

DENISVAL PEREIRA DE ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS
MENORES EM SEMINARISTAS CATÓLICOS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2011

DENISVAL PEREIRA DE ANDRADE

**QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS
MENORES EM SEMINARISTAS CATÓLICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2011

Ficha catalográfica

Andrade, Denisval Pereira

A553q Qualidade de vida e transtornos psíquicos menores em seminaristas católicos / Denisval Pereira Andrade; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2011

74 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

1. Qualidade de vida 2. Religiosidade 3. Menor – Saúde mental
4. Menor – Seminário I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD – 658.31422

A dissertação apresentada por DENISVAL PEREIRA DE ANDRADE, intitulada “QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES EM SEMINARISTAS CATÓLICOS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA, à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

.....

ESSA PG VOU TROCAR PELA ASSINADA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza - UCDB (orientador)

Prof. Dr. John Fontenele Araújo - UFRN

Prof^a. Dr^a Heloisa Bruna Grubits Freire - UCDB

Prof. Dr. Márcio Luis Costa - UCDB

Dedico este trabalho aos meus filhos, Damaris,
Vinícius, Karina, Thais e Ananda;

Aos meus pais Manoel e Maria Hilda;

Aos meus amigos e companheiros no começo da
minha vida, José de Arimatéa e Sirley de
Arimatéa;

Ao amigo Irmão marista Jaime Biazus, (*in
memórian*)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida.

À minha família pelo apoio incondicional no cumprimento dessa etapa tão importante para meu crescimento profissional e pessoal.

À Daliana pela paciência e motivação durante os anos de convivência.

Ao meu orientador e amigo Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza pela diretiva e incentivo que me permitiu a realização da pesquisa. Sou grato pelo interesse, disponibilidade, rápidas respostas aos e-mails, mensagens e telefonemas. A sua maneira de lidar como orientador me trouxe força, segurança, vontade e me fez acreditar no que parecia quase impossível.

À Prof. Dra. Sônia Grubits, que também alimentou a idéia de um possível mestrado.

À Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, pelas oportunidades desde a minha graduação.

À Prof. Dra. Luci Ratier pela amizade e exemplo.

Ao Prof. Dr. Márcio pelas orientações no início do processo.

À Dom João Aviz, Arcebispo de Brasília, hoje Prefeito no Vaticano que nos encontros do ICaPP (Instituto Católico de Psicologia e Pesquisa) esteve sempre aberto às reflexões com sua humildade, sabedoria e capacidade de escuta.

Ao bispos e reitores dos Seminários Católicos pelo apoio e incentivo incondicional para a realização desta pesquisa.

À equipe do consultório, que direta ou indiretamente, contribuíram para concretização desta nova etapa profissional.

Ao Dr Ismael, colega e coordenador presidente do ICaPP pelo exemplo de força e persistência nesta caminhada.

Aos colegas do Grupo Águas Profundas, hoje Instituto ICaPP, pelo estímulo e amizade.

À Psicóloga Raquel e as estudantes de Psicologia da UCDB, Mirna, Juliana e minha filha Karina pela contribuição durante a coleta de dados.

À Zenilde, pelos contatos e dedicação nos repasses das solicitações do Prof. Dr. José Carlos.

Aos amigos/as Eliana Bimbato, Cristiane Polônio, Etna, Magali, Mário, Nathália, Claudia Simões e Lucas, pela ajuda na organização dos trabalhos.

O que se faz necessário aqui é uma viravolta em toda a colocação da pergunta pelo sentido da vida. Precisamos aprender e também ensinar às pessoas em desespero que a rigor nunca e jamais importa o que nós ainda temos a esperar da vida, mas sim exclusivamente o que a vida espera de nós. (...) Viver não significa outra coisa que arcar com a responsabilidade de responder adequadamente às perguntas da vida, pelo cumprimento das tarefas colocadas pela vida a cada indivíduo, pelo cumprimento da exigência do momento ((FRANKL, 1993, p.76).

RESUMO

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram considerados importantes elementos de suporte para as pessoas que sofrem e/ou estão doentes. **Objetivo:** Avaliar a Qualidade de Vida geral e a prevalência de Transtornos Psíquicos Menores nos Seminaristas Católicos. **Método:** Um estudo de corte transversal, descritivo e comparativo. Foram entrevistados 68 seminaristas católicos através de um Questionário sócio-demográfico, WHOQOL-100 World Health Organization Quality of Life e SRQ-20 e o Self Report Questionnaire. Para análise estatística foi utilizado teste de diferença de médias, Análise de Variância (ANOVA), teste Qui-Quadrado (χ^2), teste de Correlação de Pearson e teste Exato de Fischer, sendo todos aplicados com 95% de confiabilidade. **Resultados:** Entre os participantes 25 alunos cursavam Filosofia, 10 estudavam o Propedêutico e 33 Teologia. Quanto à classe econômica, 24 pertenciam às faixas A/B e 44 às faixas C/D. A média de idade foi 26,88 anos. A média de horas dormidas foi de 6,43 horas. A média do número de pessoas em casa 6,18. A avaliação da qualidade de vida mostrou-se alta em todos os domínios investigados. Com relação ao cruzamento entre as dimensões do WHOQOL-100 e a presença/ausência de sofrimento mental, em todos os domínios do instrumento de qualidade de vida e SRQ 20, houve diferença significativa, demonstrando que os candidatos que possuíam sofrimento mental estavam piores em relação aos que não possuíam em todos os domínios do WHOQOL-100. A qualidade de vida foi afetada pela quantidade de horas dormidas, sendo que quanto maior a quantidade de horas dormidas melhor era a qualidade de vida na dimensão relações sociais. A classe econômica correlacionada com o WHOQOL-100 no domínio ambiente mostrou qualidade de vida menor nas classes C/D. **Conclusão:** A qualidade de vida dos seminaristas foi boa e a prevalência de Transtornos Psíquicos Menores não foi significante.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Religiosidade. Transtornos Psíquicos Menores. Seminaristas Católicos.

ABSTRACT

The religiosity and the spirituality have always been considered of utmost importance for people who are suffering and/or are ill. **Objective:** To assess the general Quality of Life, the health index and the prevalence of minor psychic disturbances in catholic seminarians in Campo Grande, MS. **Method:** It was chosen a transverse, descriptive and comparative study. 68 catholic seminarians were interviewed using the following procedures: social-demographic questionnaire from World Health Organization Quality of Life-100 and Self Report Questionnaire-20. The questionnaires were filled in at the same time in November of 2009 by all the resident seminarians who agreed to take part in this research. Five different tests were carried out for statistical analyses such as, the difference of average test, analyses of variance (ANOVA), Chi-square test (χ^2), Pearson 's correlation test and Fisher's test, with 95% of reliability in all of them. **Results:** Among the participants, 25 studied Philosophy, 10 studied Propaedeutics and 33 studied Theology. As to the economic class, 24 belonged to classes A/B and 44 to C/D. The average age was 26.88 years. The hour-slept average was 6.43 hours. The average of people living in the same house was 6.18. The QoL's assessment demonstrated to be high in all aspects investigated. Crossing the measures from WHOQOL-100 and the presence/absence of mental suffering, in all aspects of the quality of life instruments and SRQ-20, there was a significant difference, demonstrating that the candidates who had mental suffering were worse in comparison with those who did not have it in all aspects of WHOQOL-100. Quality of Life was affected by the amount of hours slept; showing that the greater the amount of hours slept the better quality of life was, in accordance with the social relation aspect. The economic class interrelated with WHOQOL-100 in normal conditions showed lesser QoL in classes C/D. **Conclusion:** The seminarians' QoL was good and the prevalence of minor psychic disturbances was not significant.

Key-words: Quality of life. Religiosity. Minor Psychic Disturbances. Seminarians.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Comparação entre o SRQ – 20 e os domínios do WHOQL-100	61
GRÁFICO 2: Comparação dos domínios do instrumento WHOQOL – 100 em relação à Classe Social	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Domínios do WHOQOL-100	28
QUADRO 2 – Domínios do WHOQOL-breve	30

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Descrição da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas qualitativas	57
TABELA 2 - Descrição da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas quantitativas ...	58
TABELA 3- Resultados gerais do SRQ-20.....	58
TABELA 4- Resultados gerais dos domínios do Whoqol – 100.....	60
TABELA 5 - Comparação entre o SRQ – 20 e os domínios do WHOQL-100.....	60
TABELA 6: Comparação domínios do instrumento WHOQOL-100 com a Classe Social.....	62
TABELA 7: Correlação entre horas dormidas e domínios no instrumento WHOQOL-100	64
TABELA 8: Comparação entre o modelo e o SRQ – 20	65
TABELA 9: Comparação entre a classe social e o SRQ – 20.....	65
TABELA 10: Variáveis contínuas em relação ao SRQ – 20.....	66

LISTA DE SIGLAS

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

QV - Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire

TMC - Transtorno Mental Comum

TPM – Transtornos Psíquicos Menores

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHO - World Health Organization

UCDB – Universidade Católica Dom Bosco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 QUALIDADE DE VIDA	21
2.1 HISTÓRICO E CONCEITOS	22
2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	26
2.2.1 <i>World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-100</i>	28
2.2.2 <i>World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-breve</i>	29
2.2.3 <i>World Health Organization Quality of Life - WHOOQL-spirit</i>	31
3 TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES	33
3.1 CONCEITO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	34
3.2 SINTOMAS	35
3.2.1 Ansiedade	35
3.2.2 Depressão.....	36
3.2.3 Transtornos somatoformes.....	37
3.3 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	39
3.4 PSICOPATOLOGIAS EM RELIGIOSOS.....	39
4 SEMINARISTAS	42
4.1 SEMINÁRIO CATÓLICO E FORMAÇÃO SACERDOTAL	43
5 OBJETIVOS	47
5.1 OBJETIVO GERAL	48
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
6 MÉTODO	49
6.1 LOCAL DA PESQUISA	50
6.2 PARTICIPANTES	50
6.2.1 Critérios de inclusão	50
6.2.2 Critérios de exclusão.....	50

6.3 INSTRUMENTOS.....	50
6.3.1 Questionário sócio-demográfico.....	50
6.3.2 <i>World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-100</i>	51
6.3.3 <i>SRQ – 20 Self Report Questionnaire</i>	51
6.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	53
6.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	54
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
7.1 VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS	56
7.2 SRQ – 20 EM RELAÇÃO OS DOMÍNIOS DO WHOQOL – 100.....	58
7.3 COMPARAÇÃO DOS DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS COM OS RESULTADOS DO WHOQOL – 100.....	62
7.4 COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS COM O SRQ – 20	64
8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	76
APÊNDICE 1: Autorização do Arcebispo	77
APÊNDICE 2 : Autorização dos Reitores.....	78
APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE 4: Questionário Sócio–Demográfico	80
ANEXOS	81
ANEXO 1: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – 100)	82
ANEXO 2: Self-Report Questionnaire (SRQ-20)	96
ANEXO 3: Critério de Classificação Econômica Brasil	97

1 INTRODUÇÃO

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram considerados importantes elementos de suporte para as pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Uma das dificuldades do estudo da religião está no fato de que ela não é homogênea; diversas são as maneiras de ser religioso e de ter este comportamento.

Pesquisas voltadas para quantificação do fator de religiosidade têm sido realizadas paulatinamente. Neto (1997) ressalta que a religião pode causar impacto sobre a saúde e isso pode ser manifestado de diversas maneiras. Ela pode influenciar certos comportamentos (estilo de vida), aumentando ou diminuindo os riscos para a saúde. Pode criar uma rede de apoio social ou operar de modo a reduzir o impacto dos eventos vitais estressantes tais como: doença, luto, mudanças residenciais involuntárias e a institucionalização.

Em sua pesquisa, Duckro et al. (1992), o tratamento para profissionais religiosos é extremamente necessário. Não é segredo que algumas pessoas entram na vida religiosa com muitos conflitos não resolvidos; dentre os quais se inclui a excessiva necessidade de servir aos outros, o gerenciamento da necessidade sexual e vícios em substância.

Os históricos de abusos não são incomuns e, de maneira alguma, são únicos para os profissionais religiosos; no entanto a vida religiosa traz potenciais obstáculos para a resolução desses conflitos ou compulsões. Nesse sentido, é preciso cuidar da saúde mental dos atores envolvidos na religiosidade, quer sejam representantes ou adeptos das religiões.

Uma das organizações mundiais mais fortes e rigidamente estruturadas, a Igreja Católica, é governada por leis estabelecidas com precisão. Sua hierarquia, composta pelo papa, cardeais, bispos e padres possui autoridade sobre a camada inferior, ou seja, os leigos.

A Igreja Católica, presente no mundo todo, é formada por comunidades costumeiramente chamadas de Dioceses ou Igrejas Particulares. Cada Diocese é confiada a um Bispo, escolhido pelo Papa e consagrado com o Sacramento da Ordem por outro Bispo, sucessor dos Apóstolos.

