

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E APOIO SOCIAL: ESTUDO DE
PREVALÊNCIA NA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO
(MACAPARANA / PIRAUÁ)**

ALBANITA GOMES DA COSTA

ORIENTADORA: Prof Dra. ANA BERNARDA LUDERMIR

Recife, fevereiro de 2004

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E APOIO SOCIAL: ESTUDO DE
PREVALÊNCIA NA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO
(MACAPARANA / PIRAUÁ)**

Mestranda: Albanita Gomes da Costa

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da UFPE como exigência parcial da obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva.

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E APOIO SOCIAL: ESTUDO DE
PREVALÊNCIA NA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO
(MACAPARANA / PIRAUÁ)**

Albanita Gomes da Costa

Banca Examinadora:

1. Dra. Ana Bernarda Ludermir – Examinadora Interna – PIPASC/UFPE

2. Dra. Vilma Souza Santana – Examinadora Externa – ISC/UFBA

3. Dr. José Augusto Cabral de Barros – Examinador Interno – PIPASC/UFPE

*Resta essa faculdade incoercível de sonhar
De transfigurar a realidade, dentro dessa incapacidade
De aceitá-la tal como é, e essa visão
Ampla dos acontecimentos, e essa impressionante
E desnecessária presciência, e essa memória anterior
De mundos inexistentes, e esse heroísmo
Estático, e essa pequenina luz indecifrável
A que às vezes os poetas dão o nome de esperança.*

*Resta esse desejo de sentir-se igual a todos
De refletir-se em olhares sem curiosidade e sem memória
Resta essa pobreza intrínseca, essa vaidade
De não querer ser príncipe senão do seu reino.*

*Resta esse constante esforço para caminhar dentro do labirinto
Esse eterno levantar-se depois de cada queda
Essa busca de equilíbrio no fio da navalha
Essa terrível coragem diante do grande medo, e esse medo
Infantil de ter pequenas coragens.*

Trechos de **O haver** (Vinicius de Moraes)

AGRADECIMENTOS

Á Ana Bernarda Ludermir pelo incentivo, entusiasmo, doçura e amizade.

Aos professores que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho e em especial a professora Fátima Lucena que colaborou com ricos comentários e sugestões.

Aos funcionários do PIPASC e NUSP pelo acolhimento e particularmente ao secretário, Sr. José Moreira, pelo carinho.

A JICA (Sr. Kuni) e CAPES pela realização da coleta de dados e concessão de bolsa de estudos respectivamente.

Aos meus provedores de apoio social pela força.

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E APOIO SOCIAL: ESTUDO DE
PREVALÊNCIA NA ZONA DA MATA DE PERNAMUCO
(MACAPARANA/ PIRAUÁ)**

Transtornos mentais comuns estão presentes na população em geral contribuindo para o risco de doenças mentais mais graves. São considerados TMC os transtornos de ansiedade, depressão e somatoformes que estão associados à presença de condições adversas de vida e trabalho e ausência de apoio social. Este trabalho teve como objetivo estimar a prevalência dos TMC e sua associação com apoio social, condições sócio-culturais, econômicas, sensação de felicidade e satisfação com a vida na comunidade do Pirauá em Macaparana, Zona da Mata de Pernambuco onde foram entrevistados todos os adultos residentes com 20 ou mais anos de idade. A prevalência de TMC foi de aproximadamente 36% e a análise multivariada mostrou que os que têm baixo apoio social tem 1,8 vezes mais chance de ter TMC que os que têm alto apoio quando ajustada por idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação de satisfação com a vida ou sensação de felicidade.

Palavras Chave: Transtornos Mentais Comuns, Apoio Social, Cana-de-açúcar, Pernambuco

**COMMON MENTAL DISORDERS AND SOCIAL SUPPORT: A
PREVALENCE STUDY OF THE SUGARCANE ZONE IN THE STATE OF
PERNAMBUCO (MACAPARANA/PIRAUÁ) IN NORTHEAST BRAZIL**

ABSTRACT: Common Mental Disorders are present in the general population, contributing to the risk of more serious mental illnesses. CMD include anxiety, depression and somatoforms disorders, and are associated to the presence of adverse living and working conditions, as well as the absence of social support. The objective of this study was to determine the prevalence of common mental disorders and the association to social support, demographic factors and socio-economic conditions, as well as the sensation of happiness and satisfaction with life in the community of Pirauá in Macaparana, Sugar Plantation Zone of the State of Pernambuco in Northeast Brazil. Adult residents over the age of 20 years were interviewed. The prevalence of Common Mental Disorders found was approximately 36%. After adjustments for age, schooling, participations in the work force, satisfactions with living or the sensation of happiness, the multivariate analysis showed that those with low levels of social support have 1,8 times more chances of suffering from CMD than those with higher levels of support.

Key Words: Common Mental Disorders, Social Support, Sugar Plantation Zone, Pernambuco.

LISTA DE TABELAS E ANEXOS

Tabelas:

Tabela 1: Distribuição da amostra por variáveis demográficas

Tabela 2: Distribuição da amostra por variáveis Sócio-econômicas

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo sensação plena de felicidade

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo satisfação plena com a vida

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o Apoio Social recebido

Tabela 6: Distribuição da amostra para os Transtornos Mentais Comuns

Tabela 7: Prevalência dos TMC por variáveis demográficas e sócio-econômicas

Tabela 8: Prevalência dos TMC segundo sensação plena de felicidade e satisfação com a vida

Tabela 9: Prevalência dos TMC segundo o apoio social recebido

Tabela 10: Associação do apoio social recebido com variáveis demográficas e sócio-econômicas.

Tabela 11: Associação do apoio social recebido com sensação plena de felicidade e satisfação com a vida.

Tabela 12: Odds Ratio simples e ajustado por apoio social global, idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade e satisfação plena com a vida para as variáveis estatisticamente significantes associadas aos TMC.

Tabela 13: Odds Ratio simples e ajustado por apoio social global, idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade e satisfação plena com a vida para as variáveis estatisticamente significantes associadas aos TMC.

Anexos:

Questionário

Tabela A: Associação entre apoio social global com as frações de apoio social

Tabela B: Odds Ratio simples e ajustado por frações de apoio social estatisticamente significantes associadas ao TMC.

Parecer do Comitê de Ética CCS/UFPE

ÍNDICE:

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Lista de Tabelas e Anexos

Introdução

1.1 Transtornos Mentais Comuns: Conceituação, características e prevalência 11

1.2 Transtornos Mentais Comuns e Condições de vida 17

1.3 Apoio Social: Conceitos e Classificações 20

2. Justificativa 29

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral 30

3.2 Objetivos Específicos 30

4. Procedimentos Metodológicos

4.1 Área de Estudo 31

4.2 População 39

4.3 Desenho de Estudo 39

4.4 Elenco de Variáveis 40

4.4.1 Variável Dependente 40

4.4.2 Variável Independente 42

4.4.3 Co-Variáveis 45

4.4.3.1 Variáveis Demográficas 45

4.4.3.2 Variáveis Sócio-Econômicas 46

4.4.3.3 Outras Variáveis 47

4.5 Procedimento e Instrumentos de coleta de dados	48
4.6 Processamento de dados	48
4.7 Plano de descrição e análise	49
4.8 Considerações Éticas	49
5. Resultados	51
6. Discussão	63
7. Conclusões	72
8. Referências	73
Anexos	77

INTRODUÇÃO

1.1 – Transtornos Mentais Comuns: Conceituação, Características e Prevalência.

Nos últimos tempos tem crescido a importância atribuída a estudos de Epidemiologia Psiquiátrica pela relevância destes tanto nas decisões políticas em saúde mental quanto no direcionamento da assistência médica na atenção básica e especializada de saúde. Tais estudos têm proporcionado, segundo Lima (1999), uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais bem como das suas conseqüências diretas e indiretas sentidas como prejuízo no funcionamento individual, familiar e social para a pessoa afetada.

Estudos populacionais com grandes amostras têm sido realizados em países como Estados Unidos, Grã Bretanha e Brasil. A revisão feita por Lima (1999) relata que nos Estados Unidos da América foi desenvolvida a primeira grande pesquisa epidemiológica de base populacional multicêntrica de prevalência. O *Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental* (ECA – NIMH) teve uma amostra de 20 mil pessoas e seus achados divulgaram que cerca de $\frac{1}{4}$ (25%) dos entrevistados, de acordo com critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III), em algum momento de suas vidas, apresentaram transtorno de ansiedade. Após o ECA, também nos EUA, foi realizada a *Pesquisa Nacional de Co-morbidade* (NCS), com objetivo de avaliar fatores de risco para a doença mental através de

entrevistas em 8.098 pessoas com idade entre 15 e 54 anos e concluiu que 56% das pessoas estudadas com transtornos mentais apresentavam co-morbidade com outras condições psiquiátricas.

Lima (1999) relata ainda que com a finalidade de conhecer os fatores desencadeadores das doenças mentais e sua associação com diferentes estilos de vida e ainda a prevalência de transtornos psiquiátricos, extensão da incapacidade associada, co-morbidade e uso dos serviços de saúde, foi realizada a *Pesquisa Nacional de Morbidade Psiquiátrica na Grã Bretanha* (OPCS) com adultos entre 16 e 64 anos de idade residentes na Inglaterra, País de Gales ou Escócia. No Brasil o *Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica* obteve estimativas de prevalência de transtornos mentais comuns variando entre 30% e 50% em Brasília, São Paulo e Porto Alegre usando critérios do DSM-III.

Várias outras pesquisas foram realizadas investigando a ocorrência dos “Transtornos Psiquiátricos Menores” também chamados de “Morbidade Psiquiátrica Menor” ou ainda de “Transtornos Mentais Comuns” que, embora tenham menor severidade quanto aos sintomas e duração, estão mais presentes na população em geral, associando-se a incapacidade e prejuízo social e constituindo condição de risco para o desenvolvimento de doenças mentais mais graves.

Sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC), Goldberg e Huxley (1992) apontam estudos que revelam uma prevalência em países industrializados variando de 7% a 30%. Em Pernambuco a prevalência total dos TMC estimada Ludermir e Melo Filho (2002), é de aproximadamente 35% na população da cidade de Olinda no ano de 1993.

Em uma revisão feita por Coutinho (1995) sobre os transtornos não-psicóticos em comunidades foram identificadas, em treze diferentes trabalhos, estimativas de prevalência que variam entre 7% e 26% com média de 17%. O autor cita, por exemplo, o estudo de Finlay-Jones e Burvill (1977) na Austrália Ocidental que estimou uma prevalência de 16,3%; o trabalho de Dilling (1980) na região da Bavária, Alemanha, que estimou a uma prevalência de 19,3% e, ainda, o estudo de Hodiamount et al (1987) em Nijmegen na Holanda relatou 7,3% de prevalência dos TMC.

O Surgeon General Report (1999) define Transtornos Mentais Comuns como condições de saúde marcadas por alterações no pensamento, humor e comportamento que causam estresse ou prejuízo às capacidades e funcionamento da pessoa afetada. O relatório citado define como TMC depressão, déficit de atenção, hiperatividade, fobias e doença de Alzheimer. Entretanto, Mari e Jorge (1997), cuja definição norteia este trabalho, consideram como transtornos mentais comuns os transtornos de ansiedade, transtorno de depressão e transtorno somatoforme que em comunidades apresentam a prevalência de 9,0%,

2,6% e 3,0% respectivamente e são mais freqüentes em mulheres aumentando com a idade e de acordo com os estratos de baixa renda.

Ansiedade é um sinal positivo de alerta que indica perigo iminente e permite ao indivíduo tomar as medidas necessárias para atuar frente à ameaça. Esta é uma ansiedade normal que contrasta com o transtorno de ansiedade ou ansiedade anormal, ou ainda, patológica. A última paralisa o indivíduo, traz prejuízo ao seu bem-estar e desempenho além de acarretar desagradáveis sensações físicas (Melo Filho, 2002).

A depressão é uma doença afetiva ou do humor. Ballone (2002) estima que 17% dos adultos sofrem de transtorno depressivo que compromete o físico, o humor e o pensamento. Altera a percepção do mundo e da realidade, a compreensão, a disposição, o prazer e as emoções. De um modo geral, a depressão resulta numa inibição global da pessoa, afeta a parte psíquica, a memória, o raciocínio, a criatividade, a vontade, o amor e a disposição para o sexo.

Os transtornos somatoformes são caracterizados segundo Ballone (2002) pela presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica, porém não são completamente explicados pela clínica. De acordo com Macedo (2002) não é possível encontrar uma explicação orgânica adequada mesmo diante de exames físicos ou laboratoriais que são geralmente insignificantes.

