da representação do sofrimento mental, a fim de verificar a importância que a percepção pessoal de sofrer dos nervos tem enquanto fator de comprometimento em diferentes âmbitos da vida, a despeito dos critérios diagnósticos objetivos.

Considerando os propósitos mencionados, os pontos detalhados abaixo merecem ser destacados. Diferentes resultados afirmam que as duas formas de avaliação do estado de saúde - o modelo médico (*disease*) e o modelo leigo de auto-avaliação (*illness*) - figuram como fator importante para a diminuição da qualidade de vida. A presença de TMC mostra exercer a maior influência negativa para QV, agravada com a concomitante percepção pessoal de estar sofrendo dos nervos. No entanto, mesmo na ausência do diagnóstico do transtorno, a representação do sofrimento mental demonstrou causar prejuízos na QV das mulheres.

Tanto o marcador médico dos transtornos como a avaliação pessoal foram os que mais afetaram negativamente QV, se comparados aos demais fatores considerados. A influência exercida por ambos se deu de forma diferenciada, variando também conforme o domínio afetado. Verificou-se que TMC em sua versão mais grave foi o condicionante de saúde mental que mais prejudicou QV, seguido da percepção de sofrimento agudo dos nervos, o que se mostra condizente com as apresentações clínicas agudas e passageiras que aproximam a percepção de adoecimento agudo dos TMC. Entretanto, o marcador de cronicidade, isto é, sentir-se doente crônico atuou mais fortemente na dimensão física,

gerando alta carga de morbidade sobre este domínio, e remetendo aos quadros de somatização crônica

As condições femininas de empoderamento e de rede social de apoio demonstraram funcionar como fatores importantes de proteção para a QV das mulheres. Frequência religiosa revelou-se um potente fator de proteção para a maioria dos domínios estudados, agindo beneficentemente sobre QV através do suporte social por ela conferido, mas também se deve considerar outras funções presentes no campo da religiosidade e espiritualidade. No caso das mulheres que cronicamente se sentem adoecidas dos nervos e que avaliam negativamente suas condições físicas de saúde, possuir renda própria como marcador de autonomia revelou-se um condicionante importante, capaz de melhorar a QV no tocante às facetas abordadas no domínio físico. A importância do número de atendimentos em saúde nos últimos seis meses recoloca a necessidade de se oferecer respostas mais adequadas às queixas difusas de sintomas somáticos e psíquicos que chegam às unidades básicas de saúde.

O impacto negativo do envelhecimento confirma a relevância de programas que promovam atividades físicas e sociais capazes de atrair o público de faixas etárias mais altas, e que atuam sobre os agravos funcionais decorrentes da idade, e sobre as condições de isolamento social em que as pessoas mais idosas muitas vezes se encontram. Os baixos níveis de QV no domínio meio-ambiente evidenciam o lugar prioritário de políticas públicas intersetoriais que visem à melhoria quanto aos aspectos de vida aí implicados, os quais transcendem o campo estrito da saúde.

Segundo as verificações quanto à carga de morbidade presente na representação do sofrimento mental (*illness*), é importante considerar o papel do profissional de saúde que reflete a preponderância de respostas médicas baseadas no modelo do sofrimento psíquico enquanto diagnóstico (*disease*). Como pensar a intervenção com pessoas que experimentam o sofrimento psíquico, com prejuízos em sua vida, mas que seu mal-estar não consegue dialogar com os atuais critérios das ciências médicas e psicológicas, nem mesmo através do conceito mais alargado de TMC? Caberia à assistência pautar seu olhar para além das evidências objetivas e incluir em suas abordagens a consideração a respeito das interpretações pessoais dos pacientes quanto à sua própria falta de saúde e a influência disto em sua vida.

