5. RESULTADOS

A amostra é constituída de 215 respondentes que devolveram os questionários. Durante a análise dos dados, aqueles questionários preenchidos de forma incompleta foram excluídos. Portanto, a amostra final é constituída de 211 sujeitos.

O CHQ-12 é utilizado neste trabalho como o critério para classificar os sujeitos em casos ou não-casos. Pontuar alto ou acima do limiar de corte 2/3 no CHQ-12 significa que este indivíduo é um caso de provável TMC. Os sujeitos que não alcançaram o limiar de corte ou pontuaram abaixo de 2/3 no instrumento critério são considerados não-casos de TMC.

5.1. Variáveis sociodemográficas

Os sujeitos da nossa amostra têm a idade média de 24,9 anos (variando de 15 a 57 anos, mediana de 23 e desvio-padrão de 7,39). A idade dos respondente em relação à pontuação que obtiveram no CHQ-12 não foi estatisticamente diferente. Enquanto a maioria (72%) nasceu no Brasil, 56 (26,5%) dos sujeitos nasceram na China e imigraram ainda pequenos. Cerca de 22% da amostra total são casos detectados pelo questionário critério.

Embora o número das mulheres seja maior que dos homens (120:88), as pessoas do sexo feminino obtiveram pontuação maior no questionário critério (χ^2 = 4,388; gl = 1; p < 0,05). A nossa amostra é composta principalmente por estudantes (64,5%, n = 136) e solteiros (79,1%, n = 167). Quanto à escolaridade, a maioria tem curso superior (87%) enquanto os outros 10% já terminaram o segundo grau.

Embora muitos deles falassem o chinês mandarim (n = 58) ou algum dialeto chinês (n = 119), aqueles sujeitos fluentes em mandarim pontuaram significativamente mais alto no CHQ-12 (χ^2 = 13,324; gl = 1; p<0,0005; Fisher: p < 0,05). Refletindo uma situação inversa, os sujeitos pouco fluentes em língua portuguesa também são casos de TMC (χ^2 = 9,348; gl=3; p < 0,05; Fisher: p < 0,05).

A afiliação religiosa, o nível de integração social, a avaliação subjetiva de adaptação no Brasil e a profissão atual (**Anexo A**) não foram estatisticamente diferentes quanto à pontuação no CHQ.

Entre os sujeitos que imigraram para Brasil, quase todos saíram de Taiwan (55/56) acompanhados de seus familiares (31/56), em média por volta dos 11 anos. Enquanto alguns chegaram ainda bebês (com menos de 1 ano) outros imigraram já maduros (máximo de 47 anos). Em média, estão no novo país há mais de 20 anos (mínimo 7, máximo 37, média 21,13, DP 7,86), provavelmente com alto nível de aculturação e assimilação. O tempo de imigração e a idade de chegada não emergiram como significativos. No entanto, aqueles sujeitos que estudavam na época da imigração (34/56), tiveram significativamente maior probabilidade de ser caso de TMC (χ^2 = 20,60; gl=6; p< 0,005). De forma correlacionada, os sujeitos que imigraram acompanhados da família, por serem dependentes ou menores de idade, também tiveram maior pontuação no CHQ (χ^2 = 9,675; gl=4; p< 0,05; Fisher: p< 0,05).

Na análise univariada, as variáveis independentes que emergiram como significativas foram: sexo feminino, fluência em chinês mandarim, pouca fluência em português, imigrar acompanhada de familiares e ser estudante na época da imigração (tabela 9 e 10). Como a grande maioria dos sujeitos eram solteiros, estudantes e adultos jovens não foi feito ajustamento para verificar os efeitos de interação ou confusão.

Tabela 9 – Perfil sociodemográfico da amostra, segundo CHQ-12

Variável	Categoria	CHQ-12 Negativo *n*	(%)	CHQ-12 Positivo *n*	(%)	Total *N*	(%)	Teste χ^2	
Idade	Mínimo:	15,00		15		15,00			Teste *t* n.s.
	Máximo:	57,00		45		57,00			
	Mediana:	22		24		23,00			
	Média:	24,27		26,53		24,88			
	DP:	7,38		6,68		7,39			
	n (%)	161	(76)	47	(22)	208	(100,0)		
Local de nascimento	Brasil	123	(81)	29	(19)	152	(72,0)	n.s.	
	China	38	(68)	18	(32)	56	(26,5)		
	Não informado	3	(100)	0	(0)	3	(1,4)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Sexo	Feminino	87	(73)	33	(28)	120	(57,7)	χ^2 = 4,388; gl=1; *p*=0,0362	Fisher *p*=0,0448
	Masculino	74	(84)	14	(16)	88	(42,3)		
	Total	161	(77)	47	(23)	208	(100,0)		
Estado civil	Casado	26	(67)	13	(33)	39	(18,5)	n.s.	
	Separado	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)		
	Solteiro	133	(80)	34	(20)	167	(79,1)		
	Viúvo	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)		
	Não informado	3	(100)	0	(0)	3	(1,4)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Escolaridade	Ginásio	2	(67)	1	(33)	3	(1,4)	n.s.	
	Colégio	14	(67)	7	(33)	21	(10,0)		
	Superior	145	(79)	39	(21)	184	(87,2)		
	Não informado	3	(100)	0	(0)	3	(1,4)		
	Total	161	(76)	47	(22)	211	(100,0)		
Fluência em chinês	Mandarim	36	(62)	22	(38)	58	(27,5)	χ^2 =13,324; gl=1; *p* = 0,0008	Fisher *p* = 0,0014
	Não informado	128	(84)	25	(16)	153	(72,5)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Dialeto 1	Shanghainês	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)	n.s.	
	Taiwanês	65	(72)	25	(28)	90	(42,7)		
	Não informado	98	(82)	22	(18)	120	(56,9)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Dialeto 2	Cantonês	2	(100)	0	(0)	2	(0,9)	n.s.	
	Hakkanês	14	(93)	1	(7)	15	(7,1)		
	Inglês	4	(100)	0	(0)	4	(1,9)		
	Espanhol	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)		
	Não informado	143	(76)	46	(24)	189	(89,6)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Português	Fluente	150	(79)	40	(21)	190	(90,0)	χ^2 = 9,348; gl=3 *p* = 0,0250	Fisher *p* = 0,0449
	Regular	10	(67)	5	(33)	15	(7,1)		
	Pouco	0	(0)	2	(100)	2	(0,9)		
	Não informado	4	(100)	0	(0)	4	(1,9)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Religião	Budista	8	(100)	0	(0)	8	(3,8)	n.s.	
	Católico	6	(67)	3	(33)	9	(4,3)		
	Protestante	130	(77)	39	(23)	169	(80,1)		
	Protest/budista	2	(67)	1	(33)	3	(1,4)		
	Não informado	18	(82)	4	(18)	22	(10,4)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		

Tabela 10 – Variáveis sociodemográficas da imigração, segundo CHQ-12

Variável	Categoria	CHQ-12 Negativo n	(%)	CHQ-12 Positivo n	(%)	Total n	(%)	Teste χ^2	
Local de nascimento	Brasil	123	(81)	29	(19)	152	(72,0)	n.s.	
	China	38	(68)	18	(32)	56	(26,5)		
	Não informado	3	(100)	0	(0)	3	(1,4)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Origem Remota	Taiwan	37	(67)	18	(33)	55	(26,1)	n.s.	
	Hong Kong	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)		
	Não informado	126	(81)	29	(19)	155	(73,5)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Idade de Imigração	Mínimo:	1,00		4,00		1,00			Teste *t* n.s.
	Máximo:	47,00		21,00		47,00			
	Mediana:	9,00		12,00		10,00			
	Média:	10,83		11,29		10,83			
	DP:	9,15		4,38		7,75			
	n (%)	35	(67)	17	(33)	52	(100,0)		
Tempo no Brasil	Mínimo:	7,00		7,00		7,00			Teste *t* n.s.
	Máximo:	37,00		28,00		37,00			
	Mediana:	20,00		22,00		21,50			
	Média:	21,50		19,76		21,13			
	DP:	8,34		6,67		7,86			
	n (%)	38	(69)	17	(31)	55	(100,0)		
Motivo de imigração	econômico	14	(78)	4	(22)	18	(8,5)	χ^2 = 9,675; gl=4 p = 0,0463	Fisher p= 0,0445
	família	21	(68)	10	(32)	31	(14,7)		
	outros	1	(33)	2	(67)	3	(1,4)		
	político	0	(0)	1	(100)	1	(0,5)		
	Não informado	128	(81)	30	(19)	158	(74,9)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Profissão Pré- imigração	comandante	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)	χ^2 =20,6; gl=6 p = 0,0022	Fisher p< 0,0001
	comerciante	1	(50)	1	(50)	2	(0,9)		
	do lar	0	(0)	1	(100)	1	(0,5)		
	estudante	19	(56)	15	(44)	34	(16,1)		
	func. pública	0	(0)	1	(100)	1	(0,5)		
	professora	1	(100)	0	(0)	1	(0,5)		
	Não informado	142	(83)	29	(17)	171	(81,0)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Adaptação Subjetiva	muito adaptado	127	(77)	38	(23)	165	(78,2)	n.s.	
	regular	34	(79)	9	(21)	43	(20,4)		
	Não informado	3	(100)	0	(0)	3	(1,4)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		
Integração social	família	19	(86)	3	(14)	22	(10,4)	n.s.	
	não religioso	7	(88)	1	(13)	8	(3,8)		
	nenhum	4	(100)	0	(0)	4	(1,9)		
	parentes	16	(80)	4	(20)	20	(9,5)		
	religioso	100	(74)	36	(26)	136	(64,5)		
	Todos acima	15	(83)	3	(17)	18	(8,5)		
	Não informado	3	(100)	0	(0)	3	(1,4)		
	Total	164	(78)	47	(22)	211	(100,0)		

5.2. Propriedades psicométricas do CHQ-12

Confiabilidade e Consistência Interna

A consistência interna do CHQ-12 foi calculada através do coeficiente α de Cronbach e do método de duas-metades de Guttman. Foram respectivamente 0,71 e 0,59.