Os sintomas mais gerais dos TMC são insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Os estados de depressão e ansiedade representam 90% dos transtornos em comunidades (Goldberg e Huxley, 1992). O transtorno mental pode ser consequência de uma doença física, como, por exemplo, um transtorno depressivo desenvolvido a partir de uma neoplasia, ou pode inculir uma manifestação orgânica como em casos de dores físicas causadas por transtorno de ansiedade. Neste último caso pode haver co-morbidade entre o transtorno mental e o distúrbio somático (Mari e Jorge, 1997).

Segundo Coutinho (1995) o paciente com distúrbios não-psicóticos é geralmente atendido nos serviços médicos gerais. É possível que isso ocorra uma vez que o paciente apresenta, em geral, um sintoma clínico que acredita ser melhor resolvido por um profissional não especialista em saúde mental. Para reforçar a opinião de Coutinho, pode-se lançar mão do que escreveu Lima et al (1996) afirmando que pessoas com transtornos deste tipo procuram consultas e hospitalizações com maior frequência que os assintomáticos e que mesmo antes de haver um diagnóstico dos TMC, o indivíduo apresenta um histórico com excesso de consultas médicas nos três meses anteriores. Ainda sobre uso de serviços, Mari e Jorge (1997) discutem sobre o consumo de psicotrópicos na população. De acordo com eles, 10% da população brasileira faz uso de algum tipo de medicação psicotrópica no período de um ano, sendo que esta medicação é prescrita mais frequentemente pelos médicos clínicos gerais (60%) e médicos cardiologistas (15%) enquanto que os especialistas em psiquiatria são

responsáveis por apenas 10% das prescrições. As mulheres apresentam uma prevalência de consumo aproximada de 14% e os homens 5%, estes números aumentam de acordo com a idade e são mais comuns nas pessoas de renda mais elevada. Estes dados devem se tornar ainda mais expressivos se forem levados em conta os casos de automedicação.

Para evitar erros de diagnóstico e tratamento é preciso investigar o contexto sócio cultural do paciente (família, situação profissional, relações afetivas íntimas, perdas importantes, outros) desde o momento da atenção básica. Para tanto Harding et al *apud* Ludermir e Melo Filho (2002) em 1980 desenvolveram um instrumento de avaliação conhecido como *Self Reporting Questionnaire -20* (SRQ-20) que tem como finalidade identificar casos suspeitos de transtornos mentais comuns em populações sem a presença de um médico especialista. O SRQ-20 teve sua validade avaliada no Brasil com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (MARI e WILLIAMS,1986) e em Pernambuco com sensibilidade de 62% e especificidade de 80% tendo como padrão ouro a entrevista psiquiátrica (LUDERMIR, 2000).

1.2 - Transtornos Mentais Comuns e Condições de Vida

São considerados fatores associados aos TMC o sexo, a idade, a raça, a situação conjugal, os eventos vitais e o suporte social. A epidemiologia psiquiátrica tem verificado também a associação dos TMC com variáveis relativas às condições de vida e trabalho tais como escolaridade (Power et al., 1991; Lima et al, 1996), posse de bens duráveis (Murphy et al.,1991; Power et al., 1991), condições de moradia (Gabe e Williams, 1987), renda (Power et al., 1991; Lima et al, 1996) e ocupação (Stansfeld e Marmot , 1992).

Hamasaki (1997) descreve que na década de 40 do século passado, o Nordeste brasileiro sentiu as conseqüências da industrialização do país, momento em que houve uma redução da atividade agropecuária em favor dos setores de produção e serviços gerando culturas voltadas para exportação ou matéria prima, mas já no final da década de 70, passado o “milagre econômico”, a industrialização entrou numa fase de crise e instabilidade. Com isto, o setor agrícola recuperou a importância em algumas regiões nordestinas que souberam aproveitar seus recursos naturais aliados a técnicas de cultivo, como na região que se estende entre o oeste de Bahia e o sul do Maranhão e Piauí (cultivo de soja, milho e feijão), Vale do Açu no Rio Grande do Norte e do São Francisco entre a Bahia e Pernambuco (pólos de fruticultura) ao passo que outras permaneceram com antigas estruturas de produção com concentração de terra e de renda gerando problemas de desenvolvimento social como no sertão semi-árido (cultura de

algodão) e Zona da Mata baiana (cultivo de cacau), alagoana e pernambucana (cana-de-açúcar).

O cultivo de cana-de-açúcar no Estado de Pernambuco se desenvolveu tradicional e historicamente na Zona da Mata devido à facilidade de produção dada pelo clima e solo adequados e pela disponibilidade de mão-de-obra. Por mais de quatro séculos o setor açucareiro definiu a dinâmica da economia regional sendo a cana-de-açúcar o maior produto de exportação do Nordeste (Andrade, 1988; Galvão, 1993 *in* Hamasaki, 1997). Entretanto o setor foi abalado por crises de superprodução, cessação de incentivos e crises econômicas. A autora aponta, baseando-se em uma matéria do caderno de economia do Jornal do Comércio datada de 19/01/1997, que num período de 50 anos o número de usinas em Pernambuco foi reduzido em 50% e, baseando-se em dados do Sindaçúcar (Sindicato das Indústrias de Açúcar de Pernambuco), que entre 1987 e 1997 mais de dez usinas fecharam no Estado.

Uma vez que houve a redução do número de postos de trabalho aumentou o desemprego e a miséria na região onde, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (In Hamasaki, 1997), em 1990 cerca de 49,2% das famílias viviam em situação de indigência. O alto índice de pobreza deve-se, além do desemprego, à baixa remuneração e as oportunidades de trabalho cuja periodicidade de oferta depende da safra. Hamasaki (1997) lembra que a cada final de safra a economia açucareira nas cidades da Zona da Mata pernambucana

despenca intensificando o desemprego e os subempregos deixando os trabalhadores sem opção de ocupação.

A pobreza desta região tem forçado ao longo do tempo parte da população a realizar movimentos migratórios em busca de melhores condições de vida e trabalho. Diferentes modelos teóricos incorporam a idéia do 'push and pull effect' das urbanizações ou, em outras palavras, a migração seria motivada pela busca de melhores condições de vida (pull effect) ou consequência de fatores de expulsão da região em que viviam (push effect) em detrimento da pobreza (Singer, 1983). Os que não migram, geralmente os mais velhos, doentes, mulheres e crianças, são chamados de "resíduo social" por Ekblad (1990) apud Ludermir (1995) ficando mais pobres e solitários.

A concentração de terra e renda, os latifúndios, a monocultura, a queda de produção, o desemprego, a pobreza, a exclusão e o isolamento a que esta população está sujeita implicam numa realidade muito própria da área que pode comprometer a saúde mental, pois as agruras da pobreza, as dificuldades crônicas, a falta de apoio social, a discriminação social, e a impossibilidade de realização pessoal têm sido considerados por vários autores (Brown et al, 1975; Wheaton, 1978; Costelo, 1982; Thoits, 1982; citados em Almeida-Filho, 1982) como determinantes do desenvolvimento da doença.

1.3 – Apoio Social: Conceitos e Classificações

Cuidado social, suporte social ou apoio social, vistos como sinônimos, têm sido bastante explorados em estudos de saúde devido a sua importância na associação com processos de saúde/doença.

Avaliar as relações sociais, familiares e afetivas remete a um estudo mais aprofundado de apoio social que se relaciona com a saúde mental influenciando diretamente nos níveis de ansiedade e depressão além do estresse.

Ribeiro (2003) cita algumas definições de apoio social de diferentes autores. Segundo ele, Sarason et al (1983) determinam apoio social como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós". Já Cobb (1976) vê o apoio social como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas, enquanto que Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Ter apoio social, na definição de Cobb *apud* Gaspari e Botega (2002), é sentir-se cuidado, amado, querido e estimado. Isto favorece a auto-estima de cada um e, por conseqüência, gera uma rede social de situações, sentimentos e compromissos bilaterais.

Pode-se dizer ainda que o apoio social é o suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. Estes fatores têm efeito de proteção da saúde e bem-estar. (Communities Count, 2000)

Vários autores referem que o apoio social é um indicador de presença ou ausência de doenças ou que é um ponto de reestruturação e restabelecimento da saúde do indivíduo. Estudos como os de Cohen e Syme (1995), Bloom (1990), Cohen e Wills (1985) e Pearlin (1989) referidos em Gaspari e Botega (2002) apontam a associação entre apoio social e níveis de saúde ou presença de apoio social funcionando como agente protetor frente ao risco de doenças induzidas pelo estresse. Rodin e Salovey (1989) *apud* Ribeiro (2003) dizem que o apoio social alivia o estresse em situação de crise e, por isso, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação do mesmo.

Portadores das mais diferentes enfermidades como hipertensão arterial, tuberculose ou vítimas de acidentes relatam como maior freqüência o fato de não

se sentirem inseridos em uma rede de apoio mútuo ou terem experimentado perdas em importantes laços sociais como viuvez, separação amorosa, desemprego, mudança de moradia e outros. (Pilisuk e Minkler, 1985 *apud* Chor et al, 2001).

A perda destes laços é relatada na literatura como eventos de vida produtores de estresse (EVPE) onde o apoio social funcionaria como moderador e atenuador dos seus efeitos. Sherbourne (1988) levanta as hipóteses de que pessoas com alto nível de eventos causadores de estresse procuram mais os serviços de saúde mental que as que têm poucos eventos deste tipo e que o apoio social atua como protetor uma vez que dá resistência ao indivíduo para superar a adversidade. Tijhuis et al (1995) dizem que o apoio social do tipo emocional é mais relevante quando o evento causa ansiedade, o apoio prático ou tangível é mais importante quando o evento restringe atividades diárias ao passo que o apoio de informação supõe benefício em caso, por exemplo, da necessidade de ajuda profissional ou quando é relacionado ao desconhecimento de algo. Estes autores referem também que o capital social (entendido como o investimento em relacionamentos novos e expansão e preservação de antigos) resultante do número de pessoas dispostas a prover suporte, os recursos que podem ser mobilizados para ajudar e a extensão em que estas pessoas estão dispostas ou comprometidas no provimento do suporte, pode fazer com que os efeitos do evento causador do estresse sejam minimizados tornando-se menos severos ou mais curtos.

Ainda sobre os EVPE, Norris e Murrel (1990) vão mais além pesquisando o ajustamento após uma perda por morte de cônjuge, pais ou filhos e comparando a saúde das pessoas que tiveram estas perdas com outras que não as tiveram. Eles afirmam, baseando-se em diferentes trabalhos referidos, que os efeitos deste tipo de perda causam mínimas alterações na saúde mental ^(*), mas acarretam sérios efeitos no estado psicológico especialmente depressão^(**) durante aproximadamente um ano sendo que uma minoria de pessoas não se recuperam tão cedo^(***). Ou seja, na visão dos autores, após uma perda como esta a maioria dos indivíduos apresentaria durante aproximadamente um ano um quadro de depressão ou algum outro transtorno menor, mas se recuperaria sem que houvesse maiores danos a sua saúde mental.

^(*)CLAYTON,P. The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement. *American Journal in Psychiatry*, 136, 1530-1534, 1979. / FENWICK, R. & BARRESI,C. Health consequences of marital status change among the elderly: A comparison of cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 106-116, 1981. / HELSING,C.,SZKLO,M. & COMSTOCK,G. Factors associated with mortality after widowhood. *American Journal of Public Health*, 71, 802-809, 1981. / MURREL, S.,HIMMELFARB,S. & PHIFER,J. Effects of attachment bereavement / loss and pre-event status on subsequent physical health in older adults. *International Journal of Aging and Human Development* , 27, 89-107, 1988.

^(**)PEARLIN,L. Discontinuities in the study of aging. In: Hareven,T.K. & Adams, K.J. *Aging and life course transitions*, New York: Guilford Press,55-74,1982. / REICH, J.W., ZAURA, A.J. & GUARNACCIA, C.A. Effects of disability and bereavement on the mental health and recovery of older adults. *Psychology and aging*, 4,57-65, 1989.

^(***)LUND,D., CASERTA,M. & DIMOND,M. Gender differences through two years of bereavement among the elderly. *The Gerontologist*, 26, 314-320, 1986. / MURRELL, S.A & HIMMELFARB, S. Effects of attachment bereavement and pre-event conditions on subsequent depressive symptoms in older adults. *Psychology and aging*, 4, 166-172, 1989. / ZISOOK, S & SHUCHTER,S. The first four years of widowhood. *Psychiatric Annals*, 16, 288-294, 1986.