A introdução de Qualidade de Vida como parâmetro para a saúde obriga-nos a lidar interdisciplinariamente com as pessoas que estão e/ ou se sentem doentes para contemplar as outras dimensões a que este conceito nos remete. A promoção de saúde como “proposta de superação do modelo biomédico centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial de intervenção” (Buss, 2000) é um convite para o diálogo entre os setores e para a auto-crítica frente aos nossos próprios enviesamentos técnicos. O setor saúde, apesar de reconhecer o lugar estratégico de outros determinantes não bio-médicos como elementos promotores de qualidade de vida, adota mais uma postura retórica que propriamente o exercício de parcerias com outros setores da sociedade (Minayo et al, 2000).

Lado-a-lado com a urgência de se olhar atentamente para aspectos sócio-demográficos da vida destas mulheres que os resultados da pesquisa também colocaram em evidência, cabe ao setor saúde a tarefa de elaborar intervenções terapêuticas complementares àquelas tradicionalmente empregadas. Trabalhos diversificados de grupos de mulheres têm sido experimentados em alguns lugares (Araya, 2003; Costa, 1998), onde espaços coletivos de escuta e de apoio, a exemplo da proposta da Terapia Comunitária, são algumas possibilidades de abordagem no campo da atenção básica que vão ao encontro do paradigma da saúde coletiva. As estratégias de *empowerment* feminino têm sido adotadas em saúde pública como meio para que as mulheres assumam lugares de responsabilidade, de participação no controle social e, portanto, de influência em seu meio, resultando positivamente sobre sua saúde física e mental e, conseqüentemente, sobre qualidade de vida.

.....~.....

XV. Referências Bibliográficas

Araújo, TM; Pinho, OS; Almeida, MMG. *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico*. Revista Brasileira de Saúde Matern. Infantil., Recife, 5 (3): 337-348, jul/set, 2005.

Araújo TM; Almeida MMG; Santana CC; Araújo EM; Pinho, OS. *Transtornos Mentais Comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras*. Revista enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 14 n.2, 2006.

Araya R.; Lewis G.; Rojas G.; Fritsch. *Education and Income: Which is More Important for Mental Health?*. J Epidemiol Community Health, 57:501-505, 2003.

Araya R.; Rojas G.; Fritsch R.; Acuña J.; Lewis,G. *Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and Socio- Demographic Correlates*. Br J Psychiatry ,178: 228-33,2001.

Araya R.; Rojas G; Fritsch R; Gaete J; Rojas M, Simon G et al. *Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile*. Lancet, 361: 995-1000, 2003.

Barbetta, PA. *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. Ed UFSC, Florianópolis, 2006.

Berger, PL. & Luckmann, T. *A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Ed. Vozes, Petrópolis, 1983.

Braga LC; Carvalho, LR; Binder,MC. *Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu - SP*. Ciência & Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123, 2007.

BRASIL. *Cuidar Sim, Excluir Não: Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

Bridges KW; Goldberg D. *Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care*. *Journal of Psychosomatic Research* , 29;563-569,1985.

Busnello ED.; Lima B.; Gomes R. et al. *Identificação e Manejo dos Doentes Mentais num Local de Cuidados Primários em Porto Alegre, Brasil*. JBP, 32(6):359-363, 1983. APUD Villano L.A.B.; Nanhay ALG. *Epidemiologia dos Transtornos Mentais em Populações Atendidas em locais de Cuidados Gerais de Saúde no Brasil: Revisão dos Estudos dos Últimos 20 Anos* In: O Uso Racional de medicamentos Psiquiátricos. OMS, Rio de Janeiro,1997.

Buss, PM. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Ciência & Saúde Coletiva. 5(1): 163-177, 2000.

Carvalho, LF ; Dimenstein, M. *O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres*. Estudos de Psicologia, 9 (1), 121-129, 2004.

Carvalho, LF ; Dimenstein, M. *A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividades nos serviços de saúde*. Interações, vol.VIII, n.15: 37-64, jan-jun, 2003.

Chatterji , S.; Bickenback, J. *Considerações sobre a qualidade de vida*. In : A Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Fleck, MPA. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2008.