Os coeficientes de correlação item-total do instrumento avaliado variaram de 0,25 a 0,55 (Tabela 11). Todos os itens do questionário se correlacionaram de forma significativa com o total do instrumento (acima de 0,2) e 2/3 dos itens obtiveram coeficiente de correlação maior que 0,3. A questão com o melhor desempenho foi CHQ-6 ("tudo constitui carga") e a menos correlacionada foi CHQ-2 ("taquicardia e palpitação"). Estes resultados sugerem que os itens do CHQ-12 são relativamente homogêneos e medem o mesmo construto psicológico.

Tabela 11 - Valores de correlação entre os itens e a escala total CHQ-12

Item	Correlação	Item	Correlação
CHQ1	0,4130	CHQ 7	0,2718
CHQ2	0,2483	CHQ 8	0,3546
CHQ3	0,3271	CHQ 9	0,4571
CHQ4	0,2877	CHQ10	0,2858
CHQ5	0,4045	CHQ11	0,3099
CHQ6	0,5482	CHQ12	0,3157

Coeficiente α de Cronbach = 0,71; Guttman = 0,59

Validade de critério:

O melhor ponto de corte foi determinado adotando o SCAN como critério padrão, variando o limiar de 0/1 até 11/12. Foram calculados a sensibilidade, especificidade, valor

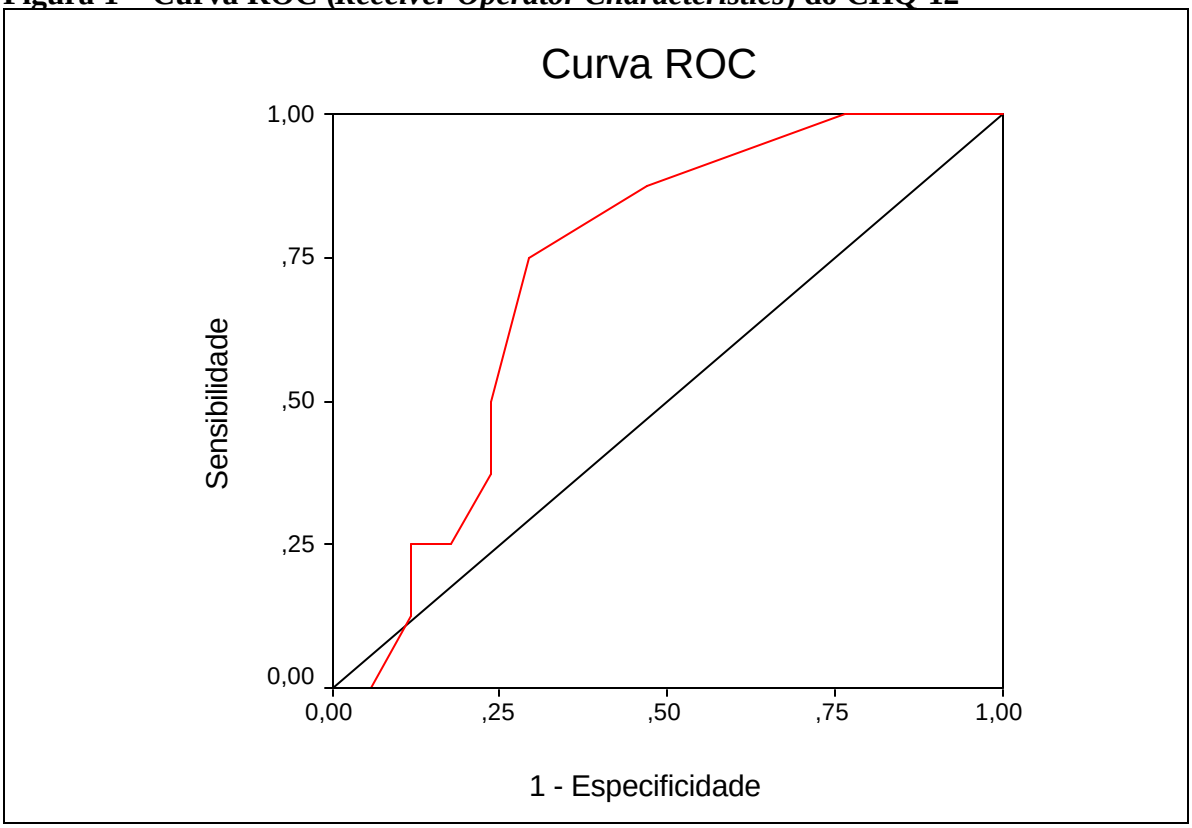
preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e erro de classificação (1-acurácia). O melhor desempenho do CHQ-12 foi com o ponto de corte 2/3, fornecendo uma sensibilidade de 75%, especificidade de 71%, VPP de 55%, VPN de 85% e erro de classificação de 28%. Quando variamos o ponto de corte, para baixo ou para cima, não obtivemos melhor desempenho do CHQ (Tabela 12).

Tabela 12 – Indicadores de validade de critério do CHQ-12

Ponto de Corte CHQ-12	Sensibilidade %	Especificidade %	VPP %	VPN %	Erro de classificação %
0/1	100	24	38	100	52
1/2	88	53	47	90	36
2/3	75	71	55	86	28
3/4	50	76	50	76	32
4/5	38	76	43	72	36
5/6	25	82	40	70	36
6/7	25	88	50	71	32
7/8	13	88	33	68	36
8/9	0	94	0	67	36
9/10	0	100	100	68	32
10/11	0	100	100	68	32
11/12	0	100	100	68	32

A curva ROC foi construída a partir da sensibilidade e taxa de falsos-oisutuvis (1 – especificidade) para avaliar a acurácia global do instrumento (Figura 1). A área sob a curva foi calculada como sendo 0,728, com erro padrão de 0,102 e intervalo de confiança 95% entre 0,528 e 0,927. Estes achados mostram a boa capacidade discriminante do questionário CHQ.

Figura 1 – Curva ROC (*Receiver Operator Characteristics*) do CHQ-12

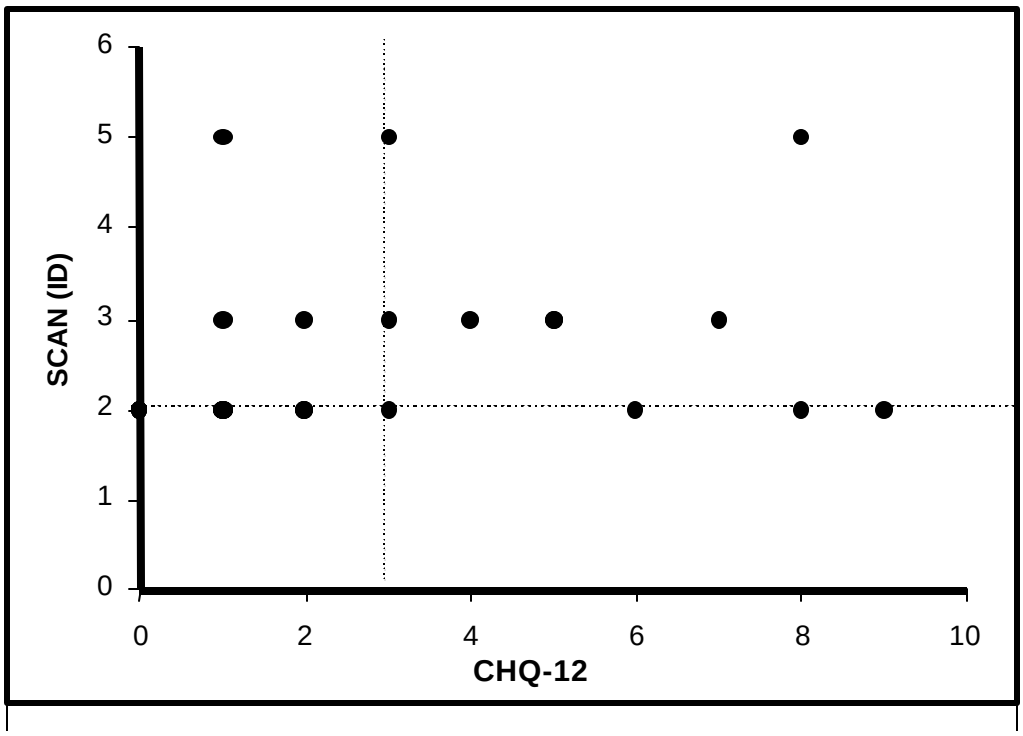


Área sob a curva = 0,728; erro padrão 0,102; $IC_{95\%}$ 0,528 - 0,927

Podemos visualizar a distribuição da pontuação do CHQ-12 com o seu critério SCAN através do *scatterplot* de sua pontuação com o índice de definição (ID) do SCAN (Figura 2). Observamos que preferencialmente os casos positivos se concentram no quadrante superior direito, mas vários casos ficaram marginalmente abaixo do ponto de

corte (2/3) e próximos do índice de definição 2 (definidor de suspeita de caso). Os falsos-negativos se encontram, por sua vez, no quadrante superior esquerdo. Vários sujeitos apresentaram a mesma pontuação no CHQ e SCAN-ID, portanto houve sobreposição de vários casos na figura.

Figura 2 – *Scatter plot* da pontuação do CHQ-12 com índice de definição do SCAN



5.3. Análise fatorial do CHQ-12

A resposta dos itens do CHQ-12 foi submetida à técnica de extração dos fatores segundo a Análise de Componentes Principais (ACP). Este método não pressupõe a normalidade das variáveis envolvidas e os fatores são obtidos a partir da decomposição da matriz de correlação (ou de covariância). Mostramos abaixo a matriz fatorial resultante da ACP. Indicamos o seu autovalor (*eigenvalue*), a porcentagem da variância explicada, a diferença de variância entre os dois fatores e a porcentagem da variância acumulada (Tabela 13).

