

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA CRISTINA ALOCHIO DE PAIVA

**O papel da religiosidade e do suporte social na depressão: resultados do
Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey**

Vitória

2014

MARIA CRISTINA ALOCHIO DE PAIVA

**O papel da religiosidade e do suporte social na depressão: resultados do
Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo para obtenção do Grau de mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a. Dra. Maria Carmen Viana.

Vitória

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

P142p Paiva, Maria Cristina Alochio de, 1958-
O papel da religiosidade e do suporte social na depressão:
resultados do Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental
Health Survey / Maria Cristina Alochio de Paiva– 2014.
216 f.

Orientador: Maria Carmen Viana.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Religião. 2. Depressão. 3. Apoio Social. I. Viana, Maria Carmen.
II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 614

MARIA CRISTINA ALOCHIO DE PAIVA

O papel da religiosidade e do suporte social na depressão: resultados do Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para defesa no Mestrado em Saúde Coletiva, área de Epidemiologia.

Aprovado em 25 de abril de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^o Dr.^o Maria Carmen Viana
Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti
Universidade Federal de Juiz de Fora
Membro Permanente Externo

Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Prof. Dr. Attilio Provedel
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Externo

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

Dedico este estudo a Deus, causa primária de todas as coisas, que nos ampara em todos os momentos para continuamos a batalha enfrentando as dificuldades que surgem no dia-a-dia e à minha família, pelo apoio, carinho e compreensão, à qual peço desculpas pelas ausências (muitas) resultantes da dedicação a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e irmãos da Associação Médico-Espírita do Estado do Espírito Santo (AME-ES) e do Centro Espírita Allan Kardec (CEAK) pelo esteio emocional e espiritual em todos os momentos da caminhada (e foram muitos!) e por compreenderem minhas ausências das tarefas.

À Dra Marlene Rossi Severino Nobre pelos ensinamentos de vida e a orientação da importância da qualificação acadêmica nas nossas vidas.

À amiga e irmã Ana Catarina T. Loureiro, incentivadora da primeira hora para começar esta jornada (pelo incentivo à inscrição na prova do mestrado) que se manteve firme ao meu lado, incentivando e me amparando todo o tempo. Peço desculpas a Edson e Marco Antonio pelo tempo que a “aluguei” nestes dois últimos anos.

À amiga e irmã Maria Zilma Rios e a Giovanni Bastos Jogaib pelo apoio e toda a paciência para me ouvir, pelos muitos conselhos e por ajudar na formatação do trabalho.

Ao casal amigo Altino Valadão Leite e Jacira Abranches Leite pelo amparo até em horas impróprias e pelas críticas e sugestões ao trabalho.

À Vera Goltara Almeida e Lioba Christ, meus braços-direito na vida real, pelo suporte em todas as horas e pelo trabalho que dei para organizarem minhas agendas e minha vida.

À amiga Carmen Santos pelo suporte sempre que necessário, com muitas “conversas fiadas”, ótimas para aliviar as minhas tensões.

À Rita Moraes pela ajuda nas dicas e sugestões para os resumos em inglês e nas conversas regadas aos maravilhosos cafezinhos de dona Alda.

Aos companheiros do Centro Regional Metropolitano (CRE-ME) pelo auxílio e pela compreensão nas muitas trocas de agenda, em especial a Antonia Neuza d Santos Almeida, e aos enfermeiros Rosana Cristina da Silva Pissarra e Renz Alves Caniçali.

Aos meus colegas de turma do mestrado, principalmente minhas colegas de orientação, Flávia Garcia Pereira e Mariane Henriques França, pelas constantes trocas e contribuições, e por todos os momentos alegres e difíceis nos quais juntos compartilhamos, com a construção de amizades durante todo este processo, que certamente levaremos para a vida.

Aos professores que fizeram parte da Banca de qualificação muito obrigada pelas contribuições neste trabalho, em especial a Giancarlo Lucchetti e Attilio Provedel.

A Márcio Rodrigues dos Santos Souza pela ajuda nas análises estatísticas.

A todos os amigos que me ajudaram (foram muitos!), mas que infelizmente não tenho espaço para citar a todos, muito obrigada!

Agradeço também aos trabalhadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial Cinara Teixeira Alvim, nossa eficientíssima secretária, e dona Néia, pelo apoio.

Por último agradeço à Professora Maria Carmen Viana, minha orientadora, pela dedicação e carinho com que ajudou a desenvolver este trabalho, e pelos momentos de reflexão que me proporcionaram um crescimento pessoal e acadêmico.

*“Isso é que é salvação da alma...
Muita religião, seu moço! Eu cá, não perco ocasião de religião.
Aproveito todas. Bebo água de todo rio.
Rezo cristão, católico, embrenho a certo; e aceito as preces de compadre
meu Quelemém; [...].”*

Riobaldo (Grande Sertão: Veredas) **João Guimarães Rosa**

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estimar o papel da religiosidade controlando para suporte social na depressão, além de descrever a religiosidade e a percepção de saúde física e mental e suas relações com variáveis sociodemográficas na população adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Os dados foram analisados a partir de uma subamostra (n = 2.942) do São Paulo Megacity Mental Health Survey, estudo de corte transversal de base populacional avaliando transtornos mentais em uma amostra probabilística da população com 18 anos ou mais, utilizando a versão do Composite International Diagnostic Interview da Organização Mundial de Saúde. Foram estimadas dimensões de religiosidade, percepção de saúde, suporte social de amigos, busca por serviços de saúde e intensidade dos sintomas da depressão, sendo usadas proporções e erro padrão para análise descritiva e regressão logística para as associações. Os resultados mostram alta religiosidade da população, sendo a religião muito importante na vida diária dos entrevistados e seu uso frequente quando têm problemas. A percepção de saúde mental é melhor do que a da física, piorando esta com a idade em ambos os gêneros. Práticas religiosas individuais foram positivamente associadas com uma diminuição na percepção de saúde mental ruim na amostra e a importância da religiosidade na vida foi positivamente associada com percepção de saúde física ruim entre os homens. Não foi observada associação entre religiosidade e depressão, nem entre suporte social de amigos com depressão. Pessoas com religiosidade organizacional e depressão nos últimos 12 meses procuram mais serviços médicos em geral.

Palavras-chave: Religião. Práticas religiosas. Religiosidade. Depressão. Percepção de Saúde. Suporte social

ABSTRACT

The objective of this study is to estimate the role of religiosity and social support in depression and describe religiosity and perceived physical and mental health and its relationship with sociodemographic variables in the adult population in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil. Data were analyzed from a subsample (n = 2,942) of the São Paulo Megacity Mental Health Survey, cross-sectional study of population-based evaluating mental disorders in a probability sample of the general population aged 18 years or more, using the version of the Composite International Diagnostic Interview from the World Health Organization. They were analyzed dimensions of religiosity, perceived health, social support from friends, search for health services and intensity of symptoms of depression, were being used proportions and standard error for descriptive analysis and logistic regression for the associations. The results show high religiosity of the population, and the religion as a very important thing in the daily lives of the interviewees and their frequent use when they have problems. The perception of mental health is better than the physical one with the worsening of the last with age in both genders. Individual religious practices were positively associated with a decrease in the perception of poor mental health in the sample and the importance of religion in life was positively associated with perceived poor physical health among men. No association was observed between religiosity and depression, or between social support from friends and depression. People with organizational religiosity and depression in the last 12 months seek more medical services.

Keywords: Religion. Religious Practices. Religiosity. Depression. Perceived Health. Social Support.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Table 1	Sociodemographic Characteristics of the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	69
Table 2	Religiosity of the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	70
Table 3	Sociodemographic Correlates of Four Dimensions of Religiosity in the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942) ..	71
Table 4	Perceived Mental and Physical Health among the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	72
Table 5	Association of Perceived Poor Health with Sociodemographic Characteristics and Religiosity among the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	73

ARTIGO 2

Table 1	Sociodemographic Characteristics, Use of Services and Severity of Depression in the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	86
Table 2	Characteristics of Religiosity and Social Support and Its Association with Depression in the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	87
Table 3	Severity of Depression and Use of Health Services and Its Association with Religiosity in the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942)	88
Table 4	Severity of Depression and Use of Health Services and Its Association with Religiosity in the Adult Population Living in Metropolitan São Paulo (n=2,942))	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES-D - Center for Epidemiological Studies Depression Scale

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças (10^o revisão)

CIDI - Composite International Diagnostic Interview

DIS – Diagnostic Interview Schedule

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (4^a revisão)

DUREL - Duke Religion Index

ECA - Epidemiologic Catchment Area

EUA – Estados Unidos da América

FAPESP - Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IR – Intrinsic Religiosity

NIHS – National Institute Interview Survey

NIMH – National Institute of Mental Health

NORA - Nonorganizational Religious Activity

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORA - Organizational Religious Activity

PAPI - versão em papel e lápis do CIDI

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RMSP - Região Metropolitana de São Paulo

SF-12 - Short-Form Health Survey

SHR - self-rated health

SPMA - São Paulo Metropolitan Area

SPMHS – São Paulo Megacity Mental Health Survey

STATA - Data Analysis and Statistical Software

WHO – World Health Organization

WMHS - World Mental Health Survey

WMH-CIDI - World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	DEPRESSÃO	17
2.1.1	Conceito, Diagnóstico e Clínica	17
2.1.2	História	19
2.1.3	Epidemiologia	20
2.1.4	Fisiopatologia	21
2.1.5	Transtornos Mentais e Procura por Tratamento de Saúde	21
2.2	PERCEPÇÃO DE SAÚDE	23
2.3	RELIGIOSIDADE	27
2.3.1	Conceitos básicos	27
2.3.2	Religiosidade e Saúde – História e Atualidade	29
2.3.3	Religiosidade no Brasil	32
2.4	RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL	34
2.5	SUPORTE SOCIAL	37
2.6	SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL	41
2.7	RELIGIOSIDADE, SUPORTE SOCIAL, DEPRESSÃO	41
3	OBJETIVOS	43
3.1	OBJETIVO GERAL	43
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
4	MATERIAL E MÉTODOS	44
4.1	TIPO DO ESTUDO	44
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	45
4.3	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	46
4.4	COLETA DE DADOS	47
4.5	MEDIDAS E DESFECHOS	47
4.5.1	Medidas sociodemográficas	47
4.5.2	Medidas de depressão	48
4.5.3	Medidas percepção de saúde	49
4.5.4	Medidas de religião	49
4.5.5	Medidas de suporte social	52
4.5.6	Medidas de procura de serviço de saúde	53
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	53
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
5	RESULTADOS	55
5.1	ARTIGO 1	56
5.2	ARTIGO 2	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
6.1	Conclusões	90
6.2	Direcionamento para novas pesquisas	91
7	REFERÊNCIAS	92
	ANEXOS	107

1. INTRODUÇÃO

A Depressão é um dos transtornos mentais mais comuns na população geral (BROMET et al, 2011; VIANA et al, 2012), entretanto subdiagnosticada, (COELHO et al, 2013) o que requer maior interesse para sua identificação pelos profissionais de saúde, principalmente os clínicos ou médicos da atenção primária, geralmente os primeiros a terem contado com estes pacientes (ARANTES, 2007). Por mostrar reflexos negativos na qualidade de vida dos seus portadores (CORDEIRO; MICHELON; VALLADA, 2012), a depressão representa um problema de saúde pública, levando a uma maior busca e consumo dos serviços públicos (COELHO et al, 2013), pela própria incapacidade ocasionada pela doença (MOUSSAVI et al, 2007, BROMET et al, 2011) ou por agravamento de outras doenças, principalmente as crônicas (MOUSSAVI et al, 2007).

A depressão pode ocasionar interferência nas relações pessoais, nas atividades recreativas e na capacidade laborativa do indivíduo (KOENIG, 2012c). Devido à prevalência e a sobrecarga da depressão, fatores que podem prevenir ou minimizar seus sintomas vêm sendo pesquisados, como a religiosidade e o suporte social (SMITH; MCCULLOUGH; POLL, 2003).

Diversos estudos têm mostrado que a religiosidade está relacionada à melhor saúde (KOENIG, 2001), à melhor percepção de saúde (TANYI; WERNER, 2003; HEINRICH, 2003; ROH et al, 2013) e à menor prevalência de transtornos mentais, incluindo depressão (SMITH et al, 2003; LEVIN, 2011; LUCCHETTI et al, 2011; KOENIG, 2012c), sendo também considerada uma fonte de suporte social (KOENIG, 2012b).

Por ser um processo de interação entre pessoas ou grupos, contribuindo para o seu bem-estar, o suporte social (PIETRUCOWICZ, 2001) por si só tem se mostrado relacionado a melhores desfechos na saúde física, emocional e mental (CASSEL, 1974; HENDRYX; GREEN; PERRIN, 2009).

Existe um crescente reconhecimento da associação entre religiosidade, suporte social e transtornos mentais, principalmente depressão e ansiedade, com interferência na evolução de doenças físicas, documentada em vários estudos realizados principalmente em países desenvolvidos, na Europa e nos Estados

Unidos da América, sendo necessárias pesquisas que relacionem estes temas em outras culturas. No Brasil, apesar de nos últimos anos haver um aumento de pesquisas que incluem avaliação de aspectos socioeconômicos e socioculturais, o papel do suporte social e da religiosidade na saúde e na percepção de saúde ainda tem sido pouco estudado.

Devido à importância que as pesquisas vêm mostrando sobre a religiosidade e o suporte social na saúde, principalmente na saúde mental, desenvolver maiores conhecimentos dessas relações pode ter uma implicação na saúde pública, com maior impacto na saúde da população. O profissional da saúde, principalmente da área da saúde mental, precisa se inteirar dessas relações para um melhor benefício para seus pacientes, com uma medicina mais humanística (LUCHETTI; GRANERO, 2010), um tratamento integral do indivíduo, aliviando não somente ao corpo, mas também à mente e o espiritual (OLIVEIRA et al, 2013). O paciente não é só um corpo, que necessita de cuidados, mas sim uma integração de corpo e mente (VALLA, 1999), um ser biopsicosocioespiritual (KATERND AHL; OYIRIARU, 2007).

Neste sentido, este estudo avaliou o papel da religiosidade na percepção de saúde, tanto física quanto mental, e o papel da religiosidade controlando para suporte social na depressão, no Estudo São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS) (VIANA et al, 2009), parte brasileira do World Mental Health (WMH) Survey Consortium, coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2000).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEPRESSÃO

2.1.1 Conceito, Diagnóstico e Clínica

A palavra depressão pode ser usada para designar um sintoma em várias doenças físicas, uma síndrome ou uma doença e é usada pela população leiga para se reportar desde a doença depressão até a um estado de tristeza (DEL PORTO, 1999).

Como doença, ao longo dos anos, desde a antiguidade grega até os dias atuais vem sendo denominada de vários modos (DAHLKE, 2006), como “nuvens negras da aflição”, melancolia, distmia, depressão, transtorno depressivo maior, entre outros (DAHLKE, 2006; BROMET et al, 2011).

A depressão pode surgir como resposta a situações estressantes da vida, apresentando-se em variados quadros clínicos (BROMET et al, 2011), sendo nestas circunstâncias de diagnóstico difícil, pois os sintomas e sinais da doença física adjacente, tais como fadiga, cansaço, insônia, podem ser confundidos com depressão e vice-versa (PORTO, 1999; FURLANETTTO; BRASIL, 2006).

O diagnóstico de depressão maior usado neste trabalho será o do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 4ª revisão (DSM-IV) (APA, 1994), o manual de nomenclatura e categorização de doenças mentais organizado por psiquiatras da Associação Americana de Psiquiatria. O diagnóstico consiste na presença de alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas juntamente com alterações do humor (PORTO, 1999; BROMET et al, 2011). Os sintomas, que podem ser relatadas pelo próprio paciente ou por terceiros, são: estado deprimido (sentir-se deprimido), anedonia (falta da sensação de prazer em coisas que naturalmente antes davam), sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, fadiga ou perda de energia, distúrbios do sono (insônia ou hipersonia), baixa autoestima, crises de choro, problemas psicomotores (agitação ou letargia), diminuição do interesse sexual, ideias recorrentes de morte ou suicídio, perda ou ganho significativo de peso (ou alteração do apetite para mais ou para menos) (DSM-IV, 1994; PORTO, 1999).

Para o diagnóstico de episódio depressivo devem estar presentes 5 ou mais destes sintomas, incluindo nestes a anedonia ou o estado deprimido, por pelo menos 2 semanas, em quase todos os dias, na maior parte do dia. Os sintomas não devem estar relacionados com uma circunstância médica ou efeito de alguma substância, nem a luto recente (menos de 2 meses) e devem levar a um expressivo sofrimento ou prejuízo no comportamento ocupacional ou social ou em outros setores da vida (DSM-IV, 1994).

Para o diagnóstico de transtorno depressivo maior deve haver um ou mais episódios depressivos maiores, não explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtornos psicóticos, episódios maníacos ou hipomaníacos (DSM-IV, 1994).

Diagnosticar depressão e medir a intensidade dos sintomas são medidas diferentes (CALIL; PIRES, 1998; PARANHOS; WERLANG, 2009). Para o diagnóstico, normalmente é usada uma entrevista livre, semiestruturada ou estruturada (CALIL; PIRES, 1998), seguindo critérios definidos pelo DSM (APA, 1994) ou pela Classificação Internacional de Doenças-CID (International Classification of Diseases), um instrumento padronizado de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde – OMS, 10ª revisão-CID-10 (OMS, 1992) para identificar se há ou não o diagnóstico. Quando a intenção é avaliar a gravidade dos sintomas numa ordem, o que é importante para acompanhar a evolução do quadro clínico e a resposta ao tratamento, são usadas entrevistas mais curtas ou escalas que podem ser autoaplicadas ou não, com um escore variável de intensidades segundo a escala utilizada, podendo variar de leve a grave (CALIL; PIRES, 1998; PARANHOS; WERLANG, 2009), como o Inventário de Depressão de Beck (BECK et al, 1961), a Escala de Hamilton (HAMILTON, 1960), a CES-D (RADLOFF, 1977) e a Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician Rating (QIDS-C₁₆) and Self-Report (QIDS-SR₁₆) (RUSH et al, 2003), entre outras.

Os sintomas depressivos podem ser primários, quando não há doença mental ou física precedente, ou associados ao abuso de drogas lícitas ou ilícitas e a doenças físicas (PORTO, 1999; DAHLKE, 2006), sendo mais comum em pacientes com alguma doença grave, como aqueles em centros de tratamento intensivo ou com doenças crônicas, levando a piora clínica e maior mortalidade (LUCCHETTI et al, 2011; KOENIG, 2012c). Um círculo vicioso com a doença física piorando a

depressão e vice-versa é frequentemente observado (CHAPMAN, 2005; LUCCHETTI et al, 2011).

2.1.2 História

Apesar de atualmente a depressão ser descrita como uma doença da era pós-moderna (TEIXEIRA, 2005; GONÇALES; MACHADO, 2007), o relato da doença é antigo, sendo descrita por Hipócrates no “Corpus Hipocraticus”, como melancolia (TEIXEIRA, 2005; GONÇALES; MACHADO, 2007).

Na Bíblia, no antigo testamento, há relatos de melancolia, como “o melancólico rei Saul” (TEIXEIRA, 2005).

No fim da Idade Média, com o Cristianismo, acreditava-se que era um castigo divino, um sinal da desaprovação de Deus e aqueles acometidos da doença eram estigmatizados (DAHLKE, 2006; GONÇALES; MACHADO, 2007), pois estavam de fora da salvação divina, de acordo com a igreja católica (DAHLKE, 2006), sendo os seus portadores multados ou presos na Inquisição (GONÇALES; MACHADO, 2007).

A melancolia passa, a partir do final do século XVI e no século XVII, a ser uma perturbação usual e até desejada, na Europa, sendo o melancólico considerado como “melhor e inspirado” (GONÇALES; MACHADO, 2007).

A indagação de que a depressão é um “desequilíbrio químico ou uma fraqueza humana” começa no final do século XVII, após os estudos de Descartes, com a dicotomia corpo-alma (GONÇALES; MACHADO, 2007).

No século XVIII a depressão estava ligada à preguiça e ao ócio, sendo o trabalho pesado considerado seu tratamento, argumento utilizado por algumas pessoas ainda nos dias de hoje (GONÇALES; MACHADO, 2007).

O uso da palavra depressão, originária do francês de “de premere” de etimologia latina, equivalente a “pressionar para baixo”, foi introduzido no século XVIII, coexistindo com a melancolia (TEIXEIRA, 2005).

A depressão, no contexto da psiquiatria e da neurologia, surge no início do século XX por meio da tese de Freud sobre melancolia, que descreve a depressão e suas

hipóteses (“Trauer und Melancholie” - Luto e Melancolia, publicada em 1917) (GONÇALES; MACHADO, 2007; DELOUYA, 2012), como uma “manifestação de raiva e perda internalizada” (BONDY, 2002) e com a classificação das doenças mentais feitas por Emil Kraepelin (“Dementia Praecox, Manic Depressive Insanity and Paranoia”, publicada em 1921) (PORTO, 1999; DAHLKE, 2006; GONÇALES; MACHADO, 2007), que considerava a depressão uma doença (BONDY, 2002).

A partir da publicação da sexta revisão do CID é que a palavra depressão predomina, passando de melancolia a um tipo de depressão (TEIXEIRA, 2005).

2.1.3 Epidemiologia

A depressão é encontrada em cerca de 5-16% de todos os pacientes atendidos em cuidados primários de saúde (FLECK, 2001; ARANTES, 2007; KROENKE, 2009; VILLANO; GNANHAY, 2011; CORDEIRO, MICHELON, VALLADA, 2012), chegando a 20% no caso de pacientes com doenças crônicas físicas (CORDEIRO; MICHELON; VALLADA, 2012), e até 32,9% em pacientes com 60 anos de idade ou mais, vistos por clínicos gerais (LUCHETTI et al, 2012).

É a quarta causa de doença que mais leva a incapacidade, segundo a OMS (BROMET et al, 2011), com aumento de sua prevalência em todo o planeta, devendo ser a segunda maior causa de carga global no mundo em 2020 (CHAPMAN; PERRY; STRINE 2005; BROMET et al, 2011), somente superada pelas doenças cardiovasculares (CHAPMAN; PERRY; STRINE, 2005).

O estudo do World Mental Health Consortium (WMH), uma iniciativa da OMS com o patrocínio das Universidades de Harvard e de Michigan, encontrou uma prevalência de depressão nos últimos doze meses variando de 2,2% no Japão a 9,4% no Brasil, mas, quando em “pool” de países por renda, as taxas foram semelhantes tanto em países ricos como pobres, respectivamente 5,5% e 5,9%. A prevalência ao longo da vida na média foi menor em países em desenvolvimento (11,1%) do que em países desenvolvidos (14,6%), com exceção do Brasil, que foi de 16,9% (BROMET et al, 2011; ANDRADE et al, 2012, VIANA; ANDRADE, 2012).

As mulheres apresentaram prevalência maior do que os homens (BROMET et al, 2011; ANDRADE et al, 2012; CORDEIRO; MICHELON; VALLADA, 2012; VIANA; ANDRADE, 2012), tanto em países desenvolvidos (ORs 1,6 em Israel a 2,7 na Espanha), como nos países em desenvolvimento (ORs 1,9 na Índia a 2,6 no Brasil).(BROMET et al, 2011). No Brasil e em países de alta renda a prevalência de depressão foi maior na faixa etária mais jovem (BROMET et al, 2011). Ainda que o início dos sintomas de depressão possa acontecer na infância e na adolescência, em metade dos pacientes acontece entre 20 e 50 anos de idade (CORDEIRO; MICHELON; VALLADA, 2012).

Outro fator associado à depressão foi o estado civil, com maior prevalência entre indivíduos que nunca haviam se casado ou estavam separados, em países com alta renda e entre aqueles divorciados ou viúvos em países de baixa a média renda (BROMET et al, 2011).

2.1.4 Fisiopatologia

Ainda é um desafio científico conhecer e entender a biologia da depressão (BONDY, 2002). Múltiplos fatores podem desencadeá-la, como alteração bioquímica, que foi a primeira hipótese aventada para a depressão, há mais de 30 anos (BONDY, 2002; VISMARE; ALVES; PALERMO-NETO, 2008), com diminuição na quantidade de monoaminas (noradrenalina, serotonina e dopamina), que são os neurotransmissores mais relacionados com o transtorno do humor, a diminuição da sensibilidade e da quantidade dos neurorreceptores, assim como traumas, tanto envolvendo violência física como emocional e outros fatores psicossociais e herança genética familiar (LAFER; VALLADA FILHO, 1999; VISMARE; ALVES; PALERMO-NETO, 2008; FIORDA, 2013). A herança genética esta menos clara na depressão maior do que no transtorno bipolar (BONDY, 2002).

2.1.5. Transtornos Mentais e Procura por Tratamento de Saúde.

Rickwood et al (2005) definem procura por ajuda como um comportamento de comunicação com outras pessoas para conseguir ajuda para uma situação de

angústia através de informações, conselhos, apoio ou tratamento. É uma forma de enfrentamento que se fundamenta na ajuda de outras pessoas, apoiado em relações sociais e habilidades interpessoais (RICKWOOD et al, 2005), de natureza ampla e diversa (RICKWOOD; THOMAS, 2012). A busca por serviço de saúde mental consiste em uma decisão de conseguir para um problema pessoal e íntimo uma assistência externa (do profissional de saúde) (RICKWOOD et al, 2005; RICKWOOD; THOMAS, 2012; LOUREIRO, 2013).

O modelo de uso de serviços de saúde desenvolvido por Andersen (1995) estima que três grupos de fatores o defina: fatores ligados aos recursos, às predisposições e às necessidades. Recursos dizem respeito ao acesso ao serviço de saúde, renda e cobertura do seguro. As características sociodemográficas, do meio social e da personalidade seriam as predisposições. Fatores ligados às necessidades seriam as necessidades clínicas para uso do serviço (ANDERSEN, 1995), que, na depressão, podem ser divididas, em percepção subjetiva do usuário e a necessidade de cuidado objetivo na avaliação de um clínico (HOLVAST et al, 2012).

Existem diversas barreiras ao tratamento em saúde mental e compreendê-las é um passo importante para definir prioridades na utilização de recursos no planejamento de serviços de saúde (ANDRADE et al, 2014). O estigma associado ao termo doença mental, a baixa autoestima e os sintomas depressivos podem explicar parte da negação do diagnóstico pelo paciente (MECHANIC, 2002). Ainda se associam transtornos mentais, apesar da evolução do seu conhecimento, a estereótipos negativos com consequente “rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social” de seus portadores (LOUREIRO; DIAS; ARAGÃO, 2008).

Kessler et al (2001), avaliando a prevalência de pessoas com transtorno mental sério não tratado e as razões para o não tratamento no estudo National Comorbidity Survey, encontrou que nos respondentes com doença mental séria nos últimos 12 meses e que não haviam recebido tratamento neste período, cerca de 55% não percebiam-se doentes com necessidade de tratamento. Os que tinham percepção da necessidade de tratamento e não o fizeram, as principais razões foram porque esperavam resolver o problema por sua própria conta (72,1%) ou que o problema melhoraria por si só (60,6%).

Em pesquisa sobre barreiras para o tratamento mental usando os resultados do WMH (ANDRADE et al, 2014), cerca de 96% dos que reconheceram que tinham necessidade de tratamento de saúde, mas não o realizaram, informaram pelo menos uma atitude de barreira, que foi independente do nível de gravidade da doença. As barreiras mais comuns foram querer resolver o problema por conta própria (a mais frequente) e as relacionadas à percepção de saúde, como a crença de que o problema não era grave e que iria ficar melhor por conta própria. A falta de disponibilidade de serviço e as barreiras financeiras também foram frequentes. Respondentes que preencheram critérios para o diagnóstico de transtorno mental nos últimos 12 meses com idades mais avançadas, os homens e os casos com intensidade de sintomas mais leves foram os que apresentaram mais baixa percepção de necessidade de tratamento.

Egede (2007), analisando os dados de 1999 do National Health Interview Survey (NHIS), encontrou que entre os indivíduos com depressão maior e doenças crônicas associadas havia maior procura por serviços de saúde do que entre os que não apresentavam depressão concomitante.

Holvast et al (2012), avaliando os dados dos estudos Netherlands Study of Depression in Older persons (NESDO) e the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA), encontraram que os mais idosos, com renda maior do que 1600 Euros por mês, os com menores pontuações na escala de solidão, os com maior satisfação com os relacionamentos, os que tinham uma maior rede social e os nativos do país foram aqueles que tiveram maior contato com serviço de saúde por problemas mentais. Havia discutido problemas de saúde mental quase que exclusivamente na atenção primária com um clínico cerca de 70% e aproximadamente 30% não haviam tido qualquer contato com serviço de saúde.

2.2. PERCEPÇÃO DE SAÚDE

A autoavaliação de saúde é uma medida simples e subjetiva de saúde, recomendada pela OMS (IDLER, BENYAMINI, 1997; BENYAMINI, 2008; MENDONÇA; FARIAS JÚNOR, 2012), que vem sendo amplamente usada e pesquisada (BENYAMINI, 2008; MENDONÇA; FARIAS JÚNOR, 2012; BRASIL,

2014), sobretudo por sociólogos e antropólogos (BENYAMINI, 2008), em pesquisas sobre saúde populacional, com níveis aceitáveis de reprodutibilidade, revelando a percepção do estado de saúde das pessoas, como elas autoavaliam sua saúde, assinalando a condição geral de saúde (MENDONÇA; FARIAS JÚNOR, 2012; BRASIL, 2014), com uma pergunta comum: como você avalia sua saúde? (BENYAMINI, 2008; JANG et al, 2011; MENDONÇA; FARIAS JÚNOR, 2012), podendo ser questionado sobre a saúde em geral ou especificar saúde física ou a mental.

Alguns autores sugerem que a solução para o entendimento de influências psicossociais na saúde pode ser a autoavaliação de saúde (IDLER, BENYAMINI, 1997), que parece ser um preditor de morbimortalidade, (MENDONÇA; FARIAS JÚNOR, 2012, BRASIL, 2014), de sobrevivência (IDLER, BENYAMINI, 1997), do uso de serviços de saúde e de medicamentos e de longevidade (BENYAMINI, 2008).

Os estudos relacionando a autoavaliação de saúde como preditor de mortalidade em estudos longitudinais tem aumentado nos últimos anos, com muitos destes estudos encontrando uma associação estatisticamente significativa, com persistência da associação mesmo após a inclusão de outras covariáveis indicadoras de saúde (IDLER, BENYAMINI, 1997), ocorrendo o mesmo com a longevidade (BENYAMINI, 2008).

Cavelaars et al (1998) relatam que a percepção do estado de saúde pode variar de um indivíduo para outro segundo suas experiências sociais e a disponibilidade de serviços sociais e de saúde. McCullough; Laurenceau (2005) encontraram diferenças entre sexo, com os homens apresentando melhores percepções de saúde do que as mulheres e com a idade, com um percurso idêntico de relativa estabilidade em ambos os sexos até 55 anos de idade, seguido por um declínio acelerado no restante da vida, sendo que nos homens, este declínio é mais acelerado.

De acordo com Nicholson, Bobak e Rose (2010), em estudo avaliando diferentes dimensões da religiosidade com percepção de saúde no European Social Survey, as mulheres têm prevalência maior de percepção de saúde ruim, variando a taxa entre os países estudados. A percepção de saúde ruim aumenta com a idade em ambos os gêneros e nas pessoas com menor escolaridade.

Segundo Jang et al (2011) a autoavaliação como um indicador viável e conciso do estado de saúde mental tem aumentado de importância, mas alguns achados sugerem diferenças na percepção e avaliação do estado de saúde mental entre raça e etnia.

Silva, RJ et al (2012), numa pesquisa para avaliar fatores associados à percepção negativa de saúde com 902 idosos em três municípios do interior do Brasil que representavam as regiões Nordeste (Ilhéus, BA), Sudeste (Caratinga, MG) e Sul (Nova Santa Rosa, PR), encontraram que, para ambos os sexos, a idade está positivamente associada à percepção negativa de saúde. A renda familiar, a inatividade física, a incapacidade funcional, a desnutrição, ser portador de doenças crônicas (doença cardiovascular, diabetes) e o uso de medicamentos foram associados à maior percepção negativa da saúde entre os idosos na análise bruta. Nas mulheres a depressão e nos homens a viuvez, a baixa escolaridade e o déficit cognitivo também foram associados à percepção negativa de saúde. Após análise ajustada, as variáveis que permaneceram associadas à percepção de saúde ruim foram a incapacidade funcional em ambos os gêneros e, para as mulheres, ter hipertensão arterial e o uso de dois ou mais medicamentos e, nos homens, a desnutrição e o aumento de idade.

De acordo com os dados resultantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, 23,0% da população brasileira avaliou sua saúde como regular, ruim ou muito ruim; 6,9% relataram apresentar restrição de suas atividades cotidianas nas duas semanas antes da pesquisa devido a problemas de saúde e as mulheres informam piores condições de saúde, na maioria das cidades, assim como as pessoas com mais idade (Brasil, 2000).

As condições de saúde relatadas pela auto avaliação são piores no Brasil do que nos EUA, comparando os dados do Brasil, obtidos pelo PNAD de 1998, e os dados dos EUA de 1996, da pesquisa do National Institute Interview Survey (NIHS), mas em ambos as mulheres relatam piores condições de saúde (BRASIL, 2002-2003).

Idler e Benyamini (1997) sugeriram quatro hipóteses para explicar a validade da medida autopercepção de saúde, que são: 1) é uma medida mais abrangente do estado de saúde e do risco para a saúde do que outros fatores usados como co-variáveis nos trabalhos; 2) é uma avaliação dinâmica porque reflete não só o nível

atual de saúde, mas a trajetória de declínio ou melhora da saúde; 3) tem influência em comportamentos que levam a alteração posterior de saúde; e 4) ela exprime a posse ou não de recursos que podem minorar o declínio da saúde.

A relação positiva entre religiosidade/espiritualidade e percepção de saúde tem sido relatada por vários autores (TANYI; WERNER, 2003; HEINRICH, 2003; ROH et al, 2013), sendo que Tsunoda et al (2008) encontraram em japoneses esta relação mais relacionada aos homens.

Nicholson; Bobak e Rose (2010), no European Social Survey, encontraram uma associação fraca e inconsistente entre religiosidade e relato de saúde, com menor frequência a serviços religiosos (religiosidade organizacional) associada a maior risco de percepção de saúde ruim e menor frequência de oração (religiosidade não organizacional) com baixo risco de percepção de saúde ruim. Também houve relato de percepção de saúde melhor nas pessoas com frequência a serviços religiosos, mas sem prática da oração do que nas que relatavam menor frequência a atividades religiosas com maior oração diária (NICHOLSON; BOBAK; ROSE, 2010).