Um estudo realizado por Christensen (1999) no Iowa Psychopathic Hospital sinaliza que 25% dos indivíduos estudados, numa amostra de 133 pacientes com esquizofrenia, tinham pequeno ou nenhum apoio social. O autor estudou a quantidade e qualidade das relações afetivas dos pacientes e concluiu que a frequência de interação com os provedores de apoio e com confidentes é significativa para aumentar a longevidade e qualidade de vida destas pessoas.

Olstad, Sexton e Sogaard (1999) apontam duas hipóteses para explicar a associação entre saúde mental, apoio social ou rede de apoio social. A primeira hipótese diz que o apoio social ou rede de apoio social afeta diretamente a saúde mental. A segunda hipótese diz que o apoio social funciona como mediador do estresse, modificando seu efeito na vida do indivíduo. Em outras palavras, o indivíduo que recebe apoio social reagirá mais positivamente às situações divergentes se comparado a outro que não disponha deste tipo de cuidado.

Valla (1999) coloca que o apoio social contribui para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma que traz benefícios não só para quem o recebe, na forma de informação ou auxílio, mas também para quem oferece este apoio. O autor cita Minkler (1985) para afirmar que as pessoas necessitam umas das outras e que, por isso, quando o apoio social diminui afeta o sistema de defesa do corpo. Cassell (1974), também citado por Valla (1999), diz que a sensação de não poder controlar a própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, podem ser relacionados com o processo de saúde-doença aumentando a suscetibilidade individual para a enfermidade.

Em suma, sobre a relação entre o apoio social e a saúde pode-se afirmar, concordando com Singer e Lord (1984), citados por Ribeiro (2003) que:

- 1- O apoio social protege contra as perturbações induzidas pelo estresse impedindo que este afete negativamente o indivíduo ou reduzindo seu efeito;
- 2- A falta de apoio social é a própria geradora de estresse;
- 3- A perda de apoio social é um estressor. Ou seja, quem tem suporte social e o perde tem mais estresse;
- 4- O apoio social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida.

O apoio social tem como principais fontes a família, incluindo cônjuges, amigos, vizinhos, provedores de serviço, relações no ambiente de trabalho e na sociedade em geral além das organizações e associações. Se for considerada a definição de Cobb anteriormente citada, também é possível ponderar como fonte de apoio os líderes religiosos, os médicos ou profissionais de saúde, os professores ou outros desde que façam com que o indivíduo sinta-se estimado.

Ribeiro (2003) destaca que existem várias formas de apoio social. Em seu estudo ele cita Cohen & McKay (1984) que afirmam haver apoio social psicológico (fornecimento de informação) e não-psicológico (suporte tangível). Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem apoio social percebido e apoio social recebido e também apoio social descrito e avaliado. Nos primeiros o indivíduo percebe ter apoio quando precisa dele ou descreve o apoio que a ele foi

dispensado; nos demais o indivíduo categoriza o apoio recebido e diz se este foi satisfatório. Ridder e Schreurs (1996) citam o apoio social emocional, prático e informativo. Singer e Lord (1984) referem, além destes últimos, o apoio pessoal ou interpessoal (provido por amigos, família, outros), relativamente formal (organizações e associações) ou profissional (consulta e/ou terapia).

Cohen e Wills *apud* Gaspari e Botega (2002) classificam apoio social como:

- Apoio de Estima, que pode ser considerado como o mais emocional, íntimo e afetivo;
- Apoio Instrumental, cujas principais características são o fornecimento de apoio material, financeiro, ou ajuda prática;
- Apoio de Informação, ou seja, na resolução de eventos problemáticos;
- Apoio de Companhia Social em atividades de relaxamento como as religiosas e o lazer.

Thoits *apud* Parry (1986) distingue apoio social instrumental e apoio social expressivo que variam de acordo com a intimidade e o nível de relação de confiança. O apoio social do tipo instrumental pode ser medido de acordo com a ajuda prática recebida por membros da comunidade rotineiramente ou em situação de crise (como em questão financeira ou no cuidado com as crianças) ou através do contato com grupos que podem ser do tipo religioso, associações, clubes e outros. Já o apoio social expressivo pode ser compreendido como o oriundo dos relacionamentos íntimos e de confiança e medido através do número total de contatos sociais, número de confidentes, tempo gasto com os confidentes

e evidência de desarmonia matrimonial ou outra insatisfação. Para ambos, o autor utilizou escores que classificam o apoio social como alto, médio ou baixo.

Weiss (1974) apud Ribeiro (2003) propôs seis dimensões do apoio social: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação. Já Dunst e Trivette (1990) também referenciados por Ribeiro (2003) apresentam as seguintes dimensões de apoio social que, consideram, têm se mostrado importantes para o bem-estar:

1. Tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social;
2. Existência de relações sociais, abrangendo as relações particulares tais como o casamento, e as relações gerais como as que decorrem da presença em grupos sociais tais como clubes;
3. Frequência de contatos, para designar quantas vezes o indivíduo mantém contato com os membros da rede social tanto em grupo como face a face;
4. Necessidade de suporte expressa pelo indivíduo;
5. Tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes;
6. Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita;
7. Utilização, a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita;
8. Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita;
9. Reciprocidade, o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido;

10. Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social;

11. Satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

As dimensões, o tamanho, a qualidade e o tipo de apoio social podem ser mensurados através de vários instrumentos. Dentre eles o *Medical Outcomes Study questions - Social Support Survey* (MOS-SSS) criado por Sherbourne e Stewart em 1985 apresenta as características de ser, segundo Sherbourne e Stewart (1991), um instrumento rápido, multidimensional, auto-administrável, desenvolvido através de um estudo longitudinal com dois anos de duração envolvendo 2987 pacientes maiores de 18 anos de idade. É um método psicossocial para ser aplicado em adultos de ambos os sexos por meio de entrevistas, por telefone, ou ainda, respondido pelo próprio pesquisado. Consta de 19 questões divididas em grupos que focam a percepção do entrevistado quanto à frequência do apoio social recebido. Os grupos delimitados pelo MOS são:

1. Apoio Emocional: expressão de cuidado, empatia, compreensão, encorajamento;
2. Apoio de Informação: propõe a solução de um problema, oferece advertências, orientação;
3. Apoio Tangível ou instrumental: provimento de ajuda material ou prática;
4. Apoio Afetivo: envolve informações relevantes para a própria evolução pessoal através de amor e afeto;
5. Apoio de Companhia ou Interação Social: atividades de recreação e lazer.

2. JUSTIFICATIVA

Embora alguns autores considerem a vida no campo mais saudável por ser mais pessoal e menos agitada, o que se vê, na maioria da zona rural do Nordeste brasileiro, é um empobrecimento da população com o crescente desemprego e a informalidade das relações de trabalho (subempregos) que apresenta algumas características consideradas negativas para a saúde psicológica tais como: baixos níveis de poder de decisão, de controle pessoal sobre os vencimentos e sobre a jornada de trabalho, incerteza sobre a situação de trabalho, os baixos salários, a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista. Além disso, o empobrecimento da população tem outras conseqüências também negativas para a saúde como a não realização de expectativas pessoais que geram frustração e ansiedade.

Uma vez que a prevalência dos transtornos mentais comuns em comunidades é fortemente influenciada pelas condições de vida da população ao passo que saber-se amado e cuidado, ter amigos e confidentes favorece uma melhor adaptação frente aos eventos causadores de estresse, este trabalho se justifica pela necessidade de conhecer a associação entre o apoio social recebido e os TMC afim de servir de base para novos trabalhos que apontem medidas para estimular a formação de redes de apoio.

3. OBJETIVOS:

3.1. Objetivo Geral:

Estimar a prevalência dos TMC e sua associação com o apoio social, condição sócio-cultural, econômica, sensação de felicidade e satisfação com a vida em moradores da comunidade do Pirauá, Macaparana –PE.

3.2 Objetivos Específicos:

- Determinar a prevalência dos TMC na comunidade estudada.
- Verificar a associação dos TMC com o Apoio social.
- Verificar a associação dos TMC com condições sócio-culturais, econômicas, sensação de felicidade e satisfação com a vida.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área de Estudo:

Zona da Mata de Pernambuco: Macaparana - Pirauá

Por ser essencialmente rural, a Zona da Mata de Pernambuco foi escolhida como área deste estudo uma vez que não se encontra na literatura dados de prevalência referentes à áreas rurais na região Nordeste.

Localizada entre as faixas litorânea e agreste do Estado, a Zona da Mata tem sua importância econômica devido à agroindústria da cana-de-açúcar que envolve canaviais e engenhos. Constitui-se de microrregiões distintas: Mata Setentrional, Mata Meridional e Vitória de Santo Antão. A mesorregião formada abrange 42 municípios e tem a segunda maior densidade demográfica de Pernambuco: 212 habitantes por Km².

De acordo com Silva (1992) e com dados da Fundação Joaquim Nabuco-FUNDAJ (2002), até as décadas de 30 e 40 do século passado, Pernambuco manteve o perfil herdado do período de colonização com uma economia baseada na monocultura de cana-de-açúcar na Zona da Mata. A expansão industrial do país nas décadas de 50 e 60 e a criação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) para investir na agroindústria, indústria têxtil e turismo

gerou fortes movimentos migratórios do campo para a cidade e, posteriormente, do nordeste para outras regiões do país.

De acordo com informações do Observatório da Zona da Mata Pernambucana (2003), a cidade de Macaparana teve sua origem em um engenho de nome Macapá. O termo *macapá* encontra contradições quanto ao seu significado sendo, para uns, oriundo de língua indígena com significado “*terras que o rio come*” e, para outros, termo aproximado de *macabá* que, por sua vez, é um tipo de palmeira abundante na região em meados do século XIX.

Em 1928 Macapá desmembrou-se do Município de Timbaúba do qual era distrito e em 1929 passou a fazer parte, junto com o também distrito São Vicente, do Município de São Vicente. Em 1931 Macapá passou a ser sede de São Vicente e já em 31 de dezembro de 1943 passou a se chamar Macaparana e a ser um Município do Estado de Pernambuco.

Atualmente Macaparana ocupa 0,14% da área do Estado, localizada na mesoregião da zona da mata e microrregião da mata setentrional, distante 118Km do Recife, 380m acima do nível do mar o que lhe confere clima quente e úmido com chuvas de inverno e temperatura média anual de 25°C. O Município tem solo argiloso e sem ocorrência de mineral, faz parte da bacia hidrográfica de Goiana banhada pelo rio Capibaribe Mirim e pelo Riacho da Banana. O meio ambiente da cidade é penalizado pelo despejo de dejetos da Usina Central Nossa Senhora de

Lourdes e pela ausência de tratamento do lixo que é descarregado em um lixão próximo à cidade.

Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, em 1991 a população residente em Macaparana era de 20.854 habitantes, sendo 51% do sexo feminino (10.592 mulheres e 10.262 homens). A divisão por faixa etária mostrava que havia 8.594 crianças entre 1 e 14 anos de idade equivalendo a 41% da população, 5.594 jovens entre 15 e 29 anos (25%), 2.925 adultos jovens entre 30 e 44 anos (14%), 2.021 adultos entre 45 e 59 anos (10%) e ainda 2.020 idosos com mais de 60 anos de idade (10%). O Censo de 1996 manteve o percentual de mulheres (51%) de uma população total de 22.494 habitantes. Na divisão por faixa etária o número de crianças passou a representar 38% (8.617), os jovens 26% (5.917), os adultos jovens 15%, os adultos 10% e os idosos 11%. O Censo 2000 mostrou que a população de Macaparana manteve praticamente os mesmos números de 1996. Estes valores num curto espaço de tempo de praticamente 10 anos evidenciam um discreto envelhecimento da população e insinuam uma queda da fecundidade e do número de filhos das mulheres da cidade.

A população é predominantemente do meio de vida urbano embora em 1996 tivesse 44% no meio rural. No Censo 2000 estas estatísticas passam para 60,01% (13,518) no meio urbano e 39,90% (8,976) no meio rural. Talvez isso se deva às dificuldades de produção agrícola e pecuária na região. A densidade demográfica mostrada no Censo 2000 do IBGE é de 224 habitantes por Km² distribuídos em

5.071 domicílios particulares permanentes sendo 2.990 na zona urbana e 2.081 na zona rural.

A saúde da cidade é cuidada na Unidade Mista de Macaparana que fica na sede com 60 leitos e ambulatórios de clínica médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e fisioterápica. O setor privado de saúde dispõe de mais 45 leitos também na sede do Município com serviços de ginecologia, dermatologia, venereologia e análises clínicas.

Fora da sede há 07 postos de saúde com atendimento médico-odontológico situados em Pirauá, Poço Comprido, Chã do Relógio, Lagoa Grande, Boqueirão, Pau D´arco e Paquevira.