Tabela 13 – Matriz de fatores extraídos pela técnica de análise de componentes principais. Autovalor, porcentagem de variância explicada, a diferença entre dois fatores consecutivos e a porcentagem acumulada da variância.

Fatores gerados	Autovalor	% variância	Diferença	% cumulativa
1	3,02	25,17	-	25,17
2	1,56	12,98	12,19	38,16
3	1,16	9,63	3,36	47,78
4	1,05	8,74	0,88	56,53
5	0,92	7,67	1,08	64,19
6	0,85	7,11	0,56	71,30
7	0,78	6,49	0,62	77,79
8	0,71	5,92	0,57	83,71
9	0,60	4,98	0,94	88,69
10	0,52	4,30	0,68	92,99
11	0,45	3,72	0,58	96,71
12	0,39	3,29	0,43	100,00

Para explicar a totalidade da variância, são necessários 12 fatores. Notamos que o primeiro fator explica sozinho 25,17% da variabilidade total dos dados. A soma da variância dos 2 primeiros fatores explica, por sua vez, 38,16% da variabilidade total e assim sucessivamente até atingir 100%.

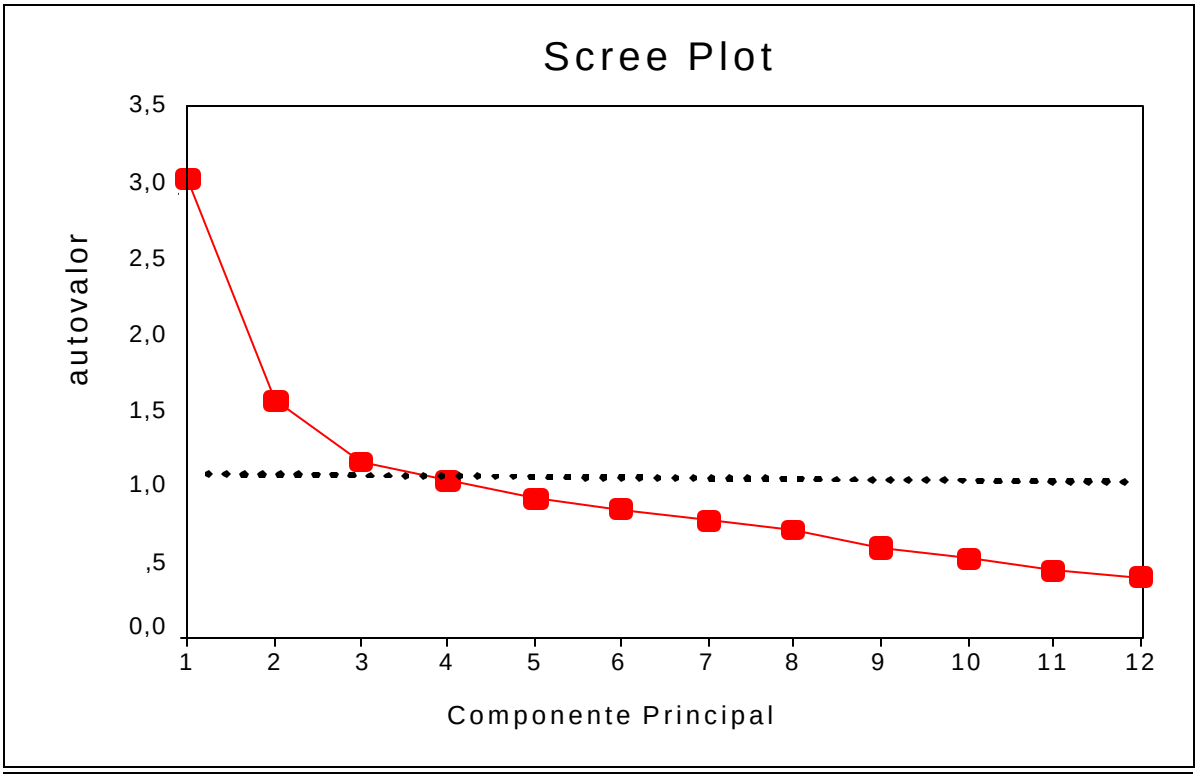
Alguns critérios são adotados para determinar o número de fatores que devem ser retidos. Pelo critério de normalização de Kaiser (raiz latente), os fatores retidos devem ter autovalor maior ou igual que a unidade (1,0), ou seja, a média das variâncias das variáveis

analisadas. Portanto, 4 fatores devem ser retidos e os fatores restantes com grau de explicação inferior devem ser desprezados.

Pelo critério de Cattell ou *scree test*, o número de fatores é determinado pela variação da explicação entre dois fatores consecutivos (3ª coluna). Quando essa diferença passa a ser pequena (4ª coluna) excluem-se os fatores restantes. Observamos que a partir do 3º fator gerado a diferença passa a ser desprezível.

Originalmente, o critério de Cattell é inspecionado visualmente, projetando os componentes principais (fatores) extraídos numa curva ou *scree plot*, de acordo com o seu autovalor. Os fatores abaixo da linha paralela ao eixo horizontal devem ser desprezados. Apesar deste método visual ser menos preciso, a Figura 3 mostra que o *scree test* recomenda reter somente 3 fatores.

Figura 3 – *Scree plot* dos componentes principais (*eigenvector*) do CHQ-12, segundo critérios de Cattell



Examinamos a seguir duas soluções não rotacionadas, contendo 3 e 4 fatores, retidos respectivamente pelos critérios de Cattell e Kaiser (Tabela 14 e 15). Mostramos em negrito as cargas fatoriais significativas para cada fator. Para considerar que um certo item contribuiu na explicação da variância de um determinado fator, o critério adotado foi carga fatorial acima de 0,5, independente da carga negativa ou positiva. Quando não foi verificado carga fatorial acima deste valor, o critério adotado é a maior carga que a variável obteve entre os vários fatores gerados (em itálico e sublinhado).

Tabela 14 - Solução não rotacionada com 4 fatores

Item CHQ	Sem rotação				Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	
1	**0,592**	-0,044	0,370	-0,206	0,532
2	0,398	***-0,464***	0,440	0,007	0,567
3	0,468	**-0,517**	-0,327	-0,102	0,603
4	0,431	***-0,451***	0,093	0,068	0,402
5	**0,561**	-0,140	-0,171	0,241	0,421
6	**0,724**	-0,167	-0,070	-0,217	0,604
7	0,372	0,144	0,215	**0,725**	0,731
8	***0,451***	0,439	-0,359	0,359	0,654
9	**0,617**	0,214	0,088	-0,014	0,435
10	0,414	***0,446***	0,297	-0,013	0,459
11	0,447	0,060	**-0,624**	-0,146	0,615
12	0,419	**0,600**	0,117	-0,458	0,760
Variância	25,17%	12,98%	9,63%	8,74%	56,53%

Tabela 15 - Solução não rotacionada com 3 fatores

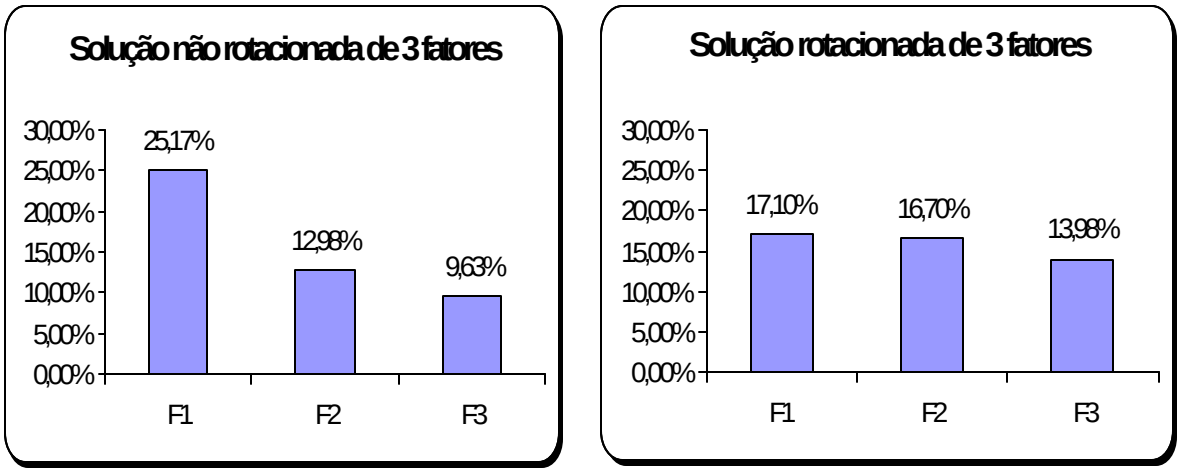
Item CHQ	Sem rotação			Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
1	**0,592**	-0,044	0,370	0,490
2	0,398	**-0,464**	0,440	0,567
3	0,468	**-0,517**	-0,327	0,593
4	0,431	**-0,451**	0,093	0,398
5	**0,561**	-0,140	-0,171	0,363
6	**0,724**	-0,167	-0,070	0,557
7	***0,372***	0,144	0,215	0,206
8	**0,451**	0,439	-0,359	0,525
9	**0,617**	0,214	0,088	0,434
10	0,414	***0,446***	0,297	0,459
11	0,447	0,060	**-0,624**	0,593
12	0,419	**0,600**	0,117	0,550
Variância	25,17%	12,98%	9,63%	47,78%

O primeiro fator gerado, para a solução de 4 e 3 fatores, apresentou somente cargas positivas (unipolar) enquanto os outros fatores são bipolares, com cargas positivas e negativas. Tanto as cargas positivas como as negativas acima de 0,5 foram consideradas significativas para cada fator. Na solução de 4 fatores, os itens CHQ-8 e CHQ-10 não alcançaram o valor pré-fixado de 0,5, mas a sua carga fatorial foi a maior entre os vários componentes (fator 1 e 2). Já na solução de 3 fatores, o item CHQ-7 e novamente o CHQ-10 tiveram carga fatorial menor que 0,5, contribuindo respectivamente para o fator 1 e 2.