O papa é o chefe do estado do Vaticano, que tem sua própria moeda, polícia, estação de rádio, correio e corpo diplomático. Em relação ao bispo, destaca-se a função de ordenar padres em sua diocese. Estes padres respondem por suas paróquias ou comunidades fazendo pregações e administrando os sacramentos.

Uma Diocese é constituída de muitas paróquias que vivem em comunhão com o seu Bispo. Cada paróquia é confiada a um pároco, quase sempre um Padre Diocesano, ou uma Congregação de Religiosos.

Os seminaristas são chamados diáconos¹ transitórios quando estão em sua fase final de formação. E após o período de um ano, como diáconos, são ordenados padres pelo bispo de sua região.

A formação sacerdotal do padre católico é um processo que acontece no bojo de uma conjuntura social e eclesial específica. Ela se processa particularmente no âmbito do Seminário, estabelecimento fechado criado pela Igreja Católica para preparar os membros da hierarquia clerical (CNBB, 1995).

O Seminário Católico é um estabelecimento que visa à formação de sacerdotes e de padres para a manutenção dos quadros hierárquicos da Igreja Católica, encarregados do serviço pastoral, profético e sacramental à comunidade católica. Em seus estatutos e regimentos, este estabelecimento oferece uma formação que se divide em cinco campos: a vida comunitária, a dimensão humano-afetiva, a formação espiritual, a dimensão intelectual, a formação pastoral (CNBB, 1995)

Durante o período de formação, os seminaristas podem concluir o Ensino Médio enquanto estão no Propedêutico, seguidos dos cursos superiores de Filosofia e Teologia, além de desenvolverem atividades interpessoais com comunidades diversas (palestras, catequese, curso de noivos, trabalhos pastorais e etc.). Suas origens socioculturais e econômicas são diferentes, o que pode evidenciar valores, expectativas e preocupações que limitam sua QV.

¹ Os diáconos são homens que recebem o sacramento da ordem no grau de diaconato. Ele não tem permissão de celebrar eucaristia, não faz confissões e nem unção dos enfermos. Torna-se sacerdote a partir dos 25 anos de idade. Podem ser solteiros ou casados, e neste último caso, devem ter se casado antes de se ordenarem diáconos. O diácono permanente caso seja solteiro fará celibato para o resto da vida, se for casado se espera a estabilidade no matrimônio e deve ter o apoio da esposa (CNBB, 1995).

Segundo Costa et al. (2002) diversos estudos sobre estresse e QV reforçam a teoria de que, na verdade, as condições de vida das classes menos favorecidas seriam determinantes do aparecimento de doenças mentais. Alguns trabalhos mostram que, no âmbito da atenção primária, 40% das pessoas atendidas apresentam Transtornos Menores.

O interesse pelos Transtornos Psíquicos Menores - DPM e a Qualidade de Vida - QV dos Seminaristas Católicos em Campo Grande/MS surgiu da percepção sócio-estrutural de cada indivíduo e das constantes e diferentes queixas de sintomas psíquicos menores.

O presente trabalho está dividido em oito capítulos. Dentre eles, o primeiro contempla a apresentação com o tema principal de QV e Transtornos Psíquicos Menores em Seminaristas Católicos.

Como fundamentação teórica desta pesquisa, o segundo capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre a QV, conceito e histórico, bem como seus instrumentos de avaliação.

No terceiro capítulo estão os Transtornos Psíquicos Menores a partir de seu conceito, epidemiologia, sintomas, critérios de diagnóstico e psicopatologias em religiosos.

No quarto capítulo está a estrutura de um seminário católico com foco nas atividades dos seminaristas. No quinto estão os objetivos da pesquisa, seguidos do método escolhido no sexto capítulo.

Quanto aos resultados e discussões, o sétimo capítulo traz uma análise sociodemográfica do público investigado, bem como comparações a partir dos instrumentos de coleta de dados escolhidos pelo pesquisador.

Para finalizar, o oitavo capítulo aponta as considerações finais sobre o trabalho, seguidas das referências e anexos.

2 QUALIDADE DE VIDA

2.1 HISTÓRICO E CONCEITOS

Oliveira (2007) relata que desde a Antiguidade diferentes referenciais filosóficos conceituam o que seja vida com qualidade. Aristóteles (384-322 a.C.), em escritos como *Ética a Nicômaco*, afirma que as pessoas concebiam boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade. Ao mesmo tempo, o significado de felicidade tornava-se uma questão contestável, com dúbio entendimento, pois entre os indivíduos costumava haver uma forma diferenciada de definição.

Zanon (2001) aponta que os primeiros trabalhos sobre QV foram produzidos nos Estados Unidos em 1920, por Walther Stewart Edwards De Ming e Joseph Juran, que trabalhavam na Bell Company. Arthur Cecil Pigou, em seu livro *The Economics of Welfare* (1920), sobre economia e bem-estar, foi o primeiro a mencionar o termo QV (YAMADA, 2001). Ganhou destaque na mídia em 1964, quando Lyndon Johnson, Presidente dos Estados Unidos da América do Norte, referindo-se ao sistema bancário norte americano, fez uso do mesmo para dizer que os objetivos só podem ser medidos por meio da QV que proporcionam às pessoas (FLECK et al., 1999a).

Vários setores da sociedade e áreas de estudo discutem o termo QV, muitas vezes complexo e subjetivo de ser conceituado (SOMCHINDA e FERNANDES, 2003). De acordo com Fernandes (2007), a QV foi discutida por meio de várias formas e abordagens ao longo da história da humanidade. Ora estava ligada a indicadores individuais ou coletivos, ora tendo a saúde como componente ou como seu interesse.

Fleck (2008) descreve que a introdução do conceito de QV como medida de desfecho em saúde surgiu a partir de 1970. O termo QV, como vem sendo aplicado na literatura médica, não parece ter um único significado. Frequentemente é utilizado como sinônimo de funcionamento social e condições de saúde (FLECK, 1999a).

Segundo Straub (2005), atualmente as pessoas são propensas a pensar na saúde como a ausência de ferimento debilitante. Como tal definição concentra-se apenas na ausência de um estado negativo, ela é incompleta. Embora seja verdade que as pessoas saudáveis estão livres de doenças, a maioria das pessoas concorda que a saúde envolve muito mais. Assim, continua o autor, é bastante possível, e até comum, que uma pessoa

esteja livre de doenças, mas ainda não desfrute de uma vida vigorosa e satisfatória. A saúde não se limita ao nosso bem-estar físico.

Para a Organização Mundial de Saúde (1948), a saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidades”.

A saúde física implica ter um corpo vigoroso, livre de doenças e hábitos relacionados com o estilo de vida que proporcionam o seu aumento. Já a saúde psicológica envolve a capacidade de pensar de forma clara, com auto-estima e um senso geral de bem-estar. E, finalmente, a saúde social engloba boas habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com os amigos, a família e o apoio social em épocas de crise.

Para Meira (1997) qualquer ação de saúde repercute sobre o bem-estar, que interfere na saúde. Isto os torna interdependentes, sendo assim não podem ser analisados separadamente. O autor acrescenta que o sentido de saúde exclui o de ter a ausência de doenças, pois não se dispõe de indicadores positivos para a mensuração da saúde social ou mental.

Durante os séculos XVII, XVIII e XIX as pessoas morriam, principalmente, em decorrência de doenças causadas por falta de água potável, alimentos contaminados ou infecções contraídas no contato com pessoas doentes (GROB, 1983 apud STRAUB, 2005).

Atualmente, as principais causas de morte em países desenvolvidos, verificadas a partir do século XX, são as “doenças do estilo de vida”. Elas podem ser amplamente prevenidas, mas suas causas (doenças cardiovasculares, obesidade, entre outras) não são facilmente identificáveis.

O padrão da doença, a partir do século XX, é outra mudança ocorrida. Se antes eram basicamente os transtornos agudos que causavam as mortes, agora as pessoas vivem com doenças crônicas por muitos anos. Embora não possam ser curadas, é possível tratar essas doenças para prevenir mortes prematuras e manter a QV.

De acordo com Fleck et al. (2008), pode-se citar pelo menos seis grandes vertentes que convergiram para o desenvolvimento do conceito de QV, a saber:

- estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e o bem-estar;
- busca de indicadores sociais;
- insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde;
- psicologia positiva;
- satisfação do cliente;
- movimento de humanização da medicina.

Frente à ausência de consenso sobre a definição de QV, a Organização Mundial de Saúde reuniu especialistas de várias partes do mundo com o fim de propor um conceito para abranger a complexidade do construto e inter-relacionar o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (FLECK, 2008).

Vários autores relatam que o termo QV está presente em muitos estudos, com abordagens relacionadas ao trabalho, à saúde e uma visão holística da vida humana, associados à satisfação de condições objetivas e subjetivas (SOUZA E GUIMARÃES, 1999; BECK, BUDÓ E BRACINI, 1999).

Segundo o WHOQOL Group (1994, p.34) QV “é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O conceito foi desenvolvido por um grupo de especialistas de 15 países, recrutados pelo WHOQOL.

Sobre o construto QV o grupo apontou que estão implícitos três aspectos fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões: física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões negativas e positivas).

Segundo Bullinger et al. (1993) QV é um termo geral que inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde. Deve pensar ainda na QV no trabalho.

Com a finalidade de tornar o conceito de QV mais claro Calman (1987) fez importantes contribuições. Considerou que uma boa QV está presente quando as

esperanças e expectativas de um indivíduo são adquiridas por meio de sua vivência, modificada pela idade e experiência.

As implicações contidas na definição de QV são as seguintes:

- 1) só pode ser descrita pelo próprio indivíduo;
- 2) precisa levar em conta vários aspectos da vida;
- 3) está relacionada aos objetivos e às metas de cada indivíduo;
- 4) a melhora está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objetivos;
- 5) a doença e seus respectivos tratamentos podem modificar esses objetivos;
- 6) os objetivos necessariamente precisam ser realistas, já que o indivíduo precisa manter a esperança de poder atingi-los;
- 7) a ação é necessária para diminuir o hiato entre a realização dos objetivos e as expectativas, quer pela realização dos objetivos, quer pela redução das expectativas. Esta ação pode ocorrer por meio do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros;
- 8) o hiato entre as expectativas e a realidade pode ser a força motora de alguns indivíduos.

Patrick (2008) defende que a QV provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos satisfazerem suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto aquelas que são aprendidas. E a QV alta é alcançada quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades.

De acordo com Chatterji e Bickenbach, (2008, p. 46) o conceito de QV deve se restringir à avaliação ou à satisfação subjetivas com um conjunto de domínios específicos, considerados os mais importantes pelas pessoas em geral.

Dentre eles estão a saúde, as relações pessoais, a capacidade de realizar tarefas diárias, as condições de vida, a vida em geral e em particular. Talvez a segurança financeira também seja uma preocupação relevante. Além disso, é importante avaliar os estados positivos, tais como sentir-se animado e feliz.

Para complementar essas avaliações realizadas com base nas recordações e auto-avaliações com perspectiva em longo prazo é necessário, também, centrar-se na

experiência pessoal em determinado momento, compreender a natureza da experiência afetiva e sua duração.

Patrick (2008) aponta que os domínios da QV devem ser escolhidos pelo próprio indivíduo e, então, avaliados em relação a seu ambiente de forma a proporcionar uma intersecção entre este e a pessoa.

Cardoso (1999, p.76) menciona que quando se fala em QV deve-se refletir também sobre os fatores subjetivos (sentimentos) como “a esperança, a antecipação, a ambição, o nível de aspiração, a ansiedade e a idealizada felicidade”.

Estas características devem ser compreendidas como as que distinguem o ser humano dos demais animais, pois são estes diferenciais subjetivos que levam o homem a buscar objetivos e a ter perspectivas de futuro. O autor ainda destaca a necessidade de um estudo sociológico e/ou psicológico.

Segundo Bullinger et al., (1993) “QV é um termo geral que inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde”.

Acredita-se que a saúde associada ao conceito de QV deve englobar boas condições de trabalho, distribuição de renda e outros direitos do cidadão. Cardoso (1999) admite ser impossível separar o indivíduo de sua interação com o meio.

2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

No fim do século XIX houve uma proliferação de instrumentos de avaliação de QV e afins, cuja maioria foi desenvolvida nos Estados Unidos com um crescente interesse de tradução para aplicação em outras culturas.

Entretanto, esta aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso, já que as questões de qualidade de vida de um país não necessariamente se aplicam a outro. Simplesmente traduzir um instrumento de avaliação significa que ele será efetivamente eficiente. Assim, alguns

autores criticam a possibilidade de que o conceito de QV possa ser não-ligado a cultura (FOX-RUSHBY e PARKER, 1995 apud FLECK, 1999b).

Por outro lado, alguns autores têm considerado que existe um "universo cultural" de qualidade de vida, ou seja, independente da nação, cultura ou época é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, com boas condições físicas, estejam socialmente integradas e sejam funcionalmente competentes (BULLINGER et al., 1993).

A necessidade de um instrumento que avaliasse QV e que pudesse ser utilizado na comunidade internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. Este questionário se baseia nos pressupostos de que QV é um conceito subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões negativas (p.ex.dor) e positivas (p.ex.mobilidade).