Chor D; Griep RH; Lopes CS; Faerstein E. *Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto*. Cadernos de Saúde Pública, 17 (4): 887-896, jul-ago, 2001.

Cordeiro, H. *A Indústria de Saúde no Brasil*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1985.

Costa, AG; Ludemir, A.B. *Transtornos Mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 21 (1): 73-79, Jan-Fev, 2005.

Costa, JF. *A Consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica*. Cadernos do IMS, Rio de Janeiro, 1 (1): 4-44, 1987.

Costa, JF. *Psicanálise e contexto cultural: Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. Ed. Campus, Petrópolis, 1989.

Costa, JSD; Victora, CG. *O que é um problema de Saúde Pública?* Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, 9 (1): 1-4, março, 2006.

Costa Neto SB. *Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço* . Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, 2002.

Coutinho, ESF; Mari, JJ; Almeida-Filho, N. *Fatores de Risco para Morbidade Psiquiátrica Menor*. Revista de Psiquiatria Clínica. Vol. 26: 246-256. São Paulo, 1999.

D'Avila Neto MIE; Pires , C. *Empoderamento: uma questão atual no projeto de equidade de gênero no Brasil*. In: Arquivos Brasileiros de Psicologia, Vol. 50, n.4, p.14-21, 1998.

Duarte, LFD. *Da Vida Nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1986.

Duarte, LFD. *A outra saúde: mental, físico - moral, psicossocial?* In: Antropologia e saúde, buscando identidades, traçando fronteiras. Org. Alves, PC & Rabelo, MC. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1998.

Duarte LFD. *Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica*. Physis: Revista de Saúde Coletiva 3(2), 1993.

Duarte, LFD. *Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciência e Saúde Coletiva, 8(1): 173-183, 2003

Dumont L. *O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 1985.

Edelman, N. *A mulher posta à prova pelo discurso médico (1770-1830)*. Revista Esboços, 16: 305-318, 2006.

Escobar J.; Burnam M.; Karno M.; Forsythe A.; Golding J. *Somatization in the Community*. Arch Gen Psychiatry, 44:713-719, 1987.

Escobar J.; Gara R.; Cohen S.; Waitzin H.; Compton W. *Somatization Disorder in Primary Care*. British Journal Psychiatric, 173:262-266, 1998.

Eisenberg, L. *Disease and Illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness*. Cult. Med. Psychiatry 1, 9-23, 1977.

Escorel, S, Giovanella, L, Mendonça MHM e Senna MCM. *O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil*. Rev. Panam Salud Publica 21(2), 2007.

Facundes, VLD; Ludemir, AB. *Common Mental Disorders among Health Care Students*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 27 (3): 194-200, set, 2005.

Fleck, MPA; Lima, AFBS; Louzada, S; Schestasky, G; Henriques, A; Borges, VR; Camey, S. *Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde*. Revista de Saúde Pública, 36 (4): 431-438, 2002.

Fleck MPA et col. *A Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2008.

Fleck MPA.; Leal OF; Louzada S; Xavier M; Cachamovich E; Vieira G, et al. *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21: 21-8, 1999

Fleck MPA; Louzada S; Xavier M; Chachamovich E; Vieira G, et al. *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref*. Revista de Saúde Pública, 34(2): 178-83, 2000.

Florenzano RU.; Acuña JR.; Fullerton CU; Castro CM. *Estudio Comparativo de Frecuencia y Características de los Transtornos Emocionales en Pacientes que Consultan en el Nivel Primario de Atención en Santiago de Chile*; Rev Med Chile, 126:397-405, 1998.