Os serviços de saúde da região deparam-se com problemas bastante semelhantes aos de outras comunidades próximas e grandes cidades. Dados do IBGE de 1993 apresentados pelo Zona da Mata PE (2003) apontam um coeficiente de mortalidade infantil de 184,4 por mil nascidos vivos. As principais doenças da população são, segundo a Secretaria de Saúde de Macaparana, por ordem de número de casos: esquistossomose, cólera, leishmaniose, rubéola, coqueluche, dengue, sífilis, gonorréia, tuberculose e hanseníase.

No ano de 1998 Macaparana somou 208 óbitos que atingiram 113 homens e foram diagnosticados principalmente por sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais (121 óbitos), doenças do aparelho circulatório (22),

doenças infecciosas e parasitárias (10), doenças respiratórias e digestivas (15), doenças originadas no período perinatal (9) e causas externas (6). O elevado número de casos de óbito tendo por causa sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais pode vir a ser o reflexo de uma assistência à saúde e/ou de um sistema de informação de mortalidade deficientes. Em contrapartida, o baixo número de óbitos por causas externas conduz à idéia de uma cidade tranqüila ou com sub-notificação de casos.

Com a intenção de melhorar a saúde da cidade, Macaparana implantou vários programas de assistência, tais como: Controle de Hipertensos e Diabéticos, Programa de Controle de Natalidade, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC´S), Saúde do Escolar (apenas em Poço Comprido), Saúde Mental, Programa Nacional de Imunização (PNI), Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (Salva-Vidas), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Acompanhamento de gestantes, Prevenção do câncer de colo de útero, Controle de Tuberculose e Leishmaniose, Prevenção da Raiva Animal e Projeto de Erradicação do Aedes Aegypt (PEA).

No que diz respeito à infra-estrutura, o município é servido pela Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA) cujo sistema abastece 3.177 domicílios que representa pouco mais de 60% do total. Apenas 16,68% das residências (846) estão ligadas à rede de esgotos que consiste em uma fossa coletiva construída em concreto armado de onde os dejetos finais são lançados no rio Capibaribe Mirim. Outras residências usam coletores que lançam diretamente

no mesmo rio. Há ainda parte da população sem nenhum tipo de instalação hidro-sanitária e que utiliza banheiros improvisados no fundo do quintal. A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) comercializa energia elétrica para a cidade que é eletrificada em toda zona urbana e em 81% da zona rural.

A educação formal do município é oferecida em escolas municipais, estaduais e particular. A rede municipal de ensino atende apenas a demanda de alunos de nível fundamental com 2 estabelecimentos na zona urbana e 25 na zona rural. O setor estadual está presente apenas na zona urbana com 6 unidades de ensino fundamental e 1 de ensino médio. A rede privada ou particular tem apenas 1 unidade de nível fundamental na zona urbana. (DERE- Departamento Regional de Educação da Mata Norte, 1997 *apud* Zona da Mata PE, 2003). O Censo 2000 do IBGE aponta que as pessoas residentes sem instrução ou com menos de 1 ano de estudo (4 anos ou mais de idade) representam 39,97% da população.

A religião professada é predominantemente Católica com devoção a Nossa Senhora do Carmo, mas há igrejas não católicas como Pentecostal, Congregacional, Assembléia de Deus, Batista, Universal do Reino de Deus, Adventista do Sétimo Dia, Deus é Amor, Testemunhas de Jeová e Igreja do Véu.

A cidade conta com um clube esportivo (Clube Oásis Parque Aquático) e um dançante (Macaparana Clube) como opções de lazer. Os cidadãos dispõem também de biblioteca pública e ginásio poliesportivo (Cirão) e durante as festas

juninas podem contar com atrações musicais promovidas pela Prefeitura em um espaço chamado “Casa de Reboco”.

As atividades econômicas abrangem os setores primário, secundário e terciário. No primeiro tem-se a agricultura de produtos como feijão, tomate, milho, mandioca e cana-de-açúcar em pequenas propriedades e a pecuária com rebanhos bovinos, suínos, eqüinos, asininos, muares, ovinos, caprinos e outros além de vacas de ordenha. O setor secundário é composto de micro e pequenas empresas de confecção e calçados, panificação, sorvetes e picolés, móveis, doces, cerâmicas e serrarias. Já o setor terciário é o que ocupa pessoas em açougues, armarinhos, armazéns, autopeças, avícolas, bomboniéres, farmácias, livrarias e papelarias, lojas de confecção e calçados, construção e outros. Ainda segundo o Censo 2000 do IBGE são 1.493 pessoas ocupadas em unidades locais, 557 estabelecimentos agropecuários com 2,703 pessoas ocupadas sendo destas 222 menores de 14 anos de idade.

O transporte de passageiros é mantido por uma linha comercial regular entre a cidade e a capital do Estado. Dentro de Macaparana faz-se o transporte alternativo com vans e caminhonetes especialmente com destino a área rural. A cidade dispõe ainda de uma rádio local e sintoniza através de estações repetidoras algumas emissoras de tv de grande porte. A cidade recebe de Recife os maiores jornais em circulação e a segurança é feita por 11 policiais civis e 19 policiais militares não havendo guarda municipal e as transações bancárias são feitas através de uma única agência do Banco do Brasil instalada na sede.

Segundo a própria prefeitura os maiores investimentos são feitos em saúde (32,86% da arrecadação mensal) e educação (30%) e os menores são na agricultura, indústria e comércio (0,01%). Esta carência de investimentos deve justificar o crescimento da população urbana e do setor terciário de economia, mas em contrapartida deve ser uma das causas da ausência de emprego formal assalariado na zona rural.

O município de Macaparana é composto por dois povoados: Chã de Relógio (6 Km) e Paquevira (18 Km) e três distritos: Poço Comprido (12 Km) e Nova Esperança também chamado de Lagoa Grande (12 Km) e Pirauá (dista 12 Km da sede).

Pirauá faz fronteira com o Estado da Paraíba e fica próximo de dois outros municípios, São Vicente Férrer e Timbaúba. De acordo com Moreira (1997), Silva e Oliveira (1999), Pirauá tem 1.267 habitantes, é uma comunidade rural, formada por trabalhadores rurais e/ou pequenos produtores (arrendatários, meeiros, proprietários de pequenos lotes de terra entre 10 e 15 hectares), com nível escolar primário e renda entre 1 e 2 salários mínimos.

Segundo dados da Prefeitura de Macaparana (2003), na última gestão 565 habitantes de Pirauá foram beneficiados com a construção de um sistema de esgotamento sanitário com verbas provenientes de um convênio entre a prefeitura e a Fundação Nacional de Saúde e foram construídas 16 unidades habitacionais

(divididas entre Pirauá, Sítio Ribeiro, Urucu e Poço Comprido) através de um repasse de dinheiro da Caixa Econômica Federal.

4.2 População:

A população deste estudo é composta por todos os adultos com 20 ou mais anos de idade residentes na comunidade do Pirauá, Macaparana -PE no período da coleta de dados. Desta forma, considera-se como tamanho da amostra o universo.

4.3 Desenho de Estudo

O presente trabalho foi desenvolvido nos moldes de um estudo do tipo Corte Transversal, também chamado Estudo Seccional ou de Prevalência. Rouquayrol e Almeida Filho (1999) definem o corte transversal como um estudo em que exposição e desfecho são vistos num mesmo momento do tempo. Ainda de acordo com estes autores é um tipo de estudo ideal para fornecer um "instantâneo" da situação estudada em uma área delimitada. Ou seja, é indicado para mostrar como um evento tem se comportado em uma determinada população em um dado período.

O estudo transversal é fundamentalmente descritivo, mas segundo Pereira (1999), tem potencial analítico quando possibilita tecer comparações entre grupos de

expostos e não expostos com grupos de doentes e não doentes partindo de uma hipótese científica.

As principais vantagens deste estudo são, segundo o autor anteriormente citado, simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados, facilidade na obtenção da amostra uma vez que não requer seguimento, permitir identificar casos na população e detectar grupos de risco, potencial analítico e construtor de indicadores globais e específicos de saúde. Enquanto que a maior desvantagem é a impossibilidade de determinar a seqüência temporal entre exposição e efeito.

4.4 Elenco de variáveis:

4.4.1 - Variável dependente:

- TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC):

O quadro dos TMC engloba Transtorno de Depressão, Transtornos de Ansiedade e Transtornos Somatoformes com sintomatologia de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento dificuldade de concentração e queixas somáticas como dores de cabeça, tremores ou má digestão. Os TMC serão medidos através do *Self Reporting Questionnaire - 20* (SRQ-20) que consta de 20 questões do tipo sim/não sendo 4 delas sobre sintomas físicos e 16 sobre psicoemocionais.

Na análise de dados foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa (SIM) e zero ponto para cada resposta negativa (NÃO).

POSITIVO	<i>Igual ou maior que 6 pontos</i>
NEGATIVO	<i>Até 5 pontos</i>

Observa-se que há uma discussão acerca da definição do ponto de corte uma vez que alguns autores referem haver uma maior prevalência dos TMC entre mulheres e sugerem que devem ser assentados pontos diferentes para minimizar os resultados não verdadeiros.

Uma pesquisa desenvolvida por Fleck et al (2002), mesmo trabalhando com outro instrumento de avaliação que não o SRQ-20, deparou-se com o seguinte problema: definir um ponto de corte diferenciado para homens e mulheres a fim de minimizar os resultados falso-negativos (ponto de corte alto) ou falso-positivos (ponto de corte baixo). Para explicar esta necessidade, o autor refere que as mulheres têm sintomatologia mais intensa que os homens devido a variáveis sociais como gestação, parto, jornada de trabalho, estado marital e número de filhos (Were e Sherbourne, 1992) e que os homens reagem às pressões sociais abusando de bebidas alcoólicas e com outros comportamentos anti-sociais enquanto que as mulheres reagem com depressão (Harris, Surtees, Bancroft, 1991).

Mesmo considerando a literatura que aponta a relevância do papel social da mulher contribuindo para uma maior prevalência de doenças mentais, foi feita a opção por utilizar um ponto de corte igual para homens e mulheres tendo como

base o estudo de Ludermir (2000) que utilizou a entrevista psiquiátrica como padrão-ouro.

4.4.2 - Variável Independente:

- APOIO SOCIAL GLOBAL

O apoio Social faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, valorizado e pode influir na sua saúde. O cuidado, suporte ou apoio social será mensurado através das respostas dadas ao *Medical Outcomes Study questions - Social Support Survey* (MOS-SSS) que consta de 19 questões abrangendo informações sobre apoio emocional, apoio tangível (prático), apoio afetivo, apoio de informação e companhia social (Sherbourne e Stewart, 1991). As perguntas deste instrumento podem ser respondidas de cinco maneiras diferentes: Nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes e Sempre. Na análise de dados serão atribuídos escores para cada resposta variando entre 1 e 5 pontos respectivamente e que somados poderão totalizar até 100 pontos. O valor zero será atribuído a algum item não respondido.

A pontuação encontrada para o Apoio Social será classificada da seguinte forma:

0 a 33 pontos :	Baixo Apoio Social
34 ao máximo:	Alto Apoio Social

É possível também analisar as frações do apoio social de acordo com a categorização que ele recebe no MOS-SSS:

1. Apoio Emocional:

Contempla as questões abaixo:

- Alguém que você conta para escutar você quando quer falar;
- Alguém em quem confia ou fala sobre si mesmo ou seus problemas;
- Alguém que compartilha de suas preocupações e seus medos;
- Alguém que entende os seus problemas.

As 4 questões de apoio emocional têm como escores possíveis de 0 a 20 pontos. Assim, obedecendo ao mesmo critério de pontuação anteriormente citado, tem-se:

	0 a 10 pontos :	Baixo Apoio Social Emocional
	11 ao máximo:	Alto Apoio Social Emocional

2. Apoio de Informação:

As questões de apoio de informação são:

- Alguém que lhe dá conselhos sobre alguma coisa;
- Alguém que lhe dá informação para que você possa entender diferentes situações;
- Alguém de quem o conselho você realmente quer;
- Alguém que lhe dá um conselho para um problema particular.

4 questões com escores possíveis de 0 a 20 pontos.

0 a 10 pontos : Baixo Apoio Social de Informação

11 ao máximo: Alto

3. Apoio Tangível ou instrumental:

As questões que abrangem este tipo de apoio são:

- Alguém que ajuda quando está acamado;
- Alguém que lhe acompanha para o médico quando você precisa;
- Alguém que prepara suas refeições se você não pode;
- Alguém que faça sua tarefa diária quando você está doente.