Submetemos essas matrizes de correlação à rotação, para facilitar a interpretação do seu significado. Uma rotação é uma redefinição dos fatores, eliminando as cargas desprezíveis (próximas ao zero) e muito altas (próximas a + 1,0 ou – 1,0). Ilustramos a redistribuição da variância total explicada para a solução de 3 fatores após a rotação ortogonal na Figura 4. Os fatores não rotacionados apresentavam grandes diferenças de variância, no entanto, esta diferença passou a ser pequena após o procedimento de rotação.

Deve-se notar que a variância total permaneceu inalterada, explicando 47,78% da variabilidade dos dados.

Figura 4 - Redistribuição das variâncias explicadas por cada fator antes e após a rotação ortogonal da solução de 3 fatores



Há vários métodos de rotacionar os fatores retidos, com a finalidade de mostrar uma estrutura mais simples para explicar a solução gerada. Pressupondo a não correlação entre os fatores, executamos a rotação ortogonal, pelo método varimax.

Na solução rotacionada com 4 fatores (Tabela 16), o item 1 teve carga fatorial nos fatores 1 e 2 e o item 5 alcançou a maior carga (0,415) entre os 4 fatores, sendo importante para o fator 3. Além disso, os itens 3, 6 e 8 tiveram cargas importantes (> 0,4) em mais de um fator.

Na solução rotacionada com 3 fatores (Tabela 17), novamente os itens 5 e 7 não alcançaram o nível de 0,5, mas foram os mais importantes para os fatores 2 e 3. Apesar da solução de 4 fatores apresentar maior variância explicada 56,63% e indicar melhor ajustamento ao modelo (comunalidade de 0,40 a 0,76), julgamos que a solução de 3 fatores é a mais simples e elegante (variância explicada de 47,78%, comunalidades variando de 0,206 a 0,593%), mostrando melhor a estrutura de independência entre os vários fatores.

Tabela 16 - Solução rotacionada com 4 fatores

Item CHQ-12	Rotação Varimax				Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	
tem sentido dor de cabeça ou pressão na cabeça?	**0,523**	**0,507**	0,037	0,027	0,532
tem sentido palpitação cardíaca ou coração mais acelerado, está preocupado que poderia estar enfartando?	**0,739**	0,067	-0,117	0,050	0,567
tem sentido desconforto ou sensação de aperto no peito?	0,491	-0,150	**0,580**	-0,066	0,603
tem sentido que as mãos e os pés estão trêmulos ou anestesiados?	**0,597**	-0,051	0,179	0,106	0,402
tem tido sono perturbado?	0,325	0,059	***0,415***	0,374	0,421
tem achado que tudo constitui uma carga para você?	***0,495***	0,352	0,485	0,017	0,604
tem se relacionado bem com a sua família, amigos e parentes?	0,165	0,077	-0,102	**0,829**	0,731
tem perdido a confiança em você mesmo?	-0,236	0,260	0,445	**0,577**	0,654
tem se sentido nervoso, tenso e inseguro?	0,223	**0,512**	0,234	0,261	0,435
tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?	0,034	**0,622**	-0,068	0,256	0,459
11. tem se preocupado com os seus familiares, parentes ou amigos?	-0,060	0,126	**0,771**	0,016	0,615
12. tem sentido que a vida é completamente sem esperança?	-0,134	**0,843**	0,136	-0,113	0,760
Porcentagem da variância explicada	16,02%	15,53%	13,93%	11,05%	**Total**: 56,53%

Tabela 17 - Solução rotacionada com 3 fatores

Item CHQ-12	Rotação Varimax			Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
1. tem sentido dor de cabeça ou pressão na cabeça?	**0,507**	0,483	-0,003	0,490
2. tem sentido palpitação cardíaca ou coração mais acelerado, está preocupado que poderia estar enfartando?	**0,718**	0,112	-0,196	0,567
3. tem sentido desconforto ou sensação de aperto no peito?	**0,558**	-0,212	0,486	0,593
4. tem sentido que as mãos e os pés estão trêmulos ou anestesiados?	**0,620**	-0,008	0,116	0,398
5. tem tido sono perturbado?	0,388	0,166	***0,431***	0,363
6. tem achado que tudo constitui uma carga para você?	**0,538**	0,289	0,430	0,557
7. tem se relacionado bem com a sua família, amigos e parentes?	0,187	***0,412***	0,025	0,206
8. tem perdido a confiança em você mesmo?	-0,162	0,411	**0,574**	0,525
9. tem se sentido nervoso, tenso e inseguro?	0,244	**0,551**	0,267	0,434
10. tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?	0,017	**0,677**	0,000	0,459
11. tem se preocupado com os seus familiares, parentes ou amigos?	0,030	0,038	**0,769**	0,593
12. tem sentido que a vida é completamente sem esperança?	-0,150	**0,707**	0,166	0,550
Porcentagem da variância explicada	17,10%	16,7%	13,98 %	**Total**: 47,78%

Para facilitar a interpretação, agrupamos os itens de CHQ-12 que formaram fatores independentes. As cargas fatoriais menores que 0,4 foram suprimidas para melhorar a visualização (Tabela 18).

As comunalidades são índices atribuídos às variáveis originais que expressam, em termos percentuais, o quanto da variabilidade de cada variável é explicada pelo modelo estimado. Quanto mais próximas de 1 estiverem as comunalidades, melhor será o ajustamento ao modelo da análise fatorial. Os itens mais bem explicados pela solução rotacionada de 3 fatores foram CHQ-3 (“desconforto ou aperto no peito”) e CHQ-11 (“preocupação com familiares”), ambos com comunalidade de 59%. O pior item foi CHQ-7 (“relacionamento com a família”), o qual explica apenas 21% da variabilidade dos dados.

Numa primeira inspeção, notamos que os itens CHQ-7 e CHQ-5 (sono perturbado) tiveram carga fatorial menor que 0,5. Entretanto, foram retidos por apresentarem a maior carga entre os 3 fatores. Observamos que os seus respectivos valores de comunalidade também foram baixos (0,206 e 0,363), indicando um fraco ajustamento ao modelo.

Tabela 18 – Solução rotacionada com 3 fatores, itens agrupados

Item CHQ-12	Rotação Varimax			Comunalidade
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
2. tem sentido palpitação cardíaca ou coração mais acelerado, está preocupado que poderia estar enfartando?	**0,718**			0,567
4. tem sentido que as mãos e os pés estão trêmulos ou anestesiados?	**0,620**			0,398
3. tem sentido desconforto ou sensação de aperto no peito?	**0,558**		0,486	0,593
6. tem achado que tudo constitui uma carga para você?	**0,538**		0,430	0,557
1. tem sentido dor de cabeça ou pressão na cabeça?	**0,507**	0,483		0,490
12. tem sentido que a vida é completamente sem esperança?		**0,707**		0,550
10. tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?		**0,677**		0,459
9. tem se sentido nervoso, tenso e inseguro?		**0,551**		0,434
7. tem se relacionado bem com a sua família, amigos e parentes?		***0,412***		0,206
11. tem se preocupado com os seus familiares, parentes ou amigos?			**0,769**	0,593
8. tem perdido a confiança em você mesmo?		0,411	**0,574**	0,525
5. tem tido sono perturbado?			***0,431***	0,363
Porcentagem da Variância Explicada	17,10 %	16,70 %	13,98 %	Variância total: 47,78 %
Consistência Interna: a de Cronbach	0,698	0,744	0,720	Coeficiente α Total = 0,71

Claramente, o primeiro fator agrupa os sintomas somáticos (CHQ-2, CHQ-4, CHQ-3, CHQ-6, CHQ-1). Este fator é bastante robusto (comunalidades > 0,5) e consistente (α de

Cronbach = 0,70) e explicaria 17,1% da variância total. Entretanto, deve ser ressaltada a associação do item CHQ-6 ("tudo constitui uma carga para você?") neste fator somático.

No segundo fator agregam-se os itens indicativos de depressão/ansiedade, contendo itens como "vida completamente sem esperança"(CHQ-12), "tem se sentido esperançoso em relação ao futuro"(CHQ-10) e "tem se sentido nervoso, tenso e inseguro" (CHQ-9). Curiosamente, os itens "dor de cabeça ou pressão na cabeça" (CHQ-1) e "tem se relacionado bem com a sua família, amigos e parentes"(CHQ-7) tiveram carga fatorial importante (4,83 e 4,12) neste fator depressivo. Este fator explicaria 16,7% da variância total e a comunalidade dos seus itens variou entre 0,43 a 0,55, com um coeficiente α de 0,744.

O terceiro fator gerado é responsável por 14% da explicação da variância total. É formado pelos itens CHQ-11 ("tem se preocupado com os seus familiares, parentes ou amigos"), CHQ-8 ("tem perdido confiança em você mesmo") e CHQ-5 ("tem tido sono perturbado"). Embora este último item não obtivesse carga fatorial acima de 0,5, a "perturbação de sono" obteve a maior carga entre os 3 fatores. Além disso, notamos que os itens CHQ-3 e CHQ-6 também tiveram carga importante neste fator. A "preocupação" é o item mais importante deste fator. O conjunto dos itens deste fator lembra em muito um quadro de desconforto culturalmente específico dos chineses, conhecido como "*fan nao*", onde o excesso de intranqüilidade gera pensamento incessantes, podendo perturbar o sono, apresentar sintomas somáticos. O coeficiente α deste fator foi 0,72 e as comunalidades maiores que 0,5.

Executamos também a rotação oblíqua (método oblimin) para as soluções de 3 e 4 fatores, vários estudos anteriores com GHQ-12 encontraram fatores altamente correlacionados entre si (Vázquez-Barquero et al., 1988; Gureje, 1991; Graetz, 1991; Politi et al., 1994). No entanto, os resultados obtidos foram de difícil interpretação e os fatores gerados apresentaram fraca correlação. Deixamos de apresentar os dados da rotação oblíqua nesta seção, os quais podem ser encontrados no **Anexo B,** no final deste volume.