Koenig (1998), analisando a prevalência de atitudes e práticas religiosas entre idosos hospitalizados (entre 3 e 7 dias de internação), encontrou que a religiosidade era muito importante para a maioria deles, mas que, embora fossem pessoas com religiosidade, eles se recusavam a deixar as crenças religiosas influenciarem nas decisões de sua vida diária (63%) e que a relação entre as dimensões de religiosidade e as variáveis de saúde física e mental foram mais fracas do que estudos anteriores haviam demonstrado.

McCullough e Laurenceau (2005) encontraram na evolução da percepção de saúde durante a vida e religiosidade uma associação mais fraca nos homens do que entre as mulheres, com esta relação saúde e religião mostrando uma associação mesmo ajustando para outras medidas, como “comportamentos saudáveis, suporte social, atividade social e cinco dos principais traços de personalidade”. Nas mulheres com 65 anos ou mais de idade há uma forte associação entre percepção de saúde e religiosidade, com as mulheres com religiosidade relatando percepção de saúde melhor, mesmo com problemas de saúde em decorrência da idade.

Idler (1995) explica que a relação entre saúde e religiosidade pode ocorrer por que existe uma associação direta entre eles ou porque o estado de saúde afeta a religiosidade ou que a religiosidade altere a percepção de saúde, mas não a saúde em si.

Os indivíduos com fortes estruturas religiosas, quando em situações estressantes, podem ter mais acesso a vários métodos de enfrentamento religioso, como a meditação e o apoio espiritual e, quando em busca do transcendente ou do crescimento espiritual, procuram evitar os vícios como a gula, orgulho, inveja e a desenvolverem virtudes como a gratidão, a compaixão, a esperança e o perdão, que são fatores associados com melhor saúde física e mental (HILL; PARGAMENT, 2003).

2.3 RELIGIOSIDADE

2.3.1 Conceitos Básicos

Alguns conceitos básicos serão discutidos para um melhor entendimento dos assuntos a serem abordados.

Religião é um sistema organizado de crenças, rituais, símbolos e práticas que facilitam a proximidade do indivíduo com o transcendente ou o sagrado ou um poder mais alto, que pode ser chamado de Deus ou o Divino ou a Verdade Absoluta ou Allah, conforme a denominação religiosa (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG, 2012a). As religiões se apoiam em regras de conduta e ensinamentos de vida aceitos e seguidas por seus membros, com significação e juízo para o mundo, para o indivíduo, suas responsabilidades para consigo mesmo e para com os outros (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; KOENIG, 2012a). Possui várias dimensões com possibilidade de serem aferidas e quantificadas para uma melhor avaliação de sua relação com a saúde (KOENIG, 2012a).

Religiosidade é como uma pessoa toma uma religião como modelo, crendo e praticando-a (LUCCHETTI et al, 2010). A religiosidade ou a prática religiosa pode ser avaliada como organizacional, quando “pública, social e institucional” ou não

organizacional, quando “privada, pessoal e individual” (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; LUCCHETTI et al, 2010; KOENIG, 2012a).

Religiosidade organizacional é quando a prática religiosa inclui atividades como evangelização, participação em serviços religiosos como missas, cultos e palestras doutrinárias, reuniões, arrecadações de fundos e práticas voluntárias (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; LUCCHETTI et al, 2010; KOENIG, 2012a).

A prática religiosa não organizacional envolve as atividades realizadas pela pessoa consigo mesma, como leitura de textos religiosos, assistir a programas religiosos de rádio ou televisão, usar acessórios religiosos, como escapulários, guias e colares, acender velas, meditar ou rezar (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; LUCCHETTI et al, 2010; KOENIG, 2012a).

Segundo Koenig (2012a), nem sempre as práticas religiosas, quer organizacionais ou não, exprimem a importância da religião na vida da pessoa, devendo ser avaliada também a religiosidade subjetiva, que se relaciona com a importância da religião na vida pessoal e a motivação para que seja religiosa, se é um fim em si ou se está associada à busca de posição social ou ganhos financeiros. Podemos assim classificá-la segundo a motivação em orientação extrínseca, quando a pessoa usa a religião para obter outros fins, como status, segurança, conforto, rede social e de orientação intrínseca, quando ela é o fim, tem importância por si, seguindo seus princípios e regras, com assimilação de suas ideias (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006, KOENIG; BÜSSING, 2010).

Espiritualidade, geralmente confundida com religiosidade, é um componente indispensável da religião (BOUDREAUX; O’HEA; CHASUK, 2002), pois pode possibilitar a condução para a formação de comunidades religiosas ou ao desenvolvimento de religiosidade (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001), mas não são sinônimos (BOUDREAUX; O’HEA; CHASUK, 2002; PANZINI; BANDEIRA, 2007), sendo espiritualidade entendida como a busca da compreensão pessoal sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente e uma melhor percepção sobre o significado e finalidade da vida (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Panzini e Bandeira (2007) definem o “coping” ou enfrentamento como um conjunto de meios usados pelos indivíduos para lidar com situações estressantes. O uso de crenças e comportamentos religiosos para ajudar na solução de dificuldades, na prevenção e no alívio das consequências emocionais negativas de circunstâncias de estresse na vida é o que Koenig, Pargament e Nielsen (1998) definem como “coping” religioso. Para Wong-McDonald e Gorsuch (2000) o “coping” religioso significa como os indivíduos usam a fé, que pode conter crenças pessoais, espiritualidade ou religião, para enfrentar problemas da vida e o estresse.

2.3.2 Religiosidade e Saúde – História e Atualidade

Desde eras mais longínquas, religião e medicina apresentaram um forte vínculo, visto através da história (KOENIG, 2000; LUCCHETTI et al, 2010). As instituições religiosas detinham o poder de regular e controlar a ciência, incluindo o ensino e a arte de tratar, com controle dos hospitais, só podendo a profissão de médico ser exercida sob sua licença, sendo a maioria dos profissionais ligados à estas instituições, como os sacerdotes (KOENIG, 2000; KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001). A separação entre religião e ciência ocorreu após o início da Renascença, em que a atribuição da liberação da profissão passou a ser função do Estado (KOENIG, 2000; KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001), completando esta separação durante o Iluminismo, assim permanecendo por anos (KOENIG, 2000).

Existe um interesse dos cientistas pela influência que a religião possa exercer na mortalidade há pelo menos 130 anos, com debates entre os que acreditam nesta associação e os que não acreditam (LUCCHETTI; LUCCHETTI; KOENIG, 2011). A publicação de estudos epidemiológicos revelando a conexão entre saúde do indivíduo com espiritualidade e religiosidade começa a ser reavaliada a partir da década de 1960 com a publicação de estudos epidemiológicos (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001, LUCCHETTI et al, 2010), com crescente interesse da comunidade científica sobre o tema (ELLISON, 1995; LUCCHETTI et al, 2010).

A religião como fator de saúde, segundo Koenig (2012b), pode ser: uma estratégia de modificação do comportamento, um enfrentamento pessoal ou uma fonte de

suporte social, podendo promover melhor saúde física e mental (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001).

Como modificador de comportamento ou agente de controle social (KOENIG, 2001), as convicções religiosas levariam as pessoas a tomar decisões em suas vidas diariamente em resposta às “tentações” e aos desafios da vida (KOENIG, 2012b). Por exemplo, devo fumar ou beber? Devo infringir as leis de trânsito? Devo ter um comportamento sexual arriscado? As escolhas individuais, baseadas no aprendizado religioso e nas crenças, ajudariam as pessoas a decidirem sobre estes e outros comportamentos, podendo contribuir para o bem-estar emocional individual, assim como nos relacionamentos sociais e profissionais, com redução de comportamentos de risco, tendo, como consequência, influência na saúde física (BOUDREAUX; O’HEA; CHASUK, 2002; KOENIG, 2012b).

Ainda como moduladoras de comportamento, a maioria das religiões estimula atividades de ajuda ao próximo, aumentando a chance de que as pessoas se envolvam em atividades altruísticas (voluntariados) e pró-sociais, o que diminuiria o risco de depressão (KOENIG, 2012b).

Como comportamento de enfrentamento (“coping”), a religião seria uma estratégia de grande poder. Em algumas pessoas, as necessidades espirituais seriam mais intensas quando doenças ameaçam a vida ou modificam o modo de vida, levando-as a buscar apoio e conforto na religião. As pessoas com envolvimento religioso seriam mobilizadas a reduzir a ansiedade, aumentar a esperança ou o senso de controle. Com maior resignação, suportariam melhor a doença, e seriam mais aderentes ao tratamento. (PANZINI; BANDEIRA, 2007; KOENIG, 2012b).

O envolvimento em práticas religiosas pode levar a maior resiliência e resistência ao estresse provocado pela doença, em função de um propósito e maior significância da vida, e, conseqüentemente, conduzir a uma proteção à saúde, com remissão da doença mais rapidamente e reduzindo recaídas (SILVA, MS et al, 2009; BOUDREAUX; O’HEA; CHASUK, 2002; KOENIG, 2005; PANZINI; BANDEIRA, 2007).

O envolvimento religioso pode permitir oportunidade de suporte social, o que tem sido avaliado como proteção para sintomas depressivos (KOENIG et al, 2001).

Para Pietrukowicz (2001), a religião torna a vida das pessoas mais significativas, oferecendo, por meio de seus rituais e espaços, a acolhida, o apoio e a solidariedade, permitindo a essas pessoas controlar seu destino, esquivando-se de situações difíceis e fornecendo um grau de pertencimento entre seus seguidores. Na sua pesquisa para avaliar suporte social em uma comunidade espírita, ficou demonstrado que a instituição estudada fornecia apoio emocional por meio de estudos, palestras, entrevistas, apoio instrumental ou material por meio de assistência à comunidade, como roupas, objetos para a casa, alimentação e apoio educacional com palestras e preleções com conteúdo que levavam à informação e educação das pessoas.

Koenig (2001), em um trabalho de revisão, encontrou 20 estudos avaliando a relação entre envolvimento religioso e suporte social, tendo detectado associação significativamente positiva em 19.

O apoio social medido nas fontes típicas, como a família e os amigos, pode não ser uma medida adequada para avaliar a relação entre suporte social e envolvimento religioso, pois pode não medir o apoio recebido pelos membros da comunidade religiosa a que a pessoa pertença, que não fazem parte do círculo familiar e nem de amizades, mas que levam a menos angústia o indivíduo (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002).

Várias pesquisas em doenças cardiovasculares mostram a importância da religiosidade na saúde. Comstock e Partridge(1995) demonstraram uma ligação entre a frequência regular à igreja e diminuição da mortalidade causada pela doença coronariana em uma amostra de 393 pacientes de uma unidade coronariana. Frequência à igreja também tem sido associada a menor pressão arterial, que pode ser um mecanismo pelo qual a espiritualidade afetaria a recuperação de doenças cardíacas (JORGENSEN ET AL, 1972; LEVIN; VANDERPOOL, 1989). Oxman, Freeman e Manheimer (1995) relataram resultados impressionantes de uma investigação de espiritualidade e de doença cardiovascular em pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. Aqueles que se descreveram como profundamente religiosos antes da cirurgia tinham três vezes a taxa de sobrevivência pós-operatória do que o restante da amostra quando avaliados seis meses após a cirurgia.

Lucchetti et al (2010), em um artigo de revisão, relatam que alguns autores relacionam frequência religiosa com diminuição de marcadores inflamatórios, como proteína C reativa, cortisol e interleucina 6.

Crenças religiosas também podem ser fontes de efeitos desfavoráveis para a saúde de diferentes maneiras, como na interrupção de medicamentos para provar sua fé ou negação do uso de alguma substância (como transfusão sanguínea em testemunhas de Jeová, não vacinação de crianças em algumas religiões), crença de que o demônio está na origem de sua doença, com conseqüente culpa ou por sua doença ou por não ter fé o suficiente para sua recuperação (KOENIG, 2000, PARGAMENT, 2002).

Outro fator negativo entre religião e saúde é o que pode ser fonte de abuso e perseguição dos líderes aos seus seguidores (PARGAMENT; LOMAX, 2013). Koenig (2000) também cita o abuso de crianças em alguns rituais ou negligência pelos seguidores de algumas seitas contra crianças (PARGAMENT, 2002).

Enfrentamento negativo religioso (ou seja, declarações que sugerem punição ou abandono de Deus) em um grupo de cuidados paliativos com prognóstico de dias ou semanas foi positivamente associado à angústia, confusão, depressão, e negativamente associado com bem-estar físico e emocional, e qualidade de vida, bem como em pacientes com dor crônica (HILLS et al, 2005; RIPPENTROP, 2005).

Muitas pessoas utilizam suas crenças e práticas religiosas de alguma forma para ajudá-los a entender e enfrentar a prova da doença, uma ameaça às suas vidas, por isto é importante que os médicos procurem compreender melhor esta relação entre saúde e envolvimento religioso para melhor cuidá-los. (KOENIG, 2000).

2.3.3 Religiosidade e Saúde no Brasil

No Brasil, segundo censo do IBGE de 2010, 92% da população brasileira declarou ter uma religião (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Prevalência semelhante à encontrada por Moreira Almeida et al (2010) em estudo com amostra probabilística da população brasileira, incluindo 661 adolescentes entre 14 e 17 anos de idade e 2.346 adultos acima de 18 anos de idade, com entrevistas realizadas

face a face entre novembro de 2005 e abril de 2006, onde foram pesquisados a filiação religiosa (qual a sua religião?), a religiosidade subjetiva (quão importante é a religião em sua vida?) e o comparecimento às reuniões religiosas (quantas vezes você comparece às reuniões religiosas?). Os autores identificaram uma alta religiosidade da população brasileira, com 95% declarando ter uma religião, sendo que 10,4% compareciam a mais de uma denominação religiosa, com 83% relatando que a religião era muito importante na sua vida e 37% informando ir pelo menos uma vez na semana ao encontro religioso. Maiores índices de religiosidade foram encontrados em mulheres e idosos (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2010).

Em pesquisa para avaliar se a prevalência de transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário difere entre pacientes com ou sem religião, Soeiro et al (2008) mostraram que pessoas com pouca religiosidade (10% da amostra) ou sem religião (1,2%) apresentavam aproximadamente 6 vezes mais possibilidade de apresentar transtorno bipolar e 7 vezes mais chance de ter algum diagnóstico de abuso ou dependência de álcool do que quem se declarou religioso.

Corrêa et al (2010), em pesquisa em uma população idosa de uma região de baixa renda no município de São Paulo, encontraram um relato de que 90,7% se consideravam religiosos e uma baixa prevalência de transtornos mentais entre os que frequentavam atividades religiosas, embora talvez este dado possa ter ocorrido porque pessoas deprimidas não sejam capazes de frequentar atividades religiosas.

Em estudo em pacientes atendidos em serviço de reabilitação em hospital geral, Lucchetti et al (2011) encontraram que 94% da amostra tinha filiação religiosa; que sua fé e religião eram importantes para eles; que influenciava suas vidas em 66,4% das vezes e que 87,3% gostariam que seus médicos discutissem fé e religião com eles.

Lucchetti et al (2012a), em uma pesquisa avaliando associação entre religiosidade relatada com prática religiosa, depressão e fatores de saúde entre adultos de 60 ou mais anos de idade atendidos na clínica geral de um hospital militar, encontraram que crenças espirituais e religiosas eram aspectos significativos na vida de adultos idosos no Brasil, com 60,3% considerando que a religião tinha importância grande em suas vidas, podendo apresentar na saúde deles aspectos tanto positivos quanto negativos.

2.4 RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL

Entre religião e psiquiatria há uma história antiga de conflitos (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; PARGAMENT; LOMAX, 2013) e tanto a religião tem problemas com a psiquiatria quanto a psiquiatria tem dificuldades com a religião (BAETZ, 2013), mas também têm muitos pontos em conjunto na história (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), onde por muitos anos permaneceram ligadas fortemente, com a doença sendo compreendida em termos espirituais ou religiosos (KOENIG, 2000).

No antigo Egito não se percebiam diferenças entre doença mental e física, sendo ambas consideradas originadas por possessão do demônio, espíritos do mal ou outras forças espirituais (KOENIG, 2000).

Durante a Idade Média o cuidado de pobres e doentes era provido pela igreja por meio de padres e monges (KOENIG, 2000). Os primeiros cuidados em saúde mental, na civilização ocidental, foram realizados por instituições religiosas cristãs como um ato caridoso, sendo o primeiro hospital específico para tratamento de portadores de transtornos mentais contruído por padres na Espanha, em 1409 (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Atitudes negativas em relação à religião na área da psiquiátrica surgem no final do Século XIX, tornando-se usual durante o Século XX (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; PARGAMENT; LOMAX, 2013). A religião era considerada como um estado primitivo ou negativo, com uma imagem invariável de negar a dor e o sofrimento, um isolamento indiferente aos problemas ou um conjunto florido de sintomas (KOENIG; LARSON; LARSON, 2001; LARSON; PARGAMENT; LOMAX, 2013), com muitas críticas de psiquiatras renomados como J.M Charcot, Henry Maudsley (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), Sigmund Freud (KOENIG, 2000; BAETZ et al, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; PARGAMENT; LOMAX, 2013), que comparou o ritual religioso e a oração como se fossem um ato obsessivo de um neurótico (KOENIG, 2000), uma ilusão perigosa (PARGAMENT, 2002) e que a religião exerceria sobre a psique uma influência “irracional e neurótica” (BAETZ et al, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006) e Albert Ellis, para quem a religiosidade era uma

perturbação emocional e, quanto menos religiosas as pessoas fossem, mais saudáveis seriam (KOENIG, 2000; PARGAMENT, 2002; BAETZ et al, 2004; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) usou, por vários anos, diversos exemplos de expressões religiosas para demonstrar casos de doenças mentais (KOENIG, 2000; PARGAMENT; LOMAX, 2013). Estas alegações sobre o papel da religiosidade eram baseadas nas experiências clínicas ou opinião pessoal e não embasadas por pesquisas (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Alguns grupos religiosos, por sentirem a reação hostil de profissionais da área de saúde mental, afastaram-se da psiquiatria, até recomendando evitar o contato dos seus seguidores com estes profissionais, o que pode evitar ou retardar o atendimento necessário de um psiquiatra (KOENIG, 2000).

Nas últimas décadas, este quadro vem mudando com a realização e publicação de diversas pesquisas mostrando a relação entre envolvimento religioso e saúde mental (KOENIG, 2000; SMITH; McCULLOUGH, POLL 2003; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; PARGAMENT; LOMAX, 2013), sendo alguns dos pioneiros a escrever sobre o tema os pesquisadores David B. Larson, Jeffrey S. Levin e Harold G. Koenig (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), com variados centros universitários mostrando interesse ao redor do mundo nestas pesquisas (LUCCHETTI et al, 2010) e, a partir da década 90, várias escolas médicas nos Estados Unidos da América passaram a oferecer cursos sobre o assunto (KOENIG, 2000).

O campo está progredindo para reconhecer a capacidade da religião de apoiar e fortalecer ou agravar o sofrimento das pessoas com transtorno mental (PARGAMENT; LOMAX, 2013), com uma inclinação favorecendo maior proximidade entre psiquiatria e religião para compreender melhor os fatores religiosos que podem influenciar a saúde, auxiliando os profissionais de saúde mental no desenvolvimento de habilidades para um cuidar mais compreensivo do indivíduo (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Diversos estudos têm mostrado que a prática religiosa está relacionada a menor prevalência de transtornos mentais, incluindo menor prevalência da depressão (SMITH; McCULLOUGH, POLL 2003; LEVIN, 2011; LUCCHETTI et al, 2011, KOENIG, 2012c), de modo especial entre aqueles que enfrentam maiores pressões da vida (SMITH; McCULLOUGH, POLL 2003) e após o seu tratamento, menor tempo para sua remissão (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998). Porém, segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), se o envolvimento na religião for por razões de interesse próprio (religiosidade extrínseca) há um maior risco para depressão.

Em uma meta análise realizada por Smith; Mccullough e Poll (2003) foi evidenciado que motivação religiosa extrínseca e “coping” religioso negativo estão positivamente associados com depressão ao contrário de motivação religiosa intrínseca que tem relação com baixos níveis de depressão.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), em uma revisão de artigos publicados sobre religiosidade e saúde mental, identificaram 850 artigos publicados ao longo do século XX com esta relação, incluindo pesquisas realizadas no Brasil. Eles encontraram associação positiva entre envolvimento religioso e indicadores de bem estar psicológico e associação negativa com depressão, ideação suicida e uso ou abuso de drogas ilícitas ou álcool.

Em pesquisa realizada em Piedmont, na Carolina do Norte, Estados Unidos da América -EUA (ELLISON, 1995), patrocinada pelo National Institute of Mental Health (NIMH) encontrou-se uma associação inversa entre a frequência da prática religiosa e a ocorrência de depressão, mesmo controlando para fatores que influenciam a saúde mental, como modos de vida estressantes, co-morbidades físicas e outros fatores sociodemográficos, assim como mais sintomas depressivos entre afroamericanos que não tinham vínculos com grupos religiosos organizados (ELLISON, 1995; LEVIN, 2011). Esta pesquisa teve o propósito de coletar dados sobre prevalência e incidência de transtornos mentais nos EUA (EATON et al,1981), para determinar a relação entre raça, envolvimento religioso e depressão, e avaliou mais de três mil pessoas entre 1982 e 1983, através do Diagnostic Interview Schedule (DIS), uma entrevista estruturada, entre junho de 1982 e março de 1983, e reentrevistas entre junho de 1983 e março de 1984.

No Brasil pesquisas vêm mostrando a relação entre transtornos mentais e religião. Lotufo Neto (1997) encontrou melhor saúde mental em ministros religiosos associada à religiosidade intrínseca. Moreira-Almeida (2005), em pesquisa com médiuns espíritas, mostrou que eles apresentavam menos sintomas psiquiátricos do que a população geral. Soeiro et al (2008) acharam em um hospital geral universitário que as pessoas que se declaravam muito religiosas tiveram menos probabilidade de apresentar abuso ou dependência de álcool ou de transtorno bipolar. Blay et al (2008), em uma amostra de idosos com 60 anos ou mais, mostraram uma relação inversa em pertencer a alguma denominação religiosa, principalmente evangélica, e ser fumante e fazer uso de álcool, e redução de 16% no risco de depressão em participar de atividades religiosas sociais. Corrêa et al (2010) descobriram que os indivíduos com 65 anos ou mais de idade que frequentavam atividades religiosas tinham cerca de metade da prevalência de transtornos mentais comuns comparados com os que não frequentavam atividades religiosas. Lucchetti et al (2011), em trabalho com pacientes em reabilitação em um hospital geral, demonstraram uma relação inversa entre sintomas depressivos e importância da religião na vida das pessoas e uma relação positiva entre esta e funcionamento cognitivo. Lucchetti et al (2012a), em uma pesquisa com uma população idosa, obtiveram uma associação positiva entre depressão e menor participação religiosa; a religiosidade auto-relatada estava associada com mais atividade física, menor hospitalização nos últimos seis meses, menos depressão e menos tabagismo.

Neste ano de 2014, foi criada pela Associação Brasileira de Psiquiatria a Comissão de Estudos e Pesquisa em Espiritualidade e Saúde Mental para promover e divulgar pesquisas na área, favorecer o intercâmbio de associados interessados na relação entre saúde mental e espiritualidade e estimular atividades de educação continuada. (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014)

2.5 SUPORTE SOCIAL

A discussão da relação de suporte social e saúde se inicia na década de 70, com a evidência de que ocorre um aumento da suscetibilidade a doenças quando há perda de laços sociais (CHOR et al, 2001), ganhando maior repercussão a partir da

década de 80 com o debate sobre saúde pública nos Estados Unidos, por causa da insatisfação da população com a política de saúde (VALLA, 1999; PIETRUKOWICZ, 2001, ARAGÃO et al, 2009).

Não há consenso na literatura sobre a definição de suporte social, nem do uso de suas subdivisões pelos diferentes autores (ARAGÃO et al, 2009), existindo hoje diferentes conceitos e múltiplos instrumentos de medida usados por pesquisadores para sua avaliação (CHOR et al, 2001), mas, segundo Ribeiro (1999), tende a ser consensual que o seu domínio é multidimensional, apresentando vários tipos, com diversos aspectos do suporte social provocando diferentes impressões nas pessoas.

Cobb (1976) estabelece suporte social como informação que leva a pessoa a crer que é cuidada, amada, estimada e parte de uma coletividade de uma rede de obrigações mútuas, com conseqüente proteção contra fatores de estresse, podendo reduzir a quantidade de medicações usadas, acelerar a melhora da saúde e facilitar a observância de regimes medicamentosos prescritos.

Kessler, Price e Wortman (1985) determinam que suporte social refere-se a mecanismos pelos quais, supostamente, relações interpessoais protegem as pessoas dos efeitos nocivos do estresse.

Segundo Pietrukowicz (2001), suporte social alcança um papel de prevenção e manutenção à saúde, por ser um processo de interação entre pessoas ou grupos, colaborando para o seu bem-estar, oferecendo apoio material, emocional e afetivo.

Para Costa e Ludermir (2005), suporte social inclui tudo que produz no indivíduo a sensação de “ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro”, entendido como “afeto, companhia, assistência e informação”, fornecidos pela família ou amigos.

Tão importante quanto o conceito de suporte social são os de apoio social e redes sociais, que estão estreitamente relacionados (ARAGÃO et al, 2009).

Apoio social e suporte social são usados por diversos autores como atribuição de uma mesma categoria (ARAGÃO et al, 2009), como Valla (1999) que define apoio social como um processo de reciprocidade com o oferecimento, por pessoas ou grupos que se conhecem, de informação, falada ou não e ou auxílio material, que

resultam em melhorias no campo de saúde-doença, pelo resultado dos efeitos emocionais ou comportamentais que provocam. Aragão et al (2009) definem rede como um novo aspecto do conceito de comunidade, onde o que liga as pessoas são os laços de “proximidade local, parentesco e solidariedade”. Já Jussani, Serafim e Marcon (2007) como uma somatoria de todas as relações percebidas por uma pessoa como importantes ou diferentes da “massa anônima da sociedade”, uma teia que une os indivíduos por laços de afinidade, a qual eles recorrem diante de uma nova situação, planejada ou não, como uma fonte de reestruturação e de adaptação.

Pietrukowicz (2001) classifica três tipos de apoio social:

- Apoio emocional - que tem relação com os sentimentos de estima, pertencimento e de confiança, com as pessoas expressando seus sentimentos e o estabelecimento de ligação com outras pessoas.
- Apoio educacional ou informativo – em grupos formados por pessoas que buscam informação, conselho, esclarecimento sobre algum assunto ou problema, de acordo com o grupo, com empoderamento do indivíduo.
- Apoio material ou instrumental – qualquer tipo de ajuda material ou financeira que receba de amigos, familiares ou outros.

Suporte social por si só tem se mostrado relacionado a melhores desfechos em pessoas com doença mental (HENDRYX; GREEN; PERRIN, 2009), sendo também um dos aspectos pelos quais pode ser explicada a ação da religiosidade.

Como fonte de suporte social, já foi identificado que ter apoio social é de fundamental importância para a saúde psicológica do indivíduo e para a sua recuperação. Em um grupo religioso, as pessoas convivem com as outras com interesses comuns em que uma apoia a outra, fortalecendo-se mutuamente (HENDRYX; GREEN; PERRIN, 2009.). Pessoas com alta religiosidade geralmente possuem um melhor suporte social (CORREA et al, 2010).

Quais as estruturas do suporte social agiriam na promoção da saúde ainda não são claras, mas são sugeridas como mecanismos de promoção de saúde um maior acesso a práticas de saúde, a maiores informações e a recursos para a saúde, como transporte e habitação que o grupo social pode fornecer e mudanças em hábitos de risco (PENNINX, 1997).

Cassel (1974) relata que as pesquisas têm mostrado que o apoio fornecido por certas organizações sociais proporcionam melhoras tanto na saúde física, quanto emocional e mental, por oferecerem fatores de proteção contra a gênese de doenças.

Valla (1999) expõe que o envolvimento do indivíduo na sociedade pode ser um importante fator psicossocial na satisfação com a vida, na capacidade de enfrentar problemas e na recuperação da confiança pessoal, reforçando o sistema de defesa do corpo com diminuição da predisposição a doenças.

O tamanho da rede social do indivíduo e o suporte que dá e dela recebe estão relacionados ao bem-estar social do indivíduo (CORRÊA et al, 2010).

Ribeiro (1999) relata que os pesquisadores fazem distinção entre o suporte social que a pessoa recebe daquela que ela distingue, mas durante momentos de dificuldade pode ocorrer uma percepção errônea das relações sociais (KESSLER; PRICE; WORTMAN, 1985).

Pode variar com o tempo o apoio social recebido, segundo Antunes e Fontaine (2005), porque ocorrem mudanças nas relações entre as pessoas, mais entre pais e companheiros.

Para Pietrukowicz (2001) o apoio social faz com que as pessoas alterem seu comportamento, aumentando a capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, com aumento de sua autoestima com descobrimento do seu potencial, o que diminui os riscos ligados aos fatores psicológicos.

De acordo com Schuster, Kessler e Aseltine Jr (1990) existem tanto influências de suportes sociais positivos quanto negativos, embora exista uma quantidade maior de pesquisas do primeiro e que o suporte negativo ocorra com menor frequência, mas que é tanto ou mais importante em alguns casos do que o suporte positivo, para o comportamento emocional, principalmente na depressão.

Ainda encontram-se pouco explorados no Brasil as dimensões relacionadas à rede e apoio social, apesar dos esforços nos últimos anos para incorporá-los aos estudos epidemiológicos (CHOR et al, 2001).

2.6. SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Para Jussani, Serafim e Marcon (2007) receber e perceber suporte social é fundamental no enfrentamento de situações de estresse, levando a manutenção da saúde mental.

Embora os resultados de estudos sejam inconsistentes, George et al (1989) relatam que o suporte social talvez seja o fator mais frequentemente examinado em relação ao resultado que constitui diferença nos transtornos psiquiátricos. Ter uma rede social pequena ou apoio social subjetivo prejudicado no seu trabalho são fatores preditores de alto número de sintomas na escala Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D).

Kessler, Price e Wortman (1985) sugerem que suporte social pode proteger indivíduos em risco de transtorno mental e que a sua perda desempenha um papel importante no desenvolvimento e no curso de psicopatologias.

Costa e Ludimir (2005) relacionam “baixos níveis de ansiedade e depressão, somatizações e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse” ao fato de possuir amigos e saber que é amado e que duas teorias poderiam explicar esta ligação: suporte social pode funcionar como mediador do estresse, modificando-o, fazendo com que enfrente positivamente as adversidades da vida ou agir diretamente na saúde mental.

Chadda (1995) narra que a perda do suporte social ou a percepção de sua perda tem sido relacionada à duração e gravidade da depressão.

A avaliação de suporte social em portadores de transtornos psiquiátricos pode ser dificultada pela capacidade deles de estabelecer e manter relações interpessoais e de receber e perceber suporte social (CHADDA, 1995).

2.7. RELIGIOSIDADE, SUPORTE SOCIAL, SAÚDE MENTAL

O envolvimento em atividades religiosas proporciona maior engajamento em compromissos cívicos e maior contato social, permitindo maiores oportunidades de fonte de suporte social (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001; SMITH; POLL;

McCULLOUGH, 2003), um protetor conhecido contra os efeitos negativos do estresse (SMITH; POLL; McCULLOUGH, 2003; LEVIN, 2011), que pode ser o mecanismo responsável pela associação inversa de religião e sintomas depressivos (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001; SMITH; POLL; McCULLOUGH, 2003; CORRÊA et al, 2010), embora uma revisão dos potenciais fatores mediadores desta ação mostrem inconsistência (KRAUSE, 2006).

A percepção de que a dimensão relativa a comparecimento a serviços religiosos é o mais forte preditor de saúde e mortalidade é compatível com a teoria de que o apoio social é um mediador entre religião e saúde mental (CORRÊA et al, 2010). Segundo George, Ellison e Larson (2002) o comparecimento a serviços religiosos supostamente aumenta a probabilidade de desenvolver uma rede de apoio social e que a religião, por promover um espaço acolhedor e de confiança entre as pessoas, torna mais fácil para seus seguidores chegar ao outro em momentos de dificuldade.

Para Cohen (2004), normalmente pessoas com alta religiosidade também apresentam altos níveis de suporte social.

Um grupo religioso quando confrontado com as alegrias e perdas de vida pode compartilhar e ajudar no desenvolvimento de conhecimentos que proporcionem o encontro do significado dos fatos da vida, naturalmente útil para indivíduos sob condições de estresse (GREEN; ELLIOT, 2010).

Segundo Ness e Larson (1998), a relação entre religiosidade e suporte social pode ser explicada porque as atividades religiosas servem como fonte de socialização.

Corrêa et al (2010), em uma pesquisa com idosos de uma área de baixa renda no município de São Paulo, encontraram apoio social associado a religiosidade organizacional, porém quando incluída a variável apoio social na regressão logística não ocorreu alteração significativa dos resultados, embora George, Ellison e Larson (2002) sugiram que o apoio social recebido da comunidade religiosa pode ser um importante mediador entre saúde e religiosidade.

Desenvolver conhecimento científico sobre a relação de religiosidade e de saúde mental, bem como dos fatores que a compõem e o papel do suporte social nesta relação, deve ser de interesse da saúde pública embora seja campo pouco explorado em pesquisas, principalmente no Brasil.

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 GERAL

Identificar o papel da religiosidade na percepção de saúde e o papel da religiosidade e do suporte social na depressão na população geral adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), analisando os dados do Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity (SPMHS)

3.2 ESPECÍFICOS

- Artigo 1:
 - ✓ Descrever as cinco dimensões da religiosidade (afiliação, organizacional, não organizacional, intrínseca e “coping”) na população geral adulta residente na RMSP e sua relação com variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, emprego, estado civil, renda e escolaridade.
 - ✓ Descrever a percepção de saúde física e mental na população geral adulta residente na RMSP e sua relação com variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, emprego, estado civil, renda e escolaridade.
 - ✓ Descrever a associação entre religiosidade organizacional, não organizacional, intrínseca e “coping” e percepção de saúde física e mental na população geral adulta residente na RMSP.

- Artigo 2
 - ✓ Descrever as características sociodemográficas na população geral adulta residente na RMSP em relação à depressão.
 - ✓ Estimar a associação entre afiliação religiosa, religiosidade organizacional, não organizacional, intrínseca e “coping” com prevalência, gravidade dos sintomas e a busca por serviço de saúde na depressão, controlando para suporte social positivo e negativo de amigos, na população geral adulta residente na RMSP.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O World Mental Health Survey – WMH Consortium foi delineado para obter informações válidas das prevalências, dos fatores correlacionados e dos padrões de tratamento dos transtornos mentais na população geral (KESSLER; ÜSTÜN, 2004; XAVIER, et al, 2013), em 1998, através de uma iniciativa da OMS e com apoio das Universidades de Harvard e Michigan, reunindo pesquisadores de diversos países que conduziram estudos de base populacional, utilizando a mesma metodologia e o mesmo instrumento de coleta de dados, com a criação do instrumento de pesquisa - o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) - nas versões digital ou em papel e lápis, (The World Mental Health Composite International Diagnostic Interview, 2013) para estudos comparativos transnacionais (World Health Organization, 2000; KESSLER; ÜSTÜN, 2004).