4 questões que podem ser assim classificadas com escores possíveis de 0 a 20:

0 a 10 pontos : Baixo Apoio Social Tangível

11 ao máximo: Alto Apoio Social Tangível

4. Apoio Afetivo:

As perguntas são:

- Alguém que lhe mostra amor ou afeto;
- Alguém que lhe abraça;
- Alguém que lhe ama e lhe faz sentir amado.

3 questões com escores de 0 a 15 pontos.

0 a 08 pontos : Baixo Apoio Social Afetivo

09 ao máximo: Alto Apoio Social Afetivo

5. Apoio de Companhia ou Interação Social:

As questões são:

- Alguém com quem você se diverte;
- Alguém que possa sentar com você e juntos possam relaxar;
- Alguém com quem você faz coisas agradáveis.
- Alguém que faz algo com você para ajudar você a distrair a cabeça.

Pontuação entre 0 e 20:

0 a 10 pontos : Baixo Apoio Social de Interação

11 ao máximo: Alto Apoio Social de Interação

4.4.3 Co-Variáveis:

4.4.3.1- Variáveis Demográficas:

- SEXO

- Homem
- Mulher

- IDADE: Em anos completos

- 20 – 39
- 40 – 59
- 60 e +

- PESSOAS POR DOMICÍLIO: Relatado pelo pesquisado incluindo o próprio

- 1 a 4 pessoas
- 5 a 8 pessoas
- 9 ou mais pessoas

- ESTADO CIVIL:

- Casado (a)
- Solteiro (a)
- Divorciado(a) /separado(a)/ viúvo(a)

- PRESENÇA DE COMPANHEIRO (A):

- Sim
- Não

4.4.3.2- Variáveis Sócio-Econômicas:

- ESCOLARIDADE: cursada em instituição de ensino

- Ensino médio e superior
- Ensino fundamental
- Analfabeto

- PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:
 - Trabalha (considerados como os empregados e que têm remuneração)
 - Não Trabalha (considerados como os não empregados mesmo que tenham remuneração).

- RENDA POR PESSOA DO DOMICÍLIO: Renda média mensal do domicílio em reais dividida pela quantidade de pessoas residentes.
 - Mais de R\$ 75,00 por pessoa
 - Entre R\$ 50,00 e R\$ 75,00 por pessoa
 - Menos de R\$ 50,00

4.4.3.3- Outras Variáveis:

- SENSAÇÃO PLENA DE FELICIDADE: Sente-se muito feliz
 - Sim
 - Não

- SATISFAÇÃO PLENA COM A VIDA: Sente-se muito satisfeito
 - Sim
 - Não

4.5. Procedimento e Instrumentos de Coleta de dados

Os dados foram coletados por 10 estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco auxiliados por 4 agentes comunitários do Pirauá entre as datas de 12 a 14 de dezembro de 1999 e de 03 a 08 de janeiro de 2000. Os entrevistadores foram treinados para a execução do questionário que foi aplicado em todos os domicílios da comunidade estudada.

O instrumento aplicado traz consigo questões referentes à saúde geral e condições sócio-econômicas da população juntamente com o SRQ-20 para detectar problemas não-psicóticos e também o MOS-SSS para verificar o apoio social recebido. Para se chegar à forma final do questionário foi feito um estudo piloto com os entrevistadores.

4.6 Processamento de dados

Os dados foram digitados no programa EPI-INFO versão 6.0 com entrada dupla de dados. Posteriormente foi realizado o comando *Validate*. A análise estatística dos dados foi realizada no programa Stata versão 6.0 para Windows.

4.7 Plano de descrição e análise

Além da descrição da população pelas variáveis, uma das análises realizadas neste trabalho foi a estimativa da prevalência global de Transtorno Mental Comum em Pirauá, ou seja, verificou-se o evento na população independentemente do apoio social recebido. Também foi averiguada a razão de produtos cruzados (odds ratio) como estimativa do risco simples e ajustada pelas variáveis potencialmente confundidoras. A medida de significância utilizada foi o Qui-quadrado de Mantel Haenszel (χ^2) além do p-valor, considerando o Intervalo de Confiança padrão de 95% (IC). No que diz respeito as variáveis potencialmente confundidoras, foi feita a análise multivariada na forma de regressão logística com procedimento stepwise forward que permitiu analisar a independência da associação dos TMC com o apoio social.

4.8 Considerações Éticas

Esta pesquisa não acarretou qualquer forma de prejuízo ou benefício na forma de remuneração ao entrevistado que foi, no momento da coleta de dados, esclarecido sobre seus objetivos e procedimentos.

Os questionários continham um termo de consentimento livre e esclarecido assinado ou identificado por impressão dactiloscópica pelo entrevistado onde o

mesmo se compromete a participar da pesquisa como voluntário depois de ter sido explicado pelo entrevistador os objetivos da pesquisa assim como seus riscos e benefícios.

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos mediante os meios que se façam possíveis e necessários respeitando o caráter de cientificidade dos mesmos.

5. RESULTADOS:

Em um universo de 500 moradores domiciliados na comunidade do Pirauá em Macaparana na zona da mata de Pernambuco no momento de coleta de dados, entre dezembro de 2000 e janeiro de 2001, apenas uma pessoa recusou-se a participar do estudo que teve, além desta, mais 16 perdas por motivo de incapacidade em responder as questões (surdez, deficiência mental, outros). Uma vez contabilizadas as perdas (3,46%), o estudo conta com 483 pesquisados.

Tabela 1: Distribuição da amostra por variáveis demográficas

<i>Variáveis</i>	<i>N=483</i>	<i>%</i>
Sexo		
Homem	200	41,41
Mulher	283	58,59
Idade ⁽¹⁾		
20 a 39 anos	180	37,58
40 a 59 anos	173	36,12
60 e mais anos	126	26,30
Pessoas por domicílio ⁽²⁾		
1 a 4	229	47,51
5 a 8	213	44,19
9 e mais	40	8,30
Estado Civil ⁽³⁾		
Casado	268	55,60
Solteiro	150	31,12
Divorciado/Separado/Viúvo	64	13,28
Presença de Companheiro(a) ⁽⁴⁾		
Sim	339	70,62
Não	141	29,38

⁽¹⁾ Valores perdidos = 4

⁽²⁾ Valores perdidos = 1

⁽³⁾ Valores perdidos = 1

⁽⁴⁾ Valores perdidos = 3

Considerando as variáveis demográficas (Tabela 1), a população do estudo é composta por 283 (58,59%) mulheres e 200 (41,41%) homens. A idade distribui-se em três grupos, nestes há 180 (37,58%) pessoas com idade entre 20 e 39 anos, 173 (36,12%) pessoas entre 40 e 59 anos e 126 (26,30%) com 60 ou mais anos de idade. Com relação à quantidade de pessoas por domicílio foi observado que 229 (47,51%) residências são habitadas por 1 a 4 pessoas, 213 (44,19%) por 5 a 8 e 40 (8,30%) por 9 ou mais pessoas. Os casados no momento da pesquisa, 268, representam 55,60% da população estudada. Os 150 solteiros no período, 31,12% e os separados, divorciados ou viúvos, num total de 64, respondem por 13,28% da amostra. Com relação à presença de esposo (a) ou companheiro (a), 339 pessoas ou 70,62% responderam sim e 141 ou 29,38% responderam não.

Tabela 2: Distribuição da amostra por variáveis Sócio-econômicas

<i>Variáveis</i>	<i>N=483</i>	<i>%</i>
Escolaridade ⁽¹⁾		
Ensino médio e mais	61	12,68
Ensino Fundamental	222	46,15
Analfabeto	198	41,16
Participação no mercado de Trabalho ⁽²⁾		
Trabalha	222	46,06
Não Trabalha	260	53,94
Renda por pessoa do domicílio ⁽³⁾		
Mais de R\$ 75,00 por pessoa	99	21,66
Entre R\$ 50,00 e R\$ 75,00 por pessoa	127	27,79
Menos de R\$ 50,00	231	50,55

⁽¹⁾ Valores perdidos = 2

⁽²⁾ Valores perdidos = 1

⁽³⁾ Valores perdidos = 26

Observando as variáveis sócio-econômicas (Tabela 2) verifica-se que a maioria dos pesquisados no momento do estudo era analfabeta, 198 pessoas (41,16%), ou pararam de estudar no ensino fundamental, 222 (46,15%). Dos demais, 61 (12,68%) chegaram ao ensino médio ou superior. Os que têm participação ativa no mercado de trabalho, 222, representam 46,06% contra os inativos que somam 260 (53,94%). Quando questionadas sobre a renda do domicílio verificou-se que 25,11% ou 115 pessoas relataram que o total da renda é menor que 1 salário mínimo (na época da coleta de dados o salário mínimo era R\$ 136,00). Com a renda variando entre 1 e 2 salários havia 238 pessoas (51,97%), entre 2 e 3 salários mínimos havia 46 pessoas (10,04%) e 59 pessoas (12,88%) com renda acima de 3 salários mínimos. Os que não souberam informar (21 pessoas) foram considerados como valores perdidos.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo sensação plena de felicidade

<i>Variável</i>	<i>N=483</i>	<i>%</i>
Sensação de felicidade		
Sim	196	41,09
Não	281	58,91

Valores perdidos = 6

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo satisfação plena com a vida

<i>Variável</i>	<i>N=483</i>	<i>%</i>
Satisfação com a vida		
Sim	256	53,67
Não	221	46,33

Valores perdidos = 6

Quanto ao sentimento pleno de felicidade (Tabela 3), 196 pessoas ou 41,09% responderam que se consideravam muito felizes, enquanto que 281 (58,91%) responderam algo diferente disto. Semelhante ao que aconteceu com a felicidade, o questionamento da satisfação plena com a vida (Tabela 4) foi respondido da seguinte forma: 256 (53,67%) consideram-se muito satisfeitos com suas vidas e 221 (46,33%) não se consideram tão satisfeitos.

O apoio social recebido (Tabela 5) pode ser dividido em apoio global e em frações e classificado em alto ou baixo. No apoio social global havia 342 indivíduos (72,46%) que recebiam alto apoio e 130 (27,54%) com baixo apoio. Nas frações observa-se que 441 pessoas (92,45%) tinham alto apoio tangível e 36 (7,55%) tinham baixo apoio; 427 pessoas (89,52%) tinham alto apoio afetivo ao passo que havia 50 (10,48%) com baixo apoio; 390 pessoas (81,59%) contavam com alto apoio de companhia social contra 88 (18,41%) que não dispunham deste tipo de suporte; 400 pessoas com (84,03%) alto apoio emocional e 76 (15,97%) baixo e ainda 381 (80,55%) com alto e 92 (19,45%) com baixo apoio de informação.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o Apoio Social recebido.

<i>Variáveis</i>	<i>N=483</i>	<i>%</i>
Apoio Social Global ⁽¹⁾		
Alto	342	72,46
Baixo	130	27,54
Apoio Tangível ⁽²⁾		
Alto	441	92,45
Baixo	36	7,55
Apoio Afetivo ⁽³⁾		
Alto	427	89,52
Baixo	50	10,48
Apoio de Companhia social ⁽⁴⁾		
Alto	390	81,59
Baixo	88	18,41
Apoio Emocional ⁽⁵⁾		
Alto	400	84,03
Baixo	76	15,97
Apoio de Informação ⁽⁶⁾		
Alto	381	80,55
Baixo	92	19,45

⁽¹⁾ Valores Perdidos =11

⁽²⁾ Valores Perdidos =6

⁽³⁾ Valores Perdidos =6

⁽⁴⁾ Valores Perdidos =5

⁽⁵⁾ Valores Perdidos =7

⁽⁶⁾ Valores Perdidos =10

A distribuição da amostra para os transtornos mentais comuns (Tabela 6) mostra que 309 pessoas (63,98%) foram diagnosticadas como SRQ-negativo e 174 (36,03%) como SRQ-positivo.

Tabela 6: Distribuição da amostra para os Transtornos Mentais Comuns

<i>Variável</i>	<i>N=483</i>	<i>%</i>
TMC		
Negativo	309	63,98
Positivo	174	36,03

A prevalência dos transtornos mentais comuns em uma análise não ajustada (*odds ratio* simples) pelas variáveis demográficas e sócio-econômicas, pela sensação plena de felicidade e satisfação com a vida e também pelo apoio social recebido, é apresentada nas tabelas 7, 8 e 9 respectivamente.