5.4. Perfil sintomatológico no SCAN

A entrevista semi-estruturada SCAN foi adotada como critério padrão para a avaliação da validade concorrente do CHQ-12. Foram feitas ao todo 25 entrevistas da amostra-piloto de 58 sujeitos. Para controlar o possível viés de informação, foram comparados o perfil sociodemográfico daqueles sujeitos que aceitaram ser entrevistados (n = 25) e os que não foram entrevistados (n = 33). Aplicados os testes de χ^2 e de Fisher, não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa quanto às variáveis sociodemográficas. A análise completa desta comparação se encontra na seção **Anexo C**.

Devido ao pequeno número de entrevistas completadas, as análises referentes ao SCAN são descritivas, mostrando os seus diagnósticos, perfil sintomatológico e a relação com CHQ-12 (Tabela 19). Uma forma alternativa de visualizar a relação entre CHQ e SCAN-ID já foi apresentada na Figura 2 .

Dentro do sistema SCAN, é atribuída uma nota aos sintomas relatados pelos respondentes e a sua somatória é mostrada na coluna "pontuação no SCAN". Devido à diferença de gravidade psicopatológica vista dentro desse sistema, aquele sujeito com pontuação alta no SCAN não receberá necessariamente um alto índice de definição, tampouco terá pontuado alto pelo CHQ-12. Inicialmente, observamos que a maioria dos sujeitos tiveram índice de definição baixo pelo SCAN, ficando ao nível de 2 ou 3 (casos suspeitos). Aqueles respondentes (10, 27 e 45) com diagnóstico de transtorno depressivo maior (reação depressiva e episódio depressivo) alcançaram índice de definição 5 (casos prováveis).

Um achado interessante é a predominância quase que total de transtornos do tipo afetivo (distimia e depressão) entre os sujeitos que receberam diagnóstico pela CID-10. A presença de distimia sugere que esses sujeitos estão cronicamente disfuncionais, pois exige-se para o seu diagnóstico que os sintomas tenham uma duração maior que 2 anos. Para a CID-10, o diagnóstico de distimia equivale ao antigo rótulo de depressão neurótica (OMS 1993).

Tabela 19 – Pontuações dos sujeitos por CHQ-12, SCAN, SCAN-ID e diagnósticos

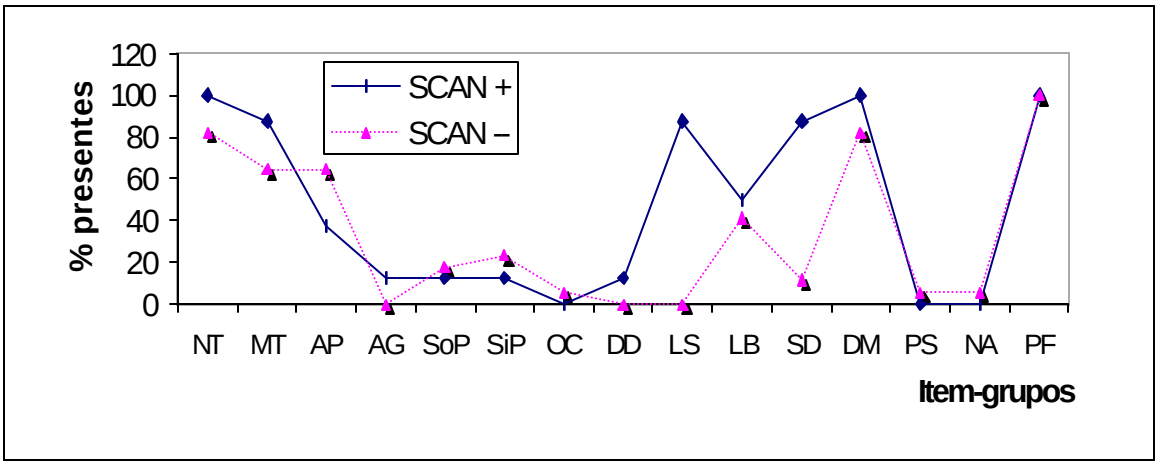
No.	Sexo/ Idade	CHQ-12	Pontuação no CHQ	Diagnóstico CID-10 do CATEGO	Pontuação no SCAN	ID
003	M/ 33	Negativo	1	---	45	2
005	F/ 30	Positivo	7	Distimia	24	3
008	M/ 52	Negativo	1	---	13	2
010	M/ 20	Negativo	1	Episódio depressivo + Reação depressiva prolongada, com ansiedade	20	5
012	F/ 16	Positivo	3	---	16	2
013	F/ 23	Negativo	1	Insônia não orgânica	18	2
015	M/ 29	Negativo	2	---	17	2
018	M/ 18	Negativo	2	Distimia + Insônia não orgânica	26	3
019	F/ 25	Negativo	1	Insônia não orgânica	19	3
020	F/ 28	Positivo	3	Distimia + Agorafobia + Insônia não orgânica	29	3
021	M/ 20	Negativo	1	Insônia não orgânica	15	2
022	F/ 31	Positivo	5	---	34	3
023	M/ 27	Positivo	5	Distimia + Insônia não orgânica	23	3
024	M/ 44	Negativo	2	Insônia não orgânica	16	2
025	M/ 28	Positivo	5	---	7	2
027	M/ 34	Positivo	3	Distimia + Episódio depressivo	42	5
028	F/ 48	Negativo	0	Insônia não orgânica	14	2
040	F/ 26	Negativo	0	Insônia não orgânica	15	2
043	F/ 41	Positivo	8	---	11	2
044	F/ 23	Negativo	2	---	17	2
045	F/ 31	Positivo	8	Distimia + Episódio depressivo	28	5
047	M/39	Positivo	9	---	6	2
048	F/ 36	Negativo	0	---	6	2
049	F/ 35	Positivo	3	Distimia + Insônia não orgânica	27	3
050	M/ 44	Negativo	0	---	5	2

Outro fato digno de nota é o excesso de sujeitos que tiveram diagnóstico de "insônia não orgânica" (*n* = 10). A insônia é um sintoma inespecífico que acompanha muitos transtornos psiquiátricos. É também uma das características da neurastenia e parece evoluir de forma crônica, juntamente com outros sintomas definidores. No entanto, quando incluimos o diagnóstico de "insônia" na avaliação concorrente de CHQ-12, os indicadores de validade de critério apresentaram um fraco desempenho (**Anexo D**). Quando excluímos a categoria "insônia não-orgânica" dos diagnósticos da entrevista SCAN, os índices de validade de CHQ-12 melhoraram consideravelmente (Tabela 12). Estes resultados sugerem a incapacidade do CHQ de detectar sintomas de maior duração.

Apresentamos a seguir o perfil sintomatológico dos sujeitos entrevistados pelo SCAN, de acordo com a presença de sintoma nos item-grupos (IG) gerados pelo CATEGO (Figura 5). Os IG formam uma lista de sintomas que avalia a gravidade do desconforto psicológico e a incapacitação concomitante. Os idealizadores do SCAN (WHO 1992) alertam que os item-grupos não são síndromes clínicas, nem devem ser traduzidos diretamente para os diagnósticos da CID-10. Os sintomas constituintes de cada item-grupo estão listados na seção **Apêndice C**.

Visualmente (Figura 5), constatamos imediatamente que os sujeitos classificados como positivos ou negativos pela entrevista SCAN apresentam um perfil sintomatológico muito semelhante. Os sintomas ansiosos inespecíficos como tensão nervosa (NT), tensão muscular (MT) e humor depressivo (DM) foram freqüentes e indistingüíveis entre os dois grupos. Entretanto, os item-grupos "mau funcionamento subjetivo" (LS) e "características especiais de humor depressivo" (SD) foram estatisticamente diferentes para o grupo de casos positivos do SCAN ($p < 0{,}005$).

Figura 5 - Síndromes dos item-grupos do SCAN/CATEGO-5 presentes em 8 sujeitos SCAN-positivos e 17 SCAN-negativos.



NT, Tensão nervosa; MT, Tensão muscular, AP, Ansiedade autonômica e pânico; AG, Agorafobia; SoP, Fobia social; SiP, Fobia simples específica; OC, Obsessão e compulsão; DD, Depersonalização e desrealização; LS, Mau funcionamento subjetivo; LB, Mau funcionamento corporal; SD, Humor depressivo, características especiais, DM, Humor depressivo, PS, Sintomas psicóticos não-específicos; AN, anorexia; PF, Funcionamento positivo.

Para mostrar as mesmas informações, dispomos os item-grupos em forma de tabela, com a freqüência de cada sub-amostra (Tabela 20). O IG 9 "mau funcionamento subjetivo" (LS) engloba sintomas como perda de concentração, dificuldade de pensar claramente, perda de interesse, retardo subjetivo, perda de energia, perda de capacidade de lidar os problemas, esquecer nomes de pessoas íntimas e problemas subjetivos de memória com os seus mecanismos compensatórios. Esta descrição remete à idéia de enfraquecimento global, com sintomas vagos atingindo várias áreas de funcionamento.

O IG 11 "características especiais do humor depressivo" (SD) requer para a sua pontuação a presença de sintomas como sentimento de perda de sentimento, depressão não remitente, depressão matutina, preocupação com catástrofe, culpa patológica, idéias de referência (com culpa), perda de auto-estima e distorções perceptivas. Muitos desses sintomas indicam a cronicidade destas vivências, com predomínio de sintomas cognitivos de auto-acusação e baixa auto-estima.

Tabela 20 - Perfil sintomatológico comparativo por item-grupo gerado pelo SCAN/CATEGO-5, entre sujeitos SCAN-positivos e SCAN-negativos.