O presente estudo utilizou os dados do estudo epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS), parte brasileira do WMH Consortium, um estudo de corte transversal de base populacional avaliando a morbidade psiquiátrica em uma amostra probabilística da população geral com 18 anos ou mais, desenhado para ser representativo da população geral de adultos com mais de 18 anos de idade, residentes na região metropolitana de São Paulo, que consiste na cidade de São Paulo e mais 38 municípios. A metodologia detalhada (desenho do estudo, população alvo, modo de pesquisa, coleta de dados, instrumento de pesquisa e desenho da amostra) foi descrita no artigo São Paulo Megacity Mental Health Survey – a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria em 2009 (VIANA et al, 2009).

Neste estudo foi analisado um subconjunto dos dados coletados no SPMHS, a amostra que respondeu à Parte 2 da entrevista. Foram utilizadas para essa análise algumas questões dos módulos da pesquisa: Rastreamento I, Dados Demográficos I, Relações Sociais, Serviços (ANEXOS) e diagnóstico de depressão, correlacionando suporte social e religiosidade com depressão e religiosidade com percepção de saúde, física e mental.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

O censo de 2000 serviu de base para o desenho amostral, sendo que a população estimada para a região metropolitana na época da coleta de dados era de aproximadamente 12 milhões de adultos (18 anos ou mais de idade) (VIANA et al, 2009).

A seleção dos entrevistados foi a partir de uma amostra probabilística multiestratificada de domicílios, com cobertura de todos os 39 municípios da região metropolitana de São Paulo, com a escolha de um respondente por domicílio, sem substituição. A contribuição de cada município foi de acordo com sua população - São Paulo contribuindo com 40% da amostra e os outros municípios com 60% da amostra (VIANA et al, 2009, ANDRADE et al, 2012).

Foi calculado ser necessário 7.700 habitações da RMSP para uma estimativa de uma taxa de não resposta de 35% para atingir 5.000 casas, sendo empregadas seis etapas no processo (VIANA et al, 2009).

Na primeira etapa, houve a identificação de 134 unidades primárias de amostragem, compostas por um bairro ou município, que foram 96 bairros em São Paulo e 38 municípios, com cobertura de toda a RMSP (VIANA et al, 2009).

Na segunda etapa, foram encontrados 21.158 setores censitários na RMSP, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000, em que cada setor abrange uma área de 200 a 500 famílias, que é a menor unidade de dados disponíveis (VIANA et al, 2009).

Para a terceira etapa foi efetuado, de acordo com a proximidade geográfica, um agrupamento dos setores censitários com as unidades primárias de amostragem. Para selecionar 5.000 domicílios foi preciso um total de 1540 aglomerados (VIANA et al, 2009).

Um setor censitário foi aleatoriamente selecionado, a partir de uma lista da etapa anterior, de dentro de cada aglomerado da quarta etapa (VIANA et al, 2009).

Em seguida, também aleatoriamente, foi eleita uma quadra dentro de cada setor censitário previamente escolhido na etapa anterior. Foi contratada uma empresa para visitar e registrar os domicílios existentes na quadra, sendo preciso o

reconhecimento de quarenta domicílios por quadra para, logo após, selecionar uma de cada cinco domicílios. Para as favelas onde não havia ruas ou blocos definidos, o procedimento foi diferente, pois houve uma divisão em cinco regiões de cima para baixo, escolhendo uma entrevista de cada região, ocorrendo o mesmo processo em regiões mais espalhadas horizontalmente (VIANA et al, 2009).

Foi, então, enviada uma carta para cada casa selecionada explicando a pesquisa e comunicando que um entrevistador iria até a casa nos próximos dias (VIANA et al, 2009).

Na sexta e última etapa, foi obtida uma listagem com informações sobre idade, sexo e capacidade de falar português de todos os moradores de cada domicílio através de um primeiro contato do entrevistador, sendo selecionado entre os elegíveis da casa, ou seja, maiores de 18 anos, sem incapacidade ou deficiências que pudessem impedir as respostas da entrevista e falando português, um indivíduo por casa, sem substituição através de uma tabela aleatória de Kish (VIANA et al, 2009), constituída de oito tabelas de seleção com questionários, com uma proporção pré-determinada de questionários, que permitem uma seleção proporcional entre sexo e idade dos escolhidos (SUYAMA; QUININO; BESSEGATO, 2013).

4.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), na versão papel e lápis (PAPI), traduzida e validada para o português por Viana et al (2004), que é constituído por unidades clínicas e não-clínicas, com diagnósticos de conformidade com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 4ª revisão (DSM-IV) e do CID-10, dispostas em Parte 1 e Parte 2.

A Parte 1 da amostra, que avaliou transtornos considerados como nucleares, como os transtornos de ansiedade, de humor, de controle de impulso, por uso de substâncias e comportamento suicida, assim como doenças crônicas, foi respondida por todos os entrevistados: 5.037 pessoas. A taxa global de resposta da pesquisa foi de 81,3% (VIANA et al, 2009).

A Parte 2 do questionário, que consiste de módulos clínicos complementares, avaliando transtornos obsessivo-compulsivos, estresse pós-traumático, jogo patológico, distúrbios alimentares, pré-menstruais, neurastenia, sintomas psicóticos e rastreio da personalidade, e não-clínicos, como fatores de risco sócio-demográficos, foi aplicada a dois estratos: um composto dos que na Parte 1 preencheram critérios para pelo menos um diagnóstico ao longo da vida de um dos transtornos mentais pesquisados no estudo na Parte 1 (n=2236) e por uma amostra aleatória de 25% dos não casos para os transtornos mentais avaliados pelo questionário (n=706) (VIANA et al, 2009; VIANA; ANDRADE, 2012).

Amostras de saliva foram recolhidas de 1.801 respondentes, com extração de DNA e armazenamento para investigação futura (VIANA et al, 2009; ANDRADE et al, 2012).

4.4 COLETA DE DADOS

Entrevistadores leigos de uma empresa profissional de pesquisa, escolhidos com base nas experiências profissionais prévias e treinados pelas pesquisadoras do SPMHS por cinco dias, em tempo integral, coletaram os dados entre maio de 2005 e abril de 2007, nos domicílios dos respondentes, em entrevistas face a face, através da versão PAPI do CIDI, com duração média das entrevistas variando entre 1 hora e 20 minutos para a entrevista curta e 2 horas e 15 minutos para a entrevista longa. Em alguns casos, quando as entrevistas eram longas, podiam ser divididas em duas ou mais sessões, em dias ou semanas, realizadas pelo mesmo entrevistador (VIANA et al, 2009, ANDRADE et al, 2012).

4.5 MEDIDAS E DESFECHOS

4.5.1 Medidas Sociodemográficas:

As variáveis serão categorizadas para facilitar a análise estatística dos dados e compreendem:

Gênero- categorizado em masculino e feminino

Idade – categorizada for faixa etária, de acordo com a idade dos indivíduos entrevistados em 18 a 34 anos, de 35 a 49 anos, de 50 a 64 anos e 65 anos de idade ou mais.

Educação – categorizada pelo número de anos estudados como de 0 a 4 anos (nunca ter estudado ou parte do ensino fundamental), de 5 a 8 anos (parte do ensino fundamental até ensino fundamental completo), de 9 a 11 anos (parte do ensino médio até ensino médio completo) e 12 anos ou mais de estudo (parte do ensino superior até ensino superior completo e pós-graduação).

Estado civil – categorizado pelo estado civil atual em previamente casado (separado, viúvo ou divorciado), casado ou em união estável e solteiro

Emprego – categorizado em trabalhando (emprego formal ou autônomo), estudante, dona de casa, aposentado, outros (licença médica ou maternidade, desempregado, incapacitado, proprietário)

Renda - A renda per capita foi calculada somando todas as rendas mensais do domicílio em números de salários multiplicadas por 12 e dividida pelo número de residentes no domicílio. Para este estudo, esta renda anual foi dividida em quartis.

4.5.2. Medidas de Depressão:

A ocorrência de algum episódio depressivo nos últimos 12 meses e ao longo da vida foi avaliada com base nos critérios do DSM-IV de Transtorno Depressivo Maior, aplicando-se algoritmos às respostas ao módulo de Depressão do WMH-CIDI (KESSLER; ÜSTÜN, 2004) (ANEXOS).

A gravidade dos sintomas depressivos foi estimada por uma breve versão do Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR) (RUSH et al., 2003) integrada ao módulo de depressão do WHO-CIDI (KESSLER; ÜSTÜN, 2004), aplicada a todos os respondentes que tiveram critério para o diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses, avaliando os sintomas em relação ao pior mês do ano anterior. A QIDS – SR é uma escala de auto-avaliação com 16 itens projetados para avaliar a gravidade dos sintomas da depressão de maneira de tempo eficiente (RUSH et al., 2003). Os resultados foram convertidos em uma medida categórica ordinal de gravidade clínica (cl clinicamente não deprimido, depressão leve, moderada, grave e muito grave), de acordo com regras de transformação desenvolvidas para o QIDS - SR (RUSH et al, 2003).

4.5.3. Medidas de Percepção de Saúde

Autopercepção de saúde foi avaliada perguntando como os indivíduos classificam em geral sua saúde, tanto física como mental, numa escala de 5 pontos, variando de ruim a excelente, através das perguntas SC8_1 (saúde física) e SC8_2 (saúde mental) do Módulo de Rastreamento do CIDI (KESSLER; ÜSTÜN, 2004) (ANEXOS), baseadas na questão 1 do questionário SF-12 (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996).

As repostas foram então grupadas em uma variável binária de saúde ruim (pobre ou regular) e boa (excelente, muito boa e boa), sendo referência para a análise saúde ruim.

4.5.4. Medidas de Religiosidade

A religiosidade foi descrita em cinco dimensões através de perguntas do Módulo Dados Demográficos do WHO-CIDI (ANEXOS), com perguntas objetivas para avaliar afiliação religiosa (DE32, #de36b e #de36c), perguntas baseadas na “Religiosity Scale” (ROBINSON; SHAVER, 1973, ANEXOS) para avaliar religiosidade subjetiva ou intrínseca (DE34 e DE36) e “coping” (DE35) e baseadas nas perguntas da Duke Religion Index – DUREL (KOENIG; MEADOR; PARKERSONI, 1997), escala adaptada para o português do Brasil por Moreira-Almeida et al (2008) e validada no Brasil por Lucchetti et al (2012b, ANEXOS), para avaliar religiosidade organizacional e não organizacional.

Afiliação religiosa- baseada nas perguntas objetivas:

DE32 do CIDI: “Qual é a sua religião?” Podendo marcar em uma lista de religiões qual a sua religião, até mais de uma opção, incluindo agnóstico e sem religião. Para o segundo artigo foi codificada em ter (ter marcado alguma religião) ou não (marcado agnóstico ou sem religião).

#de36b do CIDI: “Há quanto tempo o(a) Sr(a). pertence a esta religião atual?” Sendo as respostas: “desde que nasci, era a religião da família onde cresci, ou de um dos meus pais; há mais de 20 anos; entre 5 e 20 anos; entre 1 e 4 anos; há menos de 1 ano; não sabe; recusou.”

#de36c do CIDI: “Qual o motivo para ter mudado de religião?”, respondido por aqueles que informaram na questão anterior que haviam mudado de religião. As repostas possíveis eram: “problemas financeiros ou profissionais; problemas familiares; dificuldades emocionais ou psicológicas; busca de sentido para a vida ou de explicações para o que ocorre; outros especifique abaixo;” Mais de uma alternativa poderia ser marcada.

Religiosidade organizacional – baseada na pergunta DE33 do CIDI, correspondente à questão 1 da Durel (KOENIG et al, 1997),: “Com que frequência o(a) Sr(a). habitualmente comparece a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?” Sendo adaptado uma categorização reversa em: igual ou mais de uma vez por semana=4, de uma a três vezes por mês=3, menos de uma vez por mês=2, nunca=1. Os mais altos escores indicam maior religiosidade organizacional na descritiva. Para avaliação de associação no primeiro artigo foi categorizada em uma vez ou mais por semana versus menos de uma vez por semana.

Para avaliação da religiosidade organizacional no segundo artigo foram criadas duas variáveis categorizadas em religiosidade organizacional forte e qualquer religiosidade organizacional. A religiosidade forte foi avaliada igual ao primeiro artigo (uma vez ou mais por semana versus menos de uma vez por semana) e qualquer religiosidade se comparecer pelo menos uma vez por mês.

Religiosidade não organizacional – baseada na pergunta #de36a do CIDI que corresponde à questão 2 da Durel (KOENIG et al, 1997),: “Com que frequência o(a) Sr(a). dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?” Categorizada em: igual ou mais do que uma vez ao dia=4, duas ou mais vezes por semana=3, de poucas vezes por mês a uma vez por semana=2, raramente ou nunca=1. Os mais altos escores indicam maior religiosidade não organizacional na descritiva. Para a associação foi categorizada em igual ou mais de uma vez por dia versus menos de uma vez por dia.

Para avaliação da religiosidade não organizacional no segundo artigo foram criadas duas variáveis categorizadas em religiosidade não organizacional forte e qualquer religiosidade não organizacional. A religiosidade forte foi avaliada igual ao primeiro artigo (uma vez ou mais por semana versus menos de uma vez por semana) e

qualquer religiosidade em dedicar seu tempo para atividades religiosas individuais pelo menos poucas vezes por mês.

Religiosidade intrínseca ou subjetiva – baseada nas seguintes perguntas:

DE34 do CIDI, da “Religiosity Scale” (ROBINSON; SHAVER,1973): “Em geral, qual a importância de suas crenças religiosas ou espirituais em sua vida cotidiana --- são muito importantes, moderadamente importantes, pouco importantes, ou sem importância?”, Codificadas reversamente em são muito importantes=4, moderadamente importantes=3, pouco importantes=2, ou sem importância=1, como maiores escores indicando maior importância da religiosidade na vida cotidiana.

DE36 do CIDI, da “Religiosity Scale” (ROBINSON; SHAVER,1973): “Quando o(a) Sr(a). tem que tomar decisões em sua vida cotidiana, com que frequência as suas crenças religiosas ou espirituais influenciam nas suas decisões - frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?” Codificadas reversamente em: frequentemente=4, às vezes=3, raramente=2, ou nunca=1, com os maiores escores indicando maior influência da religião nas decisões em sua vida cotidiana.

Para análise de associações a religiosidade intrínseca foi categorizada no primeiro artigo em ter ou não religiosidade intrínseca, sendo considerado ter responder muito importante na questão 34 mais frequentemente na questão 36.

Para avaliar religiosidade intrínseca no segundo artigo a pergunta DE34 foi utilizada isoladamente, categorizada em forte e qualquer religiosidade intrínseca. Religiosidade intrínseca forte igual ao artigo um (ter respondido que a importância de suas crenças religiosas ou espirituais é muito importante versus moderadamente, pouco ou sem importância) e qualquer religiosidade intrínseca em ter respondido que suas crenças são pelo menos pouco importantes na sua vida diária.

Enfrentamento religioso (“coping”): DE35 do CIDI, da “Religiosity Scale” (ROBINSON; SHAVER,1973): “Quando o(a) Sr(a). tem problemas ou dificuldades em sua família, trabalho, ou vida pessoal, com que frequência busca conforto religioso ou espiritual, por exemplo, orando, meditando, lendo textos religiosos, comparecendo a uma cerimônia religiosa ou espiritual, ou conversando com um orientador religioso ou espiritual - frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?” Sendo categorizado reversamente em frequentemente=4, às vezes=3, raramente=2,

ou nunca=1, com os maiores escores indicando maior “coping” religioso. Para a análise de associação foi dicotomizada ter ou não “coping” religioso, sendo ter igual a ter respondido frequentemente versus não ter, respondido às vezes, raramente ou nunca.

Para avaliação do enfrentamento religioso no segundo artigo foram criadas duas variáveis categorizadas em enfrentamento religioso forte e qualquer enfrentamento religioso. O enfrentamento religioso forte foi avaliado igual ao primeiro artigo (ter respondido frequentemente versus não ter, respondido às vezes, raramente ou nunca) e qualquer, em buscar conforto religioso ou espiritual quando tem problemas ou dificuldade pelo menos às vezes.

4.5.5. Medidas de Suporte Social.

O suporte social será avaliado pelo suporte positivo ou negativo de amigos com perguntas do módulo Relações Sociais do WHO-CIDI (KESSLER; ÜSTÜN, 2004). (ANEXOS), baseadas na “Supportive Interaction Scale and Negative Interaction Scale” (SCHUSTER; KESSLER; ASELTINE JR, 1990), de acordo com as respostas das seguintes perguntas do CIDI (KESSLER; ÜSTÜN, 2004):

- SN6: “Com que frequência o(a) Sr(a). fala ao telefone ou tem contato com seus amigos?- quase todos os dias, poucas vezes na semana, poucas vezes no mês, aproximadamente uma vez por mês, ou menos de uma vez por mês.

SN7: “Até que ponto o(a) Sr(a). pode confiar em seus amigos para ajudá-lo(a) se tiver um problema sério? - muito, moderadamente, um pouco, ou nada.”

SN8: “Até que ponto o(a) Sr(a). pode se abrir com seus amigos se precisar conversar sobre suas preocupações? - muito, moderadamente, um pouco, ou nada.”

SN9: “Com que frequência os seus amigos lhe fazem muitas solicitações - sempre, às vezes, raramente ou nunca.”

SN10: “Com que frequência os seus amigos discutem com o(a) Sr(a)?. - sempre, às vezes, raramente ou nunca.

Tanto para o suporte positivo quanto para o negativo foram criadas duas variáveis: forte e fraca, da seguinte maneira:

- ✓ suporte positivo forte- ter respondido em SN6 pelo menos poucas vezes no mês mais em SN7 e em SN8 pelo menos moderadamente.
- ✓ suporte positivo fraco- ter respondido em SN6 pelo menos poucas vezes no mês mais em SN7 e em SN8 pelo menos um pouco.
- ✓ suporte negativo forte- ter respondido sempre em SN9 e em SN10.
- ✓ -suporte negativo fraco – ter respondido pelo menos raramente em SN9 e em SN10.

4.5.6. Medidas de Procura por Serviço de Saúde.

As medidas foram criadas a partir de perguntas do módulo Serviços do CIDI (KESSLER; ÜSTÜN, 2004) (ANEXOS).

A medida “algum tratamento de saúde mental” para os respondentes que realizaram algum tratamento de saúde mental nos 12 meses anteriores à entrevista, incluindo tratamentos com psiquiatras, ambulatorialmente ou em hospital, psicólogos, conselheiro em saúde mental, assistente social ou outro profissional da área de saúde mental.

A medida “algum tratamento médico” para os respondentes que realizaram algum tratamento médico nos 12 meses anteriores à entrevista.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise de dados será feita através do Data Analysis and Statistical Software for Professionals (STATA) versão 13.

Serão realizadas análises descritivas dos dados, com cálculo de proporções, média, mediana e erro padrão para variáveis numéricas e distribuição absoluta e relativa para variáveis categóricas, ponderando por idade e gênero. Para análise das associações, será usado o teste do qui-quadrado e o cálculo dos Odds Ratios. Todos os testes serão bicaudais com um nível de significância de 5%.

No primeiro artigo “Religiosity and Perceived Health in the Adult General Population of São Paulo Metropolitan Area: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey” foram calculados odds ratio e o coeficiente de regressão logística para avaliar a associação de percepção de saúde física e mental com quatro dimensões de religiosidade (organizacional, não organizacional, intrínseca e “coping”), controlando para sexo.

No segundo artigo “The Role of Religiosity and Social Support on Depression in the Adult General Population of São Paulo Metropolitan Area: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey” foi avaliada a associação de depressão com quatro dimensões de religiosidade (organizacional, não organizacional, intrínseca e “coping”), controlando para suporte social positivo e negativo de amigos, idade, sexo, estado civil, escolaridade e emprego.

Para obter estimativas precisas de erros-padrão foram utilizados métodos de pesos ponderados para ajustar as diferenças na probabilidade de seleção em cada um dos procedimentos de amostragem de múltiplos estágios (W1), para a não resposta (W2), para uma pós-estratificação (W3) e para ajustar para a seleção na Parte II (W4), por gênero e faixa etária, visando ser significativa e representativa da população da Região Metropolitana de São Paulo com 18 anos ou mais.

.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo SPMHS foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (processo 792/03, ANEXO 1) e recebeu apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo. Os respondentes somente foram avaliados após a assinatura do termo de consentimento com total confidencialidade assegurada (ANEXO 2) (VIANA et al, 2009).

O estudo SPMHS foi realizado em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e as Universidades de Harvard e de Michigan (VIANA et al, 2009).

Este trabalho não necessitou de financiamento porque analisou dados já coletados.

5. RESULTADOS

Foram realizados dois artigos:

- Religiosity and Perceived Health in the Adult General Population of São Paulo Metropolitan Area: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, que será submetido para publicação no jornal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.
- The Role of Religiosity and Social Support on Depression in the Adult General Population of São Paulo Metropolitan Area: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, que será submetido para publicação no jornal Psychological Medicine.

5.1 ARTIGO 1:

Religiosity and religious practices in the adult general population living in the São Paulo Metropolitan Area (Brazil) and its association with Perceived Health: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey

Maria Cristina Alochio de Paiva^{1*}, Ana Paula Araújo Faria¹, Flávia Garcia Pereira¹, Mariane Henriques França¹, Márcio Rodrigues dos Santos Souza², Laura Helena Andrade³, Giancarlo Lucchetti⁴, Maria Carmen Viana^{1,5}

Artigo submetido a publicação

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brazil.

²Programa de Pós-Graduação em Estatística Aplicada e Biometria, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, MG, Brazil.

³Seção de Epidemiologia Psiquiátrica – LIM-23, Departamento/Instituto de Psiquiatria, Escola de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil.

⁴Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brazil

⁵Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brazil.

***Corresponding author.**

Mailing address: Maria Cristina Alochio de Paiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, CEP 29040-91 Brasil. Phone/Fax:+552733495364. E-mail: crisalochio@gmail.com

5.2 ARTIGO 2

+Maria Cristina Alochio de Paiva^{1*}, Ana Paula Araújo Faria¹, Flávia Garcia Pereira¹, Mariane Henriques França¹, Márcio Rodrigues dos Santos Souza², Laura Helena Andrade³, Giancarlo Lucchetti⁴, Maria Carmen Viana^{1,5}

Artigo submetido a publicação

The Role of Religiosity and Social Support of Friends on Depression in the Adult General Population of São Paulo Metropolitan Area: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brazil.

²Programa de Pós-graduação em Estatística Aplicada e Biometria, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, MG, Brazil.

³Seção de Epidemiologia de Psiquiátrica - LIM-23, Departamento/Instituto de Psiquiatria, Escola de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil.

⁴Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brazil

⁵Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brazil.

*Corresponding author:

Mailing address: Maria Cristina Alochio de Paiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, CEP 29040-91 Brasil. Phone/Fax:+552733495364. E-mail: crisalochio@gmail.com

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 CONCLUSÕES

Este estudo descreveu altos níveis de religiosidade entre a população em geral que vive na Região Metropolitana de São, no Brasil, aumentando com a idade e mais relatada por mulheres. Todas as dimensões religiosas avaliadas foram muito freqüentemente relatadas, refletindo uma grande importância na religiosidade no cotidiano dos entrevistados. A saúde física foi pior avaliada do que a saúde mental, em ambos os sexos, piorando a percepção de saúde ruim com a idade. Indivíduos com religiosidade não-organizacional têm 30% menos chance de declarar saúde mental ruim e homens com religiosidade intrínseca têm uma chance 80% maior de relatar saúde física ruim, o que pode demonstrar que as pessoas podem responder com a oração e outras práticas religiosas individuais ao enfrentar uma doença ou um estado de incapacidade funcional.

Não houve associação entre depressão e religiosidade, nem entre suporte social de amigos com depressão, nem com a religiosidade. Pessoas com religiosidade organizacional e depressão nos últimos 12 meses procuram mais serviços médicos em geral. Indivíduos que nunca tiveram depressão e apresentam religiosidade intrínseca têm uma demanda 70% menor de serviços de saúde mental e as que usam enfrentamento religioso procuram 2,4 vezes mais estes serviços.

Este estudo tem algumas limitações. A primeira é que trata-se de um estudo transversal, então a causalidade da relação não pode ser inferida. A segunda, os dados são representativos da população de uma megacidade, como a área metropolitana de São Paulo, não podendo ser generalizada para outras regiões do Brasil, especialmente as pequenas cidades ou zona rural. A terceira, a pesquisa não incluiu moradores de rua ou institucionalizados, apenas os residentes nas casas pesquisadas. Em quarto, tanto a percepção de saúde quanto os sintomas para o diagnóstico de depressão são auto-relatados, podendo ocorrer viés de informação, especialmente de saúde mental, por preconceito do estigma de se declarar doente mental ou ignorância de que a saúde mental não se refere apenas à loucura ou esquizofrenia, mas que o stress, a ansiedade e a depressão também são parte

integrante da saúde mental. Em quinto, a avaliação de suporte social não mediu suporte de membros da congregação religiosa a que o respondente pertencia, mas o suporte de amigos, o que pode não representar suporte social da religião a que ele pertencia. Em sexto, a população estudada de não deprimidos, pode preencher critérios para diagnóstico de algum dos transtornos mentais estudados, o que pode ter influenciado nos resultados.

6.2 DIRECIONAMENTOS PARA NOVAS PESQUISAS

Algumas limitações ao estudo se fazem presente como a não realização de análises com outros transtornos mentais e sua influência na relação entre religiosidade e depressão, o que deverá ser melhor avaliado em outro estudo.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-12042005-160501/pt-br.php>>. Acesso: em 30 nov 2013.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders. DSM-IV**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Press, 1994.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, v.36, p.1–10. 1995. ANDRADE, L. H. et al. **Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity mental survey. Brazil.** Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2FJournal.pone.0031879&representation=PDF>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p.355-366, dez. 2005.

ARAGÃO, E.I.S. et al.. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia & foco**, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 2, n. 1, p. 79-90. Jan./jun. 2009.

ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária à saúde. **Bras. Med. Farm. e Com.**, Rio de Janeiro, v.2, n 8, p.261-270. jan./mar. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em <<http://www.abp.org/portal/comissoes-abp>>. Acesso em: 01 fev 2014.

BAEZ et al. The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. **J. Nerv. Ment. DIS.**, v. 192, n.12, p.818-822. dez. 2004.

BAEZ, M. Religion and psychiatry: from conflict to consensus. **World Psychiatry**. Italy, v. 12, n.1,p.38-9, fev. 2013.

BECK, A.T et al – An Inventory for Measuring Depression. **Archi Gen Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961

BENYAMINI, Y. Self-ratings and longevity: a health psychologist's viewpoint on epidemiological findings. **The European Health Psychologist**, v.10, p.10-13, mar. 2008.

BLAY, S. L et al. The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. **Am J Geriat Psychiatry**, v. 16, n.11, p. 934-943, nov. 2008.

BONDY, B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. **Dialogues Clin. Neurosci.**, v. 4, n. 1, 2002.

BORIN, F.S.; BARROS, M.B., NERI, A.L. Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n.4, p.769-80. 2012.

BOUDREAUX, E.D.; O'HEA, E; CHASUK , R. Spiritual role in healing an alternative way of thinking, **Prim. Care Clin. Office Pract.**, Estados Unidos, v. 29, p. 439–454, jun. 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro, IBGE/CDDI, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>>. Acesso em: 03 fev 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>>. Acesso em: 18 jan 2014.

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: Editora IBGE, c2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 08 set. 2012.
- BROMET et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>>. Acesso em: 18 abr. 2013.
- CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, set./out. 1998. Disponível em: <<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>>. Acesso em: 10 jul. 2008.
- CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **Am. J. Med.**, v. 64, n. 11, p 1040-1043, nov. 1974.
- CAVELAARS, A.E. et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 52, p.219-227, 1998.
- CHADDA, R. K. Social support and psychosocial dysfunction in depression. **Indian J. Psychiat.**, v. 37, n.3, p. 119-123, 1995.
- CHAPMAN, D. P.; PERRY, G. S.; STRINE, T.W. The vital link between chronic disease and depressive disorders. **Prev. Chronic Dis.**, Estados Unidos, v. 2, n.1, p. 1-10, jan. 2005.
- CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.887-896, jul./ago. 2001.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom. Med.**, v. 38; n. 5, p. 300-14. set./out. 1976.
- COELHO, C.L.S. et al. Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.35, n.2, p. 142-149, abr./jun., 2013.

COHEN, S. Social relationships and health. **Am. Psychol.**, v.59, n.8, p. 676-84, 2004.

COMSTOCK GW, PARTRIDGE KB. Church attendance and health. **J. Chron. Dis.**, v. 25, p. 665–72, 1995.

CORDEIRO, Q.; MICHELON, L.; VALLADA, H.. Múltiplas faces da depressão. **Mente&Cérebro**. 2. ed. São Paulo:Duetto Editorial. p.14-21 2012.

CORRÊA, A.A.M. et al. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from São Paulo ageing & health study (SPAH). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.33 , n. 2, p.157-64, jun. 2011.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 73-79. jan./fev., 2005.

CRIVELLATO, E; RIBATTI, D. Soul, mind, brain: Greek philosophy and the birth of neuroscience. **Brain Res. Bull.**, v.71, n. 4, p.327-36, jan., 2007.

DAHKE, R; DAHKE, M. **Depressão: caminhos de superação da noite escura da alma**. Tradução Flávio Quintiliano. São Paulo. Cultrix, 2009.

DELOUYA, D. A dor de existir. **Mente&Cérebro**, 2 ed. São Paulo: Duetto, p. 30-37, 2012.

DEL PORTO, J.A.. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, maio 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em 05 maio 2012.

EATON, WW et al. The epidemiologic catchment area program of the national institute of mental health. **Public Health Reports**, Estados Unidos, v. 96, n 4, p.319-325, jul./ago.1981.

EGEDE, L. E. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. **Gen. Hosp. Psychiatry**, n.29, p. 407-416, 2007.

ELLISON, C.G. Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. **Soc. Sci. Med.**, Inglaterra, v.40, n 11, p.1561-1572, abr.,1995.

FIORDA, F.B. **Depressão e espiritualidade**. In: SALGADO, M.R.C. (Organizadora). Saúde integral uma interação entre ciência e espiritualidade. São Paulo: Editora AMEBRASIL, 2013. p. 191-197.

FLECK, MPA, et al. Diagnóstico e tratamento da depressão. In: Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/depressao.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

FURLANETTTO, L.M.; BRASIL, M. A.. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 55, n 1, p. 8-19, jan-mar 2006.

GEORGE, L. K.; BLAZER, D. G.; HUGHES, D. C.; FOWLER, N.; Social support and the outcome of major depression. **B. J. Psych.**, v.154, p. 478-485, 1989.

GEORGE, L. K.; ELLISON, C. G.; LARSON, D. B.. Explaining the relationship between religious involvement and health. **Psychological Inquiry.**, v.13, n.3, p. 190-200, 2002.

GOMES R; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública.** v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A.L. Depressão, o mal do século: de que século? **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.298-304, abr./jun., 2007.

GREEN. M; ELLIOTT, M. Religion, health, and psychological well-being. **J. Relig. Health.** v. 49; p.149-163, 2010.

HAMILTON, M. A Rating Scale for Depression. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.**, v. 23. p. 56-62, 1960.

HEINRICH, C. R. Enhancing the perceived health of HIV seropositive men. **West J. Nurs. Res.**, v. 25, n.4, 367-382, jun., 2003. Disponível em <<http://wjn.sagepub.com/content/25/1/367>>. Acesso em: 24 jan 2014.

HENDRYX, M.; GREEN, C., PERRIN, N. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. **J. Behav. Health Serv. Res.** v. 36, n.3, p.: 320–329. jul., 2009.

HILL, P.C.; PARGAMENT, K.I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality, implications for physical and mental health research. **Am. Psychol.**, v. 558, n.1, p.64-74, jan., 2003.

HILLS, J. et al Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation. **J. Palliat. Med.**, v. 8, n. 4, p 782-788, ago., 2005.

HOLVAST, F. et al. Determinants of receiving mental health care for depression in older adults. **J. Affect. Disord.**, v.143, p.69-74, 2012.

IDLER, E. L; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J. Health Soc. Behav.**, v. 38, n.1. mar., p.21-37, 1997.

International Classification of Diseases (ICD). Disponível em <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acesso em: 30 fev 2014.

JANG et al. The association between self-rated mental health and symptoms of depression in Korean American older adults. **Aging Ment. Health**, v. 16, n. 4, maio, p. 481-485, 2012.

JORGENSON RJ et al. Blood pressure studies in the Amish. **John Hopkins Med. J.** v.131, p.329–50, 1972.

JUSSANE, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S.S. Rede social durante a expansão da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.2, p. 184-9, mar./abr., 2007.

KATERNDAHL, D; OYIRIARU D. Assessing the biopsychosociospiritual model in primary care: development of the biopsychosociospiritual inventory (BioPSSI). **Int. J. Psychiatry Med.**, v.37, n.4, p. 393-414, 2007.

KENNEDY, G. J. Religion and Depression. In: KOENIG, HG. **Handbook of religion and mental health**. Estados Unidos: Academic Press, 1998. cap. 9, p. 130-145.

KESSLER, R. C.; PRICE, R.H.; WORTMAN, C. B. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. **Ann. Rev. Psychol.**, v. 36, p. 531-72. 1985.

KESSLER, R. C.; ÜSTÜN, T. B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). **Int. J. Methods in Psychiatr. Res.**, v. 13, n. 2, p.93-121, 2004.

KESSLER, R.C. et al. The Prevalence and Correlates of Untreated Serious Mental Illness. HSR: **Health Serv. Res.**, v. 36, n. 6, p. 987-1007, 2001.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am. J. Psychiatry**, v. 155, n.4, p.536-42, abr., 1998.

KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 186, n. 9, p. 513-521, set., 1998.

KOENIG, H G; LARSON, D B; LARSON, S S. Religion and coping with serious medical illness. **Ann. Pharmacother.**, v. 35, mar., p.352-359, 2001.

KOENIG, H.G; MCCULLOUGH M; LARSON DB. Definitions. In: **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001. cap. 1, p. 17-25.

KOENIG, H.G; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**. v.1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H. G. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. **Int J Geriatr Psychiatry**. v.13, n. 4, p. 213-24, abr., 1998.

KOENIG, H. G. Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. **Int’L J. Psychiatry in Medicine**. v. 30, n.4, p. 385-398, 2000.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors.. **Int’L J. Psychiatry in Medicine**. v. 31, n.1, p. 97-109, 2001.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **South Med. J.**, v. 97, n. 12, dez. p.1194-200, 2004.