Tabela 7: Prevalência dos TMC por variáveis demográficas e sócio-econômicas

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>CASOS</i>	<i>%</i>	<i>OR (IC95%)</i>	<i>P</i>
Sexo					
Homem	200	49	24,50	1,00	
Mulher	283	125	44,17	2,43(1,64-3,63)	<0,01
Idade					
20 a 39 anos	180	49	27,22	1,00	
40 a 59 anos	173	75	43,35	2,05(1,31-3,19)	
60 e mais anos	126	49	38,89	1,70(1,04-2,76)	<0,01
Pessoas por domicílio					
1 a 4	229	80	34,93	1,00	
5 a 8	213	77	36,15	1,05(0,71-1,55)	
9 e mais	40	17	42,50	1,38(0,69-2,72)	0,66
Estado Civil					
Casado	268	92	34,33	1,00	
Solteiro	150	45	30,00	0,82(0,53-1,26)	
Divorciado/Separado/Viúvo	65	37	56,92	2,62(1,50-4,57)	<0,01
Presença de Companheiro					
Sim	339	116	34,22	1,00	
Não	141	58	41,13	1,34(0,90-2,01)	0,15
Escolaridade					
Ensino médio e mais	61	12	19,67	1,00	
Ensino fundamental	222	82	36,94	2,39(1,20-4,76)	
Analfabeto	198	79	39,90	2,71(1,35-5,41)	0,01
Participação no mercado de trabalho					
Trabalha	222	60	26,91	1,00	
Não trabalha	260	114	43,85	2,12(1,44-3,11)	<0,01
Renda por pessoa do domicílio					
Mais de R\$ 75,00 por pessoa	121	33	27,27	1,00	
Entre R\$ 50,00 e R\$ 75,00 por pessoa	105	37	35,24	1,45(0,82-2,56)	
Menos de R\$ 50,00	231	98	42,42	1,96(1,21-3,16)	0,01

As mulheres (Tabela 7) apresentam uma probabilidade quase duas vezes e meia maior de ter TMC que os homens (OR=2,43). Também a idade e o estado civil contribuem para aumentar a chance de ter TMC sendo que o grupo mais afetado destas variáveis é o de adultos entre 40 e 59 anos de idade e de divorciados, separados ou viúvos. A escolaridade baixa, a não participação no mercado de trabalho e a menor renda por pessoa igualmente afetam a saúde mental. Pessoas que relataram não estar plenamente felizes e/ou satisfeitos com a vida (Tabela 8) aparecem com maior prevalência de transtornos mentais comuns.

Tabela 8: Prevalência dos TMC segundo sensação plena de felicidade e satisfação com a vida

<i>Variável</i>	<i>N=483</i>	<i>CASOS</i>	<i>%</i>	<i>OR (IC95%)</i>	<i>P</i>
Sensação de Felicidade					
Sim	196	50	25,51	1,00	
Não	281	123	43,77	2,27(1,53-3,39)	<0,01
Satisfação com a vida					
Sim	256	68	26,56	1,00	
Não	221	106	47,96	2,55(1,74-3,74)	<0,01

A prevalência dos TMC aumenta de acordo com a ausência ou pouca manifestação/sentimento de apoio social (Tabela 9). A probabilidade é duas vezes maior em pessoas que contam com baixo apoio social global (OR= 2,23) podendo ser até quatro vezes maior (OR= 3,94) quando restrito ao apoio do tipo afetivo.

Tabela 9: Prevalência dos TMC segundo o apoio social recebido com OR simples.

<i>Variável</i>	<i>N=483</i>	<i>CASOS</i>	<i>%</i>	<i>OR (IC95%)</i>	<i>P</i>
Apoio Social Global					
Alto	342	106	30,99	1,00	
Baixo	130	65	50,00	2,23(1,47-3,37)	<0,01
Apoio tangível					
Alto	441	154	34,92	1,00	
Baixo	36	19	52,78	2,08(1,05-4,12)	0,03
Apoio Afetivo					
Alto	427	141	33,02	1,00	
Baixo	50	33	66,00	3,94(2,12-7,31)	<0,01
Apoio de Companhia Social					
Alto	390	125	32,05	1,00	
Baixo	88	49	55,68	2,66(1,66-4,27)	<0,01
Apoio Emocional					
Alto	400	141	35,25	1,00	
Baixo	76	32	42,11	1,34(0,81-2,20)	0,25
Apoio de Informação					
Alto	381	134	35,17	1,00	
Baixo	92	38	41,30	1,30(0,81-2,07)	0,27

A associação entre apoio social e as referidas variáveis encontra-se nas tabelas 10 e 11. Existe uma significância estatística entre apoio social recebido e idade (Tabela 10) uma vez que os mais jovens (20 a 39 anos) têm apoio social mais alto (80%). As pessoas que dividem os domicílios com um número médio de pessoas (5 a 8) têm maior apoio (76,08%) já as que têm menor escolaridade (analfabetos) e são inativos economicamente referiram receber menos apoio social (38,10% e 33,46%).

Tabela 10: Associação do apoio social recebido com variáveis demográficas e sócio-econômicas.

<i>Variável</i>	<i>Apoio Social</i>	
	<i>Alto</i>	<i>Baixo</i>
Sexo		
Homem	142 (73,20%)	52 (26,80%)
Mulher	200 (71,94%)	78 (28,06%)
Valor de P = 0,764		
Idade		
20 a 39 anos	144 (80,00%)	36 (20,00%)
40 a 59 anos	128 (75,74%)	41 (24,26%)
60 e mais anos	68 (57,14%)	51 (42,86%)
Valor de P <0,001		
Pessoas por domicílio		
1 a 4	161 (72,20%)	62 (27,80%)
5 a 8	159 (76,08%)	50 (23,92%)
9 e mais	22 (56,41%)	17 (43,59%)
Valor de P= 0,040		
Estado Civil		
Casado	194 (73,76%)	69 (26,24%)
Solteiro	107 (73,79%)	38 (26,21%)
Divorciado/Separado/Viúvo	41 (64,06%)	23 (35,94%)
Valor de P= 0,271		
Presença de Companheiro		
Sim	241 (72,81%)	90 (27,19%)
Não	100 (71,94%)	39 (28,06%)
Valor de P= 0,848		
Escolaridade		
Ensino médio e mais	54 (88,52%)	7 (11,48%)
Ensino fundamental	170 (76,92%)	51 (23,08%)
Analfabeto	117 (61,90%)	72 (38,10%)
Valor de P <0,001		
Participação no mercado de trabalho		
Trabalha	173 (79,36%)	45 (20,64%)
Não trabalha	169 (66,54%)	85 (33,46%)
Valor de P= 0,002		
Renda por pessoa do domicílio		
Mais de R\$ 75,00 por pessoa	90 (75,63%)	29 (24,37%)
Entre R\$ 50,00 e R\$ 75,00 por pessoa	75 (73,53%)	27 (26,47%)
Menos de R\$ 50,00	162 (71,68%)	64 (28,32%)
Valor de P= 0,730		

Tabela 11: Associação do apoio social recebido com sensação plena de felicidade e satisfação com a vida.

<i>Variável</i>	<i>Apoio Social</i>	
	<i>Alto</i>	<i>Baixo</i>
Sensação de felicidade		
Sim	152 (77,95%)	43 (22,05%)
Não	189 (68,48%)	87 (31,52%)
Valor de P = 0,024		
Satisfação com a vida		
Sim	205 (80,71%)	49 (19,29%)
Não	136 (62,67%)	81 (37,33%)
Valor de P < 0,001		

Os entrevistados que afirmaram sentir-se plenamente felizes (77,95%) e satisfeitos com suas vidas (80,71%) apresentaram alto apoio social (Tabela11).

A partir da análise univariada, foram selecionadas as variáveis estatisticamente significantes, tanto para os TMC quanto para o apoio social, para compor o modelo logístico. A análise multivariada para controle do confundimento (tabelas 13 e 14) considerou as variáveis associadas com os TMC e entre si. As variáveis apoio social global, idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade e satisfação plena com a vida foram ajustadas por cada uma delas. O resultado final mostrou que as variáveis apoio social global ($p=0,01$), idade ($p=0,01$), participação no mercado de trabalho ($p=0,00$) e satisfação plena com a vida ($p=0,00$) mantiveram-se estatisticamente significantes mesmo quando ajustadas por todas as demais.

Tabela 12: Odds Ratio simples e ajustado por apoio social global, idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade e satisfação plena com a vida para as variáveis estatisticamente significantes associadas aos TMC.

<i>Variáveis</i>	<i>OR</i> ¹	<i>OR</i> ²	<i>OR</i> ³	<i>OR</i> ⁴	<i>OR</i> ⁵	<i>OR</i> ⁶	<i>OR</i> ⁷	<i>OR</i> ⁸
Apoio Social Global								
Alto	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Baixo	2,23 (1,47-3,36)		2,25 (1,47-3,50)	2,08 (1,36-3,17)	2,03 (1,33-3,09)	2,11 (1,39-3,22)	1,89 (1,23-2,90)	1,80 (1,15-2,85)
Valor de p	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Idade								
20 a 39 anos	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
40 a 59 anos	2,05 (1,31-3,19)	2,00 (1,27-3,15)		1,81 (1,14-2,87)	2,09 (1,33-3,30)	2,14 (1,36-3,39)	2,24 (1,41-3,55)	2,07 (1,26-3,40)
60 e mais anos	1,70 (1,05-2,77)	1,51 (0,91-2,51)		1,45 (0,85-2,47)	1,41 (0,86-2,33)	1,89 (1,14-3,12)	1,80 (1,09-2,97)	1,25 (0,70-2,23)
Valor de p	0,00	0,01		0,03	0,00	0,00	0,00	0,01
Escolaridade								
Ensino médio e mais	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00
Ensino fundamental	2,39 (1,20-4,76)	2,18 (1,09-4,37)	2,12 (1,05-4,26)		2,12 (1,06-4,27)	2,29 (1,14-4,60)	2,76 (1,36-5,58)	1,89 (0,90-3,96)
Analfabeto	2,71 (1,37-5,42)	2,32 (1,15-4,71)	2,23 (1,06-4,66)		2,25 (1,11-4,56)	2,72 (1,35-5,50)	2,96 (1,46-6,01)	1,78 (0,81-3,89)
Valor de p	0,01	0,04	0,06		0,05	0,01	0,00	0,21

¹ OR simples, ² ajustado por apoio social global, ³ ajustado por idade, ⁴ ajustado por escolaridade, ⁵ ajustado por participação no mercado de trabalho, ⁶ ajustado por sensação plena de felicidade, ⁷ ajustado por satisfação plena com a vida, ⁸ ajustado por todas as variáveis.

Tabela 13: Odds Ratio simples e ajustado por apoio social global, idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade e satisfação plena com a vida para as variáveis estatisticamente significantes associadas aos TMC.

<i>Variáveis</i>	<i>OR</i> ¹	<i>OR</i> ²	<i>OR</i> ³	<i>OR</i> ⁴	<i>OR</i> ⁵	<i>OR</i> ⁶	<i>OR</i> ⁷	<i>OR</i> ⁸
Participação no mercado de trabalho								
Trabalha	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00
Não trabalha	2,12 (1,44-3,11)	2,05 (1,38-3,04)	2,17 (1,45-3,24)	1,99 (1,35-2,95)		2,07 (1,40-3,07)	1,98 (1,34-2,94)	1,97 (1,29-3,02)
Valor de p	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00
Sensação plena de felicidade								
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00
Não	2,27 (1,53-3,39)	2,11 (1,41-3,17)	2,40 (1,59-3,60)	2,30 (1,53-3,44)	2,22 (1,49-3,33)		1,52 (0,95-2,43)	1,45 (0,87-2,41)
Valor de p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,07	0,15
Satisfação plena com a vida								
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00
Não	2,55 (1,74-3,74)	2,32 (1,57-3,44)	2,72 (1,84-4,03)	2,68 (1,81-3,96)	2,39 (1,62-3,52)	2,09 (1,34-3,27)		2,09 (1,08-3,43)
Valor de p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

¹ OR simples, ² ajustado por apoio social global, ³ ajustado por idade, ⁴ ajustado por escolaridade, ⁵ ajustado por participação no mercado de trabalho, ⁶ ajustado por sensação plena de felicidade, ⁷ ajustado por satisfação plena com a vida, ⁸ ajustado por todas as variáveis.

6. DISCUSSÃO:

Os resultados do presente trabalho apontaram associações entre os fatores demográficos e sócio-econômicos além da sensação plena de satisfação e de felicidade e o apoio social e conseguiram revelar informações dos TMC numa realidade bastante singular da Zona da Mata pernambucana e assinalar a importância do apoio social para minimizar a prevalência do evento.

Como outros estudos de prevalência do tipo inquérito domiciliar, este trabalho poderia estar sujeito a vieses como de seleção, de entrevistador, de informação e erros na classificação dos TMC além dos fatores de confundimento.