No.	Síndrome do Item-grupo por CATEGO-5	SCAN + (%) *n* = 8	SCAN – (%) *n* = 17	TOTAL (%) *n* = 25
01	Tensão Nervosa (NT)	8/8 (100)	14/17 (82,4)	22/25 (88)
02	Tensão Muscular (MT)	7/8 (87,5)	11/17 (64,7)	18/25 (72)
03	Ansiedade autonômica e pânico (AP)	3/8 (37,5)	11/17 (64,7)	14/25 (56)
04	Agorafobia (AG)	1/8 (12,5)	0/0 (0)	1/25 (4)
05	Fobia Social (SoP)	1/8 (12,5)	3/17 (17,6)	4/25 (16)
06	Fobia simples específica (SiP)	1/8 (12,5)	4/17 (23,5)	5/25 (20)
07	Obsessão e compulsão (OC)	0/0 (0)	1/17 (5,9)	1/25 (4)
08	Depersonalização e desrealização (DD)	1/8 (12,5)	0/0 (0)	1/25 (4)
09	Mau funcionamento subjetivo (LS) *	7/8 (87,5)	0/0 (0)	7/25 (28)
10	Mau funcionamento corporal (LB)	1/8 (12,5)	7/17 (41,2)	8/25 (32)
11	Humor depressivo, caracaterísticas especiais (SD) **	7/8 (87,5)	2/17 (11,8)	9/25 (36)
12	Humor depressivo (DM)	8/8 (100)	14/17 (82,4)	22/25 (88)
23	Sintomas psicóticos não-específicos (PS)	0/0 (0)	1/17 (5,9)	1/25 (4)
55	Anorexia (AN)	0/0 (0)	1/17 (5,9)	1/25 (4)
68	Funcionamento positivo (PF)	8/8 (100)	17/17 (100)	25/25 (100)

* χ^2 = 20,66; gl = 1; $p < 0,005$
** χ^2 = 13,54; gl = 1; $p < 0,005$

Os dados apresentados acima nos permitem descrever um quadro de longa duração, com ocorrência concomitante de insônia, mau funcionamento subjetivo, tensão nervosa, tensão muscular e humor depressivo. Estes sintomas preenchem exatamente os critérios propostos pelos psiquiatras chineses para os quadros neurastênicos (Tabela 7).

5.5. Sintomas físicos

As queixas físicas dos respondentes foram categorizadas em alto, médio e baixo (Tabela 21), conforme média e desvio-padrão: 13,0 ± 3,77 (13,3%); 4,14 ± 1,91 (72,5%); e 0,83 ± 0,38 (14,2%). Os critérios de corte para as categorias alto, médio e baixo foram, respectivamente: > 8,85; 1,84 a 8,84; e < 1,83 queixas físicas. Pode-se afirmar de que

maioria (72,5%) dos sujeitos apresentaram entre 2 a 8 queixas e 13% tiveram de 9 a 19 queixas somáticas.

Tabela 21 – Medidas descritivas dos sintomas físicos, segundo a classificação alto, médio e baixo

Categoria	n	%	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Alto	28	13,3	9,0	19,0	11,0	13,00	3,77
Médio	153	72,5	2,0	8,0	4,0	4,14	1,91
Baixo	30	14,2	0,0	1,0	1,0	0,83	0,38

Quando aplicamos o teste *t* para avliar a associação de queixas somáticas com sexo e pontuação no CHQ-12 (Tabela 22), aqueles sujeitos com alta pontuação no CHQ foram estatisticamente associados ao maior número de queixas somáticas (t = -0,290; gl = 64,1; p <0,01). Quando categorizamos a variável "Sintomas Físicos" em alto, médio e baixo (Tabela 23), novamente se verificou a mesma significância estatística (χ^2 = 2,404; gl=2; p < 0,005).

Tabela 22 – Medidas descritivas dos sintomas físicos, segundo sexo e CHQ-12

Variável	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	Teste *t*
Sexo							
Feminino	120	0,0	19,0	4,0	4,93	3,96	n.s.
Masculino	88	0,0	19,0	3,5	4,86	4,09	
CHQ-12							t = -2,90
Negativo	164	0,0	19,0	3,0	4,37	3,70	gl = 64,1
Positivo	47	0,0	19,0	6,0	6,49	4,59	p=0,0051
Total	211	0,0	19,0	4,0	4,84	4,00	

Tabela 23 – Distribuição de frequências dos sintomas físicos, segundo sexo e CHQ-12

Variável	Categoria	SEXO				Total		Teste c^2	Teste Exato de Fischer
		Feminino		Masculino					
		n	%	n	%	n	%		
Sintomas Físicos	Alto	15	12,5	13	14,8	28	13,5	n.s.	n.s.
	Médio	88	73,3	64	72,7	152	73,0		
	Baixo	17	14,2	11	12,5	28	13,5		
	Total	120	100,0	88	100,0	208	100,0		
		CHQ-12							
		Negativo		Positivo					
		n	%	n	%				
Sintomas Físicos	Alto	15	9,1	13	27,7	28	13,3	$\chi^2 = 2,404$; gl=2; p=0,0020	p=0,0034
	Médio	122	74,4	31	65,9	153	72,5		
	Baixo	27	16,5	3	6,4	30	14,2		
	Total	164	100,0	47	100,0	211	100,0		

Na análise univariada dos sintomas físicos, os seguintes sintomas foram significativos, com $p < 0,05$: “dor de cabeça”, “outra dor”, “pressão baixa”, “audição fraca”, “espinha”, “pinta”, “sudores excessiva”; e com $p < 0,005$: “ganho ou perda de peso“ e “edema”. A análise completa da distribuição dos sintomas físicos (56 variáveis) se encontra na seção **Anexo E**.

Agrupamos os sintomas relatados de acordo com aparelho (Tabela 24) e verificamos que somente os grupos dos “sintomas dermatológicos” ($\chi^2 = 16,476$; gl = 3; $p < 0,005$) e “outros sintomas” ($\chi^2 = 18,271$; gl = 2; $p < 0,0001$) foram significativamente associados à pontuação alta no CHQ-12.

Tabela 24 – Distribuição de frequências dos sintomas físicos agrupados por aparelho, segundo CHQ-12

Variável	Categoria	CHQ-12 Negativo *n*	(%)	CHQ-12 Positivo *n*	(%)	Total *n*	(%)	Teste χ^2	Teste de Fischer
Dores	0	43	(26)	11	(23)	54	(26)		
	1	79	(48)	22	(47)	101	(48)		
	2	35	(21)	9	(19)	44	(21)	n.s.	
	3	6	(4)	2	(4)	8	(4)		
	4	1	(1)	3	(6)	4	(2)		
Aparelho Digestivo	0	83	(51)	22	(47)	105	(50)		
	1	67	(41)	16	(34)	83	(39)	n.s.	
	2	14	(9)	9	(19)	23	(11)		
Aparelho Circulatório	0	108	(66)	24	(51)	132	(63)		
	1	50	(30)	21	(45)	71	(34)	n.s.	
	2	6	(4)	2	(4)	8	(4)		
Ap. Gênito-Urinário	0	151	(92)	40	(85)	191	(91)	n.s.	
	1	13	(8)	7	(15)	20	(9)		
Sistema Neurológico	0	135	(82)	32	(68)	167	(79)		
	1	24	(15)	12	(26)	36	(17)	n.s.	
	3	5	(3)	3	(6)	8	(4)		
Olhos Ouvido Nariz Garganta	0	79	(48)	15	(32)	94	(45)		
	1	68	(41)	26	(55)	94	(45)		
	2	4	(2)	3	(6)	7	(3)	n.s.	
	3	10	(6)	2	(4)	12	(6)		
	4	3	(2)	1	(2)	4	(2)		
Pele	0	88	(54)	13	(28)	101	(48)	χ^2 = 16,476; gl=3 p = 0,0009	Fisher p< 0,0001
	1	62	(38)	21	(45)	83	(39)		
	2	9	(5)	7	(15)	16	(8)		
	3	5	(3)	6	(13)	11	(5)		
Aparelho Respiratório	0	104	(63)	27	(57)	131	(62)		
	1	49	(30)	12	(26)	61	(29)		
	2	4	(2)	3	(6)	7	(3)	n.s.	
	3	6	(4)	2	(4)	8	(4)		
	4	1	(1)	3	(6)	4	(2)		
Outros Sintomas	0	121	(74)	19	(40)	140	(66)	χ^2 =18,271; gl=2 p = 0,0001	Fisher p< 0,0001
	1	41	(25)	27	(57)	68	(32)		
	2	2	(1)	1	(2)	3	(1)		
	Total	164	(100)	47	(100)	211	(100)		

Parece compreensível que numa amostra predominantemente constituída de estudantes, solteiros e mulheres tenha mais queixas de “espinha e pinta” (p < 0,001). No entanto, a presença de sintomas inespecíficos como “edema” e “perda ou ganho de peso” também foram fontes de preocupação desta amostra (p < 0,0001).

5.6. Eventos vitais

A nossa Escala de Eventos Vitais foi adaptada da Escala de Reajustamento Social de Holmes & Rahe (1967) e contém uma lista de eventos estressantes possivelmente envolvidos no estado psíquico atual do indivíduo. Na nossa amostra, os sujeitos foram classificados em 3 grupos de acordo com a média e desvio-padrão do grupo total. Os critérios de classificar os sujeitos em categorias de alto, médio e baixo foram: apresentar 5,18 ± 1,50 (10,4 %); 1,59 ± 0,70 (50,2%); e 0,0 ± 0,0 (39,3%) eventos vitais no último ano (Tabela 25). A maioria relatou pouco (até 3) ou nenhum evento estressante no último ano (89,5%). Mostramos na Tabela 26 que não houve diferença quanto ao número de eventos relatados por homens ou mulheres, no entanto, aqueles sujeitos com pontuação alta no CHQ-12 passaram significativamente por mais eventos vitais do que aqueles com pontuação baixa (t = - 2,80; gl = 60,2; $p < 0,01$).