O projeto para elaboração do questionário para avaliar a QV foi realizado com a colaboração de 19 centros, simultaneamente, em diferentes culturas. Até o momento, foram desenvolvidos dois instrumentos gerais de QV: o WHOQOL-100 e o WHOQOL BREVE.

As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas por meio de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

Utilizou-se uma cuidadosa metodologia para selecionar as palavras que compõem as escalas em cada idioma, com a finalidade de manter a equivalência nas diferentes línguas (FLECK et al., 1999a).

Atualmente, os instrumentos WHOQOL estão disponíveis em 20 idiomas. A versão do WHOQOL-100 e WHOQOL-BREVE para o português (Brasil) foi realizada segundo a metodologia preconizada para a versão deste instrumento, cujo teste de campo foi realizado em 300 indivíduos para cada um dos dois instrumentos (FLECK, 2000).

2.2.1 World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-100

O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas (Quadro 1). Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre QV.

Quadro 1 – Domínios do WHOQOL-100

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL	
Domínio I – Domínio Físico	Domínio II – Domínio Psicológico
1. Dor e desconforto	4. Sentimentos positivos
2. Energia e fadiga	5. Pensar, aprender, memória e concentração
3. Sono e repouso	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
Domínio III – Nível de Independência	Domínio IV – Relações Sociais
9. Mobilidade	13. Relações pessoais
10. Atividades de vida cotidiana	14. Suporte (apoio) social
11. Dependência de medicação ou de tratamentos	15. Atividade sexual
12. Capacidade de trabalho	
Domínio V – Meio Ambiente	Domínio VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais
16. Segurança física	24. Espiritualidade / religiosidade / crenças / pessoais
17. Ambiente no lar	
18. Recursos financeiros	
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	
20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	
22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	
23. Transporte	

Fonte: Fleck, 2000.

As características psicométricas do WHOQOL-100 foram estabelecidas a partir de uma amostra de 8.294 indivíduos provenientes de 19 centros. Avaliou-se a consistência interna do instrumento utilizando o coeficiente de Cronbach. A validade discriminante para os itens foi determinada através do teste t para distinguir entre controles e doentes (FLECK, 2000).

A confiabilidade teste-reteste do WHOQOL-100 foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Pearson (r). A contribuição dos escores dos domínios foi avaliada utilizando regressão múltipla. As características psicométricas foram bastante

boas. O instrumento apresenta boa consistência interna, boa validade discriminante para doentes e normais.

1 De acordo com Harper & Power (1998 apud FLECK, 2000) o instrumento permaneceu estável em duas medidas sucessivas (confiabilidade teste-reteste). Todos os domínios contribuíram de forma significativa para explicar a variância observada na faceta geral de QV e saúde geral, com o meio ambiente contribuindo mais e o domínio da espiritualidade menos.

2 As características psicométricas da versão em português foram semelhantes (FLECK et al., 1999b), com a diferença de que o domínio VI (espiritualidade/religião/crenças pessoais) não apresentou capacidade estatisticamente significativa de discriminar entre controles e doentes, e o mesmo domínio não contribuiu de forma significativa para explicar a variância observada na faceta geral.

Entende-se que em relação a não contribuir significativamente na faceta geral o WHOQOL-100, deve-se considerar que apesar o indivíduo é um ser holístico, e que sua qualidade de vida está ligada diretamente ao seu bem estar físico, emocional e espiritual.

2.2.2 World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-breve

Proporcionar uma avaliação detalhada das 24 facetas que o compõem o WHOQOL pode fazer com que algumas aplicações fiquem muito extensas; por exemplo, em grandes estudos epidemiológicos em que a avaliação de QV é apenas uma das variáveis em estudo (FLECK, 2000).

A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de QV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-breve.

O WHOQOL-breve consta de 26 questões. Duas delas são gerais sobre QV, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (Quadro 2) (FLECK, 2000).

Quadro 2 – Domínios do WHOQOL-breve

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL	
Domínio I – Domínio Físico	Domínio II – Domínio Psicológico
1. Dor e desconforto	4. Sentimentos positivos
2. Energia e fadiga	5. Pensar, aprender, memória e concentração
3. Sono e repouso	6. Auto-estima
10. Atividades da vida cotidiana	7. Imagem corporal e aparência
11. Dependência de medicação ou de tratamentos	8. Sentimentos negativos
12. Capacidade de trabalho	24. Espiritualidade / religiosidade / crenças / pessoais
Domínio III – Relações Sociais	Domínio IV – Meio Ambiente
13. Relações pessoais	16. Segurança física e proteção
14. Suporte (apoio) social	17. Ambiente no lar
15. Atividade sexual	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em e oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
	23. Transporte

Fonte: Fleck, 2000.

No WHOQOL-breve cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros, em 18 países (FLECK, 2000).

O critério de seleção das questões para compor a versão abreviada foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, o Grupo de QV da OMS definiu que o caráter abrangente do instrumento original deveria ser preservado.

Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico, selecionou-se, então, a questão que mais altamente se correlacionasse ao escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas.

Fleck (2008) ainda descreve que, depois dessa etapa, um grupo de especialistas examinou os itens selecionados para estabelecer se representavam conceitualmente o domínio de origem das facetas.

Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que melhor definissem a faceta correspondente. Três do domínio Meio Ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio Psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. O WHOQOL-breve, então, passou a ser composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Um teste de campo com o WHOQOL-breve foi aplicado em vários centros com a finalidade de avaliar suas características psicométricas e os resultados, que devem ser publicados em breve. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK et al., 2000).

2.2.3 WHOQOL-*spirit*

De acordo com Neto (1997) espiritualidade é o processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material, que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou, pelo menos, alguma dependência a um poder superior, ou espírito.

A espiritualidade envolve um processo pessoal dirigido a relacionar a si próprio com o poder superior essencial. Deus, um espírito vivo, pessoal e invisível, criador da vida e o modelo perfeito que deve ser procurado.

A Organização Mundial da Saúde, por meio do Grupo de Qualidade de Vida, incluiu um domínio denominado religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida no WHOQOL-100.

Conforme assinalado por Panzini et al. (2007, p.113), o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde espiritualmente embasadas.

Alguns estudos têm focado a relação entre QV e diversas variáveis religiosas/espirituais. Ferriss (2002) examinou a relação entre religião e QV por meio de indicadores objetivos e subjetivos de QV. Encontrou a variável felicidade associada à

frequência/presença em serviços religiosos, a preferências proselitistas e doutrinárias, bem como a certas crenças relacionadas à religião, como a crença de que o mundo é mau ou bom, mas não à crença na imortalidade.

O autor concluiu que: 1) organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, conseqüentemente aumentando a QV; 2) como a frequência/presença em serviços religiosos esteve imperfeitamente associada com QV, outros fatores deveriam estar atuando; 3) os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade; 4) a religião pode explicar um propósito na vida que promova bem-estar.

Cardoso (1996) a autora, QV diz respeito, justamente, à maneira pela qual o indivíduo interage de acordo com a sua individualidade, subjetividade e interação com o mundo externo. Portanto, a maneira como o sujeito é influenciado e como causa influência. A "vida com qualidade" é determinada por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas. Entre as forças interna, destaca-se as questões religiosas/espirituais.

3 TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES

3.1 CONCEITO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo Maragno et al. (2006) a epidemiologia mostra que uma em cada 4 pessoas residentes em cidades sofre algum tipo de transtorno mental, e está ocorrendo um aumento progressivo dessas doenças, principalmente nos países em desenvolvimento.

Costa et al. (2002), aponta que a prevalência de sintomas psiquiátricos, de modo particular a ansiedade e a depressão, varia dependendo não só da população investigada e do instrumento utilizado na detecção, mas do período de tempo investigado e das condições socioeconômicas da população.

Em relação a Transtornos psíquicos durante a vida, estudo coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou que a frequência varia de 12,2% na Turquia a 48,6% nos Estados Unidos (WHO, 2000).

Os sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, que não chegam a se enquadrar nas categorias do DSM-IV-TR ou CID-10, além de Transtornos Psiquiátricos Menores, são chamados na literatura de Morbidade Psiquiátrica Menor e Transtornos Mentais Comuns.

Segundo Santos (2002), Transtorno Mental Comum (TMC) ou Menor refere-se à situação de saúde de uma população, com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão). Entretanto, apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior em relação aos quadros crônicos já bem estabelecidos.

Santos (2002) aponta que o quadro clínico comum dos transtornos mentais, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária e, muitas vezes, quando a procuram, são subdiagnosticados de forma que podem não receber o tratamento adequado.

No campo da atenção primária, ou da prática médica não-psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades,

que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos.

Os sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes, comumente referidos como Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), apresentam uma elevada prevalência na população geral adulta, além de serem diagnosticados em um terço ou mais das pessoas que procuram atendimento em serviços primários de saúde (COUTINHO, ALMEIDA FILHO e MARI, 1999).

Uma pesquisa realizada por Turner et al. (2010) utilizou a informação de registro médico existente a fim de examinar a relação entre depressão, ansiedade, níveis de apoio social e desfechos clínicos em pessoas de reabilitação cardíaca.

As análises de variáveis apresentaram escores mais elevados de ansiedade, associados a mais admissões hospitalares e maiores escores de depressão foram associados com maior tempo de permanência, depois de controlar outros fatores de risco estabelecidos nos prognósticos.

3.2 SINTOMAS

3.2.1 Ansiedade

Segundo Camargo (2004, p.137), “a ansiedade faz parte do existir do ser humano, motivando-o a novos desafios ou aprisionando suas ações e desejos”. Os transtornos de ansiedade são as enfermidades psiquiátricas mais comuns que resultam em comprometimento e sofrimento funcionais consideráveis. Várias pesquisas conduziram ao entendimento e alívio de várias formas de ansiedade e transformou esse grupo de transtornos em um campo de grande interesse da psiquiatria.

Segundo Gabbard (1998), há aproximadamente 100 anos, Freud cunhou o termo neurose da ansiedade identificando duas formas. A primeira originava-se em um pensamento ou desejo reprimido e tinha como tratamento intervenções psicoterapêuticas. A segunda, cuja característica é a sensação de pânico, resultava de fatores psicológicos, e recebeu o nome de neurose real.

A ansiedade foi definida por Freud tanto como uma manifestação sintomática de conflito neurótico quanto um sinal adaptativo para desviar o conflito neurótico da

consciência (...). No seu modelo a ansiedade é um afeto do ego que controla o acesso à consciência e, por meio da repressão, separa-se de qualquer associação com impulsos instintivos do id (GABBARD, 1998).

Segundo Camargo (2004), o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, em sua 4ª revisão, classifica os seguintes transtornos ansiosos: transtorno do pânico e agorafobia, fobia social específica e social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e agudo, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica, transtorno de ansiedade induzido por substâncias e transtorno de ansiedade generalizada.

Já a CID-10 relata os seguintes transtornos: transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão e outros transtornos mistos de ansiedade.

3.2.2 Depressão

Segundo Horimoto, Ayache e Souza (2005), ao longo da vida, uma em cada vinte pessoas é acometida por episódio de depressão grave e, de cada cinquenta casos, um necessita de internação e 15% dos deprimidos suicidam-se. Assim, a depressão tem sido considerada uma doença e um grave problema de saúde pública. Em segundo lugar nas estatísticas de causa de morte por doença no mundo está o câncer.

Kaplan, Sadock e Grebb (2003 p. 292) definem depressão como “sentimento psicopatológico de tristeza”. Cerca de 30 a 40% das pessoas com transtorno relacionado ao álcool reúnem os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior em algum momento de suas vidas. A depressão é mais comum entre as mulheres se comparadas aos homens.

Percebe-se ao longo dos atendimentos que o paciente muitas vezes relata sensações de cansaço, desânimo e melancolia, sem obrigatoriamente associar esses sintomas a um quadro depressivo. Também são comuns pacientes que apresentam postura de isolamento perante toda a sociedade e, até mesmo, em relação à família.

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (2003), quanto à intensidade, a depressão pode ser classificada em leve, caracterizada por sintomas que não atrapalham

tanto o dia-a-dia do paciente; moderada, quando o quadro presente já traz dificuldades na manutenção da vida diária; grave, quando há limitação chegando a condição de estupor e com esta intensidade, cerca de 15 a 20% dos doentes apresentam alguma condição suicida.

Kaplan, Sadock e Grebb (2003, p. 292) definem depressão como “sentimento psicopatológico de tristeza”. O termo Depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros Transtornos emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles. Pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos, ou ainda pode significar uma doença caracterizada por marcantes alterações afetivas.

A psicopatologia recomenda como válida a existência de apenas três sintomas depressivos básicos e suficientes para sua detecção. No entanto, estes sintomas básicos darão origem às infinitas manifestações desta alteração afetiva. Esta tríade trata-se de: 1 - Inibição Psíquica, 2 - Estreitamento do Campo Vivencial e, 3 - Sofrimento Moral.