Fonseca, MLG. *Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. Tese de Mestrado ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2007

- Fortes, S. *Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis-RJ-Brasil*. Tese de Doutorado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2004.
- Foucault M. *O nascimento da Medicina Social*. In *Microfísica do Poder*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1990.
- Goldberg DP; Blackwell B. *Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification*. British Medical Journal, II:439-443, 1970.
- Goldberg DP., Blackwell B. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley, Monograph no.21. Oxford University Press, London, 1972.
- Goldberg, D; Goodyer I. *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. Routledge, NY, 2005.
- Goldberg,D. ; Huxley P. *Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*. Tavistock-Routledge, London, 1992.
- Gomes, AA; Rozemberg B. *Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo-RJ*. Psicologia: ciência e profissão, 20 (4): 16-29, 2000.
- Guimarães, MBL; Valla VV, Stotz EN et al *Vigilância Civil da Saúde na atenção básica-uma proposta de ouvidoria coletiva na AP. 3.1. Relatório apresentado à Escola de Governo em Saúde /ENSP/FIOCRUZ*. Rio de Janeiro, 2005.
- Helman C . *Cultura, saúde e doença*. Ed. Artmed, Porto Alegre, 1994.
- Hita, MG. *Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias*. In: Antropologia da saúde – traçando identidade e explorando fronteiras. Alves, PC & Rabelo, MC (orgs). Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1998.
- Iacoponi E. *The Detection of Emotional Disorders by Primary Care Physicians – a Study in São Paulo, Brazil*. PhD Thesis, University of London, 1989.
- Jahoda, M. *Economic Recession and Mental Health: Some conceptual issues*. Journal of Social Issues, 44:13-23, 1988.
- Jenkins R.; Bebbington P.; Brugha TS.; Farrell M.; Meltzer H. *British Psychiatric Morbidity Survey*. Br J Psychiatry , 173(4): 7, 1998.
- Kirmayer LJ., Robbins JM. *Currents Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspective*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1991.
- Kleinmann A. *Social Origins of Distress and Disease Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*. Yale University Press, New Heaven, Conn, 1986.

Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press, 1980.

Lefèvre, F. *A Função Simbólica dos Medicamentos*. Revista de Saúde Pública, 17: 500-503, 1983.

Lima MS; Beria JV; Tomasi E; Conceição AT; Mari J. *Stressful Life Events and Minor Psychiatric Disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study*. Psychiatry Med, 26: 211-22, 1996.

Lima MCP; Domingues. MS; Cerqueira, ATAR. *Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina*. Revista de Saúde Pública, 40 (6): 1035-41, 2006.

Lima SCC. *Trabalho Doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres*. Virtual Científica, Rio de Janeiro, 2003.

Lopes, CS. *Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: Resultados do Estudo Pró-Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (6): versão eletrônica, nov-dez, 2003.

Ludermir, AB. *Inserção produtiva, gênero e saúde mental*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (3), 647-59, jul-set, 2000.

Ludermir, AB. *Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 54 (3): 198:204, 2005.

Ludermir, AB; Filho, DAM. *Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns*. Revista de Saúde Pública, 36 (2): 213-221, 2002.

Machado R. *Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Michel Foucault*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1988.

Maragno, L; Goldbaun, M; Gianini, RJ; Novaes, HMD; César, CLG. *Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (8), 1639-1648, ago, 2006.

Mari, JJ. *Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor*. Soc. Psychiatry Epidemiol. , 22: 129-138, 1987.

Mari, JJ; Iacoponi, E; Williams P; Simões O; Silva JBT. *Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 21 (6): 501-7, 1987.