Tabela 25 – Medidas descritivas dos eventos-vitais, segundo a classificação alto, médio e baixo

Categoria	n	%	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Alto (> 3)	22	10,4	4,0	9,0	4,5	5,18	1,50
Médio (1 a 3)	106	50,2	1,0	3,0	1,0	1,59	0,70
Baixo (0)	83	39,3	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
TOTAL	211	100	0,0	9,0	1,00	1,47	1,67

Tabela 26 – Medidas descritivas dos eventos vitais, segundo sexo e CHQ-12

	n	%	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	Teste *t*
Sexo								
Feminino	120	57,7	0,0	7,0	1,0	1,23	1,54	n.s.
Masculino	88	42,3	0,0	9,0	1,0	1,47	1,83	
CHQ-12								*t* = -2,80
Negativo	164	77,7	0,0	9,0	1,0	1,14	1,48	gl= 60,2
Positivo	47	22,3	0,0	8,0	2,0	2,04	2,06	*p*=0,0069

Combinando as variáveis categorizadas de eventos vitais, sexo e pontuação no CHQ-12, não foram verificadas diferenças quanto ao sexo, mas persistiram diferenças significativas em relação à pontuação no CHQ-12 (χ^2 = 7,816; gl = 2; $p <$ 0,05).

Tabela 27 – Distribuição de freqüências dos eventos vitais, segundo sexo e CHQ-12

Variável		SEXO				Total		
		Feminino		Masculino				
		n	%	*n*	%	*n*	%	
Eventos Vitais	Alto	9	7,5	12	13,6	21	10,1	Teste χ^2 n.s.
	Médio	59	49,2	45	51,1	104	50,0	
	Baixo	52	43,3	31	35,2	83	39,9	
	Total	120	100,0	88	100,0	208	100,0	
Eventos Vitais		**CHQ-12**						
		Negativo		**Positivo**				
		n	%	*n*	%			
	Alto	12	7,3	10	21,3	22	10,5	χ^2 = 7,816, gl = 2, *p* = 0,0201
	Médio	84	51,2	22	46,8	106	50,2	
	Baixo	68	41,5	15	31,9	83	39,3	
	Total	164	100,0	47	100,0	211	100,0	

Na análise univariada dos eventos vitais, os seguintes eventos foram estressores significativos no último ano, considerando um nível de significância de $p < 0,05$: "dívidas" e "mudança de atividades recreativas"; de $p < 0,005$: "mudança de hábitos pessoais" e "mudança de atividades sociais"; e de $p < 0,0005$ para "perdas financeiras". A análise completa da distribuição univariada dos eventos vitais (26 variáveis) se encontra na seção **Anexo F**.

Na verdade, estes eventos podem ser agrupados segundo duas fontes de estresse: "dificuldades pessoais" e "problemas financeiros". Ambos foram bastante significativos, com teste de $\chi^2 = 13,298$, gl=5, $p < 0,005$ para as dificuldades pessoais; e $\chi^2 = 20,358$, gl=2, $p < 0,0001$ para os problemas financeiros (Tabela 28). O significado deste resultado deve ser examinado no contexto da cultura chinesa dos sujeitos da amostra.

Tabela 28 – Distribuição de frequências dos eventos vitais agrupados por fonte de estresse, segundo CHQ-12

Categoria	No. de eventos	CHQ-12 Negativo *n*	(%)	CHQ-12 Positivo *n*	(%)	Total *n*	(%)	Teste χ^2	Teste Exato de Fischer
Trabalho	0	146	(89)	41	(87)	187	(89)	n.s.	n.s.
	1	15	(9)	5	(11)	20	(9)		
	2	2	(1)	1	(2)	3	(1)		
	3	1	(1)	0	(0)	1	(0)		
Perda de Suporte Social	0	145	(88)	40	(85)	185	(88)	n.s.	n.s.
	1	17	(10)	7	(15)	24	(11)		
	2	2	(1)	0	(0)	2	(1)		
Família	0	135	(82)	35	(74)	170	(81)	n.s.	n.s.
	1	28	(17)	10	(21)	38	(18)		
	2	0	(0)	2	(4)	2	(1)		
	3	1	(1)	0	(0)	1	(0)		
Mudança de Ambiente	0	130	(79)	38	(81)	168	(80)	n.s.	n.s.
	1	29	(18)	7	(15)	36	(17)		
	2	5	(3)	2	(4)	7	(3)		
Dificuldades Pessoais	0	124	(76)	26	(55)	150	(71)	$\chi^2 = 13,298$; gl=5 $p = 0,0207$	Fisher $p=0,0125$
	1	28	(17)	10	(21)	38	(18)		
	2	7	(4)	7	(15)	14	(7)		
	3	3	(2)	2	(4)	5	(2)		
	4	1	(1)	2	(4)	3	(1)		
	5	1	(1)	0	(0)	1	(0)		
Finanças	0	152	(93)	32	(68)	184	(87)	$\chi^2 = 20,398$; gl=2; $p < 0,0001$	Fisher $p < 0,0001$
	1	10	(6)	11	(23)	21	(10)		
	2	2	(1)	4	(9)	6	(3)		
	Total	164	(100)	47	(100)	211	(100)		

5.7. Inventário de depressão de Beck (BDI)

Foi calculado para BDI o coeficiente α de Cronbach 0,8177 e duas metades de Guttman 0,7134. Foram excluídos da análise 6 sujeitos (14, 16, 43, 59, 60 e 61) que não responderam nenhuma ou poucas questões.

Beck et al. (1988) recomendam os seguintes pontos de corte para os pacientes previamente diagnosticados com depressão: < 10 sem depressão ou depressão mínima; 10 a 18 depressão leve a moderada; 19-29 depressão moderada a grave; e 30-63 depressão grave. Entretanto, para amostras não diagnosticadas, Kendall et al. (1987) recomendam usar o seguinte critério: pontuação abaixo de 15 para pessoas normais, de 15-20 para disforia e acima de 20 para depressão. Calculamos a distribuição da pontuação pelo BDI, através de média e desvio padrão, de acordo com a categorização alto, médio e baixo: 24,5 ± 1,60 (4%); 17,83 ± 1,75 (6%); e 5,28 ± 2,98 (90%). A maioria (90%) dos sujeitos da amostra se concentrou no estrato BDI baixo (Tabela 29).

Tabela 29 – Medidas descritivas do BDI, segundo a classificação alto, médio e baixo

Categoria	*n*	%	Mínimo	Máximo	Media	Média	DP
Alto	8	4%	23	27	24,00	24,50	1,60
Médio	12	6%	16	21	17,50	17,83	1,75
Baixo	188	90%	0	15	4,00	5,28	3,98

A pontuação de BDI também foi comparada quanto ao efeito do sexo e CHQ. Enquanto não houve diferença quanto ao efeito de sexo, os sujeitos com pontuação alta de CHQ foram significativamente diferentes daqueles de pontuação baixa (Tabela 30). Este efeito tornou-se mais evidente ainda quando comparamos os dois grupos de acordo com a categorização do BDI. (Tabela 31), 7 em 8 sujeitos com provável transtorno mental (CHQ positivos) tiveram pontuação alta no BDI (χ^2 = 59,250, gl=2, p< 0,0001).

Tabela 30 – Medidas descritivas do BDI, segundo Sexo e CHQ-12

	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	Teste *t*
SEXO							
Femino	118	0	27	5	7,01	6,10	n.s.
Masculino	87	0	24	5	6,61	5,84	
CHQ-12							
Negativo	162	0	24	4	4,9	4,0	t = -7,77; gl = 53,4
Positivo	46	1	27	13	13,4	7,1	p < 0,0001

Tabela 31 – Distribuição de frequências do BDI, segundo sexo e CHQ-12

Categoria	SEXO				Total		Teste c^2	Teste Exato de Fischer
	Feminino		Masculino					
	n	%	*n*	%	*n*	%		
Depressão	5	4%	4	5%	9	5%	n.s.	n.s.
Disforia	9	8%	2	2%	11	5%		
Normal	104	88%	81	93%	185	90%		
Total	118	100%	87	100%	205	100%		

Categoria	CHQ-12				Total		Teste c^2	Teste Exato de
	Negativo		Positivo					
	n	%	*n*	%	*n*	%		
Alto	1	0,6%	7	15,2%	8	3,8%	χ^2 = 59,250; gl=2	
Médio	1	0,6%	11	23,9%	12	5,8%		
Baixo	160	98,8%	28	60,9%	188	90,4%		
Total	162	100,0	46	100,0%	208	100,0%		

5.8. Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)

Foram excluídos da análise 6 sujeitos (8, 53, 59, 60, 61, 64) que responderam este questionário de forma incompleta. Calculamos a distribuição da pontuação do IDATE através de média e desvio padrão, de acordo com a categorização alto, médio e baixo: 52,27

± 1,97 (18%); 45,92 ± 1,81 (63%); e 40,76 ± 1,37 (20%). Portanto, a maioria (63%) dos sujeitos pontuou na categoria média, quanto ao IDATE (Tabela 32).

Tabela 32 – Medidas descritivas do IDATE, segundo a classificação alto, médio e baixo

Categoria	*n*	%	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Alto	37	18%	50	57	52	52,27	1,97
Médio	130	63%	43	49	46	45,92	1,81
Baixo	41	20%	35	42	41	40,76	1,37

Não observamos diferenças no IDATE quando comparamos em relação ao efeito do sexo e CHQ (Tabela 33). Verificamos que somente os sujeitos que apresentaram pontuação alta no IDATE se associaram significativamente à probabilidade de ser CHQ positivos (Tabela 34). Além disso, a pontuação alta no IDATE se associa ao fato de também pontuar alto no BDI (Tabela 35).