Para minimizar o viés de seleção foi utilizado o universo maior de 20 anos de Pirauá e para o de informação foi feito o treinamento dos entrevistadores e realização de questionário piloto, que também serviu para testar a aplicabilidade das questões, além da checagem das respostas referentes à renda e ao estado civil.

A renda poderia ser alterada pelo desconhecimento, esquecimento ou tentativa de demonstrar uma melhor ou pior condição de vida por parte do pesquisado, então com o objetivo de confirmar o que foi dito verificou-se, no momento da análise de dados, a resposta de outros moradores pesquisados que viviam no mesmo domicílio. Esta medida não foi plenamente satisfatória uma vez que tal cuidado deveria ter sido tomado no momento da coleta. Também algumas pessoas

poderiam ter respondido o estado civil baseando-se na legalização da união desta forma foi questionada também a presença de companheiro, mas os resultados diferiam pouco apontando alta concordância das respostas.

Para chegar ao resultado de TMC foi adotado o Self reporting questionnaire (SRQ-20) que é um instrumento já validado no Brasil com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (Mari e Williams, 1986) e em Pernambuco com sensibilidade de 62% e especificidade de 80% (Ludermir, 2000). A regressão logística serviu para verificar a influência das variáveis de confundimento no modelo. A associação entre TMC e apoio social manteve-se mesmo quando ajustada por todas as variáveis (tabelas 12 e 13).

Esta pesquisa foi realizada a partir do banco de dados de um outro estudo que teve outros objetivos que não somente saúde mental. Se por um lado isso foi bastante positivo no que se refere ao ganho de tempo, praticidade e viabilidade financeira, por outro, a não coleta de dados considerados importantes para a investigação foi o maior problema encontrado como no caso das condições de trabalho e dos Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE) que segundo vários autores relacionam-se com os TMC e o apoio social (Sherbourne, C.D, 1988; Tijhuis, M.A.R *at al*, 1995; Courtinho, E.S.F, 1995).

A prevalência dos TMC foi de 36% estando próxima à encontrada em áreas urbanas considerando estudo realizado em Olinda, Pernambuco, 35% (Ludermir e Melo Filho, 2002). Macaparana onde se situa Pirauá é predominantemente

urbana, segundo dados do Censo 2000 do IBGE, mantendo ainda algumas características rurais da cultura de cana-de-açúcar. Ainda assim, mesmo se for pensada como área rural e descontadas as diferenças das realidades regionais, mantém a prevalência dos TMC encontrada em sua população próxima à referenciada na literatura de aproximadamente 38% (Faria et al, 1999) em área rural do Rio Grande do Sul.

São considerados fatores associados aos TMC o sexo, a idade, a raça, os fatores socioeconômicos, a situação conjugal, os eventos vitais, o apoio social, a residência, a ocupação e outros. Lima (1999), baseando-se nas pesquisas citadas no início deste trabalho (ECA-NIMH / NCS / OPCS/ Multicêntrico brasileiro de morbidade psiquiátrica), afirma que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão que os homens, entretanto o fator de risco não seria o sexo por si só, mas o ambiente social e cultural da mulher. Quanto à idade o autor analisa que esta também não seja um fator de risco isoladamente. Fatores sociais teriam diferentes proporções e importâncias de acordo com a idade e também a predisposição biológica para a doença aumentaria com o passar do tempo. Pessoas com baixa escolaridade e baixa renda apresentam mais transtornos mentais. O mesmo acontece com pessoas divorciadas ou separadas quando comparadas às solteiras e casadas. O número de pessoas residentes em uma mesma casa funciona, segundo o autor, como fator de proteção talvez devido à existência de maior apoio social.

Lima, no mesmo trabalho, ao analisar os fatores de risco afirma ainda que itens como baixa escolaridade, especialmente analfabetismo, podem causar estresse em longo prazo e sugere que, se fosse proporcionada a toda população a educação superior reduzir-se-ia à metade o risco de desenvolver TMC. Por fim, ele diz também que a residência urbana e o desemprego relacionam-se à alta ocorrência de depressão.

Muitos dos achados deste estudo concordam com o que foi apontado por Lima (1999) mesmo em populações tão distintas. Este estudo (ver tabela 7) chegou ao resultado de que as mulheres (OR 2,43) quando comparadas aos homens, os que têm idade intermediárias (OR 2,05) quando comparados aos mais jovens, os analfabetos (OR 2,71) quando comparados aos que chegaram ao ensino médio ou mais, os que têm renda por pessoa do domicílio abaixo de R\$50,00 por mês (OR 1,96) quando comparados aos de renda superior a R\$ 75,00 e os divorciados, separados ou viúvos (OR 2,62) quando comparados aos solteiros têm maior chance de ter TMC. Com relação à quantidade de pessoas por domicílio, este estudo não encontrou relação de significância estatística com a prevalência dos TMC o que pode ter acontecido porque, se por um lado dividir o espaço físico com muitas pessoas pode significar um alto apoio social, por outro pode também representar uma redução da privacidade que, em longo prazo, seria um fator estressante.

Considerando que alguns dos fatores de risco apontados por Coutinho, Almeida-Filho e Mari (1999) para os TMC implicam em descontentamento pessoal e com a vida (desemprego, nível sócio-econômico e situação conjugal) era esperado que houvesse uma associação entre prevalência de TMC e satisfação e TMC e felicidade. Assim, pessoas não satisfeitas com suas vidas apresentaram uma chance de ter TMC maior que os plenamente satisfeitos (OR 2,55) e também os não felizes apresentaram uma chance maior que os plenamente felizes (OR 2,27) em apresentar transtornos mentais comuns.

Muitos dos estudos referidos na introdução deste trabalho mostram que o apoio social habilita o indivíduo a lidar com os eventos e condições estressoras funcionando, desta forma, como agente protetor contra os transtornos mentais comuns.

Em análise univariada (tabela 9) foi visto que pessoas com baixo apoio social do tipo global apresentam uma chance 2,23 vezes maior (IC 95% 1,47-3,37) de ter TMC que os que contam com alto apoio deste tipo. Associaram-se ao apoio social (ver tabela 10) a idade, o número de pessoas por domicílio, a escolaridade, a participação no mercado de trabalho, a satisfação com a vida e a sensação de felicidade, ou seja, pessoas mais jovens, cujas residências abrigam entre 5 e 8 pessoas, que chegaram ao ensino médio ou foram além, que trabalham e sentem-se satisfeitos e felizes têm maior apoio social e, concordando com Valla (1999) ao citar Cassell (1976), encontram coerência em suas vidas ao poder controlá-las o

que, em consequência, afeta positivamente a saúde convergindo para uma menor prevalência de TMC.

A análise multivariada (tabelas 12 e 13) mostra que as pessoas com baixo apoio social têm 1,80 vezes (IC 95% 1,15-2,85) mais chance de apresentar TMC que os que têm alto apoio mesmo quando ajustada por idade, escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade e satisfação plena com a vida.

Duas hipóteses tentam explicar a ação do apoio social. Uma assinala um efeito de interatividade entre o apoio e os diferentes níveis de estresse onde o primeiro minimizaria o segundo (*buffering hypothesis*) e outra (*positive effects hypothesis*) relata que relacionamentos provedores de apoio promovem bem-estar mesmo na ausência de estresse (Sherman, 2003).

De qualquer forma, saber-se amado e cuidado e ter amigos íntimos e confidentes está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, melhor adaptação a circunstâncias particulares de estresse e menores efeitos dos EVPE que, embora não possam ser evitados, teriam menores consequências.

Analisando as cinco frações do apoio social foi percebido que a associação entre o apoio tangível, o afetivo e o de companhia social com os TMC foi estatisticamente significativa (tabela 9). Também foi averiguado que todas as

frações estiveram associadas ao apoio social global (ver anexo: tabela A) e por isso as três frações citadas foram analisadas de forma multivariada com a finalidade de compreender a influência de outros fatores na associação.

O apoio tangível perdeu sua significância quando ajustado por escolaridade, participação no mercado de trabalho, sensação plena de felicidade, satisfação plena com a vida e por todas as variáveis. Isso pode ter acontecido porque há poucas pessoas com baixo apoio tangível o que faria com que a variável não suportasse um ajuste por tantas co-variáveis. Ao contrário, o apoio afetivo e o de companhia social mantiveram-se significantes mesmo quando ajustados por todas as variáveis embora tenham apresentado intervalos de confiança amplos que indicam a necessidade de uma amostra maior (ver anexo: tabela B).

Em algumas situações específicas de vida ou momentos de crise as frações de apoio ganham maior relevância. Sobre apoio tangível, Tijhuis et al (1995) dizem que ele se torna mais relevante quando o evento produtor de estresse é ligado as atividades do dia-a-dia. Eles consideram o apoio de companhia como uma influência positiva mais geral frente a fatores de estresse inespecíficos e pensam que o suporte emocional é o mais importante quando o evento estressante é desconhecido, não ocorre freqüentemente ou não se relaciona com a causa imaginada.

Voltando o pensamento para Pirauá, Macaparana e a Zona da Mata pernambucana como um todo é possível entender a importância do apoio social na vida dos moradores que convivem com tamanhas dificuldades. Pirauá é um distrito separado 12 Km da sede da cidade caracterizado pelo isolamento e distanciamento de outras realidades, com apenas oito ruas de ladeiras cujo transporte ligando ao centro não é oferecido durante a noite, não tem opções de lazer e trabalho, onde as pessoas vivem sem maiores expectativas de sucesso profissional e pessoal dependo da sazonalidade da cana-de-açúcar que movimenta toda economia local e dita a rotina da população.

Em um lugar assim, tudo contribui para o surgimento de transtornos de ansiedade, depressão e somatizações e a solução é a integração com outras pessoas para vencer as dificuldades cotidianas e íntimas, desta forma quem não pode contar com o apoio social fica ainda mais suscetível e tem maiores chances de ter TMC.

Valla (1999), ao citar Minkler (1985) e Cassell (1974), defende que a sensação de não poder controlar a própria vida e o isolamento influem maleficamente na saúde e que o “*empowerment*”, isto é, o processo pelo qual os indivíduos em grupos sociais e organizações passam a ganhar mais controle sobre seus destinos, traria melhorias para a saúde física, mental e emocional.

Assim, é importante investir em redes de apoio social com a criação de grupos de “cuidado social” onde o indivíduo receba informação sobre os mais diversos assuntos e tenha atividades recreativas que promovam interação com os demais membros priorizando o envolvimento comunitário para aumentar a confiança pessoal, a satisfação com a vida e o poder de enfrentamento dos problemas.

7. CONCLUSÕES:

- A população de Pirauá é formada por uma maioria de mulheres, pessoas jovens, casadas ou que têm companheiro (a), com ensino fundamental, que não trabalham, têm uma renda domiciliar por pessoa inferior a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por mês, que não se sentem felizes, mas se dizem satisfeitos com a vida;
- A maior parte das pessoas pesquisadas percebe alto apoio social seja ele global ou na forma das frações (tangível, afetivo, de companhia social, emocional, de informação);
- Aproximadamente 36% da população de Pirauá tem TMC;
- A prevalência dos TMC é maior em mulheres, pessoas com idade entre 40 e 59 anos, divorciadas, separadas ou viúvas, que são analfabetas, não trabalham, tem uma renda domiciliar por pessoa inferior a R\$ 50,00, que não se consideram felizes e nem satisfeitos;
- Pessoas com apoio social baixo (global, tangível, afetivo, de companhia social) têm maiores chances de ter TMC;
- Quem é mais jovem, divide a residência com um número médio de pessoas (5 a 8), tem melhor escolaridade (ensino médio e mais), trabalha e sente-se satisfeito com a vida tem mais apoio social;
- Pessoas com baixo apoio social têm mais chance de ter TMC independentemente da idade, da escolaridade, de trabalhar ou não, de ser feliz ou não e de estar ou não satisfeito com sua vida.