- Mari JJ., Williams P. *A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil Using Relative Operating Characteristic (ROC). Analysis.* Psychological Medicine,15: 651-659, 1985.
- Marin-Leon, L et al ; *Desigualdade social e transtornos mentais comuns.* Revista Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 29 (3): 250-253, 2007.
- Massad, E; Menezes, RX; Silveira, PSP & Ortega NRS. *Métodos quantitativos em Medicina.* Ed. Manole, São Paulo, 2004.
- Mendoza-Sassi, RA; Beria JU. *Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in souther Brazil.* Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23 (2), fev.2007.
- Mérchan-Hamman, E; Costa AM.; Tajer, D (orgs). *Uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero.* In: Saúde , equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília, Ed. Abrasco, Alames, UnB, 2000.
- Minayo, MCS. *Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia.* Cadernos de Saúde Pública, 4 (4): 363-381, out/dez, 1988.
- Minayo, MCS; Hartz ZMA; Buss, PM. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.* Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 7-18, 2000.
- Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- Oliveira, AB & Roazzi, A. *A Representação Social da Doença dos Nervos entre os gêneros.* Psicologia; Teoria e Pesquisa, 23 (1): 91-102, jan-mar 2007.
- Panzini RG; Rocha NS; Bandeira D; Fleck MPA, *Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida.* In : A Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Fleck, MPA. Ed. Artmed , Porto Alegre, 2008.
- Papoula, SR. *O Processo de Trabalho Intersetorial das Equipes de Saúde da Família no Município de Petrópolis – RJ: fatores restritivos e facilitadores.* Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ/ENSP, Rio de Janeiro, 2006.
- Patel, V & Kleinman, A. *Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries.* Bulletin of World Health Organization, 81 (8): 609-615, 2003.
- Patrick, D. *A qualidade de vida pode ser medida? Como?* In : A Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Fleck, MPA. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2008.
- Pilowsky I. *From Conversion Hysteria to Somatisation to Abnormal Illness Behaviour?* Journal of Psychosomatic Research , 40(4):345-350, 1996.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Atlas do Desenvolvimento Humano, 2000.

Power M. *Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL*. ? In: A Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Fleck, MPA, Ed. Artmed, Porto Alegre, 2008.

Power C, Mannor O, Fox J. *Health and class: the early years*. Chapman and Hall, London, 1991.

Rocha NS; Panzini RG; Pargendler, JS; Fleck MPA. *Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB)*. In: A Avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Fleck, MPA. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2008.

Ropa D ; Duarte LFD. *Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico às classes trabalhadoras* .pp. 178-201 In: *Cultura da Psicanálise*. S. Figueira (org). Ed. Brasiliense, São Paulo, 1985

Rosenfield S. *The Effects of Women's Employment: personal control and sex differences in mental health*. J Health Soc. Behav. ,30: 77-91, 1989.

Rozemberg, B. *O Consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores*. Revista de Saúde Pública, 28 (4): 300-308, 1994.

Seidl EMF; Zannon CML. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588, mar-abr, 2004.

Silveira, ML. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

Souza, MFM; Silva, GR. *Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil*. Revista de Saúde Pública, 32 (1): 50-8, 1998.

Traverso-Yépez, M; Medeiros, L.F. *Tremendo diante da vida: em estudo de caso sobre a doença dos nervos*. P@psic, 9 (18), 2004.

Tylor, EB. *Primitive Culture: The origins of culture*. Vol.1. Harpers & Brothers Publishers, New York, 1871.

Üstun TB; Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: an international study*. John Wiley & Sons, Chichester, England, 1995.

Üstun TB., Sartorius N. *Primary Mental Health Services: Access and Provision of Care*. In: *Mental Illness in General Health Care: an International Study*. Üstun T.B.; Sartorius N. John Wiley & Sons 1995; Chichester, England.

Valla VV. *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização*. Cadernos de Saúde Pública ,15 Supl 2:7-14, 1999.

Viana AL & Dal Poz MR. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 8(2): 11-48, 1998.

Vieira, Liszt. *Cidadania global e estado nacional*. Dados, 42 (3), 1-17, 1999.

Villano LAB., Nanhay AL., Moraes LR., Costa e Silva JA. *Results From The Rio De Janeiro Center*. In: *Mental Illness in General Health Care: an International Study*. Üstun T.B.; Sartorius N. John Wiley & Sons ,Chichesser, England, 1995.

Villano, LA. *Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral*. Tese de Doutorado da Universidade Federal de São Paulo/EPM. São Paulo, 1998.

Wallerstein, N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Relatório de *Health Evidence Network* - OMS, fev, 2006.