KOENIG, H.G. Por quê incluir a espiritualidade. In: **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por quê, como, quando e o quê. Tradução Giovana Campos. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005. cap. 1, p. 17-31.

_____. Termos do debate. In: **Medicina, Religião e Saúde**, o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre:L&PM, 2012a. cap. 1, p. 9-20.

_____. Religião e saúde. In: **Medicina, Religião e Saúde**, o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre:L&PM, 2012b. cap. 4, p. 54-67.

_____. Saúde mental. In: **Medicina, Religião e Saúde**, o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre:L&PM. 2012c. cap. 5, p. 68-81.

KRAUSE, N. Exploring the stress-buffering effects on church-based and secular social support on self-rated health in late life. **J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v.61, n.1, p. S35-43, 2006.

KROENKE K., et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain a randomized controlled trial. **JAMA**. Estados Unidos, v. 301, fasc. 20, p. 2099-2110, 27 maio 2009.

LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, Supl. 1, p.12-17 maio, 1999.

LEVIN J.S, VANDERPOOL H.Y. Is religion therapeutically significant for hypertension? **Soc. Sci. Med.** v. 21, p. 69–78, 1989.

LEVIN, J. Solidariedade religiosa e apoio espiritual. In: **Deus, Fé e Saúde** explorando a conexão espiritualidade-cura. Tradução Newton Roberval Eichemberg. São Paulo:Pensamento-Cultrix, 11 ed, 2011. cap. 2, p. 58-80.

LEVIN, J. Religion and physical health among older Israeli jews: findings from the SHARE- Israeli Study. **Isr. Med. Assoc. J.**, v. 14, out, p. 595-601, 2012.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. 1997. (Tese livre docência). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1997. Disponível em <<http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/20050516-es-drfln-teseFranciscoLotufoNeto.pdf> >. Acesso: em 30 nov 2013.

LOUREIRO, L. M.; DIAS, C.; ARAGÃO, R. Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Revista de Enfermagem Referência**, v.II, n. 8, p. 33-44, 2008.

LOUREIRO, L. M.J. Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. **INFAD Revista de Psicologia**, v.1, n.1, p. 733-746, 2013.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L. Spirituality and health's most productive researchers: the role of primary care physicians. **Fam. Med.**, v. 42, n.9, p. 656-657, out, 2010.

LUCCHETTI, G et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n.2, p. 154-8, 2010.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **J. Rehabil. Med.**, Estados Unidos, v. 43, n 4, p. 316-322, mar. 2011.

LUCCHETTI, G; LUCCHETTI, A. L.G; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Journal of Science and Healing**, v. 7, n. 4, p. 234-238, jul., 2011.

LUCCHETTI, G et al Religiousness, health, and depression in older adults from a Brazilian military setting. **ISRN Pharmacol.** v. 2012a, article ID 940747.

Disponível em
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658851/pdf/ISRN.PSYCHIATRY2012-940747.pdf>>. Acesso: em 23 set 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J. Relig. Health**, v. 51, p.579-586, 2012b.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, .A.L.; PERES, M.F.. Religiousness and headache: Is there a relation? Results from a representative sample of adults living in a low-income community. **Cephalalgia**. Jun 20. pii: 0333102414539054. [Epub ahead of print], 2014.

McCULLOUGH, ME; LAURENCEAU, J-P. Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. **Pers. Soc. Psychol. Bull.**, v. 31, p. 560-573, 2005.

MECHANIC, D. Removing barriers to care among persons with psychiatric symptoms. **Health Aff. (Millwood)**, v. 21, p. 137–147, 2002.

MENDONÇA, G; FARIAS JUNIOR, J.C. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas, v. 17, n. 3, p.174-180. jun., 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G.. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, set., 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em jul. 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al, Portuguese version of Duke Religious Index: DUREL. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.35, n.1, p.31-32, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 37, n 1, p.12-15, jan. 2010.

MOUSSAVI, S. et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. **Lancet**. v. 370, p.851-85, set., 2007.

NELSON, P. B. Ethnic differences in intrinsic/extrinsic religious orientation and depression in the elderly. **Arch. Psychiatr. NURS.**, v. 3, n.4, p.199-204, 1989.

NICHOLSON, A; BOBAK, M; ROSE, R. Associations between different dimensions of religious involvement and self-rated in diverse European populations. **Health Psychol.**, v. 12, n.2, p. 227-235, 2010.

NUMMELA, O. et al. A. Associations of self-rated health with different forms of leisure activities among ageing people. **Int J Public Health**.v.53, n.5, p.227-35, 2008. doi: 10.1007/s00038-008-6117-2.

OLIVEIRA, G.R. et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 11, n. 2, abr-jun., p.140-4, 2013.

OXMAN T. E; FREEMAN D. H; MANHEIMER E. D. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. **Psychosom. Med.** v. 57, p.5-15, 1995.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R.. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clin.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 126-135, jan., 2007.

PARANHOS, M. A; WERLANG, B.G. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n.31, ago./dez., 2009. Disponível em <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1089/907>>. Acesso: em 24 mar 2014.

PARGAMENT, K.I. The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness. **Psychological Inquiry**, v. 13, n.3 p.168-181, 2002.

PARGAMENT, K.I.; LOMAX, J.W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 12, n.1, fev., p. 26-32, 2013.

PENNINX, B.W. et al. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the longitudinal aging study Amsterdam. **Am. J. Epidemiol.**, Estados Unidos, v. 146, n. 6, p. 510-519, set., 1997.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro. 2001. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/pietrukmc/capa.pdf>>. Acesso em: 18 de novembro de 2013.

PORTO, J.A.D. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, s.1, maio, 1999.

REYES-ORTIZ, C.A. et al. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. **Int J Psychiatry Med**. v. 37, n.4,p. 425-43, 2007.

RICKWOOD, D. et al. Young people's helpseeking for mental health problems. **AeJAMH.**, v.4, n. 3. 2005.

RICKWOOD, D. THOMAS, K. Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. **Psychol. Res. Behav. Management**, v. 2, n 5, p. 173-183, 2012.

RIPPENTROP, E. et al. The Relationship between religion/spirituality and Physical Health, Mental Health, and Pain in Chronic Pain Population. **Pain**. v. 116, p. 311–321, 2005.

ROBINSON, J. P; SHAVER, P. R. Religiosity Scale. In: **Measures of Social Psychological Attitudes**, rev. ed. (Institute for Social Research: Ann Arbor, 1973.

ROH, S. et al. Typology of religiosity/spirituality in relation to perceived health, depression, and life satisfaction among older Korean immigrants. **Aging. Ment. Health**. v. 28, out., 2013.

RUSH, A. J. et al. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR): psychometric evaluation in patients with chronic major depression. **Biol. Psychiat.**, v. 54, p. 573-583, 2003.

SCHUSTER, T. L.; KESSLER, R. C., ASELTINE JR., R. H. Supportive interactions, negative interactions, and depressed mood. **Am. J. Community Psychol.**, v. 18, n. 3. p. 423-36. 1990.

SILVA, M.S. et al. Qualidade de Vida e Bem-Estar Espiritual em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, esp. 2, p. 1187-1192, dez., 2009.

SILVA, R.J. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 1, mar., p. 49-62, 2012.

SMITH, T. B.; McCULLOUGH, M. E., POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychol. Bull.**, Estados Unidos, v. 129, n. 4, p. 614-636, jul., 2003.

SOEIRO, R. E. et al. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.793-799, abr., 2008.

StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP.

SUYAMA, E.; QUININO, R., . BESSEGATO, L. Tabela estendida de kish para seleção aleatória de uma unidade amostral num domicílio. Relatório Técnico – RTP-02/2013. Juiz de Fora. Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Exatas, Departamento de Estatística. Disponível em <<http://www.ufjf.br/estatistica/files/2013/03/RTP-02-2013.pdf>>. Acesso: em 20 mar. 2014.

TANYI, R.A; WERNER, J.S. Adjustment, spirituality, and health in women on hemodialysis. **Clin. Nurs. Res.**, v. 12, ago., p. 229-245, 2003. Disponível em <<http://cnr.sagepub.com/content/12/3/229>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

TEIXEIRA, M. A. R. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Rev. Psicol. UNESP**. v. 4, n.1, p. 41-56, 2005.

The World Mental Health Composite International Diagnostic Interview. Disponível em <<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/about.php>>. Acesso em: 10 out 2013.

TSUNODA, H.; YOSHINO, R.; YOKOYAMA, K. Components of social and socio-psychological factors that worsen the perceived health of Japanese males and females. **Tohoku J. Exp. Med.**, v. 216, p.173-185, 2008.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.

VIANA, M. C. et al. The world mental health survey initiative version of the composite international diagnostic interview (WMH-CIDI): translation and adaptation to Brazilian-Portuguese, the instrument used in the “São Paulo Megacity Mental Health Survey”. **Printed version**, 2004.

VIANA, M. C et al. São Paulo megacity mental health survey – a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n 4, p. 375-86, dez. 2009.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H.. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: results from the São Paulo megacity mental health survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-260, out., 2012.

VILLANO L.A.B.; GNANHAY A.L.. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 10-20, abr./jun., 2011.

VISMARE, L.; ALVES, G. J.; PALERMO-NETO, J. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 35, n.5, p. 196-204, 2008.

XAVIER, M. et al. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. **Int. J. Ment. Health Syst.**, v. 7, p. 19-27, 2013.

WARE JR, JE; KOSINSKI, M; KELLER, SD. A 12-item short scale form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Med. Care**, v. 34, p. 220-33, 1996.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. **Bull. World Health Organ.** v. 78, n.4, p. 413-26, 2000.

WONG-MCDONALD, A; GORSUCH, RL. Surrender to God: An Additional Coping Style? **J. Psychol. Theol.**, v. 28, n. 2, p. 149-161, 2000.

World Health Organization: **Classificação Internacional de Doenças**, 10 rev. Geneva, World Health Organization, 1992.

ANEXO 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO SUJEITO DA PESQUISA.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:..... SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO:../../...

ENDEREÇO:.....

.....Nº.....APT.....

BAIRRO:..... CIDADE.....

CEP:..... TEL.RES.:DDD (.....).....

TEL. COML.: DDD (.....).....CELULAR: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO:../../.../

ENDEREÇO:.....

.....Nº.....APT.....

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:..... TEL. RES.: DDD (.....).....

TEL. COML.: DDD (.....).....CELULAR: DDD (.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “São Paulo Megacity – Pesquisa sobre saúde, bem-estar e estresse” (transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica)”

PESQUISADOR: Dr^a Laura Helena Silveira de Andrade

CARGO/FUNÇÃO: Médica Assistente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 34 566

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 MESES

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa: O objetivo deste estudo é verificar como as pessoas, acima de 17 anos e residente na Região Metropolitana de São Paulo, se ajustam às experiências estressantes da vida e quais as consequências dessas experiências em sua saúde física e mental. Serão estudadas doenças importantes como depressão, pressão alta, dependência de álcool e diabetes que, com frequência, afetam a qualidade de vida das pessoas, além de identificar quais as melhores formas de ajudar as pessoas que procuram tratamento para estes problemas de saúde. Tal estudo será realizado por uma equipe de profissionais especializados em saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Seu resultado será importante para que os profissionais de saúde tenham maior compreensão de como estes problemas ocorrem e como preveni-los, para que as autoridades de saúde possam planejar os serviços que atendem a população.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: Um entrevistador, devidamente treinado e supervisionado por um centro de coordenação no Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, se identificará com um documento e irá agendar uma entrevista com você em seu domicílio ou qualquer outro local público que você determine. Você poderá confirmar a identificação deste profissional telefonando para o número (11) 3038-1850. Esta entrevista terá duração variada, dependendo de algumas respostas suas ao longo dela.

3. Desconfortos físicos esperados: O desconforto que poderá surgir se relaciona, principalmente, à duração da entrevista e ao tipo de pergunta feita. As perguntas incluirão temas relacionados a sua saúde física e mental, à sua vida familiar, ao seu trabalho. Não existem respostas certas ou erradas. Toda informação que você puder dar será de muito valor.

4. Benefícios que poderão ser obtidos: É uma oportunidade única para você contribuir com o planejamento dos serviços de saúde, relatando suas dificuldades e necessidades. Qualquer problema de saúde detectado em você em alguma etapa do estudo será analisado pelo centro de coordenação e você será encaminhado para tratamento no local mais adequado.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: Não existem procedimentos alternativos. Se você se negar a participar, não poderá ser substituído, pois procedimentos estatísticos rigorosos foram utilizados para selecionar seu domicílio e sua pessoa. Cerca de 5.500 pessoas na Região Metropolitana de São Paulo participarão deste estudo.

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 2

MÓDULO DE RASTREAMENTO

NOME DO ENTREVISTADOR _____	Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR _____
(*IWERNAME)	(*IWERID)
Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE <u>3</u> <u>2</u> _____ <u>0</u> <u>0</u> _____ -- <u>0</u> _____	
(*SampleID)	

DATA DIA ___ MÊS ___ ANO 0 | 5

(*DATE)

NÚMERO ALEATÓRIO DO RESPONDENTE ____/____

SEÇÃO DE RASTREAMENTO (SC-I) – PARTE I

*SC0_4. HORA EXATA AGORA: H ___ | ___ MIN ___ | ___

*SC1. Quantos anos o(a) Sr(a). tem?

ENTREVISTADOR: REGISTRE A IDADE NO CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO.

_____ ANOS

NÃO SABE..... 998

RECUSOU..... 999

*SC1.1. QUESTÃO DO ENTREVISTADOR

R É HOMEM 1

R É MULHER 2

*SC2. Há quanto tempo reside no endereço atual?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS....1 SEMANAS....2 MESES....3 ANOS....4

NÃO SABE..... 998

RECUSOU..... 999

*SC3. Atualmente, o(a) Sr(a). está casado(a), separado(a), viúvo(o), ou nunca se casou?

CASADO 1 **REGISTRE *SC3 NO CARTÃO REF, DEPOIS VÁ PARA**

#sc3b

SEPARADO 2

DIVORCIADO 3

VIÚVO 4

NUNCA SE CASOU 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

*SC3a. Atualmente o(a) Sr(a). está morando com alguém, em um relacionamento do tipo casamento?

SIM..... 1 **REGISTRE*SC3a NO CARTÃO REF**

NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

#sc3b. O(A) Sr(a). sabe ler? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99
 O(A) Sr(a). consegue ler... (CIRCULE AS RESPOSTAS APROPRIADAS)
 #sc3b1. ... placas com os nomes das ruas? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99
 #sc3b2. ... artigos longos em revistas? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99

#sc3c. O(A) Sr(a). sabe escrever? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99
 O(A) Sr(a). consegue ler... (CIRCULE AS RESPOSTAS APROPRIADAS)
 #sc3c1. ... escrever o seu nome? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99
 #sc3c2. ... preencher um cheque? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99
 #sc3c3. ... escrever uma carta? SIM.....1 NÃO.....2 RECUSOU.....99

*SC4.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: CIRCULE UNID DE MEDIDA PARA ALTURA

IMPERIAL/US.....1
 MÉTRICO.....2

*SC4b. Qual é a sua altura?
 _____ (CENTÍMETROS)
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*SC5.1 PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: UNID DE MEDIDA PARA PESO

IMPERIAL/US.....1
 MÉTRICO.....2

*SC5. Quanto o(a) Sr(a). pesa?

1.
 _____ (KILOS)
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*SC7. O(A) Sr(a). fuma atualmente, é ex-fumante, ou nunca fumou?

ATUAL.....1 **REGISTRE *SC7 CODIFICADA '1' NO CARTÃO REF**
 EX-FUMANTE.....2 **REGISTRE *SC7 CODIFICADA '2' NO CARTÃO REF**
 NUNCA.....3
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU.....9

*SC8.1. Em geral, o(a) Sr(a). diria que sua saúde física é --- excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim?

EXCELENTE.....1
 MUITO BOA.....2
 BOA.....3
 RAZOÁVEL.....4
 RUIM.....5
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU.....9

*SC8.2. Em geral, o(a) Sr(a). diria que sua saúde mental é --- excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim?

EXCELENTE.....1
 MUITO BOA.....2
 BOA.....3
 RAZOÁVEL.....4
 RUIM.....5
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU.....9

- *SC9. Comparando hoje com há um ano atrás, o(a) Sr(a). avaliaria sua saúde atual como --- muito melhor agora do que há um ano atrás, um pouco melhor, a mesma coisa, um pouco pior, ou muito pior agora do que há um ano atrás?

MUITO MELHOR AGORA..... 1
 UM POUCO MELHOR AGORA..... 2
 A MESMA COISA..... 3
 UM POUCO PIOR AGORA..... 4
 MUITO PIOR AGORA..... 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

-
- *SC19. As próximas perguntas são sobre problemas de saúde que o(a) Sr(a). pode ter tido em qualquer época de sua vida. É importante para esta pesquisa que o(a) Sr(a). pense cuidadosamente antes de responder. Está pronto(a) para começar?

ENTREVISTADOR: É NECESSÁRIO QUE R RESPONDA. SE NÃO, VOLTE A EXPLICAR O ESTUDO E REPITA A PERGUNTA.

TENTE REMARCAR PARA UMA HORA MAIS CONVENIENTE SE A RESPOSTA “SIM” NÃO PUDE SER OBTIDA.

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

ANEXO 3

MÓDULO DE DEPRESSÃO

***D1. O(A) Sr(a).** mencionou anteriormente que teve períodos de vários dias ou mais em que se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a) a maior parte do dia. Durante fases como essa, o(a) Sr(a). alguma vez se sentiu desanimado(a) em relação a como as coisas andavam em sua vida?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 VÁ PARA *D1b
 NÃO SABE 8 VÁ PARA *D1b
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D1b

***D1a. Durante as fases em que se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a), o(a) Sr(a). alguma vez perdeu o interesse na maioria das coisas como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava?**

SIM..... 1 VÁ PARA *D3
 NÃO..... 5 VÁ PARA *D4
 NÃO SABE 8 VÁ PARA *D4
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D4

***D1b. Durante as fases em que se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a), o(a) Sr(a). alguma vez perdeu o interesse na maioria das coisas como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava?**

SIM..... 1 VÁ PARA *D5
 NÃO..... 5 VÁ PARA *D6
 NÃO SABE 8 VÁ PARA *D6
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D6

***D2 (O Sr/a Sra.)** mencionou anteriormente que teve períodos de vários dias ou mais em que se sentia desanimado(a) em relação a como as coisas andavam em sua vida. Durante fases como essa, o(a) Sr(a). alguma vez perdeu o interesse na maioria das coisas como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava?

SIM..... 1 VÁ PARA *D7
 NÃO..... 5 VÁ PARA *D8
 NÃO SABE 8 VÁ PARA *D8
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D8

***D3. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR:**
 ANOTE A FRASE-CHAVE **“TRISTE, DESANIMADO(A) OU DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D4. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR:**
 ANOTE A FRASE-CHAVE **“TRISTE OU DESANIMADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D5. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: ANOTE A FRASE-CHAVE**
“TRISTE OU DESINTERESSADO(A)” NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D6. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**
 ANOTE A FRASE-CHAVE **“TRISTE”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

***D7. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**
 ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESANIMADO(A) OU DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

*D8. PUNTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESANIMADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D12 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

*D9. (O Sr/a Sra.) mencionou anteriormente que teve períodos de vários dias ou mais em que perdia o interesse na maioria das coisas, como trabalho, diversão e outras atividades de que habitualmente gostava. Alguma vez o(a) Sr(a). já teve uma fase como essa que tenha durado a maior parte do dia, quase todos os dias por duas semanas ou mais?

SIM 1 VÁ PARA *D11
NÃO 5
NÃO SABE 8
RECUSOU 9

*D9a. Quantos dias durou o período mais longo em que o(a) Sr(a). perdeu o interesse na maioria das coisas de que habitualmente gostava?

ENTREVISTADOR: “MENOS DO QUE UM DIA” CODIFIQUE ‘0’

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

SONDAR SE “NÃO SEI”: Foram três dias ou mais? SE “SIM”, CODIFIQUE ‘3’

NÃO SABE998
RECUSOU999

ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO

VÁ PARA *D10

*D10. PUNTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D9a)

DURAÇÃO DE 3 DIAS OU MAIS 1 VÁ PARA *D14 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA *D87.1

*D11. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: ANOTE A FRASE-CHAVE **“DESINTERESSADO(A)”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO
VÁ PARA *D16 E TRANSPORTE A FRASE-CHAVE

*D12. Alguma vez o(a) Sr(a). teve um período que tenha durado duas semanas ou mais em que se sentiu (FRASE-CHAVE) a maior parte do dia, quase todos os dias?

SIM 1 VÁ PARA *D16
NÃO 5
NÃO SABE 8
RECUSOU 9

*D12a. Quantos dias durou o período mais longo em que o(a) Sr(a). se sentiu (FRASE-CHAVE) durante a maior parte do dia?

ENTREVISTADOR: “MENOS DO QUE UM DIA” CODIFIQUE ‘0’

_____ DIAS

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D13. PUNTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D12a)

DURAÇÃO DE 3 DIAS OU MAIS 1 VÁ PARA *D14
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA *D87.1

*D14. Houve alguma época na sua vida, que tenha durado um ano ou mais, em que o(a) Sr(a). teve diversas fases que duraram vários dias nas quais se sentia (FRASE-CHAVE)?

SIM1
 NÃO.....5 VÁ PARA *D87.1
 NÃO SABE8 VÁ PARA *D87.1
 RECUSOU9 VÁ PARA *D87.1

*D14a. Houve alguma época na sua vida, que tenha durado um ano ou mais, em que quase todos os meses o(a) Sr(a). teve uma fase como essa?

SIM1
 NÃO.....5 VÁ PARA *D87.1
 NÃO SABE.....8 VÁ PARA *D87.1
 RECUSOU9 VÁ PARA *D87.1

*D15. Pense nas fases de vários dias em que (esse problema/esses problemas) com seu estado de ânimo (foi/foram) mais intenso(s) e freqüente(s). Nessas fases, geralmente o(a) Sr(a). se sentia (FRASE-CHAVE) durante --- menos de 1 hora por dia, entre 1 e 3 horas, entre 3 e 5 horas ou mais de 5 horas por dia?

MENOS DE 1 HORA.....1 VÁ PARA *D87.1
 ENTRE 1 E 3 HORAS2
 ENTRE 3 E 5 HORAS3
 MAIS DE 5 HORAS.....4
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

ENTREVISTADOR: ANOTE A DURAÇÃO **“VÁRIOS DIAS OU MAIS”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO.
 TRANSPORTE A DURAÇÃO PARA *D22

VÁ PARA *D17

D16. Pense nas fases de duas semanas ou mais em que (esse problema/esses problemas) com seu estado de ânimo (foi/foram) mais intenso(s) e freqüente(s). Nessas fases, o(a) Sr(a). geralmente se sentia (FRASE-CHAVE) durante --- menos de 1 hora por dia, entre 1 e 3 horas, entre 3 e 5 horas ou mais de 5 horas por dia?

MENOS DE 1 HORA.....1 VÁ PARA *D87.1
 ENTRE 1 E 3 HORAS2
 ENTRE 3 E 5 HORAS3
 MAIS DE 5 HORAS.....4
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

ENTREVISTADOR: ANOTE A DURAÇÃO **“DUAS SEMANAS OU MAIS”** NO CARTÃO REF, SEÇÃO DEPRESSÃO (LADO UM) E USE-A NO RESTANTE DA SEÇÃO.

*D17. Durante essas ocasiões, qual foi a intensidade de seu sofrimento emocional --- leve, moderada, intensa, ou muito intensa?

LEVE.....1
 MODERADA.....2
 INTENSA3
 MUITO INTENSA4
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

*D18. Durante essas ocasiões, com que freqüência seu sofrimento emocional foi tão intenso que nada conseguia animá-lo(a) --- freqüentemente, às vezes, raramente ou nunca?

FREQUENTEMENTE1
 ÀS VEZES2
 RARAMENTE.....3
 NUNCA4
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

- *D19.** Durante essas ocasiões, com que frequência seu sofrimento emocional foi tão intenso que o(a) Sr(a). não conseguia realizar suas atividades do dia-a-dia --- frequentemente, às vezes, raramente ou nunca?

FREQUENTEMENTE1
 ÀS VEZES2
 RARAMENTE.....3
 NUNCA4
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

- *D20.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D17, *D18, *D19)

*D17 CODIFICADA '1' E *D18 CODIFICADA '4' E *D19 CODIFICADA '4'1 VÁ PARA *D87.1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

- *D21.** Pessoas com fases em que se sentem (FRASE-CHAVE) frequentemente têm outros problemas ao mesmo tempo. Por exemplo, podem ter mudanças no sono, apetite, energia, capacidade de concentração e de memória, redução da auto-estima, entre outros. Alguma vez o(a) Sr(a). já teve algum desses problemas durante uma das fases em que se sentiu (FRASE-CHAVE)?

SIM 1
 NÃO 5 VÁ PARA *D87.1
 NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *D87.1
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D87.1

- *D22.** (LEIA DEVAGAR) Por favor, pense em uma fase ou período em que o(a) Sr(a). tenha se sentido (FRASE-CHAVE) e que tenha durado (DURAÇÃO), quando o(a) Sr(a). também apresentou o maior número desses outros problemas ao mesmo tempo. Há alguma fase como essa que se destaca em sua memória como a pior que o(a) Sr(a). já teve?

SIM 1
 NÃO..... 5 VÁ PARA *D22c
 NÃO SABE 8 VÁ PARA *D22c
 RECUSOU..... 9 VÁ PARA *D22c

- *D22a.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando essa pior fase começou?

_____ ANOS DE IDADE

NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

- *D22b.** Quanto tempo essa pior fase durou?

_____ NÚMERO VÁ PARA *D23

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE..... 98 VÁ PARA *D23
 RECUSOU 99 VÁ PARA *D23

- *D22c.** Pense agora na última vez que teve uma fase em que se sentiu (FRASE-CHAVE). Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando essa última fase ocorreu?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

- *D22d.** Quanto tempo essa fase durou?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....98
 RECUSOU.....99

*D23. Estava acontecendo alguma coisa em sua vida um pouco antes dessa fase começar, que tivesse feito com que ela ocorresse?

SIM.....1
 NÃO.....5 VÁ PARA *D24
 NÃO SABE8 VÁ PARA *D24
 RECUSOU.....9 VÁ PARA *D24

*D23a. O que estava acontecendo? (ANOTE TODAS AS CAUSAS. SONDE: Mais alguma coisa?)
 (SE NEC: Olhe na página 3 de seu caderno alguns exemplos.)

INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: CIRCULE TODAS AS CAUSAS MENCIONADAS NOS GRUPOS ABAIXO.

ESTRESSE

EXCESSO DE TRABALHO 1
 TENSÃO 2
 MORTE DE ENTE QUERIDO..... 3
 SEPARAÇÃO/DIVÓRCIO 4
 PERDA DE EMPREGO 5
 ESTRESSE..... 6
 OUTRA EXPERIÊNCIA ESTRESSANTE 7
 ESPECIFIQUE: _____

DOENÇAS/LESÕES/CONDIÇÕES FÍSICAS

ESGOTAMENTO 10
 CICLO MENSTRUAL 11
 GRAVIDEZ/PÓS-PARTO 12
 DOENÇA DO CORAÇÃO 13
 DOENÇA DA TIREÓIDE 14
 CÂNCER..... 15
 EXCESSO DE PESO 16
 OUTRA DOENÇA, LESÃO OU CONDIÇÃO FÍSICA..... 17
 ESPECIFIQUE: _____

OUTRA

OUTRA 82
 ESPECIFIQUE: _____

NÃO SABE.....98
 RECUSOU99

*D24. (CAD, PG 4. PARA CADA ITEM CONFIRMADO, PEDIR A R PARA ASSINALAR NO CAD.) (LEIA DEVAGAR) Por favor, olhe a página 4 do seu caderno. Ao responder as seguintes perguntas, pense no período de (DURAÇÃO) durante aquela fase em que (sua tristeza/ou/desânimo/ ou/ desinteresse) e outros problemas foram mais intensos e frequentes. Durante esse período, quais dos seguintes problemas o(a) Sr(a). teve a maior parte do dia, quase todos os dias?

PARA CADA ITEM CONFIRMADO, PEDIR A R PARA ASSINALAR NO CAD

SIM	NÃO	NS	REC
(1)	(5)	(8)	(9)

*D24a. (O Sr/a Sra.) se sentia triste, vazio(a) ou deprimido(a) a maior parte do dia

quase todos os dias durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 CAD	5 VÁ PARA *D24c	8 VÁ PARA *D24c	9 VÁ PARA *D24c
*D24b. Se sentia tão triste que nada podia animá-lo(a), quase todos os dias?	1 CAD	5	8	9
*D24c. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). se sentia desanimado(a) em relação a como as coisas andavam em sua vida a maior parte do dia quase todos os dias?	1 CAD	5 VÁ PARA *D24e	8 VÁ PARA *D24e	9 VÁ PARA *D24e
*D24d. Se sentia sem esperança quanto ao futuro, quase todos os dias?	1 CAD	5	8	9
*D24e. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). perdeu o interesse em quase todas as coisas, como trabalho, diversão e atividades que o(a) Sr(a). gostava de fazer ?	1 CAD	5	8	9
*D24f. Perdeu a capacidade de sentir prazer nas coisas boas que lhe aconteciam?	1 CAD	5	8	9

*D25. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D24a-*D24f)

UMA OU MAIS RESPOSTAS CODIFICADAS '1'1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D87.1

*D26. (CAD, PG 4-5. PARA CADA ITEM CONFIRMADO , PEDIR A R PARA ASSINALAR NO CAD)	SIM (1)	NÃO (5)		NS (8)	REC (9)
Ainda olhando na página 4 do seu caderno ...					
*D26a. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha um apetite muito <u>menor</u> do que o habitual quase todos os dias?	1 VÁ PARA *D26e	5		8	9
*D26b. (O Sr/a Sra.) tinha um apetite muito <u>maior</u> do que o habitual quase todos os dias?	1	5		8	9
*D26c. (O Sr/a Sra.) ganhou peso sem que estivesse tentando engordar durante aquele período de (DURAÇÃO)? SE R RELATAR QUE ESTAVA GRÁVIDA OU EM CRESCIMENTO, CODIFIQUE '7' E VÁ PARA *D26g	1	5 VÁ PARA *D26e	7 VÁ PARA *D26g	8 VÁ PARA *D26e	9 VÁ PARA *D26e
*D26d. Quanto peso o(a) Sr(a). ganhou? _____ NÚMERO VÁ PARA *26g CIRCULE A UNID DE MASSA: LIBRAS..... 1 VÁ PARA *26g QUILOS 2 VÁ PARA *26g				998 VÁ PARA *D26g	999 VÁ PARA *D26g
*D26e. (O Sr/a Sra.) <u>perdeu</u> peso sem que estivesse tentando emagrecer? SE R RELATAR QUE ESTAVA FAZENDO REGIME OU FISICAMENTE DOENTE, CODIFIQUE 'NÃO' E VÁ PARA *D26g	1	5 VÁ PARA *D26g		8 VÁ PARA *D26g	9 VÁ PARA *D26g
*D26f. Quanto peso o(a) Sr(a). perdeu?				998	999

_____ NÚMERO					
CIRCULE A UNID DE MASSA: LIBRAS .....1 QUILOS .....2					
*D26g. Em relação ao sono, quase todas as noites o (Sr/a Sra.) tinha mais dificuldade do que habitualmente para pegar no sono, para continuar dormindo ou passou a acordar cedo demais, durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 VÁ PARA *D26i	5		8	9
*D26h. O(A) Sr(a). dormia muito mais do que o habitual quase todas as noites durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 VÁ PARA *D26j	5		8	9
*D26i. Mesmo dormindo muito menos do que o habitual, o(a) Sr(a). se sentia alerta e descansado(a) ?	1	5		8	9

	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*D26j. Mesmo que o(a) Sr(a). não estivesse trabalhando muito, se sentia cansado(a) ou com pouca energia quase todos os dias durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 VÁ PARA *D26l	5	8	9
*D26k. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha muito <u>mais</u> energia do que o habitual quase todos os dias?	1	5	8	9
*D26l. Quase todos os dias, o(a) Sr(a). falava ou se movia mais lentamente do que o habitual?	1	5 VÁ PARA *D26n	8 VÁ PARA *D26n	9 VÁ PARA *D26n
*D26m. Alguém mais notou que o(a) Sr(a). estava falando ou se movendo lentamente?	1 VÁ PARA *D26p	5 VÁ PARA *D26p	8 VÁ PARA *D26p	9 VÁ PARA* D26p
*D26n. Durante esse período de (DURAÇÃO), quase todos os dias, o(a) Sr(a). estava tão agitado(a) ou inquieto(a) que ficava andando de um lado para o outro ou não conseguia ficar sentado(a) quieto(a)?	1	5 VÁ PARA *D26p	8 VÁ PARA *D26p	9 VÁ PARA *D26p
*D26o. Alguém mais notou que o(a) Sr(a). estava agitado(a)?	1	5	8	9
*D26p. Os seus pensamentos estavam muito mais lentos do que o habitual ou lhe pareciam confusos quase todos os dias durante esse período de (DURAÇÃO)?	1 VÁ PARA *D26r	5	8	9
*D26q. Os seus pensamentos ficavam pulando de um assunto para outro ou passavam tão rapidamente pela sua cabeça que o(a) Sr(a). não conseguia acompanhá-los?	1	5	8	9
*D26r. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha muito mais dificuldade para se concentrar do que o habitual quase todos os dias?	1	5	8	9

*D26s. Tinha dificuldades para tomar decisões sobre coisas que geralmente eram fáceis de decidir?	1	5	8	9
*D26t. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). perdeu a confiança em si mesmo?	1	5	8	9
*D26u. Quase todos os dias, sentia que não era tão bom(boa) quanto as outras pessoas?	1	5 VÁ PARA *D26w	8 VÁ PARA *D26w	9 VÁ PARA *D26w
*D26v. Quase todos os dias, sentia-se totalmente sem valor?	1	5	8	9
	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	REC (9)
*D26w. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). tinha sentimentos de muita culpa quase todos os dias?	1 VÁ PARA *D26x	5	8	9
*D26w.1. Quase todos os dias, o(a) Sr(a). se sentia muito mais culpado(a) do que deveria?	1	5	8	9
*D26x. Sentia-se irritado(a), implicante ou mal-humorado(a) quase todos os dias?	1	5	8	9
*D26y. Sentia-se nervoso(a) ou ansioso(a) na maioria dos dias?	1	5	8	9
*D26z. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). teve algum ataque repentino de medo intenso ou pânico?	1	5	8	9
*D26aa. Pensava muito na morte, seja na sua própria, na de outra pessoa, ou sobre a morte em geral?	1	5	8	9
*D26bb. Durante esse período, alguma vez pensou que seria melhor se o(a) Sr(a). estivesse morto(a)?	1	5	8	9
*D26cc. (O Sr/a Sra.) pensou em cometer suicídio?	1	5 VÁ PARA *D26ff	8 VÁ PARA *D26ff	9 VÁ PARA *D26f f
*D26dd. (O Sr/a Sra.) chegou a planejar suicídio?	1	5	8	9
*D26ee. (O Sr/a Sra.) tentou suicídio?	1	5	8	9
*D26ff. Durante esse período de (DURAÇÃO), o(a) Sr(a). sentia que não podia arcar com as suas responsabilidades do dia a dia?	1	5	8	9
*D26gg. Preferia ficar sozinho (a) do que com amigos ou parentes?	1	5	8	9
*D26hh. Estava menos falante do que o habitual?	1	5	8	9
*D26ii. Chorava com frequência?	1	5	8	9
#d26.1. O(A) Sr(a). trocava o dia pela noite porque não conseguia dormir, ficando muito ativo e disposto durante a noite e sentindo-se incapaz de funcionar de manhã?	1	5	8	9
#d26.2. Quantas horas, em média, o(a) Sr(a). dormia por noite? _____ HORAS			8	9

*D27. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D24 A *D26ii)

ZERO OU UMA RESPOSTA CODIFICADAS '1'..... 1 VÁ PARA *D87.1
DUAS A QUATRO RESPOSTAS CODIFICADAS '1' 2 VÁ PARA *D28
CINCO OU MAIS RESPOSTAS CODIFICADAS '1'..... 3

*D27a. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: **CIRCULE A LETRA 'A'** NO GRUPO LONGO/CURTO DO CARTÃO REF (LADO DOIS). VÁ PARA *D28

*D28. O(A) Sr(a). mencionou ter alguns desses problemas que acabei de perguntar. Quanto (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) e estes outros problemas interferiram em seu trabalho, na sua vida social ou em seus relacionamentos pessoais durante essa fase --- nada, um pouco, moderadamente, muito ou extremamente?