A sintomatologia depressiva é muito variada e muito diferente entre as pessoas. Alguns deprimidos podem apresentar sintomas somáticos (físicos) e/ou sintomas emocionais de tristeza, angústia, medo, etc. Estes sintomas físicos podem ser, por exemplo, dores vagas e imprecisas, tonturas, cólicas, falta de ar e outras queixas de caracterização clínica complicada.

Na Depressão também é muito frequente certo prejuízo na capacidade de raciocínio, na concentração ou tomada de decisões. Os depressivos podem se queixar de enfraquecimento da memória ou mostrar facilidade na distração. Também a produtividade ocupacional costuma estar prejudicada, de forma notável nas profissões intelectualmente exigentes. Em crianças deprimidas pode haver uma queda abrupta no rendimento escolar como resultado da dificuldade de concentração.

3.2.3 Transtornos somatoformes

Segundo Fortes e Tostes (2004), múltiplas e repetidas queixas físicas são apresentadas frequentemente por pacientes, sem que se consiga caracterizar lesões anátomo-clínicas a elas associadas. Esses pacientes são motivos de chacotas e comentários relacionando os sintomas a “simulações”.

Lipowski (1988 apud COELHO e D'AVILA 2007) propõe que a somatização é uma tendência que o indivíduo tem de “vivenciar e comunicar as angústias de forma somática, através de sintomas físicos sem evidência patológica, aos quais atribui a doenças orgânicas, levando-o a procurar ajuda médica”.

Estudo de 1997 da OMS detectou taxas de prevalência global para transtorno de somatização de 0,9% (variando de zero a 3,8% conforme o local pesquisado). Porém, ao expandir o conceito de transtorno de somatização (subsindrômico) foram detectadas taxas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) (GUREJE et al., 1997 apud BOMBANA et al., 2002).

De acordo com Nickel et al. (2009), um estudo de prevalência de base populacional aponta que síndromes de dor sem explicação médica são altamente prevalentes na população alemã em geral. Entretanto há poucos estudos realizados para caracterizar e diferenciar os pacientes com transtornos de dor somatoforme em detalhes.

Dessa forma, o autor examinou um grande grupo de pacientes do ambulatório de um hospital universitário com transtornos somatoformes, com dor como queixa predominante. Um total de 69% dos pacientes examinados sofria de transtornos ansiosos e depressivos ou outros transtornos mentais e somente 14% tinham um transtorno de personalidade comórbido. Mais de 90% tinham mais sintomas corporais além da dor.

A presença de transtornos mentais e a duração da doença foram associadas com um maior número de sintomas corporais (por exemplo, fadiga e tonturas), para os quais podem também consultar um médico.

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (2003) os seguintes sintomas são encontrados nos Transtornos somatoformes: dores nas articulações ou membros; fadiga; sensação de desmaio; palpitações; problemas menstruais; dores lombares e peitorais; cefaléia; insônia; diarreia; constipação; falta de ar, tristeza, alteração de humor, entre outros.

A experiência clínica demonstra que a angústia vivenciada pelos pacientes se manifesta de forma somática com sintomas físicos sem uma percepção orgânica, com

queixas de cefaléia, cólicas intestinais, gastrites, diarreias e mal estar geral em todo o corpo.

3.3 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A OMS desenvolveu um questionário como instrumento de rastreamento de sintomas psiquiátricos menores. Segundo Costa e Ludermir (2005), o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e tem como finalidade identificar casos suspeitos de transtornos mentais comuns em populações sem médicos especialistas.

No Brasil, o SRQ-20 foi validado por Mari e Willians em 1986. O instrumento consiste de 20 itens auto-aplicáveis com escore zero ou 1 relacionados aos sintomas neuróticos. O escore zero indica que o sintoma esteve ausente nos últimos 30 dias e o escore 1, que esteve presente. Um escore total é obtido pela soma dos pontos.

A validação do instrumento para a realidade brasileira apresentou sensibilidade de 0,83 e especificidade de 0,80, com ponto de corte 7/8, ou seja, todo escore maior que 7 é considerado caso, o que indica a presença de sintomas psiquiátricos menores (DE MARCO, et al. 2008).

3.4 PSICOPATOLOGIAS EM RELIGIOSOS

Em um estudo com ministros religiosos, Neto (1997) cita algumas pesquisas que investigaram psicopatologias.

Moore (1936), bispo católico e psiquiatra, realizou pesquisa junto a sanatórios católicos e não-católicos, públicos e privados e asilos para insanos dos Estados Unidos, para saber a incidência de insanidade entre sacerdotes e religiosos e compará-la com os dados epidemiológicos então disponíveis.

Observou que 44% das freiras apresentavam demência precoce; 18.55% eram maníaco-depressivas. Entre os sacerdotes homens o principal problema encontrado foi o alcoolismo, 20.7%. Psicose maníaco-depressiva e paranóia também foram observados em maior número que na população.

Morgan (1958) comentou artigo da revista “Life” de agosto de 1956. Assinalava, mais do que nunca, que os ministros estavam tendo crises nervosas, por estarem sobrecarregados com o trabalho.

Christensen (1958) relata que de 73 candidatos a missionários, 23% foram rejeitados por sérios problemas mentais (psicoses ou neuroses incapacitantes) e 47% foram aceitos condicionalmente, pois possuíam algum problema emocional que poderia prejudicar seu desempenho.

McAllister, Vanderveldt (1961), McAllister (1965) investigaram 100 padres católicos que, consecutivamente, tiveram alta de um hospital psiquiátrico particular católico, durante um período de 7 anos (1952 a 1959).

Observaram que os clérigos eram internados voluntariamente com mais frequência devido ao voto de obediência; a classe social era inferior a dos seminaristas, o que pode refletir uma tendência da sociedade a aumentar a classe média, ou dificuldades do clero em se adaptar a um meio sócio-econômico mais elevado.

Alcoolismo, ansiedade, sentimentos de inadequação (sentir-se instável, inseguro, rejeitado, dependência, falta de personalidade, problemas com autoridade), sintomas obsessivo-compulsivos e os comportamentos sexuais que se desviavam de alvos estabelecidos e criavam problemas foram mais frequentes que entre os leigos.

Um número importante de clérigos apresentou familiares com transtorno psiquiátrico, quando comparados com os leigos (suicídio, alcoolismo, tratamento psiquiátrico, nervosismo extremo).

A pesquisa apontou ainda que os problemas identificados durante o seminário foram: dúvidas intensas e contínuas sobre a vocação, conselho para sair da vida religiosa fornecido por autoridades, escrúpulos mórbidos, ataques graves de ansiedade, doença emocional aguda.

Como 77% já apresentavam problemas durante o período de seminário recomendam uma avaliação mais cuidadosa dos candidatos; apesar de virem voluntariamente a motivação para tratamento entre os clérigos era menor, sentiam-se forçados pelos superiores, olhavam a psiquiatria com desconfiança e dúvida, e enxergavam a internação como uma punição.

Argyll; Beit-Hallahmi (1975) revisaram alguns artigos e assinalaram que entre os candidatos a vida religiosa e os seminaristas o índice de neuroticismo era elevado nos Estados Unidos (ROE, 1956).

Diante dos dados apresentados, observando o limitado número de pesquisas direcionadas a esse público nos últimos anos, percebe-se a relevância do estudo desenvolvido.

Para a World Health Organization (WHO, 1998), espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material que pressupõe que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido. Remete o indivíduo a questões como o significado e o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma crença ou prática religiosa.

Por reconhecer a importância da espiritualidade para a qualidade de vida, a OMS a incluiu no âmbito dos domínios que devem ser levados em consideração na avaliação e na promoção de saúde em todas as idades.

Na eventualidade da presença de Transtornos Psíquicos Menores, pode-se lançar mão de recursos da Psicologia (acompanhamento psicoterápico individual e em grupos) associados à atividades/projetos de promoção humana.

4.1 SEMINÁRIO CATÓLICO E FORMAÇÃO SACERDOTAL

Tornar-se padre católico não é algo que aconteça de modo rápido na vida de alguém. A transformação de um leigo do sexo masculino em membro do clero católico não é um evento que ocorre de modo súbito e dramático transformando imediata e radicalmente a vida do indivíduo. Há um longo e complexo percurso no qual alguém se torna inicialmente um “vacionado” ou “candidato à ordenação sacerdotal” (BENELLI, 2007, p.13).

Durante o Concílio de Trento (1545-1563) houve a criação e organização dos Seminários. Estes seriam locais para formação dos futuros sacerdotes da Igreja Católica, observando-se a manutenção do celibato clerical e reafirmação da hierarquia eclesiástica (KRETZER, 2009).

O objetivo da criação dos seminários, segundo os documentos conciliares, era garantir uma melhor formação dos sacerdotes através de uma educação que estimulasse a disciplina eclesiástica tornando-se, assim, uma sementeira perene de ministros de Deus (KRETZER, 2009, p.221).

No Brasil, os seminários tiveram origem por volta do início do século XVIII, após o 1º Sínodo Brasileiro, ocorrido em Salvador, Bahia (1707). (BESEN, 2002 apud BENELLI, 2007).

Nesta fase praticamente todos os seminários estavam sob os cuidados da Companhia de Jesus, criada inicialmente para combater o protestantismo como consequência do processo de transformação gerado pela Reforma e Contra-Reforma.

Aos poucos, a Companhia de Jesus passou a se destacar no campo educacional. “Assim sendo, os ‘soldados da Igreja’, também chamados de padres jesuítas, passaram a exercer forte influência no processo de educação católica daí em diante” (KRETZER, 2009, p.224).

O ingresso no seminário representa uma importante ocasião de promoção sócio-econômica onde é possível cursar uma ou duas faculdades gratuitamente, ficar livre do trabalho remunerado, passar a viver em uma cidade maior, com clima cultural e social urbano e residir em instalações do nível da classe média.

Os candidatos ao seminário devem apresentar:

() ... sinceridade de alma, maturidade afetiva, urbanidade, fidelidade à palavra dada; permanente sentido de justiça, de amizade, de justa liberdade e de responsabilidade, espírito de trabalho, vontade de cooperar com os demais, etc. (IGREJA CATÓLICA, 1985, p. 361 apud BENELLI, 2007).

Os seminaristas durante o período de formação cursam o Propedêutico, Filosofia e Teologia, além de desenvolverem atividades interpessoais com comunidades diversas (palestras, catequese, curso de noivos, trabalhos pastorais e etc). Suas origens socioculturais e econômicas são diferentes, o que pode evidenciar valores, expectativas e preocupações que limitam sua QV.

O seminário propedêutico se constitui em um período de iniciação à vida comunitária, onde se procura preencher as lacunas intelectuais e oferecer rudimentos da fé e da espiritualidade católica. A duração do curso é inferior a dois anos, e prepara o seminarista para o período que irá cursar Filosofia. Ele ocorre em instalações próprias, separados das etapas de Filosofia e Teologia que são cursos superiores, com duração de três e quatro anos, respectivamente.

Segundo a CNBB (1995 apud BENELLI, 2007), o período propedêutico é destinado aos candidatos que já concluíram o ensino médio² e se caracteriza por ser um tempo de preparação humana, cristã, intelectual e espiritual para o seminário maior.

O curso de Filosofia leva a uma compreensão mais profunda da pessoa humana, da sua liberdade, das suas relações com o mundo e com Deus. Ele visa educar o seminarista na procura rigorosa da verdade.

Já o curso de Teologia permite o estudo da doutrina católica à luz da fé e sob orientação do Magistério da Igreja, alimento para a vida espiritual, objeto de anúncio, exposição e defesa no ministério ordenado (CNBB, 1995).

O sacerdote católico, com formação universitária e ordenação sacerdotal, ostenta um status social claramente valorizado e respeitado. Normalmente vive sozinho em uma boa casa, tem carro, dispõe de dinheiro, boas roupas, é muito querido e bem tratado pelos membros da comunidade.

² Quando o candidato já tem formação do ensino médio ou superior, e decide seguir a vida religiosa. A partir disso, quem já fez o ensino médio, ingressa no estudo da Filosofia. Quem tem o ensino superior, com autorização de seu Bispo, pode cursar diretamente a Teologia. Há casos de Advogados, médicos, Psicólogos entre outros.

Ele goza de alguns privilégios que incluem gestos de cortesia e deferência de muitos leigos da classe média e alta. Exerce liderança com autonomia e autoridade para dirigir as diversas atividades religiosas que realiza: casamentos, batizados, celebrações eucarísticas, procissões e festas religiosas. Utiliza túnicas brancas e estolas coloridas e se enfeita com casulas ricamente trabalhadas.

Os sacerdotes religiosos são chamados monásticos, pois seguem a regra, termo em latim para regra, vida religiosa estruturada de uma comunidade. A Regra refere-se ao modo como uma ordem religiosa educa, vive, gerencia e se exercita.

Eles são mais comumente conhecidos como sacerdotes da ordem, de acordo com a ordem religiosa a que pertencem, tais como a dos Franciscanos, Dominicanos, Jesuítas, Beneditinos e Agostinianos. Vestem hábitos (batina religiosa) específicos e fazem solenes votos de pobreza, castidade e obediência. Não recebem salário como os padres católicos, mas uma mesada mensal modesta para que comprem produtos de higiene e lanches, entre outras coisas (TRIGILIO JR; BRIGHNTI, 2008).