Weich S., Sloggett A., Lewis G. *Social Roles and Gender Difference in Rates of the Common Mental Disorders in Britain: a 7 year, population – based cohort study*. Psychol Med , 31(6):1055-64, 2001.

ANEXOS

As próximas perguntas referem-se à sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

A9 – Atualmente você é:

- 1 Casado(a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em reunião)

A10 - Além de você, quantas pessoas moram em sua casa?
Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, Agregados.

A11 – Quantas crianças menores de seis anos moram com você e dependem diretamente do seu cuidado? _____

A12 – Quantos idosos maiores de 65 anos moram com você e dependem diretamente do seu cuidado ? _____

A13 – Quantas pessoas com deficiência dependem diretamente do seu cuidado? _____

A14 - Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável
Pela casa?

- 1 Eu mesmo(a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa: _____

A15 - Qual é o seu grau de instrução

- 1 Não freqüentou escola (analfabeto).
- 2 1º grau incompleto (Até a quarta série)
- 3 1º grau incompleto (Entre quinta e sétima série)
- 4 1º grau completo
- 5 2º grau incompleto
- 6 2º grau completo

7 Universitário incompleto

8 Universitário completo

A16 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscate no ultimo mês) ?

R\$ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/:

A17 – Quanto ganham todos juntos na casa?

R\$ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/

A18 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

1 Aposentadoria 2 Auxilio Doença 3 Emprego regular 4 Biscates

5 Pensão 6 outros _____ código: _____

A19 – Nos últimos doze meses, por quanto tempo aproximadamente você teve algum fonte de renda?

1 Todo tempo 2 3 meses 3 6 meses 4 9 meses

5 Não tive fonte de renda

A20 – Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

1 Adventista

2 Assembléia de Deus

3 Batista

4 Budista

5 Candomblé

6 Casa da Benção

7 Católica

8 Congregação Cristã do Brasil

9 Espírita Kardecista

10 Evangelho Quadrangular

11 Judaica

12 Luterana

13 Messiânica

14 Metodista

15 Presbiteriana

16 Testemunha de Jeová

17 Universal do Reino de Deus

18 Umbanda

19 Outra (especifique):

20 Não tenho religião

A21 – Nos ULTIMOS 12 MESES (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

1 Mais de 1 vez por semana

2 1 vez por semana

3 2 a 3 vezes por mês

4 Algumas vezes no ano

5 Uma vez no ano

6 Não compareci nenhuma vez

A22 – No ÚLTIMO MÊS você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia)?

1 Sim

2 Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ _ / _ / _ / _ /

A23 – Nos últimos seis meses você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior

1 Sim

2 Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ _ / _ / _ / _ /

A24 – Nos último ano você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

1 Sim

2 Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ _ / _ / _ / _ /

A 25 – De um modo geral, em comparação as pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

1 Muito Bom

2 Bom

3 Regular

4 Ruim

ANEXO 3 - BLOCO C: WHOQOL- *Bref*

C1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- 1 Muito ruim 2 Ruim 3 Nem ruim
nem boa 4 Boa 5 Muito Boa
-

C2 – O quanto você está satisfeito(a) com sua saúde?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito
nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C3 – Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que você precisa?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

C4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

C5 – O quanto você aproveita a vida?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

C6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

C7 – O quanto você consegue se concentrar?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

C8 – O quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

C9 – O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- 1 Nada 2 Muito pouco 3 Mais ou menos 4 Bastante 5 Extremamente
-

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C10 – Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1 Nada 2 Muito pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1 Nada 2 Muito pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1 Nada 2 Muito pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C13 – O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?

1 Nada 2 Muito pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

C14 – Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1 Nada 2 Muito pouco 3 Médio 4 Muito 5 Completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas LTIMAS DUAS SEMANAS.

C15 – Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeiras de rodas?