NADA..... 1 VÁ PARA *D29
UM POUCO..... 2
MODERADAMENTE..... 3
MUITO 4
EXTREMAMENTE 5
NÃO SABE..... 8
RECUSOU 9

*D28a. Com que frequência, durante essa fase, o(a) Sr(a). deixou de fazer suas atividades do dia-a-dia, ou cuidar de si mesmo(a) por causa de (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) --- frequentemente, às vezes, raramente ou nunca?

FREQÜENTEMENTE 1
ÀS VEZES 2
RARAMENTE 3
NUNCA 4
NÃO SABE 8
RECUSOU 9

*D29. Quando eu usar a palavra “episódio” nas próximas questões, quero dizer um período que tenha durado (DURAÇÃO) em que o(a) Sr(a). se sentiu (FRASE-CHAVE) na maior parte do dia, quase todos os dias, e também teve esses outros problemas de que falamos. O episódio termina quando o(a) Sr(a). não sente mais nada disso por duas semanas seguidas. Considerando essa definição, quantos episódios diferentes o(a) Sr(a). teve na sua vida inteira?

_____ NÚMERO

NÃO SABE..... 998
RECUSOU 999

#d29.1. Que idade a o(a) Sr(a). tinha (nesse/em cada um desses) episódio(s)?

ANOTE A IDADE DE R EM CADA EPISÓDIO RELATADO NA LINHA ABAIXO, EM ORDEM CRONOLÓGICA.

IDADE:

0 ANOS

ATUAL



EPISÓDIO Nº:

*D29a. Episódios como esse às vezes ocorrem como resultado de causas físicas, como uma doença, lesão ou o uso de medicamentos, drogas ou álcool. O(A) Sr(a). acha que os seus episódios de (tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) alguma vez ocorreram como resultado de alguma causa física?

SIM 1
NÃO..... 5 VÁ PARA *D29d
NÃO SABE 8 VÁ PARA *D29d
RECUSOU..... 9 VÁ PARA *D29d

*D29b. O(A) Sr(a). acha que os seus episódios foram sempre resultantes de causas físicas?

SIM 1
NÃO..... 5
NÃO SABE 8

RECUSOU..... 9

*D29c. Descreva, brevemente, quais eram as causas físicas?

*D29.d. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)

*D29 É IGUAL A '1'..... 1 VÁ PARA *D37d
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

*D37. Pense na primeira vez em sua vida em que teve um episódio que tenha durado (DURAÇÃO), quando na maior parte do dia, quase todos os dias, se sentiu (FRASE-CHAVE) e também teve alguns dos outros problemas que acabamos de revisar. (O Sr/a Sra.) se lembra da sua idade exata?

SIM.....1
 NÃO.....5 VÁ PARA *D37b
 NÃO SABE8 VÁ PARA *D37b
 RECUSOU9 VÁ PARA *D37b

*D37a. (SE NEC: Quantos anos o(a) Sr(a). tinha?)

_____ ANOS VÁ PARA *D37c

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D37b. Aproximadamente, quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um episódio como esse?

SE “TODA A MINHA VIDA” OU “DESDE QUE ME LEMBRO”,
 SONDE: Foi antes de o(a) Sr(a). começar a estudar?

SE A RESPOSTA NÃO FOR “SIM”, SONDE: Foi antes da sua adolescência?

_____ ANOS

ANTES DE COMEÇAR A ESTUDAR 4
 ANTES DA ADOLESCÊNCIA 12
 NÃO ANTES DA ADOLESCÊNCIA 13
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU 999

*D37c. Quanto tempo durou esse primeiro episódio?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D37d. Episódios em que uma pessoa se sente (FRASE-CHAVE) algumas vezes ocorrem sem nenhuma causa e, outras vezes, ocorrem após a morte de uma pessoa próxima, ou em resposta a uma experiência estressante. Como foi (o seu/a primeira vez que o(a) Sr(a). teve um) episódio desse tipo --- começou sem motivo, após a morte de uma pessoa próxima ou em resposta a alguma experiência estressante que tinha acontecido com o(a) Sr(a).?

SEM CAUSA 1
 MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA.....2
 RESPOSTA AO ESTRESSE 3
 NÃO SABE 8
 RECUSOU..... 9

*D37e. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)

*D29 IGUAL A '1-3' 1 VÁ PARA *D37g
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

*D37f. Como acabamos de mencionar, episódios em que uma pessoa se sente (FRASE-CHAVE) algumas vezes ocorrem sem nenhuma causa e outras vezes ocorrem após a morte de uma pessoa próxima, ou em resposta a uma experiência estressante. Considerando todos os episódios que o(a) Sr(a). já teve na vida, aproximadamente ...

*D37f.1. ... quantos começaram sem motivo?

_____ NÚMERO – SEM MOTIVO

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

*D37f.2. ... quantos ocorreram em resposta a alguma experiência estressante que tivesse acontecido com o(a) Sr(a).?

_____ NÚMERO - EM RESPOSTA AO ESTRESSE

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

*D37f.3. ... quantos ocorreram após a morte de uma pessoa próxima?

_____ NÚMERO – APÓS A MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

#d37f.4. ... quantos ocorreram como resultado de causas físicas?

_____ NÚMERO – COMO RESULTADO DE CAUSAS FÍSICAS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

*D37g. **PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)**

*D29 CODIFICADA '1' 1 VÁ PARA *D38
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2

*D37h. O(A) Sr(a). já me contou sobre o seu primeiro episódio depressivo. Aproximadamente, quanto tempo passou entre (LEIA DEVAGAR) o fim do primeiro episódio e o início do segundo?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE98

RECUSOU.....99

*D37i. Quanto tempo durou o segundo episódio depressivo?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE98

RECUSOU.....99

*D37k. O segundo episódio começou sem nenhuma causa, ocorreu após a morte de uma pessoa próxima, ocorreu

em resposta a alguma experiência estressante que tinha acontecido com o(a) Sr(a)., ou ocorreu como resultado de causas físicas, como uma doença, lesão ou o uso de medicamentos, drogas ou álcool?

SEM CAUSA 1
 MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA.....2
 RESPOSTA AO ESTRESSE 3
 CAUSAS FÍSICAS.....4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU..... 9

*D37l. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)

*D29 IGUAL A '2' 1 VÁ PARA *D38
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

*D37m. Aproximadamente, quanto tempo passou (LEIA DEVAGAR) entre o fim do segundo episódio e o início do terceiro?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....98
 RECUSOU99

*D37n. Quanto tempo durou o terceiro episódio depressivo?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....98
 RECUSOU99

*D37p. O terceiro episódio começou sem nenhuma causa, ocorreu após a morte de uma pessoa próxima, ocorreu em resposta a alguma experiência estressante que tinha acontecido com o(a) Sr(a)., ou ocorreu como resultado de causas físicas, como uma doença, lesão ou o uso de medicamentos, drogas ou álcool?

SEM CAUSA 1
 MORTE DE UMA PESSOA PRÓXIMA.....2
 RESPOSTA AO ESTRESSE 3
 CAUSAS FÍSICAS.....4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU..... 9

*D38. O(A) Sr(a). teve algum episódio em que se sentiu (FRASE-CHAVE), que tenha durado (DURAÇÃO) nos últimos 12 meses?

SIM..... 1 VÁ PARA *D38a
 NÃO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

*D38.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)

*D29 IGUAL A '1- 3'1 VÁ PARA *D72
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ PARA *D38c

*D38a. Quando foi a última vez em que teve um episódio desse tipo --- nos últimos 30 dias, de dois a seis meses atrás ou há mais de seis meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....1
 2 A 6 MESES ATRÁS2
 MAIS DE 6 MESES.....3
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU9

*D38a.1. Lembre-se que a palavra “episódio” quer dizer [LEIA DEVAGAR] um período que tenha durado (DURAÇÃO) em que quase todos os dias, o(a) Sr(a). se sentiu (FRASE-CHAVE) e também teve esses outros problemas de que falamos. O episódio termina quando o(a) Sr(a). não sente mais nada disso por duas semanas seguidas. Considerando essa definição, quantos episódios diferentes o(a) Sr(a). teve nos últimos 12 meses?

_____ NÚMERO

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***D38a.2. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38a.1)**

*D38a.1 IGUAL A ‘1’ 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ PARA *D38a.7

*D38a.3. Em que mês esse episódio começou?

_____/_____
 MÊS / ANO

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***D38a.5. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38a)**

*D38a CODIFICADA ‘1’ 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ PARA *D38b

***D38a.6. Esse episódio já terminou ou ainda está acontecendo?**

TERMINOU1 VÁ PARA *D38b
 ACONTECENDO5 VÁ PARA *D38b
 NÃO SABE8 VÁ PARA *D38b
 RECUSOU9 VÁ PARA *D38b

*D38a.7. Quanto tempo durou o primeiro desses (NÚMERO DA *D38a.1) episódios?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***D38a.8. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38a)**

*D38a CODIFICADA ‘1’ 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ PARA *D38b

***D38a.9. O último episódio já terminou ou ainda está acontecendo?**

TERMINOU1
 ACONTECENDO5
 NÃO SABE8
 RECUSOU9

*D38b. Considerando os últimos 12 meses, em quantos dos 365 dias, o(a) Sr(a). esteve em um episódio depressivo?

_____ DIAS

NÃO SABE.....998

RECUSOU999

*D38.b.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D29)

*D29 IGUAL A '1- 3'.....1 VÁ PARA *D62.2

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....2 VÁ PARA *D39

*D38c. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na última vez em que esteve em um episódio depressivo?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU999

*D39. Quanto tempo durou o episódio mais longo que o(a) Sr(a). já teve quando estava (FRASE-CHAVE) e também tinha esses outros problemas de que falamos durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

_____ NÚMERO

CIRCULE A UNID DE TEMPO: DIAS.....1 SEMANAS.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE998

RECUSOU999

*D40. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D39)

EPISÓDIO MAIS LONGO DUROU MENOS QUE 14 DIAS 1

..... TODAS AS OUTRAS
POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA *D54

*D41. Houve alguma época na sua vida, que tenha durado um ano inteiro ou mais, em que o(a) Sr(a). teve episódios em que se sentia (FRASE-CHAVE) por vários dias ou mais, quase todos os meses?

..... SIM 1

..... NÃO 5 VÁ

..... PARA *D54

..... NÃO SABE 8 VÁ

..... PARA *D54

RECUSOU9 VÁ PARA *D54

*D42. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um ano como esse, em que teve um episódio quase todos os meses?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU999

*D42.1. Quantos desses episódios foram desencadeados por alguma experiência estressante? --- todos, a maior parte, alguns, ou nenhum?

TODOS 1

A MAIOR PARTE.....2
 ALGUNS3
 NENHUM.....4
 NÃO SABE.....8
 RECUSOU.....9

*D43. Em quantos anos diferentes de sua vida o(a) Sr(a). teve um episódio em que se sentia (FRASE-CHAVE) quase todos os meses?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D44. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D43)

*D43 IGUAL A '1'1 VÁ PARA *D46
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

*D45. Qual é o maior número de anos seguidos nos quais o(a) Sr(a). teve um episódio em que se sentia (FRASE-CHAVE) quase todos os meses?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D46. (O Sr/a Sra.) já teve alguma vez um período que tenha durado um ano inteiro ou mais, em que esteve em um episódio na maior parte dos dias?

SIM..... 1
NÃO 5 VÁ PARA *D54
NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *D54
RECUSOU 9 VÁ PARA *D54

*D47. E quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um ano como esse (quando esteve em um episódio na maior parte dos dias)?

_____ ANOS DE IDADE

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D48. Em quantos anos diferentes de sua vida o(a) Sr(a). esteve em um episódio em que se sentiu (FRASE-CHAVE) na maior parte dos dias?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D49. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D48)

.....*D48 IGUAL A '1' 1
 VÁ PARA *D54
 TODAS AS OUTRAS
 POSSIBILIDADES 2

*D50. Qual é o maior número de anos seguidos em que o(a) Sr(a). esteve um episódio depressivo na maior parte dos dias?

_____ ANOS VÁ PARA *D62.1
 NÃO SABE.....998 VÁ PARA *D62.1
 RECUSOU.....999 VÁ PARA *D62.1

*D54. Em quantos anos diferentes de sua vida o(a) Sr(a). teve pelo menos um episódio depressivo?

_____ ANOS
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*D55. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D54)

*D54 IGUAL A '1' 1 VÁ PARA *D62.1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

*D56. Qual é o maior número de anos seguidos nos quais o(a) Sr(a). teve pelo menos um episódio por ano?

_____ ANOS
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*D57. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D39)

*D39 IGUAL A '12 MESES OU MAIS' 1 VÁ PARA *D59
 TODAS AS OUTRAS
 POSSIBILIDADES 2

*D58. (O Sr/a Sra.) já teve alguma vez um período que tenha durado um ano inteiro ou mais em que esteve em um episódio na maior parte dos dias?

SIM..... 1
 NÃO 5 VÁ PARA *D62.1
 NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *D62.1
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D62.1

*D59. Em cerca de quantos anos de sua vida o(a) Sr(a). esteve em um episódio na maior parte dos dias?

_____ ANOS
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*D59a. E quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que teve um ano como esse (quando esteve em um episódio depressivo na maior parte dos dias)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***D60. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D59)**

***D59 IGUAL A '1' 1 VÁ PARA *D62.1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

***D61. Qual é o maior número de anos seguidos em que o(a) Sr(a). esteve em um episódio depressivo na maior parte dos dias?**

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***D62.1. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D38)**

***D38 CODIFICADA '1'1**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D72

***D62.2. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR**

R SABE LER1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2 VÁ PARA *D64

***D62.3. (CAD, PG 6-8) Por favor, olhe as páginas 6, 7 e 8 de seu caderno. Para responder as próximas perguntas, pense no período de (DURAÇÃO) durante os últimos 12 meses quando (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) foi mais intensa(o) e freqüente. Por favor, leia cada uma das 14 séries de frases nas páginas 6 a 8 do seu caderno e circule a resposta em cada uma delas que melhor descreve como o(a) Sr(a). estava passando (naqueles/naqueles DURAÇÃO). Ao terminar cada série, por favor me diga o número da frase que assinalou.**

VÁ PARA *D64a

***D64. (CAD, PG 6-8) Por favor, olhe as páginas 6, 7 e 8 de seu caderno. Para responder as próximas perguntas, pense no período de (DURAÇÃO) durante os últimos 12 meses quando (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) foi mais intensa(o) e freqüente. Vou ler 14 séries de frases. Por favor, escolha a frase em cada série que melhor descreve como o(a) Sr(a). estava passando durante aqueles(as) (DURAÇÃO) piores.**

***D64a. A primeira série se refere a dificuldades para dormir:**

Um: O(A) Sr(a). demorava menos de 30 minutos para pegar no sono.
 Dois: O(A) Sr(a). demorava no mínimo 30 minutos para pegar no sono, menos do que a metade das noites.
 Três: O(A) Sr(a). demorava no mínimo 30 minutos para pegar no sono, mais do que a metade das noites.
 Quatro: O(A) Sr(a). demorava mais de 60 minutos para pegar no sono, mais do que a metade das noites.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***D64b. A próxima série se refere a acordar durante a noite:**

Um: O(A) Sr(a). não acordava durante a noite.
 Dois: O(A) Sr(a). tinha um sono inquieto, leve, com alguns breves despertares a cada noite.

- Três: O(A) Sr(a). acordava no mínimo uma vez durante a noite, mas voltava a dormir facilmente.
 Quatro: O(A) Sr(a). acordava mais de uma vez durante a noite e ficava acordado(a) por 20 minutos ou mais, e isso ocorria em mais do que a metade das noites.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D64c. A próxima série se refere a acordar cedo demais de manhã:

- Um: Na maior parte dos dias, o(a) Sr(a). acordava no máximo 30 minutos antes do que precisava.
 Dois: Em mais da metade dos dias, o(a) Sr(a). acordava mais de 30 minutos antes do que precisava.
 Três: Quase sempre o(a) Sr(a). acordava no mínimo cerca de uma hora antes do que precisava, mas às vezes voltava a dormir.
 Quatro: O(A) Sr(a). acordava no mínimo uma hora antes do que precisava e não conseguia voltar a dormir.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D64d. A próxima série se refere à quantidade de sono que o(a) Sr(a). tinha a cada noite:

- Um: O(A) Sr(a). dormia no máximo 7 a 8 horas por noite, sem cochilar durante o dia.
 Dois: O(A) Sr(a). dormia no máximo 10 horas em um período de 24 horas, incluindo cochilos.
 Três: O(A) Sr(a). dormia no máximo 12 horas em um período de 24 horas, incluindo cochilos.
 Quatro: O(A) Sr(a). dormia mais de 12 horas em um período de 24 horas, incluindo cochilos.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

#d64dd. Quantas horas, em média, o(a) Sr(a). dormia por noite? _____ HORAS

*D64e. A próxima série se refere a sentimentos de tristeza:

- Um: O(A) Sr(a). não se sentia triste.
 Dois: O(A) Sr(a). se sentia triste menos da metade do tempo.
 Três: O(A) Sr(a). se sentia triste mais da metade do tempo.
 Quatro: O(A) Sr(a). se sentia triste quase o tempo todo.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*D64f. A próxima série se refere a sua capacidade de concentração e de tomar decisões:

- Um: Não houve mudança na sua capacidade habitual de se concentrar ou de tomar decisões.
 Dois: Às vezes o(a) Sr(a). se sentia indeciso(a) ou achava que sua atenção se dispersava.

Três: Na maior parte do tempo, o(a) Sr(a). tinha que se esforçar para manter sua atenção ou tomar decisões.

Quatro: O(A) Sr(a). não conseguia se concentrar o suficiente para ler ou não conseguia tomar decisões, mesmo que fossem pouco importantes.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D64g. A próxima série se refere a sentir-se “por baixo”:

Um: O(A) Sr(a). se sentia com tanto valor e mérito quanto as outras pessoas.

Dois: O(A) Sr(a). se censurava mais do que habitualmente.

Três: O(A) Sr(a). acreditava que causava problemas aos outros.

Quatro: O(A) Sr(a). pensava com frequência em grandes e pequenos defeitos em si mesmo(a).

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D64h. A próxima série se refere ao interesse em suas atividades do dia-a-dia:

Um: Não houve mudança quanto ao seu interesse em outras pessoas ou atividades.

Dois: O(A) Sr(a). notou que estava menos interessado em pessoas ou atividades.

Três: O(A) Sr(a). notou que tinha interesse somente em uma ou duas das atividades que antes realizava.

Quatro: O(A) Sr(a). não tinha praticamente nenhum interesse nas atividades que antes realizava.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D64i. A próxima série se refere a sua energia:

Um: Não houve mudança no seu nível habitual de atividade.

Dois: O(A) Sr(a). ficava cansado(a) mais facilmente do que o habitual.

Três: O(A) Sr(a). tinha que fazer um grande esforço para começar ou concluir suas atividades do dia-a-dia (por exemplo, fazer compras, deveres de casa, cozinhar ou ir trabalhar).

Quatro: O(A) Sr(a). realmente não conseguia realizar a maior parte de suas atividades do dia-a-dia porque simplesmente não tinha energia.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D64j. A próxima série se refere a mudanças no seu apetite:

- Um: Não houve mudanças no seu apetite habitual.
- Dois: Às vezes, o(a) Sr(a). comia com menor frequência ou em menor quantidade do que o habitual.
- Três: O(A) Sr(a). comia muito menos do que o habitual, necessitando esforçar-se para comer.
- Quatro: O(A) Sr(a). raramente comia em um período de 24 h., e só o fazia com um imenso esforço pessoal ou quando alguém o(a) convencia a comer.
- Cinco: O(A) Sr(a). sentia a necessidade de comer com maior frequência do que o habitual.
- Seis: Regularmente, o(a) Sr(a). comia com maior frequência ou em maior quantidade do que o habitual.
- Sete: O(A) Sr(a). sentia impulsos para comer demais, tanto nas refeições, quanto entre elas.

(SE NEC: Qual dessas sete frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU999

*D64k. A próxima série se refere a mudanças no seu peso:

- Um: O(A) Sr(a). não teve mudança no seu peso.
- Dois: Acha que perdeu um pouco de peso.
- Três: Perdeu 1 kg ou mais.
- Quatro: Perdeu 2,5 kg ou mais.
- Cinco: Acha que ganhou um pouco de peso.
- Seis: Ganhou 1 kg ou mais.
- Sete: Ganhou 2,5 kg ou mais.

(SE NEC: Qual dessas sete frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU999

*D64l. A próxima série se refere a pensamentos de morte ou suicídio:

- Um: O(A) Sr(a). não pensava em morte ou suicídio.
- Dois: Sentia que a vida era vazia ou se perguntava se valia a pena viver.
- Três: Pensava em suicídio ou morte diversas vezes por semana durante vários minutos.
- Quatro: Pensava detalhadamente em suicídio ou morte diversas vezes por dia, ou fez planos específicos para suicidar-se, ou, realmente, tentou tirar sua própria vida.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998

RECUSOU999

*D64m. A próxima série se refere a sentir-se lento(a):

- Um: O(A) Sr(a). pensava, falava e se movimentava na sua velocidade habitual.
- Dois: Percebia que o seu pensamento estava mais lento ou sua voz soava fraca ou monótona.
- Três: Necessitava de vários segundos para responder a maioria das questões e o(a) Sr(a). tem certeza de que o seu pensamento estava lento.
- Quatro: Frequentemente, o(a) Sr(a). era incapaz de responder a perguntas, necessitando esforço extremo.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D64n. A última série se refere a sentir-se inquieto(a):

- Um:** O(A) Sr(a). não se sentia inquieto(a).
Dois: Frequentemente o(a) Sr(a). estava agitado(a), apertando as mãos ou mudando de posição.
Três: O(A) Sr(a). tinha impulsos de se movimentar e estava bastante inquieto(a).
Quatro: Às vezes, o(a) Sr(a). era incapaz de ficar sentado(a), e necessitava se movimentar continuamente.

(SE NEC: Qual dessas quatro frases melhor representa o que ocorreu com o(a) Sr(a). durante esses(as) (DURAÇÃO) piores, em que se sentiu (FRASE-CHAVE) nos últimos 12 meses?)

_____ NÚMERO DA FRASE
NÃO SABE.....998
RECUSOU999

Nenhuma Interferência			Leve			Moderada			Intensa			Interferência Muito Intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

- *D66.** (CAD, PG 9) Nos últimos 12 meses, pense no período que durou um mês ou mais em que (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) foi mais intensa(o). Usando a escala de 0 a 10 da página 9 de seu caderno, onde 0 significa nenhuma interferência e 10 significa interferência muito intensa, que número descreve o quanto (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) interferiu em cada uma das seguintes atividades durante esse pior período?

(SE NEC: Até que ponto (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse) interferiu em (ATIVIDADE) durante esse período?)

(SE NEC: O(A) Sr(a). pode usar qualquer número entre 0 e 10 para responder.)

NÚMERO (0 a 10)

- *D66a.** Seus afazeres domésticos, como limpeza, compras e tarefas da casa?

NÃO SE APLICA 97
NÃO SABE..... 98
RECUSOU..... 99

- *D66b.** Sua capacidade de trabalhar?

NÃO SE APLICA 97
NÃO SABE..... 98
RECUSOU..... 99

- *D66c.** Sua capacidade de estabelecer e manter relacionamentos próximos com outras pessoas?

NÃO SE APLICA 97
NÃO SABE..... 98
RECUSOU..... 99

- *D66d.** Sua vida social?

NÃO SE APLICA 97
NÃO SABE..... 98
RECUSOU..... 99

***D67. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *D66a - *D66d)**

TODAS AS RESPOSTAS CODIFICADAS '0' OU '97' 1 VÁ PARA *D72
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2

*D68. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantos dias o(a) Sr(a). esteve totalmente incapaz de trabalhar ou fazer suas atividades habituais por causa de (sua tristeza/ou/ seu desânimo/ou/ seu desinteresse)?

(SE NEC: O(A) Sr(a). pode usar qualquer número entre 0 e 365 para responder.)

_____ NÚMERO DE DIAS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*D72. Alguma vez na vida, o(a) Sr(a). já conversou com um médico ou outro profissional sobre (sua tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse)? (Por outro profissional queremos dizer psicólogos, orientadores, conselheiros espirituais, herbalistas/fitoterapeutas, acupunturistas ou curandeiros como benzedeira, pai de santo.)

SIM..... 1
 NÃO 5 VÁ PARA *D87.1
 NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *D87.1
 RECUSOU 9 VÁ PARA *D87.1

*D72a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez [que conversou com um profissional sobre (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse)]?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

#d72.1 Que tratamento o(a) Sr(a). recebeu nessa primeira vez? _____

SE INF "Tomei remédio": #d72.1.1. ESPECIFIQUE QUAL: _____

*D84. Alguma vez o(a) Sr(a). recebeu tratamento para (sua tristeza/ou/desânimo/ou/ desinteresse) que considerou proveitoso ou eficaz?

SIM.....1
 NÃO.....5 VÁ PARA *D84c
 NÃO SABE8 VÁ PARA *D84c
 RECUSOU9 VÁ PARA *D84c

*D84a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que recebeu tratamento eficaz?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

#d84.1 Que tratamento foi esse?

(SE INF: "Tomei remédio": #d84.1.1 ESPECIFIQUE QUAL: _____)

*D84b. Com quantos profissionais o(a) Sr(a). chegou a conversar sobre (sua tristeza/ou/ desânimo/ou/ desinteresse), antes de receber tratamento eficaz pela primeira vez?

(_____ NÚMERO DE PROFISSIONAIS + 1) = _____ VÁ PARA *D86

NÃO SABE.....98 VÁ PARA *D86
 RECUSOU99 VÁ PARA *D86

*D84c. Com quantos profissionais ao todo o(a) Sr(a). já conversou sobre (sua tristeza/ou/desânimo/ou/desinteresse)?

_____ NÚMERO DE PROFISSIONAIS

NÃO SABE.....98
RECUSOU99

*D86. (O Sr/a Sra.) recebeu tratamento profissional para (sua tristeza/ou/desânimo/ou/desinteresse) em algum momento nos últimos 12 meses?

SIM.....1
NÃO5
NÃO SABE.....8
RECUSOU9

*D87. Alguma vez o(a) Sr(a). teve que passar a noite no hospital por causa de (sua tristeza/ou/desânimo/ou/desinteresse)?

SIM..... 1
NÃO 5 VÁ PARA *D87.1
NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *D87.1
RECUSOU 9 VÁ PARA *D87.1

*D87a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que passou a noite no hospital por causa de (sua tristeza/ou/desânimo/ou/desinteresse)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
RECUSOU999

*D87.1. Quantos de seus parentes próximos – incluindo seus pais biológicos, irmãos e filhos – já tiveram alguma vez episódios em que se sentiam tristes, desanimados ou desinteressados, que causaram muito sofrimento ou que interferiram na vida deles?

_____ NÚMERO

NÃO SABE998
RECUSOU999

#d87.1.a E entre seus avós, tios e primos?

_____ NÚMERO

NÃO SABE.....98
RECUSOU.....99

*D88. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO).

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SC24 ESTÁ ASSINALADO	1	VÁ P/ *M1, PRÓXIMA SEÇÃO
*SC25a ESTÁ ASSINALADO.....	2	VÁ P/ *M5, PÁGINA 38
*SC20 ESTÁ ASSINALADO	4	VÁ P/ *PD1 INTROD 1, PÁGINA 54
*SC20a ESTÁ ASSINALADO	5	VÁ P/ *PD1 INTROD 2, PÁGINA 54
*SC27 SÉRIE ESTÁ ASSINALADO.....	6	VÁ P/ *SP1, PÁGINA 69
*SC29 OU *SC29a ESTÁ ASSINALADO.....	7	VÁ P/ *SO1, PÁGINA 86
*SC30 ESTÁ ASSINALADO	8	VÁ P/ *AG1, PÁGINA 96
*SC26 ESTÁ ASSINALADO	9	VÁ P/ *G1 INTROD 1, PÁGINA 106
*SC26a ESTÁ ASSINALADO	10	VÁ P/ *G1 INTROD 2, PÁGINA 106
*SC26b ESTÁ ASSINALADO.....	11	VÁ P/ *G1 INTROD 3, PÁGINA 106
*SC20.1 ESTÁ ASSINALADO	12	VÁ P/ *D89 (ABAIXO)
*SC20.2 ESTÁ ASSINALADO	13	VÁ P/ *IED3 INTROD 4, PÁGINA 121
*SC20.3 ESTÁ ASSINALADO	14	VÁ P/ *IED3 INTROD 5, PÁGINA 121

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 15 VÁ P/ *SD1, PÁGINA 130

***D89 PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO DE RASTREAMENTO)**

***SC20.2 ESTÁ ASSINALADO 1** VÁ P/ *IED3 INTROD 1, PÁGINA 121
***SC20.3 ESTÁ ASSINALADO 2** VÁ P/ *IED3 INTROD 2, PÁGINA 121
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 3 VÁ P/ *IED3 INTROD 3, PÁGINA 121

ANEXO 4

MÓDULO DE SERVIÇOS

SERVIÇOS (SR)

***SR2.** Alguma vez em sua vida, o(a) Sr(a). passou a noite em um hospital ou outro serviço para receber ajuda por problemas emocionais, de nervos, de saúde mental, ou uso de álcool ou drogas?

SIM.....	1	
NÃO.....	5	VÁ PARA *SR9.1
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR9.1
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR9.1

***SR3.** Quantas vezes isto ocorreu?

_____ VEZES

NÃO SABE.....	998
RECUSOU.....	999

***SR4.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER *SR3)

*SR3 IGUAL A '1'.....	1	
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	2	VÁ PARA *SR6

***SR5a.** Isto ocorreu --- nos últimos 30 dias, últimos 6 meses, últimos 12 meses ou há mais de um ano?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....	1	
ÚLTIMOS 6 MESES.....	2	
ÚLTIMOS 12 MESES.....	3	
MAIS DE UM ANO.....	4	VÁ PARA *SR5b
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR9.1
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR9.1

***SR5a_1 INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR:**

REGISTRE NO CARTÃO REF *SR5a, SEÇÃO SERVIÇOS, (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES). DEPOIS VÁ PARA *SR5C

***SR5b.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha nessa época?

_____ ANOS

NÃO SABE998
 RECUSOU999

***SR5c.** Aproximadamente, durante quanto tempo ficou hospitalizado(a) nessa ocasião?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID TEMPO: DIAS.....1 SEM.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE998
 RECUSOU999

VÁ PARA *SR9.1

***SR6.** Quanto tempo o(a) Sr(a). passou no hospital [considerando todas essas (NÚMERO DA *SR3) ocasiões]?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID TEMPO: DIAS.....1 SEM.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***SR7.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na época da sua primeira internação?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***SR8.** Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a). foi hospitalizado(a) por mais de um dia devido a problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental, (SE CARTÃO REF, SEÇÃO DE **SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou uso de álcool ou drogas)?

SIM1 **REGISTRE NO CARTÃO REF *SR8, SEÇÃO SERVIÇOS, (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES), DEPOIS VÁ PARA *SR9**

NÃO.....5

NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR9.1**

RECUSOU9 **VÁ PARA *SR9.1**

***SR8a.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na época da sua última internação por causa desses problemas?

_____ ANOS **VÁ PARA *SR9.1**

NÃO SABE 998 **VÁ PARA *SR9.1**
 RECUSOU..... 999 **VÁ PARA *SR9.1**

***SR9.** Aproximadamente, durante quanto tempo o(a) Sr(a). ficou hospitalizado(a) por causa desses problemas nos últimos 12 meses?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID TEMPO: DIAS.....1 SEM.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***SR9.1** O(A) Sr(a). já participou de algum grupo de ajuda na internet ou de alguma sala de bate-papo (chat) procurando ajuda para problemas emocionais ou de nervos?

SIM1

NÃO.....5 **VÁ PARA *SR10**

NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR10**

RECUSOU.....9 **VÁ PARA *SR10**

***SR9.1a.** Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, últimos 6 meses, últimos 12 meses ou há mais de um ano?

ÚLTIMOS 30 DIAS1

ÚLTIMOS 6 MESES2

ÚLTIMOS 12 MESES3

HÁ MAIS DE UM ANO4 **VÁ PARA *SR10**

NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR10**

RECUSOU.....9 **VÁ PARA *SR10**

***SR9.1b.** Nos últimos 12 meses, quantas vezes o(a) Sr(a). participou de um grupo de ajuda na internet ou de uma sala de bate-papo (chat) procurando ajuda para problemas emocionais ou de nervos?

_____ VEZES

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***SR10.** (SE ***SR9.1** CODIFICADA '1': Sem contar o grupo de ajuda na Internet,) Alguma vez em sua vida o(a) Sr(a). buscou algum grupo de auto-ajuda para problemas emocionais ou de nervos?

SIM1

NÃO.....5 **VÁ PARA *SR11**

NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR11**

RECUSOU.....9 **VÁ PARA *SR11**

***SR10a.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez (em que foi a um grupo de auto-ajuda)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

***SR10b.** Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, últimos 6 meses, últimos 12 meses ou há mais de um ano?