De acordo com a CNBB (1974), as prioridades de escolha no engajamento pastoral são normalmente estabelecidas a partir dos seguintes fatores:

- capacidade do candidato;
- nível de estudo;
- atendimento à exigência de equilíbrio entre estudos e engajamento;
- necessidades pastorais, particularmente das paróquias, com o intuito de diversificar, o mais possível, a ação pastoral iniciadora.

A CNBB (1974) complementa que a tríade, religiosidade, espiritualidade e sacralidade é atraente para alguns jovens que estão buscando um rumo significativo, relevante e materialmente seguro, como se manifesta na vida concreta do padre católico.

O processo formativo permite, paradoxalmente, ao retirar o jovem do mundo civil, sua ascensão e mobilidade social através do acesso à formação acadêmica. Assim, tornar-se padre significa também uma forma de conseguir estar integrado em uma sociedade altamente excludente como a brasileira.

Os estágios, previstos no currículo de estudos são planejados de modo sistemático para atender também às exigências dos Institutos Filosóficos e/ou Teológicos.

O trabalho pastoral leva os orientadores a um melhor juízo quanto à fidelidade do candidato no cumprimento das atribuições que lhe são confiadas, observando-se também a conduta pessoal e suas deficiências (CNBB, 1974).

Durante o tempo de formação as responsabilidades de pastor são assumidas e distribuídas gradativamente. São levados em conta diversos fatores de ordem psicológica, pedagógica e espiritual.

Os alunos mais jovens engajam-se freqüentemente no setor de Pastoral de Juventude. Na prática, a harmonia entre as condições de trabalho pastoral e os carismas próprios de cada seminarista são respeitados. O grau de escolaridade dos alunos também influencia bastante.

Os Filósofos (1º e 2º ano), em alguns casos, dedicam-se ao trabalho catequético e aos cursos de iniciação aos sacramentos (1ª Eucaristia). Os alunos de Teologia dedicam-se a tarefas mais amplas. Particularmente os Diáconos exercitam-se nas suas funções diaconais (CNBB, 1974).

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Avaliar a QV geral e a prevalência de Transtornos Psíquicos Menores nos Seminaristas Católicos.

5.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra através das variáveis sócio-demográficas: modelo (Propedêutico, Filosofia e Teologia), idade, estado civil, classe econômica, horas dormidas, uso de remédios, número de pessoas em casa.

Avaliar a QV geral através dos domínios do WHOQOL-100: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais.

Comparar os dados sociodemográficos com os domínios do WHOQOL-100.

Avaliar a presença de Transtornos Psíquicos Menores através do SRQ-20.

Comparar domínios do WHOQOL-100 com a prevalência os Transtornos Psíquicos Menores.

6 MÉTODO

Optou-se pelo método quantitativo e de corte transversal, descritivo e comparativo.

6.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Seminário Católico de Campo Grande – MS.

6.2 PARTICIPANTES

Foram entrevistados 68 seminaristas.

6.2.1 Critérios de inclusão

Todos os seminaristas residentes no Seminário Católico escolhido, que concordaram em participar da pesquisa respondendo aos questionários.

6.2.2 Critérios de exclusão

Seminaristas que se recusaram a participar da pesquisa.

6.3 INSTRUMENTOS

6.3.1 Questionário sócio-demográfico

As variáveis independentes foram: modelo (Propedêutico, Filosofia e Teologia), idade, sexo, estado civil, classe econômica³, horas dormidas, uso de remédios, número de pessoas em casa.

³ Adotou-se o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (ANEXO 3). Essa variável foi comparada, no domínio ambiente do WHOQOL.

6.3.2 WHOQOL-100 – *World Health Organization Quality of Life*

O WHOQOL-100 é um instrumento de avaliação da QV desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Os pesquisadores elaboraram uma lista de domínios para serem avaliados como: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade.

A pesquisa optou pela utilização do WHOQOL-100, com cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Estes domínios são divididos em 24 facetas, cada uma composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a composta de perguntas gerais sobre QV.

Os domínios avaliam: domínio físico - dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso; domínio psicológico – sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos; domínio nível de independência - mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho; domínio de relações sociais - relações pessoais, suporte social, atividade sexual; domínio meio ambiente – segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, ambiente físico, transporte; domínio de aspectos espirituais/religião/crenças pessoais – espiritualidade/religiosidade e crenças pessoais.

6.3.3 SRQ – 20 *Self Report Questionnaire*

De acordo com a OMS (2000), pesquisas mostraram que desordens mentais são comuns entre pacientes em geral, mas não são freqüentemente identificadas, tratadas ou mencionadas. Tem havido um interesse crescente nas maneiras de melhorar o diagnóstico e o tratamento de desordens mentais nesses pacientes.

Atualmente, estima-se que pelo menos 500 milhões de pessoas no mundo sofrem de desordens mentais e que apenas uma pequena parcela recebe cuidados apropriados. De modo particular, em muitos países em desenvolvimento há poucas pessoas e equipes treinadas, e as instalações psiquiátricas especializadas estão limitadas a grandes centros urbanos.

Dessa forma, tem se tornado evidente que o desenvolvimento de recursos humanos é vital para que cuidados com a saúde mental possam ser estendidos e se tornem acessíveis a um maior número de pessoas (OMS, 2000).

O SRQ-20 é um questionário de identificação de Transtornos psiquiátricos em nível de atenção primária, proposto pela Organização Mundial de Saúde para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral. Foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari & Willians em 1986, com sensibilidade de 85,0% e especificidade de/ 80,0%.

Segundo Mari et al. (1987) o SRQ-20 é o instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para esta finalidade e tem se mostrado eficaz na detecção de Transtornos psiquiátricos menores (DPM). É, até mesmo, considerado superior ao próprio exame clínico realizado por médicos generalistas.

As vinte questões que compõem o questionário têm duas possibilidades de resposta (sim/não) compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação, de companhia ou interação social.

As questões incluem sintomas físicos (dores, apetite, sono, tremores, má digestão, cansaço), emocionais (tristeza, choro, nervosismo, dificuldades no trabalho, perda de interesse, sentimento de inutilidade, pensamento suicida), entre outros.

Cada um dos 20 itens é pontuado como sendo zero ou um. A pontuação um indica que o sintoma esteve presente durante o último mês; a pontuação zero que o sintoma estava ausente. O escore máximo, então, é 20.

De acordo com a OMS (2000) o SRQ foi originalmente desenvolvido como uma escala auto-administrável, mas também pode ser administrado em formato de entrevista.

Quando as perguntas são lidas para os respondentes, pode haver algum problema devido à influência de elementos subjetivos derivados dos diferentes históricos de cada pesquisador. Isto pode interferir na maneira como os itens são lidos, no modo como são respondidos pelos pacientes e na forma pela qual as respostas serão pontuadas ao final.

6.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A autorização para a coleta de dados necessários à pesquisa junto aos seminaristas foi concedida pelo bispo e reitores responsáveis pelo Seminário. O primeiro contato foi realizado no mês julho/2009 em virtude da aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco.

Após aprovação do Comitê de Ética da UCDB, foi realizado um estudo piloto com objetivo de verificar o tempo a ser gasto com as respostas aos questionários, destinados a 4 candidatos do curso de Filosofia do período noturno.

Os seminaristas foram convidados a responder ao instrumento de pesquisa. A aplicação ocorreu em horário livre, nas salas de estudos disponíveis na instituição. De posse do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, ocorreu a aplicação do instrumento para a coleta de dados pelo próprio pesquisador ou entrevistador, nesse caso foram duas acadêmicas de Psicologia da UCDB.

As instruções foram apresentadas verbalmente, por aproximadamente 4 minutos, com ênfase na responsabilidade, no sigilo dos dados e na conferência das respostas de todas as questões.

Foram entregues três questionários: o sociodemográfico (APÊNDICE 5); o WHOQOL-100 (ANEXO 1) e o SRQ – 20 (ANEXO 2). Alguns participantes preenchiem e já devolviam concomitantemente para o pesquisador; outros optaram por um tempo maior para o preenchimento.

No período matutino os questionários foram respondidos na unidade Propedêutico; no vespertino na de Filosofia. No dia seguinte, no período matutino, na unidade de Teologia. O preenchimento dos questionários foi à caneta, sem limite de

tempo, com oportunidade para tirar dúvidas. O tempo médio estimado para o preenchimento dos 3 questionários foi de aproximadamente 40 minutos.

Para viabilização da pesquisa foram seguidas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisa junto a seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estabelecidos na Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996). O projeto deste estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB.

Os questionários aplicados foram isentos de identificação. Porém, como toda pesquisa que envolve seres humanos, para o preenchimento dos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ele contou com o número de registro de identidade, data e assinatura dos mesmos assim como o telefone e o e-mail do pesquisador e do orientador para contato.

A pesquisa garantiu o sigilo absoluto dos resultados que serão apresentados estatisticamente, sem haver qualquer possibilidade de identificação dos participantes. Os mesmos serão informados dos resultados da pesquisa, por meio de um encontro do pesquisador com cada modelo pesquisado, e apresentará a compilação da referida pesquisa.

6.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados e, em seguida, foi realizada uma estatística descritiva com cruzamento de dados entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios de qualidade de vida através de testes estatísticos, com o objetivo de avaliar possíveis diferenças/associações.

Para as análises estatísticas foram utilizados cinco testes diferentes tais como: teste de diferença de médias, Análise de Variância (ANOVA), teste Qui-Quadrado (χ^2), teste de correlação de Pearson e teste exato de Fisher, sendo todos aplicados com 95% de confiabilidade.

No processamento das informações foi utilizado o software Minitab versão 14 for Windows, que é um programa específico para análises quantitativas e estatísticas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com a análise dos dados e a discussão. Participaram da pesquisa 68 seminaristas, sendo que 1 candidato foi convidado mas não aceitou participar do estudo.

Primeiramente, será apresentada a descrição das variáveis sócio-demográficas, seguida da comparação entre os resultados do SRQ – 20 em relação aos domínios do WHOQOL – 100, a comparação dos dados sócio demográficos com os resultados do WHOQOL – 100, e a comparação das variáveis sócio demográficas com o SRQ – 20.

Dos cinco testes estatísticos utilizados no trabalho, pode-se subdividi-los em três grupos de acordo com a disposição das informações, sendo o primeiro grupo formado por variáveis qualitativas em relação a variáveis quantitativas (teste de diferença de médias e ANOVA), variáveis qualitativas em relação a variáveis qualitativas (Qui-quadrado e Exato de Fisher) e, por último, variáveis quantitativas em relação a variáveis quantitativas (Correlação Linear).

7.1 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Entre os participantes desta pesquisa, 25 alunos cursam Filosofia, dez estudam o Propedêutico e 33 cursam Teologia. Em relação ao Estado civil, 67 são solteiros e um é divorciado. Quanto à classe econômica, 24 pertencem as faixas A/B e 44 às faixas C/D. Em relação à escolaridade, 62 têm nível superior e seis não têm. Quanto ao uso de remédios, 64 não usam e 4 utilizam.

A Tabela 1 apresenta um panorama geral das variáveis sócio-demográficas qualitativas.

Tabela 2- Descrição da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas qualitativas.

	Variável	Quantidade	Percentual
Modelo	Filosofia	25	36,8%
	Propedêutico	10	14,7%
	Teologia	33	48,5%
Estado Civil	Solteiro	67	98,5%
	Divorciado ⁴	1	1,5%
Classe Econômica	A/B	24	35,3%
	C/D	44	64,7%
Estudos	Nível Superior	62	91,2%
	Não Superior	6	8,8%
Remédios	Não	64	94,1%
	Sim	4	5,9%

Os dados evidenciam que a maioria dos candidatos são oriundos de um nível econômico baixo. De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa e também em outros estudos, percebe-se que dentre os fatores motivacionais para o ingresso dos alunos no seminário, o mais importante é a segurança (alimentar e de educação) oferecida pela instituição-igreja, já que os pertencentes às classes C e D nem sempre tem acesso às condições básicas de alimentação e educação.

Nosso entendimento corrobora com Benelli (2007) que em seu trabalho relata:

De acordo com a literatura e com nossas observações, o seminarista tende a ser oriundo do nível sócio-econômico baixo, popular. Sua família pertence à classe trabalhadora popular, normalmente sem muita escolarização e sem maior qualificação profissional: trabalhadores rurais, empregados domésticos ou do comércio, vivendo em cidades pequenas do interior. Estudando geralmente na escola pública, o jovem vocacionado frequenta sua paróquia de origem e atividades pastorais diversas: celebrações eucarísticas, grupos de catequese, de preparação para a confirmação, grupos de jovens, equipes de liturgia, grupos de oração do Movimento da Renovação Carismática, etc (BENELLI, 2007, p.425)

A Tabela 2 apresenta as variáveis contínuas quantitativas: idade, número de pessoas em casa, e horas dormidas. Verificou-se que a idade média dos participantes é de 26,88 anos e o número de pessoas em casa é de 6,18. Relacionada com o número de horas dormidas, a média é de 6,43 horas.