8. REFERÊNCIAS:

1. ALMEIDA FILHO, N. **The psychosocial costs of development: Labour migrations and stress in Bahia.** Brazil Latin Am Ver, 17:91-118, 1982
2. BALLONE, G.J. **Perguntas sobre a depressão.** PsiWeb Psiquiatria Geral. Disponível em sites.uol.com.br/gballone/voce/dep.html#1 acesso em 10/11/02.
3. _____. **Transtorno Somatomorfos – DSM VI- Parte 1.** PsiWeb Psiquiatria Geral. Disponível em www.psiweb.med.br/dsm/somat.html acesso em 10/11/02.
4. CHOR, D; GRIEP, R.H; LOPES, C.S; FAERSTEIN,E. **Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: Pré-testes e estudo piloto.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17 (4), jul/ago, 2001
5. CHRISTENSEN, A. **Social Support may extend life of people with Schizophrenia.** Disponível em www.pslgroup.com/dg/eec2e.htm acesso: 17/10/2002.
6. COMMUNITIES COUNT. **Basic needs and social determinants of well-being: Social Support.** Disponível em www.communitiescount.org/B_social_support.htm acesso: 17/10/2002.
7. COUTINHO, E.S.F. **Fatores sócio-demográficos e Morbidade Psiquiátrica Menor: Homogeneidade ou heterogeneidade de efeitos?** Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, dezembro de 1995.
8. _____.; ALMEIDA-FILHO, N.;MARI,J.J. **Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil.** Rev. Psiquiatria Clínica, 26 (5), set/out, 1999.
9. FARIA, N.M.X; FACCHINI, L.A.; FASSA, A.G.;TOMASI, E. **Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil).** Rev Saúde Pública, 33 (4), 391-400, 1990.
10. FLECK, MPA; LIMA, AFBS; LOUZADA, S; SCHESTASKY, G; HENRIQUES, A; BORGES, VR; CAMEY, S; GRUPO LIDO. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde.** Rev Saúde Pública 36 (4): 431-438, 2002.
11. FUNDAJ. **O Estado de Pernambuco.** Disponível em www.fundaj.gov.br/rg01/rg06a.html acesso: 20/10/2002.

12. GABE J, WILLIAMS P. **Women, housing, and mental health.** Int Jf Health Serv; 17(4): 667-679,1987.
13. GASPARI, V.P.P; BOTEGA, J. **Rede de Apoio social e tentativa de suicídio.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria vol. 51 (4): 233-240, 2002
14. GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model.** London: Tavistock, 1992.
15. HAMASAKI, C.S. **O setor sucroalcooleiro e seus trabalhadores: Emprego e pobreza na Zona da mata de Pernambuco.** Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Economia da UFPE, 1997.
16. IBGE, **Resultados do Universo do Censo 2000.** Disponível em www.ibge.gov.br/cidades acesso: 08/10/2002
17. LIMA, M.S. **Epidemiologia e Impacto Social.** Rev. Brasileira de Psiquiatria. Depressão – vol.21- maio 1999.
18. _____; BÉRIA, J.U; TOMASI, E; CONCEIÇÃO A.T.; MARI J.J. **Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study.** Int J Psychiatry Med, 26: 213-24, 1996.
19. LUDERMIR, A.B. **Urbanização e Saúde Mental: perspectivas teóricas para pesquisa.** Jornal Bras Psiq, 44 (12): 665-668, 1995.
20. LUDERMIR, A.B. **Inserção produtiva, gênero e saúde mental.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3): 647-659, jul-set, 2000
21. LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. **Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional.** Revista de Saúde Pública; 36 (2): 213 –31,2002
22. MACEDO, P.R.A. **Adolescência e Fatores de risco e proteção para o uso indevido do álcool.** Disponível em www.uniad.org.br/independencia/ado_fatoresrisco.htm acesso em 18/08/2003.
23. MACEDO, R.A. **Transtornos Somatoformes.** Disponível em www.infomed.hpg.ig.com.br/somatoformes.html acesso em 10/11/02
24. MARI, J.J; JORGE, M.R. **Transtornos Psiquiátricos na Clínica Geral.** Psychiatry On-line Brazil (2) maio, 1997. Disponível em www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm acesso: 06/10/2002.

25. MARI, J.J.; WILLIAMS, P.A. **A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo.** British Journal of Psychiatry, London, 1986, 148: 23-26.
26. MELO FILHO, E.R. **Transtornos de ansiedade.** Atualidades em Psiquiatria. Disponível em [www. geocities.com/hotsprings/villa/3502/transtornosdeansiedade.html](http://www.geocities.com/hotsprings/villa/3502/transtornosdeansiedade.html) acesso em 10/11/02.
27. MOREIRA, M.F.A. **A educação em saúde na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.** Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, Dep. Serviço Social. TCC, 1997.
28. MURPHY JM, OLIVIER DC, MONSON RR, SOBOL AM, FEDERMAN EB, LEIGHTON AH. **Depression and anxiety in relation to social status.** Arch Gen Psychiatry, 48: 223-228,1991.
29. NORRIS, FH; MURRELL, SA. **Social Support, Life events, and Stress as Modifiers of adjustment to Bereavement by Older Adults.** Psychology and Aging. Vol 5, n 3, 429-439, 1990
30. **Observatório da Zona da Mata de Pernambuco.** Disponível em www.zonadamatape.org.br acessado em outubro de 2003.
31. OLSTAD, R; SEXTON, H; SOGAARD, AJ. **The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1999, 34: 519 – 525.
32. PEREIRA, M. Metodologia. In: _____. **Epidemiologia: Teoria e Métodos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, 269-417.
33. PERRY, G. **Paid employment, life events, social support, and mental health in working-class mothers.** Journal of Health and Social Behavior, 27: 193 – 208, 1986.
34. **PREFEITURA DE MACAPARANA.** Disponível em www.macaparana.com.br acesso de 11/03.
35. POWER C, MANNOR O, FOX J. **Health and Class: the early years.** London; Chapman and Hall, 1991.
36. RIBEIRO, JLP. **Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).** Disponível em WWW.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/soCIAL.htm acesso em 03/03

37. ROUQUAYROL M.Z; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em Epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, 149-181.
38. SILVA, F. A. **História do Brasil: Colônia, Império, República**. São Paulo: Moderna, 1992
39. SILVA, A.C; OLIVEIRA, J.G. **O processo participativo nas associações de moradores de Pirauá e de Urucu-Macaparana/PE**. Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, Dep. Serviço Social. TCC, 1999.
40. SINGER, P. **Economia Política na urbanização**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.
41. SHERBOURNE C.D; STEWART A.L. **The MOS social support survey**. Social Science and Medicine, 1991; 32 (6): 705-714.
42. SHERBOURNE, C.D. **The role of social support and life stress events in use of mental health services**. Soc. Sci Med, Vol 27, n 12: 1393-1400, 1988.
43. SHERMAN, A.M. **Social relation and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis**. Soc. Sci. Med, vol 56, 247-257, 2003.
44. STANSFELD, S.A, MARMOT, M.G. **Social class and minor psychiatric disorder in British civil servants: a validated screening survey using the general health questionnaire**. Psychological Medicine 22, 739-749, 1992.
45. **SURGEON GENERAL'S REPORT**, 1999. Disponível em www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html. Acesso em : 09/10/2002.
46. TIJHUIS, M.A.R; FLAP, H.D.; FOETS, M; GROENEWEGEN, P.P. **Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event**. Soc. Sci. Med. 40 (11): 1513-1523, 1995.
47. VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (sup.2): 7 – 15, 1999.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

Adaptado do questionário original da pesquisa.

Foram contempladas neste anexo apenas as questões relevantes para o presente estudo.

1. Sexo: (1) Homem (2) Mulher

2. Idade: _____

3. Qual foi a última série que você estudou na escola?

(1) Analfabeto (2) 1º grau menor (1-4) (3) 1º grau maior (5-8)

(4) 2º grau (5) Superior

Escrever o Grau: _____ Série: _____

4. Qual o seu trabalho atual?

(1) Agricultor (2) Comerciante (3) Serviço (4) Indústria de transformação

(5) Construção Civil (6) Aposentado (7) Dona de Casa (8) Não trabalho

(9) Outros (Especifique: _____)

5. Somando todos os rendimentos do domicílio, quando dá a renda mensal?

(1) Menos de 1 SM (2) Entre 1 e 2 SM (3) Entre 2 e 3 SM (4) Entre 3 e 4 SM

(5) Entre 4 e 5 SM (6) Mais de 5 SM (7) Não Sabe

6. Quantas pessoas vivem no domicílio compartilhado (excluindo você)?

7. Situação conjugal:

(1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo

8. Tem esposo(a) ou companheiro(a)?

(1) Sim (2) Não

9. Você é feliz ou infeliz?

(1) Muito feliz (2) Mais ou menos feliz (3) Não sei

(4) Mais ou menos infeliz (5) Muito infeliz

10. Você está satisfeito ou insatisfeito com sua vida?

(1) Muito satisfeito (2) Mais ou menos satisfeito (3) Não sei

(4) Mais ou menos insatisfeito (5) Muito insatisfeito

11. Com que frequência você tem apoio, quando precisa, nas seguintes situações: (MOS-SSS)

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Alguém que o ajuda quando está acamado					
Alguém que você conta para escutar você quando você quer falar					
Alguém que lhe dá conselho sobre algum problema					
Alguém que lhe acompanha para o médico quando você precisa					
Alguém que lhe mostra amor ou afeto					
Alguém com quem você se diverte					
Alguém que lhe dá informações para que você possa entender diferentes situações					
Alguém que confia ou fala sobre si mesmo ou seus problemas					
Alguém que lhe abraça					
Alguém que possa sentar com você e juntos possam relaxar					
Alguém que prepara suas refeições se você não pode					
Alguém de quem o conselho você realmente quer					
Alguém que faz algo com você para ajudar você a se distrair					
Alguém que faça sua tarefa diária quando você está doente					
Alguém que compartilha de suas preocupações e seus medos					
Alguém que dá conselho para um problema particular					
Alguém com quem você faz coisas agradáveis					
Alguém que entende os seus problemas					
Alguém que lhe ama e lhe faz sentir amado					

12. (SRQ-20)

	Sim	Não
a) Tem dores de cabeça freqüentemente?		
b) Tem falta de apetite?		
c) Dorme mal?		
d) Assusta-se com facilidade?		
e) Tem tremores nas mãos?		
f) Sente-se nervoso, tenso, preocupado?		
g) Tem má digestão?		
h) Tem dificuldade de pensar com clareza?		
i) Tem se sentido triste ultimamente?		
j) Tem chorado mais do que de costume?		
k) Encontra dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias?		
l) Tem dificuldades para tomar decisões?		
m) Tem dificuldade no serviço (ser trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
n) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
o) Tem perdido o interesse pelas coisas?		
p) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
q) Tem tido a idéia de acabar com a vida?		
r) Sente-se cansado o tempo todo?		
s) Tem sensações desagradáveis no estômago?		
t) Você se cansa com facilidade?		

Tabela A: Associação entre apoio social global com as frações de apoio social

<i>Variável</i>	<i>Apoio Social</i>	
	Alto	Baixo
Apoio Tangível		
Alto	338 (77,52%)	98 (22,48%)
Baixo	4 (11,11%)	32 (88,89%)
P<0,001		
Apoio Afetivo		
Alto	341 (80,81%)	81 (19,19%)
Baixo	1 (2,00%)	49 (98,00%)
P<0,001		
Apoio de companhia social		
Alto	331 (85,97%)	54 (14,03%)
Baixo	11 (12,64%)	76 (87,36%)
P<0,001		
Apoio Emocional		
Alto	337 (85,10%)	59 (14,90%)
Baixo	5 (6,58%)	71 (93,42%)
P<0,001		
Apoio de Informação		
Alto	327 (86,05%)	98 (22,48%)
Baixo	15 (16,48%)	76 (83,52%)
P<0,001		

Tabela B: Odds Ratio simples e ajustado por frações de apoio social estatisticamente significantes associadas ao TMC.

<i>Variáveis</i>	<i>OR</i> ¹	<i>OR</i> ²	<i>OR</i> ³	<i>OR</i> ⁴	<i>OR</i> ⁵	<i>OR</i> ⁶	<i>OR</i> ⁷
Apoio Tangível							
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Baixo	2,08 (1,05-4,12)	2,15 (1,07-4,32)	1,90 (0,95-3,78)	1,92 (0,96-3,84)	1,92 (0,96-3,84)	1,75 (0,87-3,54)	1,56 (0,75-3,24)
Valor de p	0,03	0,00	0,06	0,06	0,06	0,12	0,23
Apoio Afetivo							
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Baixo	3,94 (2,12-7,31)	4,41 (2,33-8,39)	3,67 (1,97-6,86)	3,59 (1,92-6,73)	3,51 (1,87-6,58)	3,29 (1,75-6,20)	3,24 (1,66-6,31)
Valor de p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Apoio de Companhia Social							
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Baixo	2,66 (1,66-4,27)	2,85 (1,75-4,66)	2,47 (1,53-3,98)	2,47 (1,53-3,98)	2,54 (1,57-4,10)	2,27 (1,40-3,69)	2,30 (1,38-3,85)
Valor de p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

¹ OR simples, ² ajustado por idade, ³ ajustado por escolaridade, ⁴ ajustado por participação no mercado de trabalho, ⁵ ajustado por sensação plena de felicidade, ⁶ ajustado por satisfação plena com a vida, ⁷ ajustado por todas as variáveis.