ÚLTIMOS 30 DIAS1

ÚLTIMOS 6 MESES2

ÚLTIMOS DOZE MESES	3	
HÁ MAIS DE UM ANO	4	VÁ PARA *SR11
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR11
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR11

***SR10B_1. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF**
***SR10b, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES)**

*SR10c. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foi a uma reunião de um grupo de auto-ajuda?

_____ VEZES

NÃO SABE998

RECUSOU999

***SR11.** O(A) Sr(a). já usou algum serviço telefônico buscando ajuda para problemas emocionais ou de nervos?

SIM 1

NÃO 5VÁ PARA *SR12

NÃO SABE.....8 VÁ PARA *SR12

RECUSOU9 VÁ PARA *SR12

*SR11a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez (em que usou um serviço telefônico para algum desses problemas)?

_____ ANOS

NÃO SABE998

RECUSOU999

*SR11b. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, últimos 6 meses, últimos 12 meses ou há mais de um ano?

ÚLTIMOS 30 DIAS1

ÚLTIMOS 6 MESES2

ÚLTIMOS 12 MESES3

HÁ MAIS DE UM ANO4 VÁ PARA *SR12

NÃO SABE8 VÁ PARA *SR12

RECUSOU9 VÁ PARA *SR12

*SR11c. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o(a) Sr(a). usou o serviço telefônico?

_____ VEZES

NÃO SABE998

RECUSOU999

***SR12.** Alguma vez em sua vida o(a) Sr(a). teve uma seção de aconselhamento psicológico ou terapia que durou 30 minutos ou mais com qualquer profissional?

SIM 1

NÃO 5 **VÁ PARA *SR13**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *SR13**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR13**

***SR12a.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez (em que teve uma seção de aconselhamento psicológico ou terapia)?

_____ ANOS

NÃO SABE998
 RECUSOU999

***SR13.** O(A) Sr(a). já recebeu uma receita médica ou medicamento para problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO:** ou uso de substâncias) de qualquer profissional?

SIM 1

NÃO 5 **VÁ PARA *SR15**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *SR15**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR15**

***SR13a.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez (em que recebeu uma receita ou medicamento desse tipo)?

_____ ANOS

NÃO SABE998
 RECUSOU999

***SR15.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER ***SR2, *SR12, *SR13**)

***SR2 OU *SR12 OU *SR13 CODIFICADA '1'**1 **VÁ PARA *SR17**
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

***SR16.** (CAD, PG 49) Por favor, olhe a página 49 de seu caderno. Alguma vez em sua vida o(a) Sr(a). consultou algum dos profissionais dessa lista para problemas emocionais, de nervos ou uso de álcool ou drogas?

SIM 1

NÃO 5 **VÁ PARA *SR122**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *SR122**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR122**

*SR17: INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: (VER *SR16)

SE *SR16 CODIFICADA '1': Quais? Pode dizer somente o número inicial. SONDE: Algum outro?

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES: (CAD, PG 49) Por favor, olhe a página 49 do seu caderno. Quais tipos de profissionais o(a) Sr(a). já consultou para problemas emocionais ou de nervos ou problemas com álcool ou drogas? Pode dizer somente a letra inicial correspondente. SONDE: Algum outro?

CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS MENCIONADAS

1. PSQUIATRA	1
2. CLÍNICO GERAL OU MÉDICO DE FAMÍLIA	2
3. QUALQUER OUTRO MÉDICO (EX: CARDIOLOGISTA, GINECOLOGISTA)	3
4. PSICÓLOGO.....	4
5. ASSISTENTE SOCIAL	5
6. CONSELHEIRO/ORIENTADOR	6
7. QUALQUER OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL (EX: PSICOTERAPEUTA OU ENFERMEIRA PSQUIÁTRICA).....	7
8. OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE (EX: ENFERMEIRA, TERAPEUTA OCUPACIONAL)	8
9. UM CONSELHEIRO RELIGIOSO OU ESPIRITUAL COMO UM PADRE, PASTOR OU RABINO	9
10. QUALQUER OUTRO PROFISSIONAL, COMO UM FITOTERAPEUTA, HERBALISTA, ACUPUNTURISTA, QUIROPRÁTICO	10
11. OUTRO TERAPEUTA ALTERNATIVO (EX: ESPIRITUALISTA OU CURANDEIRO, COMO BENZEDEIRA, PAI DE SANTO).....	11
NÃO SABE	98
RECUSOU	99

*SR17_1 INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR : REGISTRE CADA RESPOSTA CONFIRMADA NO **CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS, (COLUNA *SR17)**

*SR18. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER **CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS**)

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '1'	1	
*SR17 CODIFICADA '2' OU '3'	2	VÁ PARA *SR27
*SR17 CODIFICADA '4'	3	VÁ PARA *SR40
*SR17 CODIFICADA '5'	4	VÁ PARA *SR48
*SR17 CODIFICADA '6'	5	VÁ PARA *SR57
*SR17 CODIFICADA '7'	6	VÁ PARA *SR66
*SR17 CODIFICADA '8'	7	VÁ PARA *SR74
*SR17 CODIFICADA '9'	8	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	9	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	10	VÁ PARA *SR128

*SR19. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um psiquiatra sobre seus

problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE998
RECUSOU999

*SR20. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS 1
2 A 6 MESES 2
7 A 12 MESES 3
MAIS DE 12 MESES 4 **VÁ PARA *SR21**
NÃO SABE 8 **VÁ PARA *SR26**
RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR26**

*SR20b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF *SR20, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR22

*SR21. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na última vez [em que conversou com um psiquiatra sobre seus problemas emocionais (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou uso de substâncias)]?

_____ ANOS

NÃO SABE998
RECUSOU999

VÁ PARA *SR26

*SR22. Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com um psiquiatra nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA (S)

NÃO SABE998 **VÁ PARA *SR23**
RECUSOU999 **VÁ PARA *SR23**

*SR22a. Quantos minutos (essa consulta durou/ estas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE998
RECUSOU999

*SR23. Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos do psiquiatra nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM PSIQUIATRA CONSULTADO: PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO 1
SATISFEITO 2

NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	3
INSATISFEITO	4
MUITO INSATISFEITO	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

*SR24. O psiquiatra o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO	1
MODERADAMENTE	2
UM POUCO	3
NADA	4
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

*SR25. O(A) Sr(a). parou de se consultar com o psiquiatra ou ainda está em tratamento?

PAROU	1	
(SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM PSQUIATRA E ESTÁ EM TRATAMENTO COM OUTRO	2	VÁ PARA *SR26
CONTINUA EM TRATAMENTO	3	VÁ PARA *SR26
NÃO SABE	8	VÁ PARA *SR26
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR26

*SR25a. O(A) Sr(a). completou o tratamento? Ou abandonou antes do que o psiquiatra queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO	1	
ABANDONOU	5	REGISTRE NO CARTÃO REF *SR25a, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ABANDONOU)
NÃO SABE	8	
RECUSOU	9	

*SR26. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR17 SEÇÃO SERVIÇOS)

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '2' OU *SR17 CODIFICADA '3'	1	
*SR17 CODIFICADA '4'	2	VÁ PARA *SR40
*SR17 CODIFICADA '5'	3	VÁ PARA *SR48
*SR17 CODIFICADA '6'	4	VÁ PARA *SR57
*SR17 CODIFICADA '7'	5	VÁ PARA *SR66
*SR17 CODIFICADA '8'	6	VÁ PARA *SR74
*SR17 CODIFICADA '9'	7	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	8	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	9	VÁ PARA *SR109

*SR27. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com (SE *SR17 CODIFICADA '1': qualquer outro tipo de médico/ TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES: um médico) sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REFERÊNCIA, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE	998
RECUSOU	999

*SR28. Quando foi a última vez --- últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....	1	
2 A 6 MESES.....	2	
7 A 12 MESES.....	3	
MAIS DE 12 MESES.....	4	VÁ PARA *SR29
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR39
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR39

*SR28b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: **REGISTRE NO CARTÃO REF *SR28, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR30**

*SR29. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez [que conversou com um médico (SE *SR17 CODIFICADA '1': que não um psiquiatra) sobre seus problemas emocionais (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou uso de substâncias)]?

_____ ANOS

NÃO SABE.....	998
RECUSOU.....	999

*SR30. Algum médico (SE *SR17 CODIFICADA '1': que não um psiquiatra) já recomendou que o(a) Sr(a). fosse consultar um especialista, uma clínica ou programa de saúde mental?

SIM.....	1	
NÃO.....	5	VÁ PARA *SR34
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR34
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR34

*SR31. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez que [um médico (SE *SR17 CODIFICADA '1': que não um psiquiatra) o encaminhou a um especialista, uma clínica ou programa de saúde mental]?

_____ ANOS

NÃO SABE.....	998
RECUSOU.....	999

*SR32. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR28, SEÇÃO SERVIÇOS)

'*SR28 12 MESES' ASSINALADO.....	1	
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	2	VÁ PARA *SR39

*SR33. Nos últimos 12 meses um médico recomendou que o(a) Sr(a). fosse consultar um especialista, uma clínica ou programa de saúde mental?

SIM.....	1
NÃO.....	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

VÁ PARA *SR35

***SR34. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR28, SEÇÃO SERVIÇOS)**

***SR28 12 MESES ESTÁ ASSINALADO**..... 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....2 **VÁ PARA *SR39**

***SR35. Quantas consultas o(a) Sr(a). teve nos últimos 12 meses com um médico [SE CARTÃO REF, SEÇÃO SERVIÇOS, *SR17 CODIFICADA '1': que não um psiquiatra] nas quais o(a) Sr(a). falou sobre seus problemas emocionais (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou uso de substâncias)?**

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE..... 998 **VÁ PARA *SR36**
 RECUSOU 999 **VÁ PARA *SR36**

***SR35a. Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?**

_____ MINUTOS

NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

***SR36. Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos desse médico nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?**

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM MÉDICO CONSULTADO: PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO 1
 SATISFEITO 2
 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 3
 INSATISFEITO 4
 MUITO INSATISFEITO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***SR37. O médico o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?**

MUITO 1
 MODERADAMENTE..... 2
 UM POUCO..... 3
 NADA 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***SR38. O(A) Sr(a). parou de se consultar com o médico sobre seus problemas emocionais(SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou sobre o uso de substâncias) ou ainda está em tratamento?**

PAROU 1
 (SE INF) 'PAROU DE CONSULTAR UM MÉDICO
 E ESTÁ EM TRATAMENTO COM OUTRO' 2 **VÁ PARA *SR39**
 CONTINUA EM TRATAMENTO 3 **VÁ PARA *SR39**

NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *SR39
 RECUSOU 9 VÁ PARA *SR39

*SR38a. O(A) Sr(a). completou o tratamento recomendado? Ou o(a) Sr(a). parou antes do que o médico queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO	1	REGISTRE NO CARTÃO REF *SR38a, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ABANDONOU)
ABANDONOU.....	5	
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU.....	9	

*SR39. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS)

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '4'	.....1	
*SR17 CODIFICADA '5'	.....2	VÁ PARA *SR48
*SR17 CODIFICADA '6'	.....3	VÁ PARA *SR57
*SR17 CODIFICADA '7'	.....4	VÁ PARA *SR66
*SR17 CODIFICADA '8'	.....5	VÁ PARA *SR74
*SR17 CODIFICADA '9'	.....6	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	.....7	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES....	8	VÁ PARA *SR109

*SR40. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um psicólogo sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*SR41. Quando foi a última vez --- últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....	1	
2 A 6 MESES.....	2	
7 A 12 MESES.....	3	
MAIS DE 12 MESES.....	4	VÁ PARA *SR42
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR47
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR47

*SR41b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF *SR41, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR43

*SR42. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez [em que o(a) Sr(a). conversou com um psicólogo sobre seus problemas emocionais (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou uso de substâncias)]?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

VÁ PARA *SR47

***SR43.** Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com um psicólogo nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE.....998 **VÁ PARA *SR44**
 RECUSOU999 **VÁ PARA *SR44**

***SR43a.** Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***SR44.** Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos do psicólogo nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM PSICÓLOGO CONSULTADO: PERGUNTE
 SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO 1
 SATISFEITO 2
 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 3
 INSATISFEITO 4
 MUITO INSATISFEITO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***SR45.** O psicólogo o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO 1
 MODERADAMENTE 2
 UM POUCO 3
 NADA 4
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***SR46a.** O(A) Sr(a). parou de se consultar com o psicólogo ou ainda está em tratamento?

PAROU1
 (SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM PSICÓLOGO
 E EM TRATAMENTO COM OUTRO2 **VÁ PARA *SR47**
 CONTINUA EM TRATAMENTO3 **VÁ PARA *SR47**
 NÃO SABE8 **VÁ PARA *SR47**
 RECUSOU9 **VÁ PARA *SR47**

***SR46b.** O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o

psicólogo queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO.....	1	
ABANDONOU.....	5	REGISTRE NO CARTÃO REF *SR46b, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA JÁ ABANDONOU)
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU.....	9	

***SR47. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS)**

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '5'	1	
*SR17 CODIFICADA '6'	2	VÁ PARA *SR57
*SR17 CODIFICADA '7'	3	VÁ PARA *SR66
*SR17 CODIFICADA '8'	4	VÁ PARA *SR74
*SR17 CODIFICADA '9'	5	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	6	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES....	7	VÁ PARA *SR109

***SR48.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um assistente social sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....	998
RECUSOU	999

***SR49.** Quando foi a última vez --- últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....	1	
2 A 6 MESES.....	2	
7 A 12 MESES.....	3	
MAIS DE 12 MESES.....	4	VÁ PARA *SR52
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR56
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR56

***SR49b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF *SR49, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR51**

***SR50.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez [em que conversou com um assistente social sobre seus problemas emocionais (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou uso de substâncias)]?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

VÁ PARA *SR56

***SR51.** Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com o assistente social nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE.....998 **VÁ PARA *SR52**
 RECUSOU999 **VÁ PARA *SR52**

***SR51a.** Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

***SR52.** (CAD, PG 50) Por favor, olhe a página 50 de seu caderno. Em quais desses locais o(a) Sr(a). consultou o assistente social?

REGISTRE TODAS AS MENÇÕES

1. PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL	1
2. AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO	2
3. AMBULATÓRIO DE ÁLCOOL E DROGAS	3
4. CONSULTÓRIO PARTICULAR	4
5. DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL	5
6. PROGRAMAS EM PRISÕES OU CENTROS CORRECIONAIS.....	6
7. CENTRO-DIA OU PROGRAMA PARA PESSOAS COM PROBLEMAS EMOCIONAIS OU DE ÁLCOOL OU DROGAS	7
8. IGREJAS OU OUTROS LOCAIS RELIGIOSOS	8
9. OUTRO (ESPECIFIQUE)	9
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

***SR53.** Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos do assistente social nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM ASSISTENTE SOCIAL CONSULTADO:
 PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO	1
SATISFEITO	2
NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	3
INSATISFEITO	4
MUITO INSATISFEITO	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SR54.** O assistente social o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO 1

MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SR55. O(A) Sr(a). parou de se consultar com o assistente social ou ainda está em tratamento?

PAROU	1	
(SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM ASSISTENTE SOCIAL E EM TRATAMENTO COM OUTRO	2	VÁ PARA *SR56
CONTINUA EM TRATAMENTO	3	VÁ PARA *SR56
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR56
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR56
*SR55a. O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o assistente social queria?		
COMPLETOU O TRATAMENTO.....	1	
ABANDONOU.....	5	REGISTRE NO CARTÃO REF *SR55a, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA JÁ ABANDONOU)
NÃO SABE	8	
RECUSOU.....	9	

*SR56. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS)

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '6'	1	
*SR17 CODIFICADA '7'	2	VÁ PARA *SR66
*SR17 CODIFICADA '8'	3	VÁ PARA *SR74
*SR17 CODIFICADA '9'	4	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	5	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES....	6	VÁ PARA *SR109

*SR57. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um conselheiro/orientador sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....	998
RECUSOU	999

*SR58. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS	1	
2 A 6 MESES.....	2	
7 A 12 MESES.....	3	
MAIS DE 12 MESES	4	VÁ PARA *SR59
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR65
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR65

***SR58b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF *SR58, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR60**

***SR59.** Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez [em que conversou com um conselheiro/orientador sobre seus problemas emocionais (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO** ou uso de substâncias)]?

_____ ANOS
 NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

VÁ PARA *SR65

***SR60.** Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com um conselheiro/orientador nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA(S)
 NÃO SABE.....998 **VÁ PARA *SR61**
 RECUSOU999 **VÁ PARA *SR61**

***SR60a.** Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS
 NÃO SABE998
 RECUSOU999

***SR61.** (CAD, PG 50) Por favor, olhe a página 50 de seu caderno. Em quais desses locais o(a) Sr(a). consultou o conselheiro/ orientador?

REGISTRE TODAS AS MENÇÕES

1. PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL.....	1
2. AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO.....	2
3. AMBULATÓRIO DE ÁLCOOL E DROGAS.....	3
4. CONSULTÓRIO PARTICULAR.....	4
5. DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL.....	5
6. PROGRAMA NA CADEIA OU PRISÃO.....	6
7. CENTRO OU PROGRAMA PARA PESSOAS COM PROBLEMAS EMOCIONAIS OU DE ÁLCOOL E DROGAS.....	7
8. IGREJA OU OUTRO LOCAL RELIGIOSO.....	8
9. OUTRO (ESPECIFIQUE).....	9
NÃO SABE.....	98
RECUSOU.....	99

***SR62.** Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos do conselheiro/orientador nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM CONSELHEIRO CONSULTADO:
 PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO 1
 SATISFEITO 2
 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 3
 INSATISFEITO 4

MUITO INSATISFEITO	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SR63. O conselheiro/orientador o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO.....	1
MODERADAMENTE	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SR64. O(A) Sr(a). parou de consultar o conselheiro/orientador ou ainda está em tratamento?

PAROU	1	
(SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM CONSELHEIRO/ORIENTADOR E EM TRATAMENTO COM OUTRO	2	VÁ PARA *SR65
CONTINUA EM TRATAMENTO	3	VÁ PARA *SR65
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR65
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR65

*SR64a. O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o conselheiro/orientador queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO	1	
ABANDONOU	5	REGISTRE NO CARTÃO REF*SR64a, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ABANDONOU)
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU	9	

*SR65. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS)

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '7'	1	
*SR17 CODIFICADA '8'	2	VÁ PARA *SR74
*SR17 CODIFICADA '9'	3	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	4	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	5	VÁ PARA *SR109

*SR66. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS)

(SE *SR17 CODIFICADA '1' OU '4' OU '5' OU '6'): Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com qualquer outro tipo de profissional de saúde mental sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?

(SE *SR17 QUALQUER OUTRA POSSIBILIDADE): Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um profissional de saúde mental sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*SR67. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS..... 1
 2 A 6 MESES. 2
 7 A 12 MESES. 3
 MAIS DE 12 MESES..... 4 **VÁ PARA *SR68**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *SR73**
 RECUSOU..... 9 **VÁ PARA *SR73**

*SR67b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: **REGISTRE NO CARTÃO REF *SR67, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR69**

*SR68. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez?

_____ ANOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

VÁ PARA *SR73

*SR69. Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com esse profissional nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE.....998 **VÁ PARA *SR70**
 RECUSOU999 **VÁ PARA *SR70**

*SR69a. Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU999

*SR70. Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos deste profissional nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM PROFISSIONAL CONSULTADO: PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO 1
 SATISFEITO 2
 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 3
 INSATISFEITO 4
 MUITO INSATISFEITO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

*SR71. Esse profissional o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SR72. O(A) Sr(a). parou de consultar esse profissional de saúde mental ou ainda está em tratamento?

PAROU	1	
(SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM PROFISSIONAL E EM TRATAMENTO COM OUTRO.....	2	VÁ PARA *SR73
CONTINUA EM TRATAMENTO	3	VÁ PARA *SR73
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR73
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR73

*SR72a. O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o profissional de saúde mental queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO.....	1	
ABANDONOU.....	5	REGISTRE NO CARTÃO REF *SR72a, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA JÁ ABANDONOU)
NÃO SABE	8	
RECUSOU.....	9	

*SR73. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇO,)

SIGA O SALTO PARA O PRIMEIRO ITEM ASSINALADO

*SR17 CODIFICADA '8'	1	
*SR17 CODIFICADA '9'	2	VÁ PARA *SR87
*SR17 CODIFICADA '10'	3	VÁ PARA *SR100
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES....	4	VÁ PARA *SR109

*SR74. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com uma enfermeira, um terapeuta ocupacional ou outro profissional de saúde não médico sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE.....	998
RECUSOU	999

*SR75. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....	1	
2 A 6 MESES.	2	
7 A 12 MESES.	3	
MAIS DE 12 MESES.....	4	VÁ PARA *SR76
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR86
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR86

***SR75b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF *SR75, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR77**

*SR76. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez?

_____ ANOS
 NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

*SR77. Uma enfermeira, um terapeuta ocupacional ou outro profissional de saúde não médico já recomendou que o(a) Sr(a). fosse consultar um especialista, como um psiquiatra ou psicólogo, ou uma clínica ou programa de saúde mental?

SIM 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA *SR81**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *SR81**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR81**

*SR78. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez (que uma enfermeira, um terapeuta ocupacional ou outro profissional de saúde não médico recomendou que fosse consultar um especialista, como um psiquiatra ou psicólogo, ou uma clínica ou programa de saúde mental)?

_____ ANOS
 NÃO SABE..... 998
 RECUSOU 999

***SR79. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR75, SEÇÃO SERVIÇOS)**

‘*SR75 ÚLTIMOS 12 MESES’ ASSINALADO 1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ PARA *SR86

*SR80. Nos últimos 12 meses uma enfermeira, um terapeuta ocupacional ou outro profissional de saúde não médico recomendou que o(a) Sr(a). fosse consultar um especialista, como um psiquiatra ou psicólogo, ou uma clínica ou programa de saúde mental?

SIM..... 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9
VÁ PARA *SR82

***SR81. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR75, SEÇÃO SERVIÇOS)**

‘*SR75 ÚLTIMOS 12 MESES’ ASSINALADO 1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ PARA *SR86

*SR82. Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com um profissional de saúde não médico nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE 998 **VÁ PARA *SR83**
 RECUSOU 999 **VÁ PARA *SR83**

*SR82a. Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE 998
 RECUSOU 999

***SR83.** Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos deste profissional nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM PROFISSIONAL CONSULTADO: PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO..... 1
 SATISFEITO..... 2
 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO..... 3
 INSATISFEITO 4
 MUITO INSATISFEITO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

*SR84. Esse profissional o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO..... 1
 MODERADAMENTE 2
 UM POUCO 3
 NADA 4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

*SR85. O(A) Sr(a). parou de consultar esse profissional ou ainda está em tratamento?

PAROU 1
 (SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM PROFISSIONAL
 DE SAÚDE E EM TRATAMENTO COM OUTRO 2 **VÁ PARA *SR86**
 CONTINUA EM TRATAMENTO 3 **VÁ PARA *SR86**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *SR86**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR86**

*SR85a. O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o profissional de saúde queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO..... 1
 ABANDONOU 5 **REGISTRE NO CARTÃO REF**
***SR85a, SEÇÃO SERVIÇOS,**
(COLUNA JÁ ABANDONOU)
 NÃO SABE 8

- RECUSOU.....9
- *SR86. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR17, SEÇÃO SERVIÇOS)
- *SR17 CODIFICADA '9' 1
- *SR17 CODIFICADA '10'.....2 VÁ PARA *SR100
- TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES...3 VÁ PARA *SR109
-

- *SR87. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um conselheiro espiritual sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou seu uso de álcool ou drogas)?
- _____ ANOS
- NÃO SABE998
- RECUSOU999
-

- *SR88. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?
- ÚLTIMOS 30 DIAS 1
- 2 A 6 MESES. 2
- 7 A 12 MESES. 3
- MAIS DE 12 MESES.....4 VÁ PARA *SR89
- NÃO SABE..... 8 VÁ PARA *SR99
- RECUSOU 9 VÁ PARA *SR99
-

*SR88b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: **REGISTRE NO CARTÃO REF *SR88, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR90**

- *SR89. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez [em que conversou com um conselheiro espiritual sobre seus problemas emocionais (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou uso de substâncias)]?
- _____ ANOS
- NÃO SABE998
- RECUSOU999
-

- *SR90. Um conselheiro espiritual já recomendou que o(a) Sr(a). fosse consultar um especialista, como um psiquiatra ou psicólogo, ou uma clínica ou programa de saúde mental?
- SIM 1
- NÃO5 VÁ PARA *SR94
- NÃO SABE8 VÁ PARA *SR94
- RECUSOU9 VÁ PARA *SR94
-

- *SR91. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez (que um conselheiro espiritual recomendou que fosse consultar um especialista, como um psiquiatra ou psicólogo, ou uma clínica ou programa

de saúde mental)?

_____ ANOS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

***SR92. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR88, SEÇÃO SERVIÇOS)**

‘*SR88 ÚLTIMOS 12 MESES’ ASSINALADO 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....2 **VÁ PARA *SR99**

*SR93. Nos últimos 12 meses, algum conselheiro espiritual recomendou que o(a) Sr(a). fosse consultar um especialista, como um psiquiatra ou psicólogo, ou uma clínica ou programa de saúde mental?

SIM 1

NÃO 5

NÃO SABE..... 8

RECUSOU 9

VÁ PARA *SR95

***SR94. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR88, SEÇÃO SERVIÇOS)**

‘*SR88 ÚLTIMOS 12 MESES’ ASSINALADO 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....2 **VÁ PARA *SR99**

***SR95. Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com um conselheiro espiritual sobre esses problemas nos últimos 12 meses?**

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE.....998 **VÁ PARA *SR96**

RECUSOU999 **VÁ PARA *SR96**

*SR95a. Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

***SR96. Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos do conselheiro espiritual nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?**

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM CONSELHEIRO ESPIRITUAL CONSULTADO: PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO1

SATISFEITO2

NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO3

INSATISFEITO	4
MUITO INSATISFEITO	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SR97. O conselheiro espiritual o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SR98. O(A) Sr(a). parou de se consultar com o conselheiro espiritual ou ainda está em tratamento?

PAROU	1	
(SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM CONSELHEIRO ESPIRITUAL E EM TRATAMENTO COM OUTRO	2	VÁ PARA *SR99
CONTINUA EM TRATAMENTO	3	VÁ PARA *SR99
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR99
RECUSOU	9	VÁ PARA *SR99

*SR98a. O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o conselheiro espiritual queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO.....	1	
ABANDONOU.....	5	REGISTRE NO CARTÃO REF *SR98a, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA JÁ ABANDONOU)
NÃO SABE	8	
RECUSOU.....	9	

*SR99. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR17 SEÇÃO SERVIÇOS)

*SR17 CODIFICADA '10'	1	
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	2	VÁ PARA *SR109

*SR100. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha na primeira vez em que conversou com um outro profissional – como um fitoterapeuta/ herbalista, quiroprático, ou espiritualista – sobre seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO ou seu uso de álcool ou drogas)?

_____ ANOS

NÃO SABE	998
RECUSOU	999

*SR101. Quando foi a última vez --- nos últimos 30 dias, 2 a 6 meses, 7 a 12 meses, ou mais de 12 meses?

ÚLTIMOS 30 DIAS.....	1
2 A 6 MESES.....	2

7 A 12 MESES.....	3	
MAIS DE 12 MESES.....	4	VÁ PARA *SR102
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR109
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR109

***SR101b. INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: REGISTRE NO CARTÃO REF *SR101, SEÇÃO SERVIÇOS (COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES) E VÁ PARA *SR103**

*SR102. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha da última vez?

_____ ANOS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

VÁ PARA *SR109

*

*SR104. **SR103.** Quantas consultas o(a) Sr(a). teve com um outro profissional nos últimos 12 meses?

_____ CONSULTA(S)

NÃO SABE 998 **VÁ PARA *SR105**

RECUSOU 999 **VÁ PARA *SR105**

Quantos minutos (essa consulta durou/ essas consultas duraram em média)?

_____ MINUTOS

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*SR105. Que tipo de profissional o(a) Sr(a). consultou?

(SONDE: Algum outro?)

CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS MENCIONADAS

ACUPUNCTURISTA.....	1
ESPECIALISTA EM BIOFEEDBACK	2
QUIROPÁTICO.....	3
ESPECIALISTA EM CURA POR ENERGIA	4
CINESIOTERAPEUTA (TERAPEUTA DE BALANCEAMENTO MUSCULAR, MOVIMENTO OU EXERCÍCIO).....	5
FITOTERAPEUTA/ HERBALISTA.....	6
HOMEOPATA.....	7
HIPNÓLOGO	8
ESPECIALISTA EM IMAGENS MENTAIS	9
MASSOTERAPEUTA.....	10
ESPIRITUALISTA/PSÍQUICO.....	11
EXPERTO EM YOGA, RELAXAMENTO OU MEDITAÇÃO	12
DIETETICISTA.....	13

OUTRO (ESPECIFIQUE) 14

NÃO SABE.....98
 RECUSOU99

***SR106.** Em geral, quão satisfeito o(a) Sr(a). está com os tratamentos e serviços recebidos do(s) [TIPO(S) DE PROFISSIONAL / profissional(is)] nos últimos 12 meses --- muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?

ENTREVISTADOR: SE MAIS DE UM OUTRO PROFISSIONAL CONSULTADO:
 PERGUNTE SOBRE AQUELE COM O QUAL R FICOU MAIS SATISFEITO

MUITO SATISFEITO 1
 SATISFEITO 2
 NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO 3
 INSATISFEITO 4
 MUITO INSATISFEITO 5
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

***SR107.** O [TIPO DE PROFISSIONAL (is)/outro profissional(s)] o(a) ajudou muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO 1
 MODERADAMENTE 2
 UM POUCO 3
 NADA..... 4
 NÃO SABE 8
 RECUSOU..... 9

***SR108.** O(A) Sr(a). parou de se consultar com o [TIPO DE PROFISSIONAL (IS)/outro profissional(s)] ou ainda está em tratamento?

PAROU 1
 (SE INF) PAROU DE CONSULTAR UM OUTRO PROFISSIONAL
 E EM TRATAMENTO COM OUTRO 2 **VÁ PARA *SR110**
 CONTINUA EM TRATAMENTO 3 **VÁ PARA *SR110**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *SR110**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR110**

***SR108a.** O(A) Sr(a). completou todo o tratamento recomendado? Ou abandonou antes do que o [TIPO DE PROFISSIONAL(IS)/outro profissional(s)] queria?

COMPLETOU O TRATAMENTO..... 1
 ABANDONOU..... 5 **REGISTRE NO CARTÃO REF
 *SR108a, SEÇÃO SERVIÇOS
 (COLUNA JÁ ABANDONOU)**
 NÃO SABE..... 8
 RECUSOU..... 9

VÁ PARA *SR110

*SR109. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER **CARTÃO REF, SEÇÃO SERVIÇOS, COLUNA ÚLTIMOS 12 MESES**)

QUALQUER ITEM “12 MESES” ASSINALADO 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 **VÁ P/ *SR122**

*SR110. A próxima pergunta é sobre o dinheiro que o(a) Sr(a). gastou nos últimos 12 meses com o tratamento de seus problemas emocionais (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou uso de substâncias). Isto inclui todo o dinheiro que o(a) Sr(a). e os membros de sua família desembolsaram em consultas, remédios, exames, e serviços ligados ao seu tratamento. Sem contar quaisquer custos que foram reembolsados ou que serão reembolsados pelo seu seguro ou plano de saúde, cerca de quanto dinheiro o(a) Sr(a). (e sua família) gastou no tratamento de seus problemas emocionais (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou com uso de substâncias) nos últimos 12 meses?

(CODIFIQUE “NADA” COMO ZERO REAIS)

_____ REAIS

NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*SR111. Quando o(a) Sr(a). foi consultar um profissional sobre seus problemas emocionais (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou uso de substâncias) nos últimos 12 meses, isso foi algo que o(a) Sr(a). mesmo quis fazer, ou o(a) Sr(a). foi pressionado(a) por alguma outra pessoa?

R QUERIA FAZÊ-LO.....1 **VÁ PARA *SR113**
 ALGUÉM ESTAVA PRESSIONANDO R2
 (SE INF) AMBOS3 **VÁ PARA *SR114**
 NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR119**
 RECUSOU.....9 **VÁ PARA *SR119**

*SR112. (CAD, PG 51) Por favor, olhe a página 51 de seu caderno. Qual destas três afirmações melhor descreve porque o(a) Sr(a). não queria consultar um profissional:
 O(A) Sr(a). não achou que tinha um problema? Tinha um problema, mas achou que podia resolvê-lo sozinho(a)? Ou achou que precisava de ajuda, mas não achou que um tratamento profissional ajudaria?

R NÃO ACHOU QUE TINHA UM PROBLEMA 1
 R TINHA UM PROBLEMA, MAS ACHOU QUE PODIA
 RESOLVÊ-LO SOZINHO(A) 2
 R ACHOU QUE PRECISAVA DE AJUDA, MAS NÃO ACHOU
 QUE UM TRATAMENTO PROFISSIONAL AJUDARIA 3
 OUTRO (ESPECIFIQUE) 4

NÃO SABE..... 98
 RECUSOU 99

VÁ PARA *SR119

***SR113.** Alguém o(a) incentivou ou pressionou para consultar um profissional sobre seus problemas emocionais (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO: ou uso de substâncias)?

SIM 1
 NÃO 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

***SR114.** Antes de começar o tratamento, havia quanto tempo o(a) Sr(a). já vinha pensando que poderia precisar de ajuda profissional?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID TEMPO: DIAS.....1 SEM.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE 998
 RECUSOU 999

***SR115.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *SR114)

*SR114 IGUAL A 4 SEMANAS OU MAIS 1
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 VÁ PARA *SR118

***SR116.** Vou ler uma lista de motivos pelos quais as pessoas demoram em buscar ajuda. Por favor, diga 'sim' para aqueles que foram motivos pelos quais o(a) Sr(a). não procurou ajuda antes e 'não' para os que não foram razões importantes.

(SE NEC: Este foi um dos seus motivos para demorar?)	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	RC (9)
*SR116a. Meu plano de saúde não cobria o tratamento.	1	5	8	9
*SR116b. Eu pensei que o problema melhoraria sozinho.	1	5	8	9
*SR116c. No começo, o problema não me incomodava muito.	1	5	8	9
*SR116d. Eu queria resolver o problema sozinho(a).	1	5	8	9
*SR116e. Eu achava que o tratamento não funcionaria.	1	5	8	9
*SR116f. Eu fiz tratamento antes e não funcionou.	1	5	8	9
*SR116g. Eu estava preocupado(a) com quanto custaria.	1	5	8	9

*SR116h. Eu estava preocupado(a) com o que as pessoas iriam pensar se descobrissem que eu estava em tratamento.	1	5	8	9
*SR116i. Eu tinha dificuldades com algumas coisas práticas como transporte, ou com os horários de atendimento.	1	5	8	9
*SR116j. Não sabia aonde ir ou a quem procurar.	1	5	8	9
*SR116k. Eu achei que o tratamento tomaria muito tempo ou seria inconveniente.	1	5	8	9
*SR116l. Não consegui marcar consulta.	1	5	8	9
*SR116m. Eu tinha medo de ser internado(a) contra minha vontade.	1	5	8	9
*SR116n. Eu não estava satisfeito(a) com os serviços disponíveis.	1	5	8	9

*SR117. Houve outros motivos importantes para que o (o Sr/a Sra) demorasse em buscar ajuda que eu não mencionei?