⁴ Homens divorciados/viúvos podem frequentar os seminários para se tornar diáconos.

Tabela 2 - Descrição da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas quantitativas

Variável	N	Média	D.P.
Idade	68	26,88	6,50
Nº Pessoas em casa	68	6,18	3,36
Horas dormidas	68	6,43	1,49

Deve-se ressaltar que os candidatos responderam as questões familiares baseando-se em sua família biológica e as questões de ambiente (pessoas que moram no mesmo imóvel) em relação a seus colegas de Seminário. Em cada fase de formação (propedêutico, teologia ou filosofia) os seminaristas moram em unidades diferentes.

7.2 SRQ – 20 EM RELAÇÃO OS DOMÍNIOS DO WHOQOL – 100

Neste trabalho, partindo da análise da presença ou ausência de sofrimento mental entre os seminaristas católicos, das pessoas amostradas 80,9% (55 pessoas) não apresentaram sofrimento mental sendo que 19,1% (13 pessoas) apresentaram indícios de sofrimento mental detectados pelo teste SRQ – 20.

Tabela 3 - Resultados gerais do SRQ-20

SRQ-20	Quantidade	Percentual
Não	55	80,88%
Sim	13	19,12%
Total	68	100,00%

Mesmo com o índice de 19,12% de sofrimento mental, observou-se a questão da cobrança da família, que muitas vezes vê na formação do padre o status de ter um “homem de Deus” na família. Para muitos seminaristas a responsabilidade de assumir se vai ou não fazer os votos traz uma culpa silenciosa (por ter sido acolhido e por gerar investimento financeiro). Pode trazer sintomas de transtornos psíquicos menores.

Drucktor et al. (1992) faz considerações sobre a importância de se levar em conta a origem familiar do seminarista. Ele lembra que os religiosos têm uma “família estendida” que influencia em suas decisões. Não se deve excluir a possibilidade de que

a família de origem possa ainda ser uma influência que gera crises e, conseqüentemente, sofrimento mental.

Outro ponto a ser discutido na questão do sofrimento mental, se refere à Instituição Seminário, que pode ser caracterizada de acordo com os conceitos de Goffman, que escreveu sobre Manicômios, prisões e conventos. O autor aponta o que são, como funcionam e indica o que produzem as Instituições Totais, conforme conceito a seguir:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p. 11).

Benelli (2008) discorrendo sobre o Seminário Católico enquadrando-o na condição de equipamento educativo, que realiza funções de internação, de custódia e de coação, com uma rica e vasta difusão de mecanismos capilares de controle social no estabelecimento. O Seminário Católico, pesquisado sob a perspectiva de Goffman e ault, pode ser pensado como uma instituição típica das sociedades disciplinares.

Inicialmente, a tecnologia disciplinar promove a distribuição dos indivíduos no espaço, utilizando diversos procedimentos: o enclaustramento (baseado no modelo conventual); o quadriculamento celular e individualizante (“cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo”); a regra das localizações funcionais (vigiando ao mesmo tempo em que cria um espaço útil); a classificação e a serialização (individualizando os corpos ao distribuí-los e fazê-los circular numa rede de relações) (FOUCALT, 1999 apud BENELLI, 2008, p. 55).

Nas instituições totais, existe uma diferenciação bem marcada entre aqueles que são controlados, os internados, e aqueles que supervisionam as atividades, a equipe dirigente em seus diversos níveis (nos Seminários, os reitores e formadores), enquanto os internados não podem sair (com exceção da escola e atividades pastorais comunitárias). Todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários (NUNES, 2009).

A avaliação da QV mostrou-se alta em todos os domínios investigados, como pode ser observado na Tabela 4:

Tabela 4 - Resultados gerais dos domínios do Whoqol – 100.

Domínios	N	Média	D.P.
Físico	68	53,13	6,21
Psicológico	68	64,93	10,46
Nível de Independência	68	68,52	8,01
Relações Sociais	68	63,49	10,02
Ambiente	68	54,76	9,41
Aspectos Espirituais	68	86,13	17,57

Para a verificação de associação/diferença entre os pacientes que possuem SRQ – 20 positivos em relação aos domínios do instrumento de qualidade de vida WHOQOL – 100 foi aplicado o teste de diferenças de médias. Os resultados estão na Tabela 5.

Tabela 5 - Comparação entre o SRQ – 20 e os domínios do WHOQL-100.

Domínio	Variável	N	Média	D.P.	t	P
Físico	Não	55	53,95	5,72	5,27	0,025
	Sim	13	49,69	7,21		
Psicológico	Não	55	68,39	7,46	58,27	< 0,001
	Sim	13	50,31	8,61		
Nível de Independência	Não	55	70,28	6,62	17,37	< 0,001
	Sim	13	61,05	9,28		
Relações Sociais	Não	55	65,69	8,67	17,22	< 0,001
	Sim	13	54,19	10,28		
Ambiente	Não	55	57,17	8,28	25,68	< 0,001
	Sim	13	44,60	6,89		
Aspectos Espirituais	Não	55	88,87	16,5	7,69	0,007
	Sim	13	74,55	17,95		

Em relação à referência SRQ-20 (sofrimento mental), a Tabela 5 demonstra que existe diferença significativa ($p < 0,05$) entre Sim e Não para todos os domínios do instrumento de qualidade WHOQOL – 100. Em todos os casos as pessoas que não possuem sofrimento mental estão com escores superiores aos que possuem sofrimento mental, ou seja, a qualidade de vida medida pelo WHOQOL – 100 é maior nas pessoas que não possuem sofrimento mental.

No Brasil, estudo realizado em 1994 revelou que 22,7% da população adulta urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul sofre com os transtornos mentais menores (LIMA et al., 1996). Em Pernambuco, o estudo conduzido em adultos residentes na cidade de Olinda encontrou uma prevalência de 35% (LUDERMIR e MELO-FILHO, 2002). As variáveis relativas às condições de vida foram ajustadas entre si e por sexo, idade e situação conjugal. Apenas escolaridade ($p < 0,0001$) e condições de moradia ($p = 0,02$) mantiveram-se associadas aos TMC.

Neto (1997) estudou a prevalência de transtornos mentais em uma amostra de ministros religiosos cristãos, não católicos, residentes na cidade de São Paulo, verificando sua correlação com orientação religiosa e os fatores de estresse da vida pastoral.

Dentre os instrumentos de coleta de dados, o autor utilizou o SRQ-20. Duzentos e sete (28.2%) ministros religiosos responderam questionário SRQ-20. Destes, Cinquenta e dois (25.1%) apresentaram escore acima do ponto de corte, sendo classificados como grupo SRQ-20 positivo, caracterizando a não prevalência de transtornos mentais.

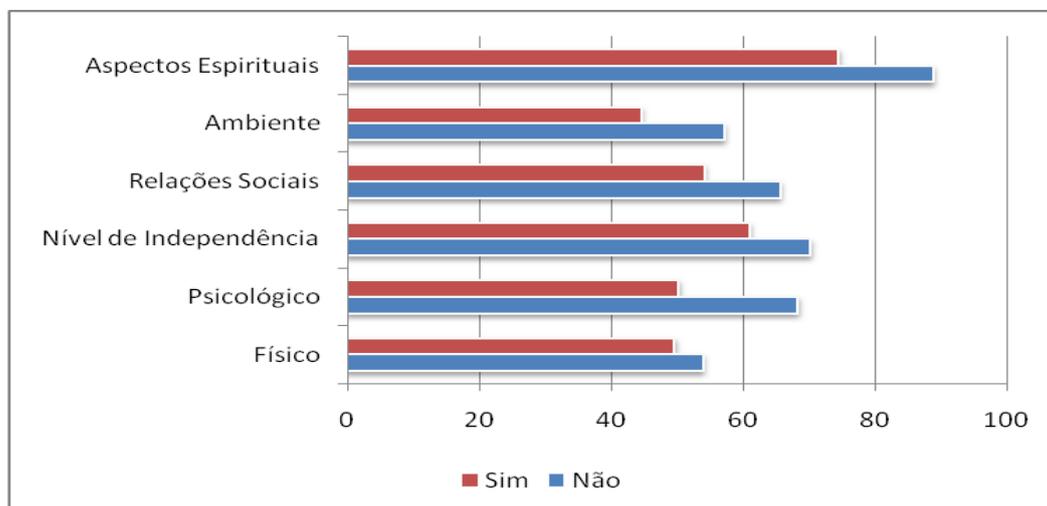


Gráfico 2 - Comparação entre o SRQ – 20 e os domínios do WHOQL-100.

Dessa forma, observa-se que a relação sofrimento mental e qualidade de vida são características inversamente proporcionais, permitindo a conclusão de que quanto maior o sofrimento mental, pior a qualidade de vida.

7.3 COMPARAÇÃO DOS DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS COM OS RESULTADOS DO WHOQOL – 100

Na comparação dos dados sócio demográficos em relação aos dos domínios do WHOQOL – 100 não foi apresentada diferença significativa entre as variáveis no que se refere ao modelo, idade, pessoas que moram no mesmo imóvel, estado civil, escolaridade e uso de remédios. Já nas variáveis de classe econômica e horas dormidas houve alteração em relação ao WHOQOL-100.

O Teste de Diferença de Médias, verificado na Tabela 6, constatou que existe diferença significativa para a variável Classe Econômica no domínio Ambiente do WHOQOL – 100 ($p = 0,012$).

Tabela 6 - Comparação dos domínios do instrumento WHOQOL – 100 em relação à Classe Social

Domínio	Variável	N	Média	D.P.	T	P
Físico	A/B	24	53,142	5,459	0	0,992
	C/D	44	53,125	6,638		
Psicológico	A/B	24	66,49	10,9	0,82	0,37
	C/D	44	64,09	10,24		
Nível de Independência	A/B	24	68,288	7,811	0,03	0,862
	C/D	44	68,645	8,204		
Relações Sociais	A/B	24	64,85	8,22	0,68	0,411
	C/D	44	62,74	10,89		
Ambiente	A/B	24	58,60	8,309	6,7	0,012
	C/D	44	52,67	9,393		
Aspectos Espirituais	A/B	24	84,9	22,11	0,18	0,673
	C/D	44	86,8	14,77		

Neste caso, ao considerar o resultado estaticamente significativo, conclui-se que o score médio das pessoas de classe A/B é maior do que as de classe C/D. Isso permite afirmar que a qualidade de vida dos participantes da classe A/B no domínio Ambiente, é melhor do que a qualidade de vida dos participantes da classe C/D.

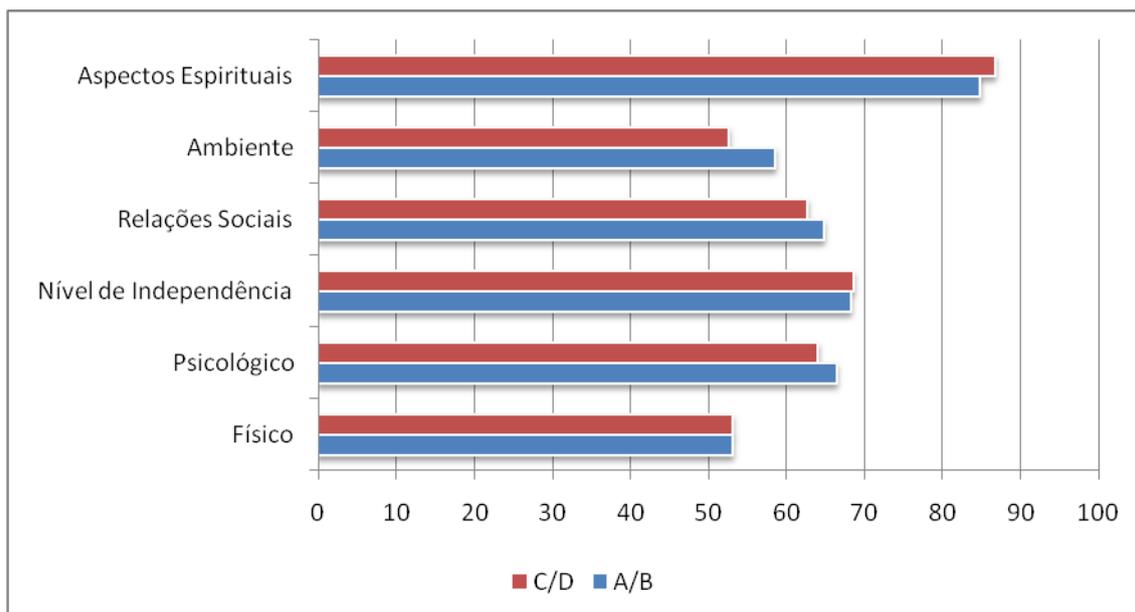


Gráfico 2 - Comparação dos domínios do instrumento WHOQOL – 100 em relação à Classe Social.

A estrutura social do indivíduo tem uma parcela importante na quantificação e avaliação da qualidade de vida. Os alunos das classes C/D vêm de uma condição de privações materiais e oportunidades. Estas últimas são ofertadas pela escolha do estudo no Seminário.