1 Muito mal 2 Mal 3 Nem mal nem bem 4 Bem 5 Muito bem

C16 – O quanto você está satisfeito(a) com seu sono?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C17 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C18 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito

C19 – O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

C20 – O quanto você está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

C21 – O quanto você está satisfeito(a) com sua vida sexual?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

C22 – O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

C23 – O quanto você está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

C24 – O quanto você está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

C25 – O quanto você está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?

- 1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito nem insatisfeito 4 Satisfeito 5 Muito satisfeito
-

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

- 1 Nunca 2 Algumas vezes 3 Frequentemente 4 Muito Frequentemente 5 Sempre
-

ANEXO 4

Resultados das propriedades psicométricas do WHOQOL-Bref na aplicação da versão em português no Brasil:

Consistência interna

Tabela 1. Coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos domínios e questões (n=300)

itens	Coeficiente de Cronbach	Número de casos	Número de itens
Domínios	0,77	286	6
26 questões	0,91	284	100
Domínio físico	0,84	293	7
Domínio psicológico	0,79	292	6
Domínio meio-ambiente	0,69	299	3
Domínio relações sociais	0,71	297	8

Extraído de Fleck et al, 2000.

Validade discriminante

Tabela 2. Análise de variância do domínio em relação a normal x paciente (n= 300)

Domínio	Média (dp)		t	p
	controle	paciente		
Físico	16,6 (2,1)	13,4 (3,2)	9,0	0,0001
Psicológico	15,6 (2,1)	14,5 (2,8)	2,5	0,01
Relações sociais	15,5 (2,6)	15,3 (3,6)	0,4	0,66
Meio-ambiente	14,0 (2,1)	13,4 (2,4)	1,9	0,06

Extraído de Fleck et al, 2000.

Validade de critério

Tabela 3. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à qualidade de vida geral (itens G1B e GAB). (n= 300)

Variável	B	T	P
Domínio físico	0,43	7,36	0,0001
Domínio psicológico	0,21	2,80	0,005
Domínio meio-ambiente	0,004	0,75	0,453
Domínio relações sociais	0,27	3,35	0,001
Constante	0,57	0,58	0,564

Porcentagem da variância explicada (R quadrado): 44%

Extraído de Fleck et al, 2000.

Tabela 4. Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra total. (n= 300)

Domínios	físico	psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente
Físico	X	0,62	0,35	0,50
Psicológico	0,62	X	0,49	0,53
Relações sociais	0,35	0,49	X	0,53
Meio-ambiente	0,50	0,53	0,53	X

p < 0,0001

Extraído de Fleck et al, 2000.

Validade concorrente

Tabela 5. Coeficiente de correlação entre os escores dos domínios e o escore total do Inventário de Beck para depressão (BDI) e Escala de desesperança de Beck (BHS) na amostra total. (n= 300)

Instrumentos	Físico	psicológico	Relações sociais	Meio-ambiente
BDI	-0,57	-0,66	-0,43	-0,42
BHS	-0,31	-0,52	-0,36	-0,36

p < 0,0001

Extraído de Fleck et al, 2000.

Fidedignidade teste-reteste

Tabela 6. Comparação teste-reteste entre os escores nos domínios (n=50)

domínio		Média (dp)	p
Físico	Testes/reteste	16,6 (,1) / 16,5 (1,9)	0,65
Psicológico	Testes/reteste	15,6 (2,1) / 15,9 (1,7)	0,19
Relações sociais	Testes/reteste	15,5 (2,6) / 15,5 (2,3)	0,81
Meio-ambiente	Testes/reteste	14,0 (2,0) / 14,0 (1,9)	0,83

Extraído de Fleck et al, 2000.

Tabela 7. Coeficiente de correlação dos escores dos diferentes domínios do WHOQOL- Bref entre o teste e re-teste (n= 300).

Domínio	Coeficiente de correlação teste/re-teste	p-valor
Físico	0,81	0,0001
Psicológico	0,69	0,0001
Relações sociais	0,80	0,0001
Meio-ambiente	0,75	0,0001

Extraída de Fleck et al (2000).