SIM1
 NÃO5 **VÁ PARA *SR118**
 NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR118**
 RECUSOU.....9 **VÁ PARA *SR118**

*SR117a.(SE NEC: Descreva, brevemente quais foram esses motivos?)

***SR118.** (CAD, PG 52) Por favor, olhe a página 52 de seu caderno. Essa é uma lista de benefícios que frequentemente as pessoas esperam obter com um tratamento. Quais destes eram os principais benefícios que o(a) Sr(a). esperava obter com o tratamento quando consultou um profissional nos últimos 12 meses? (O(A) Sr(a). pode me dizer só os números iniciais.)

(SONDE: Algum outro motivo importante que não esteja na lista?)

SONDE ATÉ OBTER O MAIOR NÚMERO DE RESPOSTAS POSSÍVEL.

1. PARA AJUDAR COM SUAS EMOÇÕES (EX., TRISTEZA, RAIVA)1
2. PARA CONTROLAR PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS (EX., COM BEBIDA, JOGO)2
3. PARA LIDAR COM QUEIXAS FÍSICAS (EX., CANSAÇO, DORES DE CABEÇA)3
4. PARA AJUDAR A TOMAR UMA DECISÃO (EX., CASAR OU MUDAR DE EMPREGO)4

5. PARA AGÜENTAR O ESTRESSE DO DIA-A-DIA (EX., ESTRESSE NO TRABALHO, PROBLEMAS COM PARCEIRO(A)).....5
6. PARA SUPORTAR EVENTOS ESTRESSANTES RECENTES (EX., DIVÓRCIO, MORTE DE UM ENTE QUERIDO)6
7. PARA RESOLVER ASSUNTOS DO PASSADO (EX., SENTIMENTOS/SITUAÇÕES INFÂNCIA)..7
8. OUTROS MOTIVOS (FAVOR DESCREVER).....8

NÃO SABE98

RECUSOU99

***SR119.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO SERVIÇOS, COLUNA ‘ABANDONOU’)

QUALQUER ITEM ‘ABANDONOU’ ASSINALADO 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 **VÁ P/ *SR128**

***SR120.** (CAD PG 51) O(A) Sr(a). mencionou ter parado o tratamento. Por favor, olhe na segunda parte da página 51 de seu caderno, na qual há uma lista de motivos pelos quais as pessoas geralmente interrompem o tratamento. Por favor, diga ‘sim’ para aqueles que foram motivos pelos quais o(a) Sr(a). interrompeu o tratamento e ‘não’ para os que não foram razões importantes.

(SE NEC: Este foi um de seus motivos para parar?)	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	RC (9)
*SR120a. O(A) Sr(a). parou porque melhorou?	1	5	8	9
*SR120b. Parou porque não precisava mais de ajuda?	1 VÁ PARA *SR121	5	8	9
*SR120c. Parou porque não estava melhorando.	1	5	8	9
*SR120d. O(A) Sr(a). parou porque queria resolver o problema sozinho(a).	1	5	8	9
*SR120e. Parou porque teve experiências ruins com a pessoa que estava tratando (o Sr/a Sra.).	1	5	8	9
*SR120f. Parou porque estava preocupado(a) com o que as pessoas iriam pensar se descobrissem que estava em tratamento.	1	5	8	9
*SR120g. O(A) Sr(a). parou porque foi mal-tratado(a) ou tratado de maneira injusta.	1	5	8	9

*SR120h. O terapeuta ou conselheiro foi embora ou se mudou.	1	5	8	9
*SR120i. Parou porque se sentiu deslocado(a).	1	5	8	9
*SR120j. O(A) Sr(a). parou porque teve problemas com a burocracia dos serviços de saúde, como demora no atendimento, encaminhamento incorreto, dificuldade para marcar consulta, dificuldades na triagem, ou problemas com o plano de saúde.	1	5	8	9
*SR120k. Parou porque teve problemas com coisas como transporte, falta de tempo, ou com os horários de atendimento.	1	5	8	9
*SR120l. Parou porque se mudou.	1	5	8	9
*SR120m. O(A) Sr(a). parou porque o tratamento era muito caro.	1	5	8	9
*SR120n. Parou porque seu plano de saúde não ia mais pagar o tratamento.	1	5	8	9
*SR120o. Parou porque sua família queria que o(a) Sr(a). parasse.	1	5	8	9

***SR121.** Houve outros motivos importantes para que o(a) Sr(a). parasse o tratamento sobre os quais não perguntei?

SIM.....1
 NÃO5 **VÁ PARA *SR128**
 NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *SR128**
 RECUSOU9 **VÁ PARA *SR128**

*SR121a. (SE NEC: Descreva, brevemente quais foram esses motivos?)

VÁ PARA *SR128

***SR122.** Nos últimos 12 meses, alguma vez o(a) Sr(a). achou que pudesse estar precisando de ajuda profissional para seus problemas emocionais ou seus nervos (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO:** ou seu uso de álcool ou drogas)?

SIM 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *SR123**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *SR123**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR123**

*SR122a. Há quantos meses ou anos o(a) Sr(a). vem pensando que poderia precisar de ajuda profissional?
 SE INF: “SÓ OCASIONALMENTE,” SONDE: Há quanto tempo o(a) Sr(a). tem tido esse pensamento só de vez em quando?
 SE INF: “SÓ UMA VEZ,” CODIFIQUE “1 DIA”.

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID TEMPO: DIAS.....1 SEM.....2 MESES.....3 ANOS.....4

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

VÁ PARA *SR124

*SR123. (CAD, PG 51) Por favor, olhe a página 51 de seu caderno. Qual destas afirmações melhor descreve porque o(a) Sr(a). não quis procurar um profissional:

O(A) Sr(a). não achava que tinha um problema? Tinha um problema, mas achava que poderia resolvê-lo sozinho(a)? Ou achava que precisava de ajuda, mas não achou que um tratamento profissional ajudaria?

R NÃO ACHAVA QUE TINHA UM PROBLEMA 1

R TINHA UM PROBLEMA, MAS ACHAVA QUE PODERIA RESOLVÊ-LO

SOZINHO(A) 2

R ACHAVA QUE PRECISAVA DE AJUDA MAS NÃO ACHOU QUE

UM TRATAMENTO PROFISSIONAL AJUDARIA 3

OUTRO (ESPECIFIQUE)..... 4

NÃO SABE 98

RECUSOU 99

*SR124. Nos últimos 12 meses, alguma vez alguém o(a) incentivou ou pressionou para consultar um profissional sobre seus problemas emocionais ou de saúde mental (**SE (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO:** ou seu uso de álcool ou drogas)?

SIM..... 1

NÃO 5

NÃO SABE 8

RECUSOU 9

*SR125. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR (VER *SR122a)

*SR122a IGUAL A '4' SEMANAS OU MAIS 1

TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES 2 **VÁ PARA *SR128**

*SR126. Vou ler uma lista de motivos pelos quais as pessoas não procuram ajuda profissional mesmo achando que precisam de ajuda. Por favor, diga 'sim' para aqueles que foram motivos pelos quais o(a) Sr(a). não procurou ajuda profissional antes e 'não' para os que não foram razões importantes.

(SE NEC: Este foi um de seus motivos?)	SIM (1)	NÃO (5)	NS (8)	RC (9)
*SR126a. Meu plano de saúde não cobria esse tipo de tratamento.	1	5	8	9
*SR126b. O problema melhorou sozinho, e eu não precisava realmente de ajuda.	1 VÁ PARA *SR128	5	8	9

*SR126c. Eu pensei que o problema melhoraria sozinho.	1	5	8	9
*SR126d. Eu estava preocupado(a) com quanto custaria.	1	5	8	9
*SR126e. Não sabia aonde ir ou a quem procurar.	1	5	8	9
*SR126f. Eu achava que o tratamento não funcionaria.	1	5	8	9
*SR126g. Eu estava preocupado(a) com o que as pessoas iriam pensar se descobrissem que eu estava em tratamento.	1	5	8	9
*SR126h. Eu achei que seria muito demorado ou inconveniente.	1	5	8	9
*SR126i. Eu queria resolver o problema sozinho(a).	1	5	8	9
*SR126j. Não consegui marcar uma consulta.	1	5	8	9
*SR126k. Eu tinha medo de ser internado(a) contra minha vontade.	1	5	8	9
*SR126l. Eu não estava satisfeito(a) com os serviços disponíveis.	1	5	8	9
*SR126m. Eu fiz tratamento antes e não funcionou.	1	5	8	9
*SR126n. O problema não me incomodava muito.	1	5	8	9
*SR126o. Eu tive problemas com algumas coisas como transporte, cuidados com as crianças, ou com os horários de atendimento.	1	5	8	9

*SR127. Houve algum outro motivo importante para que o(a) Sr(a). não tenha procurado ajuda profissional?

SIM 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *SR128**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *SR128**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR128**

*SR127a. (SE NEC: Descreva, brevemente qual(is) foi(foram) esse(s) motivo(s)?)

*SR128. (CAD, PG 53) Por favor, olhe a página 53 de seu caderno, onde há uma lista de terapias alternativas. O(A) Sr(a). usou alguma destas terapias nos últimos 12 meses para problemas emocionais ou de nervos (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou uso de álcool ou drogas)?

SIM..... 1
 NÃO 5 **VÁ PARA *SR131**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *SR131**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *SR131**

*SR128a: Quais o(a) Sr(a). usou?
 (SONDE: Alguma outra?)

REGISTRE TODAS AS MENÇÕES

ACUPUNTURA.....	1
BIOFEEDBACK	2
QUIROPRAXIA.....	3
CURA COM ENERGIA.....	4
BALANCEAMENTO MUSCULAR	5
FITOTERAPIA (EX: ERVA DE SÃO JOÃO, CAMOMILA)	6
TERAPIA ORTOMOLECULAR.....	7
HOMEOPATIA.....	8
HIPNOSE	9
TÉCNICAS DE IMAGEM.....	10
MASSAGEM TERAPÊUTICA	11
REZA/ORACÃO OU OUTRAS PRÁTICAS ESPIRITUAIS	12
TÉCNICAS DE RELAXAMENTO OU MEDITAÇÃO.....	13
DIETAS ESPECIAIS	14
CURA ESPIRITUAL POR OUTROS.....	15
QUALQUER OUTRO REMÉDIO OU TERAPIA NÃO-TRADICIONAL (ESPECIFIQUE)	16

*SR129. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *SR128a)

*SR128a CODIFICADA '6'	1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	2

VÁ PARA *SR131

*SR130. (CAD, PG 54) Por favor, olhe a página 54 de seu caderno. Que tipos de remédios fitoterápicos o(a) Sr(a). usou para seus problemas emocionais, de nervos ou de saúde mental (**SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO**: ou seu uso de álcool ou drogas)?

(SONDE: Algum outro?)

REGISTRE TODAS AS MENÇÕES

CAMOMILA	1
KAVA KAVA.....	2
LAVANDA.....	3
ERVA-DE-SÃO-JOÃO (HIPÉRICO)	4
VALERIANA	5
AGNO-CASTO (ALECRIM-DE-ANGOLA, PIMENTA-DOS-MONGES).....	6
ERVA-DE-SÃO-CRISTÓVÃO.....	7
OUTRO (ESPECIFIQUE)	8

NÃO SABE.....	998
RECUSOU	999

*SR130a. Nos últimos 12 meses, em quantos dos 365 dias o(a) Sr(a). usou (FITOTERÁPICO/ algum desses remédios fitoterápicos)?

_____ DIAS

NÃO SABE.....	998
RECUSOU	999

*SR130b. Algum profissional recomendou que o(a) Sr(a). usasse (FITOTERÁPICO/ algum desses remédios fitoterápicos)?

SIM.....	1	
NÃO.....	5	VÁ PARA *SR131
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR131
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR131

*SR130c. (CAD PG 49) Que tipo de profissional? Pode consultar a lista na página 49 de seu caderno.
CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS MENCIONADAS

1.	PSQUIATRA	1
2.	CLÍNICO GERAL OU MÉDICO DE FAMÍLIA	2
3.	QUALQUER OUTRO MÉDICO (EX: CARDIOLOGISTA, GINECOLOGISTA)	3
4.	PSICÓLOGO.....	4
5.	ASSISTENTE SOCIAL.....	5
6.	CONSELHEIRO/ORIENTADOR	6
7.	QUALQUER OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL (EX: PSICOTERAPEUTA OU ENFERMEIRA PSIQUIÁTRICA).....	7
8.	OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE (EX: ENFERMEIRA, TERAPEUTA OCUPACIONAL)	8
9.	UM CONSELHEIRO RELIGIOSO OU ESPIRITUAL COMO UM PADRE, PASTOR OU RABINO.....	9
10.	QUALQUER OUTRO PROFISSIONAL, COMO UM FITOTERAPEUTA, HERBALISTA, ACUPUNTURISTA, QUIROPRÁTICO	10
11.	OUTRO TERAPEUTA ALTERNATIVO (EX: ESPIRITUALISTA OU CURANDEIRO, COMO BENZEDEIRA, PAI DE SANTO).....	11
	NÃO SABE.....	98
	RECUSOU	99

*SR131.O(A) Sr(a). conversou alguma vez com um vidente, seja pessoalmente ou por telefone, nos últimos 12 meses?

SIM.....	1	
NÃO.....	5	VÁ PARA *SR132
NÃO SABE.....	8	VÁ PARA *SR132
RECUSOU.....	9	VÁ PARA *SR132

*SR131a. Quantas vezes (conversou com um vidente nos últimos 12 meses)?

_____	VEZES
NÃO SABE	998
RECUSOU	999

*SR131b. Aproximadamente quanto tempo (essa conversa durou/ essas conversas duraram)?

_____	MINUTOS
NÃO SABE	998
RECUSOU	999

*SR131c. Quais foram os principais assuntos (nesse(s) telefonema(s)/ nessa(s) conversa(s))?

REGISTRE TODAS AS MENÇÕES

VIDA AMOROSA	1
FINANÇAS	2
OUTRO ESTRESSE	3
SAÚDE MENTAL DE R	4
OUTRO (ESPECIFIQUE).....	5
<hr/>	
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

*SR132. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF *SR10b, SEÇÃO SERVIÇOS)

*SR10b 12 MESES ASSINALADO	1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES.....	2

VÁ PARA #sr136

*SR133. (CAD, PG 55) Por favor, olhe a página 55 de seu caderno. O(A) Sr(a). mencionou ter ido a um grupo de auto-ajuda nos últimos 12 meses. A que tipo de grupo de auto-ajuda o(a) Sr(a). foi? Pode dizer só o número inicial.

(SONDE: Algum outro?)

CIRCULE TODAS MENCIONADAS

1. GRUPOS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS COM SUBSTÂNCIAS (COMO ALCOÓLICOS ANÔNIMOS OU NARCÓTICOS ANÔNIMOS)	1
2. GRUPOS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS EMOCIONAIS (COMO NEURÓTICOS ANÔNIMOS).....	2
3. GRUPOS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS ALIMENTARES	3
4. GRUPOS PARA LIDAR COM A MORTE DE UMA PESSOA QUERIDA	4
5. GRUPOS PARA PESSOAS PASSANDO POR OUTRAS SITUAÇÕES DE VIDA DIFÍCEIS (COMO ASSOCIAÇÃO DE PAIS E MÃES SEPARADOS)	5
6. GRUPOS DE SOBREVIVENTES (COMO FILHOS ADULTOS DE ALCOÓLICOS OU SOBREVIVENTES DE INCESTO ANÔNIMOS OU VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA)	6
7. GRUPOS PARA PESSOAS COM INCAPACIDADES OU DOENÇAS FÍSICAS (COMO NÚCLEO DE APOIO AO PACIENTE COM CÂNCER OU AIDS COMO O GRUPO PELA VIDA).....	7
8. GRUPOS DE APOIO AOS PAIS (COMO AMOR-EXIGENTE).....	8
9. GRUPOS PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM DOENÇAS FÍSICAS (COMO FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM CÂNCER)	9
10. GRUPOS PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS COM PROBLEMAS EMOCIONAIS OU DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS (COMO AL-ANON)	10
11. QUALQUER OUTRO GRUPO DE AUTO-AJUDA, DE AJUDA MÚTUA OU GRUPO DE APOIO [ESPECIFIQUE].....	11
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

*SR134. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, SEÇÃO SERVIÇOS, *SR20, *SR28, *SR41, *SR49, *SR58, *SR67, *SR75, *SR88, *SR101)

QUALQUER '12 MESES' ASSINALADO..... 1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..... 2 VÁ P/ #sr136

*SR135. (CAD, PG 55) Por favor olhe a segunda metade da página 55 de seu caderno. Qual dessas afirmações melhor descreve a relação entre sua participação no grupo de auto-ajuda e no tratamento profissional para os seus problemas emocionais, de nervos, ou saúde mental (SE CARTÃO REF, SEÇÃO SUBSTÂNCIAS, *SU12 OU *SU65 ESTIVER ASSINALADO*SU12*SU65: ou uso de substâncias)? Pode dizer só o número inicial.

1. UM PROFISSIONAL DIRIGIA O GRUPO..... 1
2. UM PROFISSIONAL PEDIU QUE VOCÊ FREQUENTASSE O GRUPO COMO PARTE DO SEU TRATAMENTO, MAS O GRUPO NÃO ERA DIRIGIDO POR UM PROFISSIONAL..... 2
3. VOCÊ FREQUENTAVA O GRUPO DE AUTO-AJUDA E ESTAVA CONSULTANDO UM PROFISSIONAL NA MESMA ÉPOCA, MAS OS DOIS NÃO ESTAVAM RELACIONADOS..... 3
4. VOCÊ FREQUENTOU O GRUPO DE AUTO-AJUDA E CONSULTOU UM PROFISSIONAL EM ÉPOCAS DIFERENTES..... 4
5. OUTRO (ESPECIFIQUE) 5

NÃO SABE..... 8
RECUSOU 9

As próximas perguntas são sobre a utilização de serviços de saúde em geral, para quaisquer problemas de saúde que o(a) Sr(a). possa ter tido ultimamente:

#sr136. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr(a). procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde?

SIM..... 1
NÃO 5 VÁ PARA #sr149
NÃO SABE 8 VÁ PARA #sr149
RECUSOU..... 9 VÁ PARA #sr149

#sr137. Qual foi o motivo principal pelo qual o(a) Sr(a). procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?

ENTREVISTADOR: CIRCULE AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

EXAMES DE ROTINA OU DE PREVENÇÃO 1
ACIDENTE OU LESÃO 2
PROBLEMA ODONTOLÓGICO 3
TRATAMENTO OU REABILITAÇÃO 4
PRÉ-NATAL..... 5
PARTO 6
VACINAÇÃO 7
DOENÇA 8
SOMENTE ATESTADO MÉDICO 9
NÃO SABE 98
RECUSOU 99

#sr138. Quantas vezes o(a) Sr(a). procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?

_____ VEZES

NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

#sr139. Onde o(a) Sr(a). procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?

ENTREVISTADOR: CIRCULE AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

FARMÁCIA.....	1
POSTO OU CENTRO DE SAÚDE	2
CONSULTÓRIO MÉDICO PARTICULAR	3
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	4
CONSULTÓRIO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (FONOAUDIÓLOGOS, PSICÓLOGOS, ETC).....	5
AMBULATÓRIO OU CONSULTÓRIO DE EMPRESA OU SINDICATO	6
AMBULATÓRIO OU CONSULTÓRIO DE CLÍNICA	7
PRONTO-SOCORRO OU EMERGÊNCIA	8
HOSPITAL	9
LABORATÓRIO OU CLÍNICA PARA EXAMES COMPLEMENTARES	10
ATENDIMENTO DOMICILIAR	11
OUTRO	12
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

#sr140. Na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas o(a) Sr(a). foi atendido(a)?

SIM.....	1	VÁ PARA #sr142
NÃO	5	
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU	9	

#sr141. Por que motivo o(a) Sr(a). não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

ENTREVISTADOR: CIRCULE AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

NÃO CONSEGUIU VAGA OU SENHA	1
NÃO TINHA MÉDICO ATENDENDO.....	2
NÃO TINHA SERVIÇO OU PROFISSIONAL ESPECIALIZADO	3
O SERVIÇO OU EQUIPAMENTO NÃO ESTAVA FUNCIONANDO	4
NÃO PODIA PAGAR.....	5
ESPEROU MUITO E DESISTIU	6
OUTRO MOTIVO	7
NÃO SABE.....	98
RECUSOU	99

VÁ PARA #sr149

#sr142. Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) Sr(a). recebeu?

ENTREVISTADOR: CIRCULE AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

CONSULTA MÉDICA	1
CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	2
CONSULTA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE OU DE PARTEIRA	3
CONSULTA NA FARMÁCIA	4
CONSULTA DE OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE (FONOAUDIÓLOGO, PSICÓLOGO, ETC)	5

VACINAÇÃO	6
INJEÇÕES, CURATIVOS, MEDIÇÃO DE PRESSÃO OU OUTRO ATENDIMENTO	7
CIRURGIA EM AMBULATÓRIO	8
GESSO OU IMOBILIZAÇÃO	9
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	10
EXAMES COMPLEMENTARES	11
SOMENTE MARCAÇÃO DE CONSULTA	12
OUTRO ATENDIMENTO	13
NÃO SABE	98
RECUSOU	99

#sr143. Esse serviço de saúde onde foi atendido era público ou particular?

PÚBLICO	1
PARTICULAR	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

#sr144. Neste atendimento de saúde lhe foi receitado algum medicamento?

SIM	1
NÃO	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

#sr145. Neste atendimento, o(a) Sr(a). recebeu algum medicamento gratuitamente (sem contar amostra grátis)?

SIM	1
NÃO	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

#sr146. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?

SIM	1
NÃO	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

#sr147. O(A) Sr(a). pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?

SIM	1
NÃO	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

#sr148. Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde/SUS?

SIM	1
NÃO	5
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

#sr149. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o(a) Sr(a). esteve internado?

_____ VEZES

NUNCA/0 VEZES	97	VÁ PARA #sr155
NÃO SABE	98	VÁ PARA #sr155
RECUSOU	99	VÁ PARA #sr155

#sr150. Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) Sr(a). recebeu quando esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses?

ENTREVISTADOR: CIRCULE AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

TRATAMENTO CLÍNICO 1
 PARTO..... 2
 CIRURGIA 3
 EXAMES 4
 TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO 5
 NÃO SABE 98
 RECUSOU 99

#sr151. O estabelecimento de saúde em que o(a) Sr(a). esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses era público ou particular?

PÚBLICO..... 1
 PARTICULAR..... 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

#sr152. A última internação que o(a) Sr(a). teve nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?

SIM..... 1
 NÃO..... 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

#sr153. O(A) Sr(a). pagou algum valor por esta última internação que ocorreu nos últimos 12 meses?

SIM..... 1
 NÃO..... 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

#sr154. Esta última internação foi feita através do Sistema Único de Saúde/SUS?

SIM..... 1
 NÃO..... 5
 NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

#sr155. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 30 dias, com medicamentos de uso regular?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr157**
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA #sr157**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr157**

#sr156. Qual foi o valor dos gastos com medicamentos de uso regular nos últimos 30 dias?

_____ REAIS

NÃO SABE 8
 RECUSOU 9

#sr157. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em consultas médicas?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr159**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #sr159**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr159**

#sr158. Qual o valor dos gastos em consultas médicas, nos últimos 3 meses?

_____ REAIS

NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

#sr159. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em consultas com outros profissionais de saúde, que não médicos?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr161**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #sr161**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr161**

#sr160. Qual o valor dos gastos em consultas com outros profissionais de saúde, nos últimos 3 meses?

_____ REAIS

NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

#sr161. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em hospitalização e acompanhantes nos hospitais?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr163**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #sr163**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr163**

#sr162. Qual o valor dos gastos em hospitalização e acompanhantes nos hospitais, nos últimos 3 meses?

_____ REAIS

NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

#sr163. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em enfermagem domiciliar?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr165**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #sr165**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr165**

#sr164. Qual o valor dos gastos em enfermagem domiciliar, nos últimos 3 meses?

_____ REAIS

NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

#sr165. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em exames em geral?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr167**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #sr167**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr167**

#sr166. Qual o valor dos gastos em exames em geral, nos últimos 3 meses?

_____ REAIS

NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

#sr167. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em artigos ortopédicos e aparelhos médicos?

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA #sr169**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA #sr169**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA #sr169**

#sr168. Qual o valor dos gastos em artigos ortopédicos e aparelhos médicos, nos últimos 3 meses

_____ REAIS

NÃO SABE..... 8
 RECUSOU 9

#sr169. O(A) Sr(a). teve gastos, nos últimos 3 meses, em outros serviços e bens de saúde

SIM..... 1
 NÃO..... 5 **VÁ PARA *N1, PRÓXIMA SEÇÃO**
 NÃO SABE..... 8 **VÁ PARA *N1, PRÓXIMA SEÇÃO**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *N1, PRÓXIMA SEÇÃO**

#sr170. Qual o valor dos gastos em outros serviços e bens de saúde, nos últimos 3 meses

_____ REAIS

NÃO SABE 8
RECUSOU 9

VÁ PARA *N1, PRÓXIMA SEÇÃO

ANEXO 5

MÓDULO DE RELAÇÕES SOCIAIS

***SN1.** As próximas questões são sobre a sua vida social (Não incluindo o seu/sua [se *SC3a é IGUAL a '1': cônjuge/ parceiro/a],) Com que frequência o(a) Sr(a). fala ao telefone ou tem contato com quaisquer membros de sua família que não moram com o(a) Sr(a). --- quase todos os dias, algumas vezes na semana, poucas vezes no mês, aproximadamente uma vez por mês ou menos de uma vez por mês?

QUASE TODOS OS DIAS.....	1
POUCAS VEZES NA SEMANA.....	2
POUCAS VEZES NO MÊS.....	3
APROXIMADAMENTE 1 VEZ POR MÊS	4
MENOS DE UMA VEZ POR MÊS	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN2.** (Não incluindo o seu/sua [se *SC3a é IGUAL a '1': cônjuge/ parceiro/a],) Até que ponto o(a) Sr(a). pode confiar em seus familiares para ajudá-lo(a) se tiver algum problema sério --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO.....	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN3.** (Não incluindo o seu/sua [se *SC3a é IGUAL a '1': cônjuge/ parceiro/a],) Até que ponto o(a) Sr(a). pode se abrir com seus familiares se precisar conversar sobre suas preocupações --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO.....	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4

NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN4. (Não incluindo o seu/sua [se *SC3a é IGUAL a '1': cônjuge/ parceiro/a].) Com que frequência os seus familiares lhe fazem muitas solicitações --- sempre, às vezes, raramente ou nunca?

SEMPRE	1
ÀS VEZES	2
RARAMENTE.....	3
NUNCA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN5. (Não incluindo o seu/sua [se *SC3a é IGUAL a '1': cônjuge/ parceiro/a].) Com que frequência os seus familiares discutem com o(a) Sr(a). --- sempre, às vezes, raramente ou nunca?

SEMPRE	1
ÀS VEZES	2
RARAMENTE.....	3
NUNCA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN6. **Com que frequência o(a) Sr(a). fala ao telefone ou tem contato com seus amigos --- quase todos os dias, poucas vezes na semana, poucas vezes no mês, aproximadamente uma vez por mês, ou menos de uma vez por mês?**

QUASE TODOS OS DIAS.....	1
POUCAS VEZES NA SEMANA	2
POUCAS VEZES NO MÊS.....	3
APROXIMADAMENTE 1 VEZ POR MÊS	4
MENOS DE UMA VEZ POR MÊS	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN7. Até que ponto o(a) Sr(a). pode confiar em seus amigos para ajudá-lo(a) se tiver um problema sério --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?**

MUITO.....	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN8. Até que ponto o(a) Sr(a). pode se abrir com seus amigos se precisar conversar sobre suas preocupações --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?**

MUITO.....	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN9. Com que freqüência os seus amigos lhe fazem muitas solicitações --- sempre, às vezes, raramente ou nunca?**

SEMPRE	1
AS VEZES	2
RARAMENTE.....	3
NUNCA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN10. Com que freqüência os seus amigos discutem com o(a) Sr(a). --- sempre, às vezes, raramente ou nunca?**

SEMPRE	1
AS VEZES	2
RARAMENTE.....	3

NUNCA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

***SN11. PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER CARTÃO REF, *SC3, *SC3a)**

*SC3 OU *SC3a ASSINALADA '1'	1
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES	2 VÁ PARA *SN13

*SN12. Quando o(a) Sr(a). tem um problema ou preocupação, com que frequência os compartilha com (seu marido/ sua mulher/ seu parceiro/ sua parceira) --- sempre, a maior parte das vezes, às vezes, raramente, ou nunca?

SEMPRE	1
A MAIOR PARTE DAS VEZES.....	2
ÀS VEZES	3
RARAMENTE.....	4
NUNCA	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN13. Quando o(a) Sr(a). tem um problema ou preocupação, com que frequência compartilha isso com alguém (mais) --- sempre, a maior parte do tempo, às vezes, raramente, ou nunca?

SEMPRE	1
A MAIOR PARTE DO TEMPO.....	2
ÀS VEZES	3
RARAMENTE.....	4
NUNCA	5
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN14. Agora, eu vou ler três afirmações e vou lhe perguntar o quanto cada uma delas se aplica a o(a) Sr(a).? Primeira, “Eu acho relativamente fácil me aproximar de outras pessoas. Eu me sinto confortável quando dependendo dos outros, e também me sinto confortável se os outros dependem de mim. Eu não me preocupo com o fato de ser abandonada ou com o fato de alguém se aproximar de mim” – O quanto estas afirmações se aplicam ao(à) Sr(a.) --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO.....	1
------------	---

MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN15. Agora a próxima afirmação. “Eu fico um tanto desconfortável ao ficar perto de outras pessoas. Eu acho difícil confiar completamente nelas e depender delas. Eu fico nervoso(a) quando alguém chega muito perto de mim” O quanto estas afirmações se aplicam ao(à) Sr(a.) --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO.....	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

*SN16. Agora a terceira afirmação. “Eu acho que as pessoas ficam relutantes em se aproximar de mim da forma que eu gostaria. Eu sempre acho que as pessoas pelas quais eu me interessar não me amam ou não vão querer ficar comigo. Eu gosto de me unir completamente a outra pessoa e isto às vezes afasta as pessoas de mim” O quanto estas afirmações se aplicam ao(à) Sr(a.) --- muito, moderadamente, um pouco, ou nada?

MUITO.....	1
MODERADAMENTE.....	2
UM POUCO.....	3
NADA	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU	9

ANEXO 6

DADOS DEMOGRÁFICOS I (DE)

*DE2. A seguir, farei algumas perguntas gerais sobre o(a) Sr(a). e sua família. Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a). nasceu?

SE R NÃO SABE A DATA EXATA, REGISTRE MÊS E/OU ANO (EX: 98/11/1967 OU 98/98/1967)

_____ / _____ / _____

DIA

MES

ANO

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*DE4. Em que país o(a) Sr(a). nasceu? (NOME DO PAÍS:
_____)

BRASIL 223 VÁ PARA #de4a

ENTREVISTADOR: VER TABELA NA PRÓXIMA PÁGINA PARA CÓDIGOS DOS PAÍSES.

_____ CÓDIGO DO PAÍS

NÃO SABE 998 VÁ PARA *DE5

RECUSOU 999 VÁ PARA *DE5

OUTRO QUE NÃO ESTÁ NA LISTA.....224

(ESPECIFICAR:) _____

*DE4a. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando veio para o Brasil?

_____ ANOS

NÃO SABE..... 998

RECUSOU 999

**Comunidade dos Estados
Independentes (RÚSSIA)**

155. ARMÊNIA
156. AZERBAIJÃO
157. BELARUS
158. GEÓRGIA
159. CAZAQUISTÃO
160. QUIRGUISTÃO
161. MOLDÁVIA
162. RÚSSIA
163. TAJIQUISTÃO
164. TURCOMENISTÃO
165. UCRÂNIA
166. UZBEQUISTÃO

Oriente Médio

167. FAIXA DE GAZA
168. IRÃ
169. IRAQUE
170. ISRAEL
171. JORDÂNIA
172. KUWAIT
173. LÍBANO
174. OMÃ
175. QATAR
176. ARÁBIA SAUDITA
177. SÍRIA
178. EMIRADOS
ÁRABES UNIDOS
179. LADO OESTE
180. IÊMEN
181. BAHRAIN

Ilhas

182. ANQUILLA
183. ANTIGUA E
BARBUDA
184. ARUBA
185. BARBADOS
186. ILHAS CAYMAN
187. CUBA
188. DOMINICA
189. REPÚBLICA
DOMINICANA
190. GRANADA
191. HAITI
192. JAMAICA
193. MARIE GALANTE
194. MARTINIQUE
195. MONSERRAT
196. ANTILHAS
HOLANDESAS
197. PORTO RICO
198. SÃO BARTOLOMEU
199. ST. KITTS E NEVIS
200. SANTA LÚCIA
201. SÃO. MARTIN
202. SÃO VICENTE E
GRANADINAS
203. AS BAHAMAS
204. TRINDADE
205. ILHAS VIRGENS
(BRITÂNICAS)
206.
207. ILHAS VIRGENS
(EUA)
208. ILHAS SOMA
AMERICANAS
209. AUSTRÁLIA
210. CABO VERDE
211. ILHA DE COOK
212. FIJI
213. POLINÉSIA
FRANCESA
214. JERSEY
215. KIRIBATI
216. MALDIVAS
217. ILHAS MARSHALL
218. MAYOTTE
219. MICRONESIA
220. NOVA CALEDÔNIA
221. NOVA ZELÂNDIA
222. PALAU
223. PAPUA NOVA
GUINÉ
224. ILHAS SAMOA
225. SAN MARINO
226. SEYCHELLES
227. ILHAS SALOMÃO
228. TONGA
229. TUVALU
230. VANUATU
231.
232. ESTE PAÍS
233.
234. OUTROS
(ESPECIFICAR)

#de4a. Em que cidade e estado o(a) Sr(a). nasceu?

(ESPECIFICAR:) _____ /

CIDADE ESTADO

#de4b. (SE OUTRA CIDADE QUE NÃO DA ÁREA METROPOLITANA DE SÃO PAULO, PERGUNTAR:)

Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando saiu de lá?

_____ ANOS

#de4c. (SE OUTRA CIDADE QUE NÃO DA ÁREA METROPOLITANA DE SÃO PAULO, PERGUNTAR:)

Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando veio para São Paulo?