Em uma entrevista concedida ao Instituto Humanistas Unisinos, Silvio Benelli discorre sobre o mercado de trabalho e seminários no Brasil:

É freqüente que ele tenha pouca experiência no mercado de trabalho, ou então que trabalhe na roça, no comércio ou no serviço público municipal da sua cidade ou região. (...) No seminário, os estudos em tempo integral, no regime de internato, procuram sanar carências e preencher lacunas, em ritmo intenso, numa busca de recuperar o tempo perdido e suprir as falhas da educação escolar anterior dos candidatos. (BENELLI, 2006, p.1)

De acordo com Pacheco (2009), ao avaliar a qualidade de vida deve-se perceber que uma situação ambiental pode ser saudável para uns e para outros não. Nisto reside a dimensão psicossocial ou a personalidade na qualidade de vida. Um ambiente favorecedor da boa qualidade de vida deve possibilitar, dentre outras, as situações de assimilação e pertencimento, como é o caso dos seminaristas católicos.

Também foi realizada correlação entre as horas dormidas pelos seminaristas e os domínios do WHOQOL-100, sendo verificado que no domínio relações sociais se apresenta diferença significativa ($p=0,042$), ou seja, a qualidade de vida é afetada pelo quantidade de horas dormidas. Quanto maior a quantidade de horas dormidas maior é a qualidade de vida na dimensão relações sociais.

Tabela 7 - Correlação entre horas dormidas e os domínios no instrumento WHOQOL – 100.

Domínio	Correlação	P
Físico	0,145	0,237
Psicológico	0,162	0,186
Nível de Independência	0,017	0,889
Relações Sociais	0,247	0,042
Ambiente	0,15	0,222
Aspectos Espirituais	0,006	0,959

O excesso de carga horária, o amplo conteúdo e as atividades inerentes ao estudo dos seminaristas podem obrigar o estudante a diminuir suas horas de sono. A privação do sono pode causar progressiva deterioração mental, psicológica e física, que inclui mudanças de humor, diminuição da coordenação motora e da capacidade de raciocínio, problemas de memória, de aprendizado e da fala, alucinações, paranóia e danos físicos como alterações de batimentos cardíacos e temperatura corporal (COREN, 1998).

Segundo Kryger *et al.* (1999 apud SOUZA e GUIMARÃES 1999) o sono ocupa em média um terço da vida humana. Um adulto jovem dorme em média oito horas por dia. Na população de seminaristas católicos investigados, a média de horas dormidas foi de 6,43 e corrobora com o índice de menor qualidade de vida nessa amostra.

7.4 COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS COM O SRQ- 20

Nesta etapa do trabalho foram realizados testes estatísticos com o objetivo de comparação entre as variáveis sócio demográficas e o sofrimento mental. Os resultados estão abaixo.

Tabela 8 - Comparação entre o modelo e o SRQ – 20.

	Não		Sim		P
	Qde	%	Qde	%	
Filosofia	20	80,0%	5	20,0%	0,725
Propedêutico	9	90,0%	1	10,0%	
Teologia	26	78,8%	7	21,2%	
Total	55	80,9%	13	19,1%	

Através do teste Qui-quadrado (χ^2) não foi detectada associação entre o modelo e sofrimento mental ($p = 0,725$), o que indica a não influência do tipo de estudo a que se propôs o seminarista com o fato dele apresentar sintomas de sofrimento mental.

Os resultados obtidos na pesquisa corroboram com estudo conduzido por Cerchiari (2004) sobre saúde mental e qualidade de vida em Estudantes Universitários, utilizando como instrumento de coleta de dados o General Health Questionnaire GHQ-60.

A partir de uma amostra de 558 estudantes universitários, de ambos os sexos, de quatro cursos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e um curso da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), obteve-se a prevalência de transtornos psíquicos menores em 25% dos entrevistados. Os fatores mais acentuados na amostra total são: Transtornos psicossomáticos (29%), estresse psíquico (28%) e desconfiança no desempenho (26%) respectivamente por ordem de magnitude.

Tabela 9 - Comparação entre a classe social e o SRQ – 20.

Classe Social	Não		Sim		P
	Qde	%	Qde	%	
A/B	22	91,7%	2	8,3%	0,117
C/D	33	75,0%	11	25,0%	
Total	55	80,9%	13	19,1%	

Na associação entre a classe econômica e sofrimento mental não foi constatada relação entre as variáveis ($p = 0,117$).

Com referencia ao resultado dessa associação remete-se ao conceito de coping, que pode ser entendido como a forma peculiar de cada indivíduo em lidar com crises e adversidades. O sucesso no cumprimento de importantes tarefas de desenvolvimento reflete boas habilidades de coping. Assim sendo, o uso de estratégias de coping

eficientes na redução do estresse e conseqüente adaptação do indivíduo no seu ambiente expressam a essência do conceito de competência (LISBOA; KOLLER, BITENCOURT, 2002).

O ser humano pode atenuar ou tolerar os efeitos danosos do estresse através do coping, definido como mecanismos que o indivíduo desenvolve para enfrentar problemas ou situações ditas "estressantes". Faz-se necessário destacar que o termo estresse aparece quase sempre acompanhado por palavras como situações ou circunstâncias, indicando condições temporárias ou transitórias ligadas a eventos de vida.

A ausência de associação entre sofrimento mental com a variável de classe econômica permite o entendimento que os seminaristas católicos investigados possuem coping para lidar com as atribuições da vida cotidiana, mesmo pertencendo à classe econômica C/D.

O Teste de Diferença de Médias verificado na Tabela 10 constatou que existe uma diferença significativa para o domínio relacionado às Horas Dormidas ($p = 0,001$).

10 - Variáveis contínuas em relação ao SRQ – 20.

Variável	SRQ – 20	N	Média	D.P.	T	P
Idade	Não	55	27,42	6,80	1,98	0,164
	Sim	13	24,62	4,56		
Nº Pessoas	Não	55	6,27	3,48	0,23	0,630
	Sim	13	5,77	2,86		
Horas Dormidas	Não	55	6,81	0,925	11,41	0,001
	Sim	13	5,81	1,109		

Pode-se afirmar que ao analisar as diferenças entre as variáveis Sim e Não, constatou-se que a quantidade de horas dormidas contribui para o sofrimento mental dos entrevistados.

8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os seminaristas católicos durante o período de formação cursam o ensino regular (Propedêutico), Filosofia e Teologia, além de desenvolverem atividades interpessoais com comunidades diversas.

Baseado no fato de que os seminaristas se preparam para o atendimento ao público e são formadores de opinião, investigar a QV e a presença de TPM é essencial no sentido de ajudá-los a se conhecer melhor, bem como orientá-los a procurar alternativas que melhorem sua QV no contexto em que vivem.

Dentre os assuntos pesquisados, estavam disponíveis várias pesquisas de QV e TPM. Já em relação aos religiosos, destacaram-se os seguintes trabalhos: o primeiro investigou o estresse ocupacional e QV em clérigos; o segundo a prevalência de transtornos mentais em ministros religiosos; e o terceiro conduzido por Benelli (2007) estudou a instituição Seminário Católico e a possível subjetividade eclesiástica que se produz no seu contexto institucional. Não foram encontrados trabalhos específicos sobre os seminaristas e sua qualidade de vida, o que expõe a vasta possibilidade de pesquisas futuras.

Entre os fatores determinantes da qualidade de vida, os sociais podem ser citados. Há muitos anos, a Instituição Igreja e as Forças Armadas são referenciais de carreira sólida e ascensão social. Ambas permitem ao indivíduo além de moradia, alimentação e estabilidade consolidada exercer um papel social de liderança, poder e cidadania.

O ingresso no seminário representa uma importante ocasião de promoção sócio-econômica onde é possível cursar gratuitamente uma ou duas faculdades; estar livre do trabalho remunerado; viver em uma cidade maior, com clima cultural e social urbano e residir em instalações do nível da classe média.

Na carreira militar, para o estudante existe também uma rotina diária rígida. Há horários para dormir e acordar, treinamentos físicos diários, além das atividades inerentes ao curso de sua opção.

A vocação sacerdotal pode surgir como possibilidade para um jovem em busca de um projeto de vida significativo e promissor em diversos sentidos. Os indivíduos das classes C/D vêm de uma condição de privações materiais e de oportunidades que são ofertadas no Seminário.

Os resultados da pesquisa confirmaram que a classe econômica analisada pelas variáveis sócio-demográficas se correlacionam com o WHOQOL-100 no domínio ambiente. Mostram uma menor QV nas classes C/D (68% dos seminaristas).

De acordo com o resultado da pesquisa pode-se constatar que o fator religiosidade, isoladamente, não contribui para baixa prevalência dos transtornos psíquicos menores entre os seminaristas católicos. Haja vista que em todos os domínios do WHOQOL-100 a QV foi boa.

No estudo foi encontrada uma prevalência de 19,1% de TPM que, apesar de estatisticamente não ser significativa, assemelhou-se com a prevalência encontrada em outros grupos populacionais.

O número de Horas Dormidas afetou a QV dos seminaristas no domínio relações sociais do WHOQOL-100. A pesquisa constatou que os seminaristas dormem em média 6,43 horas, o que pode sugerir um excesso de carga horária de estudos em detrimento de atividades de lazer.

Esta pesquisa não pretendeu esgotar as discussões referentes à QV e o sofrimento mental nesse segmento. Ao contrário, abre um leque de questionamentos. Entre eles qual motivação leva o indivíduo a entrar no seminário católico: religiosa, financeira, segurança, pressão familiar, promessas?

Qual o índice de QV antes e depois do início dos estudos no seminário católico? O índice de sofrimento mental detectado na pesquisa foi estatisticamente irrelevante. Entretanto, qualitativamente, em que ele pode influenciar nas atitudes posteriores ao ordenamento?

São questões que oferecem a possibilidade de realização de outras pesquisas a fim de contextualizar a figura do seminarista e contribuir para a prevenção de doenças psicopatológicas e melhora da QV.

REFERÊNCIAS

ARGYLE, M.; BEIT-HALLAHMI. **The Social Psychology of Religion** Routledge & Kegan Paul, London, 1975.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L.; BRACINI, M. A. Qualidade de Vida na concepção de um grupo de professoras de Enfermagem: elementos para reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 33 n. 4, p. 384-354, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

BENELLI, S. J. O seminário católico: uma análise psicossocial. Entrevista. 2006. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/index.php?option=com_noticias&Itemid=18&task=detalhe&id=2625. Acesso em 01 de mar de 2011.

BENELLI, S. J. Fragmentos de cultura. Goiânia, v. 17, n. 11/12, p. 1095-1117, nov./dez. 2007.

BENELLI, S. J. Vigiar e punir no manicômio, na prisão e no seminário Católico. **Revista de Psicologia da UNESP**, 1(1), 2002. p. 51-68

BOMBANA, J. A. et al. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 22, p. 180-184, 2002.

BRASIL. **Resolução MS/CNS n.º 196**, de 10 de outubro de 1996 - Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.

BULLINGER, M. et al. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality Life Res**, 2:451-9, 1993.

CALMAN, K. Definitions and dimensions of quality of life. In N.Aaronson & J. Beckmann (Eds). **The Quality of Life Cancer Patients** pp. 1-9. New York: Raven Press. 1987.

CAMARGO, D.A. Transtornos ansiosos. In: **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. Orgs. José Carlos Souza, Liliana A. M. Guimarães, Geraldo José Ballone. Vector Editora, 2004

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de Vida e Trabalho: uma articulação possível. In: L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.) **Série Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CERCHIARI E.A.N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Campinas, 2004**. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2004.

COELHO, C. L. S.; ÁVILA, L.A. Controvérsias sobre a somatização. **Rev. psiquiatr. clín.** (São Paulo);34(6):278-284, 2007.

CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. Considerações sobre qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. e col. **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.40-47.

CNBB - CONFERENCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. **A pastoral vocacional**: Realidade reflexão e pistas. Edições Paulinas, 1974.

_____. **Formação dos presbíteros da igreja no Brasil**: diretrizes básicas. São Paulo: Paulinas, 1995.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Transtornos psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiol.** vol.5 no.2 São Paulo Aug. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2002000200004&script=sci_arttext Acesso em: 07 jul. de 2010.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci_arttext Acesso em 10 de jun 2010.

COREN, S. **Ladrões do Sono**. Rio de Janeiro: Editora Cultura; 1998.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA FILHO, N; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clín** 1999; 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em: 10 julho 2010.

CHRISTENSEN, C.W. Are ministers breaking down? **Pastoral Psychology** v.9(84) p.58-59, 1958.

DE MARCO, P. F.; et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal brasileiro de psiquiatria** vol.57 no.3 Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300004

DUCKRO, P. N. et al. Psychotherapy with religious professionals: An aspect of the interface of psychology and religion. **Psychological Reports** v. 70, p.304-306, 1992.

FERRISS, A. L. Religion and quality of life. **Journal of Happiness Studies**. 3(3), 199-215. 2002.