_____ ANOS

***DE5.** Seus pais e avós, todos nasceram no Brasil?

SIM 1..... **VÁ PARA *DE7**

NÃO..... 5

NÃO SABE 98 **VÁ PARA *DE7**

RECUSOU 99 **VÁ PARA *DE7**

***DE5.1** Ambos os seus pais nasceram no Brasil?

SE OS DOIS, CODIFIQUE '2' NO ESPAÇO ABAIXO, SE SOMENTE UM DOS GENITORES, CODIFIQUE '1', SE NENHUM DOS DOIS, CODIFIQUE '0'.

_____ NÚMERO

CIDADE PAÍS

(ESPECIFICAR ONDE NASCERAM: #de5.1a.PAI _____ / _____

CIDADE E PAÍS) #de5.1b.MÃE _____ / _____

NÃO SABE 98

RECUSOU 99

***DE5.2** Quantos de seus avós nasceram no Brasil?

_____ NÚMERO

CIDADE PAÍS

(ESPECIFICAR ONDE NASCERAM: #de5.2a.AVÔ PAT _____
/ _____)

CIDADE E PAÍS) #de5.2b.AVÓ PAT _____ / _____

#de5.2c.AVÔ MAT _____ / _____

#de5.2d.AVÓ MAT _____ / _____

NÃO SABE 98

RECUSOU 99

***DE7.** Durante o seu crescimento, o(a) Sr(a). falava outra língua em casa além do Português?

SIM 1 (#de7.ESPECIFICAR: _____)

NÃO 5 **VÁ PARA *DE9**

NÃO SABE 8 **VÁ PARA *DE9**

RECUSOU 9 **VÁ PARA *DE9**

***DE8.** Durante o seu crescimento o(a) Sr(a). também falava Português?

SIM 1

NÃO 5

NÃO SABE 8

RECUSOU 9

***DE9.** Durante o seu crescimento, quantos irmãos e irmãs moravam com o(a) Sr(a)., incluindo meio-irmãos, filhos de seu padrasto ou madrasta e irmãos adotivos?

(_____ IRMÃOS BIOLÓGICOS E MEIO-IRMÃOS)

(_____ OUTROS) = _____ TOTAL

NÃO SABE 98

RECUSOU 99

***DE10.** PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER ***DE9**)

NENHUM IRMÃO1 **VÁ PARA *DE12**

EXATAMENTE UM IRMÃO.....2
 TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES..8 **VÁ PARA *DE11a**

***DE11.** (Ele ou ela) era mais velho(a) do que o(a) Sr(a).?

SIM 1

NÃO 5

NÃO SABE 8

RECUSOU 9

***DE11a.** Quantos deles eram mais velhos do que o(a) Sr(a).?

_____ IRMÃOS MAIS VELHOS

NÃO SABE..... 98

RECUSOU 99

***DE12.** Durante o seu crescimento, qual era a importância da religião em sua vida --- muito importante, moderadamente importante, pouco importante, ou sem importância?

MUITO IMPORTANTE.....1

MODERADAMENTE IMPORTANTE ..2

POUCO IMPORTANTE3

SEM IMPORTÂNCIA.....4

NÃO SABE8

RECUSOU9

***DE13.** Em que cidade o(a) Sr(a). foi criado durante a maior parte da sua infância?

ANOTE: _____ #de13a.Era uma área rural? SIM...1

NÃO...2

CIDADE GRANDE	1
PERIFERIA	2
CIDADE PEQUENA	3
POVOADO.....	4
ÁREA RURAL.....	5
SE INF “MUDOU MUITO”	6
NÃO SABE	8
RECUSOU	9

*DE14. Durante o seu crescimento, quantas vezes o(a) Sr(a). se mudou para um outro bairro ou cidade totalmente diferente?

_____ VEZES

NÃO SABE 98

RECUSOU99

*DE15. Aproximadamente, durante quantos anos o(a) Sr(a). morou nesse lugar onde viveu durante a maior parte de sua infância?

ENTREVISTADOR: SE INF “TODA A VIDA”, VERIFIQUE A IDADE.

_____ ANOS

NÃO SABE 998

RECUSOU999

*DE16. Aproximadamente, a quantos quilômetros o(a) Sr(a). mora atualmente do lugar onde viveu durante a maior parte de sua infância?

_____ NÚMERO

CODIFIQUE UNID. DISTÂNCIA: QUILOMETROS...

SE VOL “MUDOU MUITO” 9996

SE VOL “NUNCA MUDOU” 9997
 NÃO SABE 9998
 RECUSOU9999

*DE17 Em quantos domicílios diferentes o(a) Sr(a). morou desde que fez 18 anos?

_____ DOMICÍLIOS

NÃO SABE998
 RECUSOU 999

*DE18. Desde que fez 18 anos, o(a) Sr(a). ficou alguma vez sem teto?

SIM1
 NÃO.....5 **VÁ PARA *DE19**
 NÃO SABE8 **VÁ PARA *DE19**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *DE19**

*DE18a. Desde que fez 18 anos, por quanto tempo ficou sem teto no total?
 (SE NEC: Incluir as vezes em que ficou em abrigos para as pessoas sem-teto.)

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID DE TEMPO:

DIAS1
 SEMANAS2
 MESES.....3
 ANOS.....4

 NÃO SABE.....998
 RECUSOU.....999

*DE19. Desde que fez 18 anos, o(a) Sr(a). esteve alguma vez em uma cadeia, prisão, ou instituição correcional?

SIM 1

NÃO..... 5 **VÁ PARA *DE20**
 (SE INF “PRISIONEIRO POLÍTICO”) 6
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *DE20**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *DE20**

*DE19a. Desde que fez 18 anos, por quanto tempo no total o(a) Sr(a). ficou em cada uma dessas instituições?

_____ NÚMERO DE DURAÇÃO

CIRCULE UNID DE TEMPO: DIA.....1 SEMANA.....2 MÊS.....3
 ANO.....4

NÃO SABE.....998

RECUSOU.....999

*DE20. Até que ano o(a) Sr(a). estudou?

(SE NEC: Por favor inclua também os anos de ensino superior.)

SE ‘NÃO SABE/RECUSOU’, SONDE: “Qual é a sua melhor estimativa?”

ANOTE A SÉRIE/ANO E O CURSO (ENSINO FUNDAMENTAL, MÉDIO, SUPERIOR OU PÓS-GRADUAÇÃO), E SE O COMPLETOU OU NÃO. CALCULE O NÚMERO TOTAL DE ANOS DE ESTUDO SEM INCLUIR OS ANOS EM QUE R FICOU REPROVADO

#de20a(_____ SÉRIE/ANO DO _____) = _____
 ANOS DE ESTUDO

#de20b(COMPLETO.....1 INCOMPLETO.....2)

.....NÃO SABE 98

RECUSOU99

*DE21. Sua mãe biológica ainda vive?

SIM 1 **VÁ PARA *DE22**
 NÃO..... 5
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *DE22**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *DE22**

*DE21a. Quantos anos ela tinha quando faleceu?

_____ IDADE

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*DE21b. Quantos anos o(a) Sr(a) tinha quando ela faleceu?

_____ IDADE

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*DE21c. Poderia me dizer qual foi a causa da morte dela?

DOENÇA1

ACIDENTE/ FERIMENTO2

HOMICÍDIO3

SUICÍDIO4

NÃO SABE.....8

RECUSOU9

#de21c. SE OUTRAS CAUSAS, ESPECIFICAR:

*DE22. Seu pai biológico ainda vive?

SIM 1 **VÁ PARA *DE24**

NÃO..... 5
 NÃO SABE 8 **VÁ PARA *DE24**
 RECUSOU 9 **VÁ PARA *DE24**

*DE22a. Quantos anos ele tinha quando faleceu?

_____ IDADE

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*DE22b. Quantos anos o(a) Sr(a). tinha quando ele faleceu?

_____ IDADE

NÃO SABE 998

RECUSOU 999

*DE22c. Poderia me dizer qual foi a causa da morte dele?

DOENÇA.....1

ACIDENTE/ FERIMENTO2

HOMICÍDIO3

SUICÍDIO4

NÃO SABE.....8

RECUSOU9

#de22c. SE OUTRAS CAUSAS, ESPECIFICAR:

*DE24. O(A) Sr(a). se considera parte de uma minoria racial ou étnica no Brasil?

SIM.....1

NÃO5 **VÁ PARA *DE30.1**

NÃO SABE.....8 **VÁ PARA *DE30.1**

RECUSOU.....9 **VÁ PARA *DE30.1**

*DE24a. Qual --- minoria racial ou étnica?

RACIAL.....1

ÉTNICA.....2 **VÁ PARA *DE26**

(SE INF) AMBAS.....3

NÃO SABE8 **VÁ PARA *DE26**

RECUSOU.....9 **VÁ PARA *DE26**

***DE25.**Qual é a sua ascendência racial – isto é, de que raça ou raças são seus pais, avós e outros ancestrais?

CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM.

BRANCA..... 1

NEGRA 2

ASIÁTICA/AMARELA 6

PARDA/MULATA (MESTIÇO BRANCO/NEGRO) 8

CABOCLA (MESTIÇO BRANCO/ÍNDIO) 9

INDÍGENA..... 10

OUTRA (ESPECIFICAR) 7

NÃO SABE 98 **VÁ PARA *DE30.1**

RECUSOU 99 **VÁ PARA *DE30.1**

***DE26.** *Que país o(a) Sr(a). considera como sendo o lugar de sua principal ascendência étnica?*

(ANOTE: _____)

ENTREVISTADOR: VER TABELA NA PRÓXIMA PÁGINA PARA CÓDIGOS DOS PAÍSES.

ENTREVISTADOR: CIRCULE O PAÍS OU PAÍSES QUE SE APLICA/APLICAM.

_____ CÓDIGO(S) DO(S) PAÍS(ES)

BRASIL..... 223 **VÁ PARA #de26a**

OUTRO(S)..... 224 #de26.

(ESPECIFICAR:)

NÃO SABE 998 **VÁ PARA *DE27**

RECUSOU 999 **VÁ PARA *DE27**

#de26a. Há alguma cidade brasileira que o(a) Sr(a). considera como sendo o lugar de sua principal ascendência étnica?

SIM..... 1 #de26.a.1.ESPECIFICAR:

/

CIDADE

ESTADO

NÃO 2

América do Norte e Central

235.	BELIZE	284.	
236.	CANADÁ	285.	
237.	COSTA RICA	286.	MADAGASCAR
238.	EL SALVADOR	287.	GÂMBIA
239.	GUATEMALA	288.	MALI
240.	HONDURAS	289.	MAURITÂNIA
241.	MÉXICO	290.	MARROCOS
242.	NICARÁGUA	291.	MOÇAMBIQUE
243.	PANAMÁ	292.	NAMÍBIA
244.	ESTADOS	293.	NIGER
	UNIDOS	294.	NIGÉRIA
		295.	REP. DO CONGO
		296.	REUNIÃO
		297.	RUANDA
		298.	SENEGAL
		299.	SERRA LEOA
		300.	SOMÁLIA
		301.	ÁFRICA DO SUL
		302.	SUDÃO
		303.	SUAZILÂNDIA
		304.	TANZÂNIA
		305.	TOGO
		306.	TUNÍSIA
		307.	UGANDA
		308.	SAARA
			OCIDENTAL
		309.	ZÂMBIA
		310.	ZIMBÁBUE
		311.	MALAWI
		312.	SÃO TOMÉ E
			PRÍNCIPE
		313.	WALLIS E
			FATUNA

América do Sul

245.	ARGENTINA	337.	
246.	BOLÍVIA	338.	
247.	BRASIL	339.	HUNGRIA
248.	CHILE	340.	ISLÂNDIA
249.	COLÔMBIA	341.	IRLANDA
250.	EQUADOR	342.	ITÁLIA
251.	ILHAS MALVINAS	343.	LATVIA
252.	GUIANAS	344.	LITUÂNIA
253.	PARAGUAI	345.	LUXEMBURGO
254.	PERU	346.	MÓNACO
255.	SURINAME	347.	ROMÊNIA
256.	URUGUAI	348.	SÉRVIA
257.	VENEZUELA	349.	ESCÓCIA
		350.	ESLOVÁQUIA
		351.	ESLOVÊNIA
		352.	ESPANHA
		353.	SUÉCIA
		354.	SUÍÇA
		355.	TURQUIA
		356.	MONTENEGRO
		357.	MALTA
		358.	ILHA DE MAN
		359.	ANDORRA
		360.	ILHA FAROE
		361.	LIECHTENSTEIN

África

258.	ARGÉLIA	314.	ALBÂNIA
259.	ANGOLA	315.	ÁUSTRIA
260.	BENIN	316.	BÉLGICA
261.	BOTSUANA	317.	BÓSNIA E
262.	BURKINA FASO		HERZEGÓVINA
263.	CAMARÕES	318.	BULGÁRIA
264.	REPÚBLICA	319.	CROÁCIA
	CENTRO	320.	CHIPRE
	AFRICANA	321.	REPÚBLICA
265.	CHADE		CHECA
266.	CONGO	322.	DINAMARCA
267.	COMOROS	323.	ESTÔNIA
268.	DJIBOUTI	324.	INGLATERRA
269.	COSTA DO	325.	FINLÂNDIA

Europa**Ásia**

362.	AFEGANISTÃO
363.	BANGLADESH
364.	BHATAN
365.	BRUNEI
366.	BURMA/MIANMA
	I
367.	CAMBOJA
368.	CHINA
369.	ESTADOS
	FEDERADOS
	DA
	MICRONÉSIA
370.	GUAM
371.	HONG KONG
372.	ÍNDIA
373.	INDONÉSIA
374.	JAPÃO
375.	LAOS
376.	MALÁSIA
377.	MONGÓLIA
378.	NEPAL
379.	CORÉIA DO

	MARFIM	326.	FRANÇA		NORTE
270.	EGITO	327.	ALEMANHA	380.	PAQUISTÃO
271.	GUINÉ	328.	GIBRALTAR	381.	FILIPINAS
	EQUATORIAL	329.	GRÉCIA	382.	SINGAPURA
272.	ERITREIA	330.	GROENLÂNDIA	383.	CORÉIA DO SUL
273.	ETIÓPIA	331.	MACEDÔNIA	384.	SRI LANKA
274.	GABÃO	332.	HOLANDA	385.	TAIWAN
275.	GANÁ	333.	NOVA	386.	TAILÂNDIA
276.	GUINÉ		CALEDÔNIA	387.	VIETNÃ
277.	GUINÉ BISSAU	334.	NORUEGA		
278.	QUÊNIA	335.	POLÔNIA		
279.	LESOTO	336.	PORTUGAL		
280.	LIBÉRIA				
281.	LÍBIA				
282.					
283.					

**Comunidade dos Estados
Independentes (RÚSSIA)**

Ilhas

388. ARMÊNIA
389. AZERBAIJÃO
390. BELARUS
391. GEÓRGIA
392. CAZAQUISTÃO
393. QUIRGUISTÃO
394. MOLDÁVIA
395. RÚSSIA
396. TAJIQUISTÃO
397. TURCOMENISTÃ
O
398. UCRÂNIA
399. UZBEQUISTÃO

Oriente Médio

400. FAIXA DE GAZA
401. IRÃ
402. IRAQUE
403. ISRAEL
404. JORDÂNIA
405. KUWAIT
406. LÍBANO
407. OMÃ
408. QATAR
409. ARÁBIA SAUDITA
410. SÍRIA
411. EMIRADOS
ÁRABES
UNIDOS
412. LADO OESTE
413. IÊMEN
414. BAHRAIN

415. ANQUILLA
416. ANTIGUA E
BARBUDA
417. ARUBA
418. BARBADOS
419. ILHAS CAYMAN
420. CUBA
421. DOMINICA
422. REPÚBLICA
DOMINICANA
423. GRANADA
424. HAITI
425. JAMAICA
426. MARIE GALANTE
427. MARTINIQUE
428. MONSERRAT
429. ANTILHAS
HOLANDESAS
430. PORTO RICO
431. SÃO
BARTOLOMEU
432. ST. KITTS E
NEVIS
433. SANTA LÚCIA
434. SÃO. MARTIN
435. SÃO VICENTE E
GRANADINAS
436. AS BAHAMAS
437. TRINDADE
438. ILHAS VIRGENS
(BRITÂNICAS)
439.

440. ILHAS VIRGENS
(EUA)
441. ILHAS SOMA
AMERICANAS
442. AUSTRÁLIA
443. CABO VERDE
444. ILHA DE COOK
445. FIJI
446. POLINÉSIA
FRANCESA
447. JERSEY
448. KIRIBATI
449. MALDIVAS
450. ILHAS
MARSHALL
451. MAYOTTE
452. MICRONESIA
453. NOVA
CALEDÔNIA
454. NOVA ZELÂNDIA
455. PALAU
456. PAPUA NOVA
GUINÉ
457. ILHAS SAMOA
458. SAN MARINO
459. SEYCHELLES
460. ILHAS SALOMÃO
461. TONGA
462. TUVALU
463. VANUATU
464.
465. ESTE PAÍS
466.
467. OUTROS
(ESPECIFICAR)

***DE27.** Quanto o(a) Sr(a). se identifica com outras pessoas que são da mesma descendência (racial/ étnica) que o(a) Sr(a). --- muito, moderadamente, um pouco ou nada?

- MUITO1
MODERADAMENTE.....2
UM POUCO3
NADA.....4
NÃO SABE8
RECUSOU9
-

***DE28.** Quão próximo(a) o(a) Sr(a). se sente de outras pessoas da mesma descendência (racial/ étnica) com relação às suas idéias e sentimentos sobre coisas em geral, --- muito próximo(a), moderadamente, um pouco ou nada?

- MUITO1
MODERADAMENTE.....2
UM POUCO3
NADA.....4
NÃO SABE8
RECUSOU9
-

***DE29.** Se o(a) Sr(a). pudesse escolher, quanto tempo gostaria de passar com outras pessoas que são do seu mesmo grupo (racial/ e/ étnico) -- muito tempo, moderado, pouco, ou nenhum tempo?

- MUITO1
MODERADO.....2
POUCO3
NENHUM4
NÃO SABE8
RECUSOU9
-

***DE30.** Para as pessoas que são do seu grupo (racial/ étnico), quão importante o(a) Sr(a). acha que é o casamento com outras pessoas que também são desse grupo --- muito importante, moderadamente, um pouco ou sem importância?

MUITO IMPORTANTE.....1
MODERADAMENTE IMPORTANTE ..2
UM POUCO IMPORTANTE3
SEM IMPORTÂNCIA.....4
NÃO SABE8
RECUSOU9

*DE30.1 PONTO DE VERIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR: (VER *DE4)

SE R NASCEU NO BRASIL1 **VÁ PARA *DE31a**
TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES2

*DE31. O(A) Sr(a). me disse que nasceu no/em (PAÍS DE NASCIMENTO DE R). O(A) Sr(a). tem a nacionalidade brasileira?

SIM 1
NÃO..... 5
NÃO SABE 8
RECUSOU 9

*DE31a. (Além da nacionalidade brasileira,) O(A) Sr(a). tem alguma outra nacionalidade?

SIM1 (#de31b. QUAL(IS)?

NÃO.....5
NÃO SABE8
RECUSOU9

*DE32. Qual é a sua religião?

CIRCULE TODAS AS ALTERNATIVAS QUE SE APLICAM NA TABELA E REGISTRE O(S) CÓDIGO(S) ABAIXO.

_____ CÓDIGO(S) DA(S)
RELIGIÃO(ÕES)

NÃO SABE 98 **VÁ PARA *DE33**

RECUSOU 99 **VÁ PARA *DE33**

ENTREVISTADOR: CIRCULE NESTA TABELA TODAS AS RELIGIÕES MENCIONADAS

CATÓLICAS

- 49. CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA
- 49.1 Carismática
- 50. CATÓLICA APOSTÓLICA BRASILEIRA

EVANGÉLICA DE MISSÃO

52. LUTERANA

- 53. PRESBITERIANA
- 54. METODISTA
- 55. BATISTA
- 56. CONGREGACIONAL
- 57. ADVENTISTA

58. OUTRAS EVANGÉLICAS DE MISSÃO:

- 58.1 Episcopal Anglicana
- 58.2 Menonita
- 58.3 Exército Da Salvação

EVANGÉLICA DE ORIGEM PENTECOSTAL

- 61. ASSEMBLÉIA DE DEUS
- 62. CONGREGACIONAL CRISTÃ DO BRASIL
- 63. O BRASIL PARA CRISTO
- 64. EVANGELHO QUADRANGULAR
- 65. UNIVERSAL DO REINO DE DEUS
- 67. CASA DA BENÇÃO
- 70. DEUS É AMOR
- 71. MARANATA

72. OUTRAS EVANGÉLICAS PENTECOSTAIS

- 72.1 Evangélica Renovada Sem Vínculo Institucional
- 72.2 Evangélica Pentecostal Sem Vínculo Institucional
- 72.3 Casa De Oração

- 72.4 Comunidade Cristã
- 72.5 Nova Vida
- 72.6 Comunidade Evangélica
- 72.7 Avivamento Bíblico

- 72.8 Cadeia Da Prece
- 72.9 Igreja Do Nazareno

83. IGREJA DE JESUS CRISTO DOS SANTOS DOS ÚLTIMOS DIAS

84. TESTEMUNHA DE JEOVÁ
85. OUTRAS IGREJAS CRISTÃS

- 85.1 Católica Ortodoxa
- outras

86. ESPIRITUALISTA

- 86.1 LBV / Religião De Deus
- 86.2 outras

87. ESPÍRITA (kardecista)

88. UMBANDA

89 CANDOMBLÉ

90 OUTRAS AFROBRASILEIRAS

90. JUDAÍSMO

91. MESSIÂNICA MUNDIAL

92. OUTRAS NOVAS RELIGIÕES ORIENTAIS

- 92.1 Seicho No-Ie
- 92.2 Perfect Liberty
- 92.3 Hare Krishna
- 92.4 Discipulos Oshoo

93. BUDISMO

94. OUTRAS RELIGIÕES ORIENTAIS

- 94.1 Hinduísmo
- 94.2 Ioga
- 94.3 Shintoísmo
- 94.4 Taoísmo
- 94.5 Bahai

95. ISLAMISMO

96. TRADIÇÕES ESOTÉRICAS

- 96.1 Racionalismo Cristão

- 96.2 Pró-vida

- 96.3 Rosa Cruz

97. TRADIÇÕES INDÍGENAS

- 97.1 Santo Daime
- 97.2 União do Vegetal
- 97.3 A Barquinha

98. RELIGIOSIDADE CRISTÃ SEM VÍNCULO INSTITUCIONAL

45. AGNÓSTICA OU ATEÍSTA, VÁ PARA *DE37

47. SEM RELIGIÃO VÁ PARA *DE37

48. OUTRA (ESPECIFICAR):

ENTREVISTADOR: NÃO USE ESTA TABELA

PROTESTANTISMO

- 01. PROTESTANTE, SEM DENOMINAÇÃO MENCIONADA
- 02. PROTESTANTE, INTERDENOMINACIONAL (SE VOCÊ FREQUENTA DUAS OU MAIS IGREJAS PROTESTANTES)
- 03. APOSTÓLICA
- 04. ASSEMBLÉIA DE DEUS
- 05. BATISTA (TODOS OS TIPOS)
- 06. CRISTÃ RENASCIDA
- 07. IRMÃOS
- 08. DISCÍPULOS DE CRISTO / IGREJA CRISTÃ
- 09. CRISTÃ REFORMADA
- 10. IGREJA DE DEUS
- 11. CONGREGACIONAL
- 12. EPISCOPAL OU ANGLICANA/ IGREJA DA INGLATERRA
- 13. EVANGÉLICA
- 14. SANTIDADE
- 15. TESTEMUNHA DE JEOVÁ
- 16. LUTERANA
- 17. MENONITA
- 18. METODISTA (TODOS OS TIPOS, INCLUSIVE IRMÃOS UNIDOS)
- 19. MORMON, SANTOS DOS ÚLTIMOS DIAS
- 20. NAZARENO
- 21. PENTECOSTAL
- 22. PRESBITERIANA
- 23. QUAKER, SOCIEDADE DE AMIGOS
- 24. EXÉRCITO DA SALVAÇÃO
- 25. SANTIFICADA
- 26. ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA
- 27. ESPÍRITA
- 28. UNITÁRIA
- 29. IGREJA UNIDA DE CRISTO
- 30. PROTESTANTE, OUTRA (FAVOR ESPECIFICAR:)

CATOLICISMO

- 31. CATÓLICA, SEM DENOMINAÇÃO
- 32. CATÓLICA, ROMANA
- 33. CATÓLICA, UCRANIANA
- 34. ORTODOXA (RUSSA, GREGA, SÉRVIA)
- 35. CATÓLICA (TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES)

JUDAISMO

- 36. JUDIA, SEM DENOMINAÇÃO MENCIONADA
- 37. JUDIA ORTODOXA
- 38. JUDIA CONSERVADORA
- 39. JUDIA REFORMA
- 40. JUDIA RECONSTRUCIONISTA
- 41. JUDIA (TODAS AS OUTRAS POSSIBILIDADES)

ORIENTAIS

- 42. BUDISTA (TODOS OS TIPOS, INCLUSIVE ZEN)
- 43. HINDU
- 44. MUÇULMANA

OUTRAS

- 45. RASTAFARIANA
- 46. AGNÓSTICA OU ATEISTA, VÁ PARA *DE37
- 47. SEM PREFERÊNCIA RELIGIOSA
- 48. SEM RELIGIÃO, VÁ PARA *DE37
- 49. OUTRA (ESPECIFICAR):

***DE33. Com que frequência o(a) Sr(a). habitualmente comparece a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

SÓ LEIA AS OPÇÕES SE FOR NECESSÁRIO INDUZIR.

MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA...1
CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA2
DE UMA A TRÊS VEZES POR MES ...3
MENOS DE UMA VEZ POR MES.....4
NUNCA.....5
NÃO SABE8
RECUSOU9

***DE34. Em geral, qual a importância de suas crenças religiosas ou espirituais em sua vida cotidiana --- são muito importantes, moderadamente, um pouco, ou sem importância?**

MUITO IMPORTANTES1
MODERADAMENTE IMPORTANTES 2
POUCO IMPORTANTES3
SEM IMPORTÂNCIA.....4 **VÁ PARA *DE37**
NÃO SABE8 **VÁ PARA *DE37**
RECUSOU9 **VÁ PARA *DE37**

***DE35. Quando o(a) Sr(a). tem problemas ou dificuldades em sua família, trabalho, ou vida pessoal, com que frequência busca conforto religioso ou espiritual, por exemplo, orando, meditando,, lendo textos religiosos, comparecendo a uma cerimônia religiosa ou espiritual, ou conversando com um orientador religioso ou espiritual --- frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?**

FREQUENTEMENTE.....1
ÀS VEZES.....2
RARAMENTE3
NUNCA.....4
NÃO SABE8
RECUSOU9

***DE36. Quando o(a) Sr(a). tem que tomar decisões em sua vida cotidiana, com que frequência as suas crenças religiosas ou espirituais influenciam nas suas decisões --- frequentemente, às vezes, raramente, ou nunca?**

FREQUENTEMENTE.....	1
ÀS VEZES.....	2
RARAMENTE.....	3
NUNCA.....	4
NÃO SABE.....	8
RECUSOU.....	9

#de36a. Com que frequência o(a) Sr(a). dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

MAIS DO QUE UMA VEZ AO DIA	1
DIARIAMENTE	2
DUAS OU MAIS VEZES POR SEMANA	3
UMA VEZ POR SEMANA.....	4
POUCAS VEZES POR MÊS	5
RARAMENTE.....	6
NUNCA.....	7

#de36b. Há quanto tempo o(a) Sr(a). pertence a esta religião atual?

DESDE QUE NASCI, ERA A RELIGIÃO DA FAMÍLIA ONDE CRESCI, OU DE UM DOS MEUS PAIS.....	1	VÁ PARA *DE37
HÁ MAIS DE 20 ANOS.....	2	
ENTRE 5 E 20 ANOS.....	3	
ENTRE 4 E 1 ANO.....	4	
HÁ MENOS DE 1 ANO.....	5	
NÃO SABE.....	8	
RECUSOU.....	9	

#de36c. Qual foi o motivo para ter mudado de religião?

(SE NEC: Pode marcar mais de uma alternativa)

PROBLEMAS FINANCEIROS OU PROFISSIONAIS.....	1	
PROBLEMAS FAMILIARES.....	2	
DIFICULDADES EMOCIONAIS OU PSICOLÓGICAS.....	3	
BUSCA DE SENTIDO PARA A VIDA OU DE EXPLICAÇÕES PARA O QUE OCORRE.....	4	
OUTROS ESPECIFIQUE ABAIXO:.....	5	

NÃO SABE.....	8	
RECUSOU.....	9	

***DE37.** (CAD, PG 45). Por favor, olhe a página 45 de seu caderno. Pense nesta escada como se representasse onde as pessoas se localizam no Brasil.

No **topo** da escada estão as pessoas que estão melhor de vida – aqueles que têm mais dinheiro, mais escolaridade e os melhores empregos. Na **base** estão as pessoas que estão pior de vida – as que têm menos dinheiro, menos escolaridade, e os piores empregos. Quanto mais alto o(a) Sr(a). estiver na escada, mais perto estará das pessoas que estão no topo; quanto mais baixo estiver, mais perto estará das pessoas que estão na base.

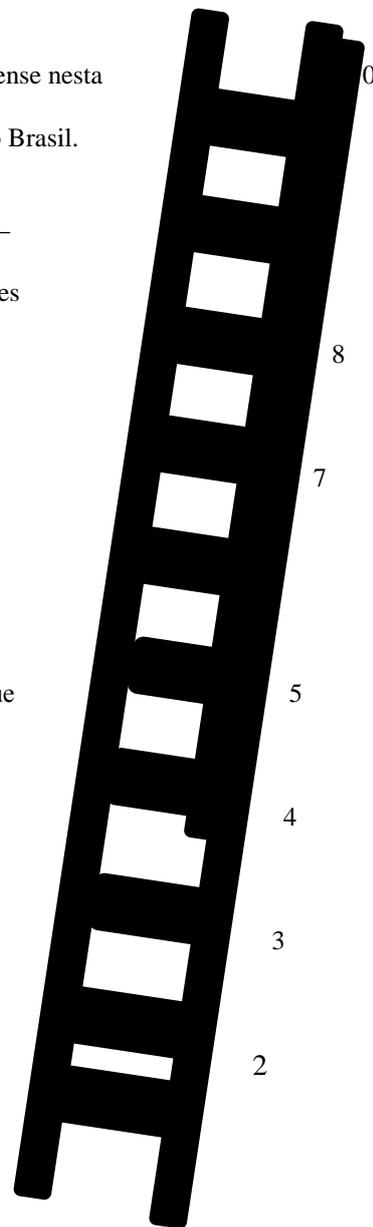
Por favor, coloque um “**X**” no degrau onde o(a) Sr(a). acha que está situado(a) neste momento de sua vida, em relação às outras pessoas do Brasil

Qual é o número que está à direita do degrau onde o(a) Sr(a). colocou o “**X**”?

_____ NÚMERO

NÃO SABE 998

RECUSOU 999



*DE38. (CAD, PG 45). (Olhe no final da página 45 em seu caderno.). Pense nesta escada como se representasse onde as pessoas estão nas suas comunidades.

As pessoas definem comunidade de maneiras diferentes; o(a) Sr(a). pode defini-la da maneira que lhe for mais significativa para. No **topo**

da escada estão as pessoas que ocupam as posições mais importantes em sua comunidade. Na **base** estão as pessoas que ocupam as posições menos importantes em sua comunidade.

Por favor, coloque um “**X**” no degrau onde o(a) Sr(a). acha que está situado(a) neste momento de sua vida, em relação às outras pessoas de sua comunidade.

Qual é o número à direita do degrau onde o(a) Sr(a). colocou o “**X**”?

_____ NÚMERO

NÃO SABE998

RECUSOU 999



ANEXO 7

Escala de Religiosidade

Dimensões/ Escala	Texto do item	Código	Opções de resposta	Códigos	Valores	Codificação
Religiosidade	Em geral quão importantes são suas crenças religiosas ou espirituais em sua vida diária - muito importante, moderadamente, pouco ou sem importância?	D34	Muito importante	1	4	Reverso
			Moderadamente importante	2	3	
			Pouco importante	3	2	
			Sem importância	4	1	
			Não sabe	8		
			Recusou	9		
	Quanto você tem problemas ou dificuldades em sua família, trabalho ou vida pessoal, quão frequente você busca conforto através de meios religiosos ou espirituais tais como orar, meditar, frequentar um serviço religioso ou espiritual, ou conversar com um conselheiro religioso ou espiritual - muitas vezes, às vezes, raramente ou nunca?	DE35	Frequente	1	4	Reverso
			Às vezes	2	3	
			Raramente	3	2	
			Nunca	4	1	
			Não sabe	8		
			Recusou	9		
	Quando você tem decisões para fazer em sua vida diária quantas vezes você pensa sobre o que suas crenças religiosas ou espirituais sugerem que você deve fazer - muitas vezes, às vezes, raramente, ou nunca?	DE36	Frequente	1	4	Reverso
			Às vezes	2	3	
			Raramente	3	2	
			Nunca	4	1	
			Não sabe	8		
			Recusou	9		

Referência: Robinson JP, Shaver PR, eds, *Measures of Social Psychological Attitudes, rev ed* (Institute for Social Research: Ann Arbor, 1973).

ANEXO 8

DUKE RELIGION INDEX (DUREL)

Box 1 Duke Index: Portuguese version previously adpted bu Moreira-Almeida et al

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações,

leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes no mês.
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se

aplica você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

LUCCHETTI et al, Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). J. Relig Health, 51, 2012b, p.579-589

ANEXO 9

AUTORIZAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA



DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23.10.03, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **792/03**, intitulado: "Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica" apresentado pelo Departamento de PSQUIATRIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: **DRA. LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE**

CAPPesq, 23 de Outubro de 2003.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

DEPTO. DE PSQUI-TEL. DA FAMAUSP
Recebido em 23, 10, 03
Horário: 09h30 fmm-



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Recebido: 31/01/05, às 10h 15 - R
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

Ao

Departamento de Psiquiatria

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 17.01.05, acatou a solicitação de mudança de título do Protocolo de Pesquisa nº 792/03 - "Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica", para "São Paulo Megacity - Pesquisa sobre saúde, bem estar e estresse (Transtornos mentais e do comportamento na população geral: Prevalência, Fatores de Risco e Sobrecarga Social e Econômica)".

Pesquisador(a) Responsável: **PROFA. DRA. LAURA HELENA SILVEIRA GUERRA DE ANDRADE**

CAPPesq, 17 de Janeiro de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05430 010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 fax: 011 - 3069 6492 - e-mail: cappesq@hcfnet.usp.br / secretariacappesq@hcfnet.usp.br

Original retido na Comissão de Ética