FERNANDES, C. P. Um programa de qualidade de vida voltado para seu bem-estar. IN: Roberto Vilarta & Gustavo Luiz Gutierrez (Orgs.). **Qualidade de Vida em Propostas de Intervenção Corporativa**. Campinas: Ipes Editorial, 2007.

FORTES, S.; TOSTES, M. A. Pacientes poliqueixosos; a somatização e os transtornos somatoformes. IN: **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. Orgs. José Carlos Souza, Líliliana A. M. Guimarães, Geraldo José Ballone. Vector Editora, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FLECK M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria** 21(1):19-28. 1999a.

_____. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública** 33(2):198-205. 1999b.

_____. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, 5(1), 33-38. 2000.

_____. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRANKL, V. E. **Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração.** 3. ed. ver. Trad.: Walter O. Schupp; Carlos C. Avelino. Rev. téc.: Helga H. Rainhold. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1993.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**; 10:231-41, 1980.

HORIMOTO, F. C.; AYACHE, D.C.; SOUZA, J.A. **Depressão Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico.** São Paulo: Editora Roca, 2005.

IGREJA CATÓLICA. *Ratio fundamentalis institutionis sacerdotalis.* Madrid: Loyola, 1985.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7 ed. São Paulo: Artmed, 2003.

KRETZER, A. A. **Seminários Católicos: “Escolas Cristãs modelares”.** Revista Brasileira de História das Religiões – Ano I, n. 3, Jan. 2009.

LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med, United States**, n. 26, v.2, p 211-222, 1996.

LISBOA, C.; KOLLER, S. H.; RIBAS, F. F.; BITENCOURT, K.; OLIVEIRA, L.; PORCIUNCULA, L. P. e DE MARCHI, R. B. Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 15 (2), 345-362.2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14358.pdf.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. **Rev. Saúde Pública**, 36(2): 213-31, 2002.

McALLISTER, R. J.; VANDER VELDT, A. J. Factors in mental illness among hospitalized clergy. **J. Nerv. Ment. Dis.** V.132: p.80-88, 1961.

McALLISTER, R.J.; VANDER VELDT, A.J. Psychiatric Illness in Hospitalized Catholic Religious. **American Journal of Psychiatry** v.121: p.881-884, 1965.

MARAGNO, L.; et al. Prevalência de transtornos mentais em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8): 1639-1648, ago, 2006.

MARI, J. J., WILLIAMS, P. A. Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo. **Br J Psychiatry** 1986; 148: 23-6.

MARI, J. J. et al. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. **Rev Saúde Pública** 1987; 21: 501-7.

MEIRA, A. R. **Sociedade e saúde: uma introdução às noções de ciências sociais aplicadas à saúde**. Campo Grande: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 1997.

MENEZES P.R. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: ALMEIDA O.P, DRATCU L., LARANJEIRA R., org. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

MOORE, T.V. Insanity in priests and religious. **Ecclesiastical Review** v.95: p.485-98, 1936.

MORGAN, L. Mental Illness among the clergy. **Pastoral Psychology** v.9(84): p.29-36, 1958.

NETO, F. L. **Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. Tese de livre-docência. Faculdade de Medicina da USP, 1996.

NICKEL, R.; HARDT, J.; KAPPIS, B.; SCHWAB, R.; EGGLE, U.T. Somatoform disorders with pain as the predominant symptom: results to distinguish a common group of diseases. **Schmerz**; 23(4):392-8, 2009 Aug. Acesso em 02 out. 2010.

NUNES, E. D. Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde. **Physis** vol.19 no.1 Rio de Janeiro. 2009.

OLIVEIRA, D. A. **Da ordem econômica constitucional à luz do princípio da dignidade da pessoa humana: um enfoque ao art. 170 da Constituição Federal**. Dissertação. (Mestrado em Direito). Universidade de Marília. 2007.

PACHECO, J. B. Qualidade de vida, segregação socioespacial e verticalização da habitabilidade. **Ciências Humanas em Revista**. v.7, n.1, São Luis/MA, 2009.

PANZINI, R. G. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista Psiquiatria Clínica**, 34, 105-115. 2007.

PATRICK, D. A. qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ROE, A. The psychology of occupations. New york, wiley, 1956.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SOMCHINDA, A; FERNANDES, F.C. **Saúde e qualidade de vida na terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados** [monografia de especialização]. Brasília (DF): Associação Brasileira de Odontologia; 2003.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e Qualidade de Vida.** Campo Grande: Editora da UCDB, 1999.

STRAUB, O. **Psicologia da saúde.** Porto Alegre: ArtMed, 2005.

TRIGILIO JR, J.; BRIGHNTI, K. **Catolicismo para leigos.** Rio de Janeiro, Alta Books, 2008.

TURNER, A.; PHILLIPS L.; HAMBRIDGE J.A.; BAKER A.L.; BOWMAN J.; COLYVAS, K. Clinical outcomes associated with depression, anxiety and social support among cardiac rehabilitation attendees. **Aust N Z J Psychiatry**; 44(7):658-66, 2010 Jul. Acesso 02 out. 2010.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. **Quality of life assessment: international perspectives.** Heidelberg: Springer Verlag: 1994. p. 41-60.

YAMADA, B. F. A. **Qualidade de Vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.** 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade.** São Paulo: Medsi, 2001.

WHO - World Health Organization - WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra. 1998.

_____. International Consortium in Psychiatric Epidemiology Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bull World Health Organ** 2000; 78(4): 413-26.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Autorização Arcebispo**AUTORIZAÇÃO – ARCEBISPO****Projeto:** QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES EM SEMINARISTAS**Pesquisador:** Denisval Pereira de Andrade. Psicólogo. CRP 14/00663-4 MT/MS**Orientador:** Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Eu, Arcebispo Metropolitano, sito à _____, abaixo assinado, autorizo os Seminaristas do Seminário _____, a participarem do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Denisval Pereira de Andrade, Psicólogo, aluno do curso de Pós-Graduação da Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida geral, os indicadores de saúde e a prevalência de Transtornos Psíquicos Menores por meio da aplicação de três questionários. Tal procedimento terá no máximo a duração de uma hora e não acarretará para a Instituição nenhum prejuízo.

Obtive as informações necessárias para decidir conscientemente sobre a participação dos seminaristas na referida pesquisa, sabendo estar livre para interrompê-la a qualquer momento.

Quaisquer dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão registrados em literatura especializada em produção científica. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB para apresentar recursos pelo telefone (67) 3312-3605 e poderei obter informações com o responsável pela pesquisa pelo telefone (67) 9298-8820 / 9982-6553 ou pelo e-mail: denisval.andrade@terra.com.br

Este documento possui duas vias de igual teor, ficando uma delas em meu poder.

Campo Grande - MS,..... de de 2009.

.....
Arcebispo:

.....
Denisval Pereira de Andrade

Psicólogo

CRP 14/00663-4 14ª Região MT/MS.

APÊNDICE 2: Autorização Reitores**AUTORIZAÇÃO – REITORES SEMINÁRIO****Projeto:** QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES EM SEMINARISTAS**Pesquisador:** Denisval Pereira de Andrade. Psicólogo. CRP 14/00663-4 MT/MS**Orientador:** Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Eu, Reitor do Seminário Católico _____, Pe. _____, abaixo assinado, autorizo os Seminaristas deste Seminário, a participarem do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Denisval Pereira de Andrade, Psicólogo, aluno do curso de Pós-Graduação da Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde, sob orientação do Profº. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida geral, os indicadores de saúde e a prevalência de Transtornos Psíquicos Menores por meio da aplicação de três questionários. Tal procedimento terá no máximo a duração de uma hora e não acarretará para a Instituição nenhum prejuízo.

Obtive as informações necessárias para decidir conscientemente sobre a participação dos seminaristas na referida pesquisa, sabendo estar livre para interrompê-la a qualquer momento.

Quaisquer dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão registrados em literatura especializada em produção científica. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB para apresentar recursos pelo telefone (67) 3312-3605 e poderei obter informações com o responsável pela pesquisa pelo telefone (67) 9298-8820 / 9982-6553 ou pelo e-mail: denisval.andrade@terra.com.br

Este documento possui duas vias de igual teor, ficando uma delas em meu poder.

.....de de 2009.

.....
 Denisval Pereira de Andrade

Psicólogo

CRP 14/00663-4 14ª Região MT/MS

APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Seminaristas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SEMINARISTAS

Projeto: QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES EM SEMINARISTAS

Pesquisador: Denisval Pereira de Andrade. Psicólogo. CRP 14/00663-4 MT/MS

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza.

Concordo em participar como voluntário da pesquisa que está sendo realizada pelo pesquisador acima citado, com os seminaristas. Esta pesquisa tem autorização dos Reitores do Seminário, para ser realizada e faz parte de um projeto de dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco UCDB, Campo Grande /MS, na área de Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires De Souza.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida geral, os indicadores de saúde e a prevalência de Transtornos Psíquicos Menores por meio da aplicação de três questionários.

Ao decidir e aceitar a minha participação neste estudo foi esclarecido e estou ciente de que:

- a) Minha participação é inteiramente voluntária;
- b) Essa atividade não é obrigatória e caso eu não queira participar, isso em nada mudará o trabalho que realizo neste Seminário;
- c) Responderei aos três questionários, que contém questões relacionadas à minha vida, meu trabalho e minhas necessidades. O tempo médio para preenchimento dos mesmos é de 30 minutos.
- d) Estou ciente que as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado, sendo assegurado completo anonimato;
- e) Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para objetivos de estudo;
- f) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados eventualmente causarão algum tipo de desconforto psicológico. Em função disso, terei a possibilidade de ser encaminhado pelo pesquisador ao atendimento psicológico com profissional de Saúde Mental, caso seja de minha vontade e necessidade;
- g) Estou livre para desistir da participação em qualquer momento da aplicação dos questionários;
- h) Aceito participar voluntariamente dessa atividade e não tenho sofrido nenhuma forma de pressão para tanto;
- i) Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB para apresentar recursos pelo telefone (67) 3312-3605 e poderei obter informações com o responsável pela pesquisa pelo telefone (67) 9298-8820 / 9982-6553 ou pelo e-mail: denisval.andrade@terra.com.br

Este documento possui duas vias de igual teor, ficando uma delas em meu poder.

Campo Grande, MS,..... de de 2009.

.....
Participante:

RG:

.....
Denisval Pereira de Andrade
Psicólogo
CRP 14/00663-4 14ª Região MT/MS

APÊNDICE 4: Questionário Sócio-Demográfico

1. Idade: _____ anos
2. Estado Civil:
() Solteiro () Divorciado
3. Número de pessoas na família: _____
4. Grau de instrução do chefe de sua família: _____
5. Responda a quantidade de itens em sua casa:

Itens	Quantidade
TV a cores	
Rádio	
Banheiro	
Automóvel	
Empregada mensalista	
Máquina de lavar	
Vídeo cassete e/ou DVD	
Geladeira	
Freezer	

6. Meio de deslocamento para ir a Universidade:
() Carro
() Ônibus
() Moto
() Bicicleta
() Outros: _____
7. Semestre na Universidade: _____ semestre
8. Meio de deslocamento para atividades pastorais:
() Carro
() Ônibus
() Moto
() Bicicleta
() Outros: _____
9. Quantas horas dorme normalmente: _____ horas
10. Toma remédio para dormir?
() Sim () Não

ANEXOS

ANEXO 1: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – 100)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência às duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado (a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido (a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado (a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado (a) por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz* ou *bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da

energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz /nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO 2: Self-Report Questionnaire (SRQ-20)

O(A) SR(A). PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

A – Total de sim _____

ANEXO 3: Critério de Classificação Econômica Brasil



associação brasileira de empresas de pesquisa

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é exclusivamente de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissores de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, dumam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo "empregados mensalistas" se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

- Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;
- Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções freqüentes do tipo "...

conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	0,9%	1,5%	0,5%	0,4%	1,3%	0,6%	0,6%	1,6%	1,1%	2,2%
A2	4,1%	3,3%	3,2%	2,8%	3,5%	3,4%	4,5%	6,0%	4,2%	7,1%
B1	8,9%	5,9%	6,0%	4,6%	7,2%	8,3%	10,6%	11,4%	9,6%	11,5%
B2	15,7%	8,7%	8,0%	9,6%	14,3%	14,1%	19,0%	18,8%	19,4%	18,8%
C1	20,7%	11,3%	12,3%	16,1%	18,0%	23,1%	22,4%	23,9%	27,0%	17,9%
C2	21,8%	19,9%	21,8%	24,4%	21,5%	24,6%	21,5%	18,5%	18,5%	17,7%
D	25,4%	36,9%	40,7%	36,6%	31,5%	24,8%	20,7%	17,7%	18,3%	21,9%
E	2,6%	12,5%	7,5%	5,5%	2,6%	1,2%	0,7%	2,1%	1,9%	2,9%

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	42 a 46	9.733
A2	35 a 41	6.564
B1	29 a 34	3.479
B2	23 a 28	2.013
C1	18 a 22	1.195
C2	14 a 17	726
D	8 a 13	485
E	0 a 7	277