Tabela 33 – Medidas descritivas do IDATE, segundo Sexo e CHQ-12

	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	Teste *t*
SEXO							
Femino	119	35	56	46	45,93	4,03	n.s.
Masculino	86	40	57	46	46,22	3,87	
CHQ-12							
Negativo	161	38	56	46	45,7	3,6	n.s.
Positivo	47	35	57	47	47,1	4,8	
Total	208	35	57	46	46,03	3,94	

Tabela 34 – Distribuição de frequências do IDATE, segundo sexo e CHQ-12

Variável		SEXO				Total		Teste c^2	Teste de Fischer
		Feminino		Masculino					
		n	%	*n*	%	*n*	%		
IDATE	Alto	21	18%	16	19%	37	18%	n.s.	n.s.
	Médio	73	61%	55	64%	128	62%		
	Baixo	25	21%	15	17%	40	20%		
	Total	119	100%	86	100%	205	100%		
		CHQ-12							
		Negativo		Positivo					
		n	%	*n*	%	*n*	%		
IDATE	Alto	22	13,7%	15	31,9%	37	17,8%	χ^2 =8,609; gl=2 *p* = 0,0136	*p*=0,0173
	Médio	107	66,5%	23	48,9%	130	62,5%		
	Baixo	32	19,9%	9	19,1%	41	19,7%		
	Total	161	100,0 %	47	100,0 %	208	100,0 %		

Tabela 35 – Distribuição de frequências do BDI vs. IDATE

Categoria	IDATE						Total		Teste c^2	Teste Exato de Fischer
	Alto		Médio		Baixo					
	n	%	*n*	%	*N*	%	*n*	%		
Alto	6	75%	2	25%	0	0%	8	100%	χ^2 =22,619; gl=4 *p* = 0,0002	*p*=0,0011
Médio	4	33%	7	58%	1	8%	12	100%		
Baixo	26	14%	119	64%	40	22%	185	100%		
Total	36	18%	128	62%	41	20%	205	100%		

5.9. Análise de correlação

Para resumir os achados, calculamos os coeficientes produto-momento de Pearson e reunimo-los na a matriz de correlação de todas as escalas utilizadas (Tabela 36).

Observamos o bom desempenho do CHQ-12 e BDI ao se correlacionar significativamente com todas as escalas utilizadas. Entretanto, o IDATE não teve correlação significativa com a Escala de Sintomas Físicos e Eventos Vitais.

Tabela 36 – Matriz de correlação do CHQ-12 com as escalas de Sintomas Físicos, Eventos Vitais, BDI e IDATE

Correlação	CHQ-12	Sint. Físicos	Evento Vital	BDI	IDATE
CHQ-12	---				
Sint. Físicos	0,201**	---			
Evento Vital	0,233**	0,136*	---		
BDI	0,661***	0,200 **	0,233 **	---	
IDATE	0,177**	0,086	0,026	0,287 ***	---

* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,0005$

Quando analisamos a correlação dos fatores gerados através da análise fatorial, outras facetas do CHQ-12 foram reveladas (Tabela 37). O fator 1, de sintomas somáticos, só apresentou correlação com a escala de eventos vitais ($p < 0,005$). O fator 2, de depressão, teve boa correlação com as escalas BDI, IDATE e de Sintomas Físicos. Finalmente, o fator 3 de preocupação se correlacionou somente com BDI ($p < 0,0005$). Estes achados mostram que o construto avaliado pelo CHQ-12 compartilha semelhanças com o construto avaliado pelas outras escalas. No entanto, a validade concorrente global do CHQ12 se deve à somatória dos construtos parciais avaliados pelos 3 fatores do questionário.

Tabela 37 – Matriz de correlação dos fatores do CHQ-12 com as escalas de BDI, IDATE, sintomas físicos e eventos-vitais

Escala	CHQ-12 total	Fator 1 Sintomas somáticos	Fator 2 Depressão	Fator 3 Preocupação
Sint. Físicos	0,201**	0,122	0,167*	0,091
EventoVital	0,233**	0,211**	0,127	0,084
BDI	0,661***	0,127	0,504 ***	0,267 ***
IDATE	0,177**	-0,011	0,149*	0,107

* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,0005$

5.10. Regressão Logística

Regressão logística (1): variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas significativas foram testadas no modelo multivariado de regressão logística para estimar a probabilidade de um sujeito apresentar resultado positivo para CHQ-12. As variáveis que indicam a imigração foram: local de nascimento, origem remota, fluência em chinês e fluência em português. Como estas variáveis apresentaram correlação entre si, apenas uma delas foi incluída no modelo final. O critério adotado foi de passo a passo (*stepwise*), onde cada variável foi testada até mostrar o melhor modelo. O modelo final (Tabela 38) mostra que a probabilidade de ser caso no CHQ se associa ao fato de pertencer ao sexo feminino ($p < 0,05$) e ser fluente em chinês mandarim ($p < 0,001$).

Tabela 38 - Estimativas dos coeficientes do modelo ajustado. Modelo ajustado – Sexo e Fluência em chinês mandarim (OR e $IC_{95\%}$)

Efeito	Estimativa	Desvio padrão	*p*	OR	$IC_{95\%}$
Intercepto	-1,1503	0,1853	<0,0001	---	---
Sexo	0,4176	0,1842	0,0234	2,305	[1,120 ; 4,747]
Fluência em chinês	0,6071	0,1783	0,0007	3,368	[1,674 ; 6,774]

OR: *odds ratio*
$IC_{95\%}$: Intervalo de confiança 95%

Baseado nos resultados acima, podemos afirmar que a chance de um sujeito da comunidade chinesa apresentar resultado positivo para o CHQ é 2,3 vezes maior para as mulheres do que para os homens quando comparamos sujeitos com a mesma classificação para a variável "fluência em chinês". Por outro lado, a chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ é 3,4 vezes maior para os que falam Mandarim do que para os que não falam ("não informado"), quando comparamos sujeitos do mesmo sexo (Tabela 39).

Tabela 39 – Probabilidades ajustadas de ter resultado positivo para CHQ-12 sob o modelo da regressão logística (1)

Sexo	Chinês Mandarim	Estimativa da probabilidade	$I.C_{95\%}$ para probabilidade
Feminino	Fluente	0,469	[0,322 ; 0,620]
	Não fluente	0,207	[0,139 ; 0,297]
Masculino	Fluente	0,277	[0,161 ; 0,432]
	Não fluente	0,102	[0,055 ; 0,182]

Regressão logística (2): Escala de sintomas físicos, eventos vitais, BDI, IDATE

Foi feito um segundo modelo de regressão logística para estimar a probabilidade de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ baseado nos resultados das escalas: Sintomas Físicos, Eventos Vitais, BDI e IDATE. Para as variáveis de Sintomas Físicos e Eventos Vitais foram utilizadas as variáveis agrupadas e para IDATE e BDI foram testadas tanto as variáveis categorizadas como contínuas (Tabela 40).

Tabela 40 - Estimativas dos coeficientes do modelo ajustado(OR e $IC_{95\%}$)

Efeito	Estimativa	Desvio Padrão	*P*	OR	I.C. $_{95\%}$
Intercepto	-2,7773	0,4789	<0,0001	---	---
Outros Sintomas	0,7171	0,2315	0,0019	4,196	[1,694 ; 10,397]
Finanças	0,7956	0,3013	0,0083	4,910	[1,507 ; 15,993]
BDI	0,2559	0,0430	<0,0001	1,292	[1,187 ; 1,405]

A chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ é 4,2 vezes maior para as pessoas que apresentaram outros sintomas do que para as que não apresentaram quando comparamos sujeitos com as mesmas classificações quanto ao BDI e a Finanças. Além disso, a chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ é aproximadamente 5 vezes maior para os que apresentaram dificuldades financeiras do que para os que não apresentaram quando comparamos sujeitos com as mesmas classificações quanto ao BDI e a "outros Sintomas". Por fim, a chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ aumenta em 1,3 vezes a cada aumento de uma unidade no BDI (agrupado) quando comparamos sujeitos com as mesmas classificações quanto a outros Sintomas e finanças.

Tabela 41 - Estimativas dos coeficientes do novo modelo ajustado (OR e $IC_{95\%}$)

Efeito	Estimativa	Desvio Padrão	*P*	OR	I.C. 95%
Intercepto	1,1875	0,5237	0,0234	---	---
Grupo BDI (Médio)	1,8147	0,8065	0,0244	2,062	[0,102 ; 41,685]
Grupo BDI (Baixo)	-2,9056	0,5541	<0,0001	0,018	[0,002 ; 0,175]
Outros Sintomas	0,9690	0,2249	<0,0001	6,944	[2,876 ; 16,768]

A chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ é 2 vezes maior para as pessoas que apresentaram resultado "médio" no BDI do que para as que apresentaram resultado "baixo" quando comparamos sujeitos com a mesma classificação na variável "outros sintomas" (Tabela 41).

Além disso, a chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ é aproximadamente 55 (1/0,018) vezes menor para os que apresentaram resultado "baixo" no BDI do que para os que apresentaram resultado "alto" quando comparamos sujeitos com a mesma classificação na variável outros sintomas. Por fim, a chance de um sujeito apresentar resultado positivo para o CHQ é aproximadamente 7 vezes maior para os que apresentaram "outros sintomas" em relação aos que não apresentaram quando comparamos sujeitos com as mesmas classificações quanto ao BDI (Tabela 42).

Tabela 42 - Probabilidades ajustadas de ter resultado positivo para CHQ sob o modelo da regressão logística (2)

Grupo BDI	Outros Sintomas	Estimativa da probabilidade	I.C. $_{95\%}$ para probabilidade
Alto	0	0,787	[0,295 ; 0,970]
	1	0,962	[0,722 ; 0,996]
Médio	0	0,884	[0,489 ; 0,984]
	1	0,982	[0,851 ; 0,998]
Baixo	0	0,064	[0,032 ; 0,122]
	1	0,321	[0,218 ; 0,444]

Em resumo, a probabilidade de um sujeito ser portador de TMC se associou às seguintes variáveis: pertencer ao sexo feminino, falar fluentemente chinês mandarim (condição correlacionada com a imigração), apresentar queixas físicas, problemas financeiros e pontuar alto no BDI.

6. DISCUSSÃO

6.1. Perfil sociodemográficos dos chineses da comunidade

Língua e ajustamento

A língua chinesa é difícil de ser aprendida por um ocidental. Quando visitava o Extremo Oriente no século XVI, São Francisco de Xavier comparou o linguajar do povo chinês à "língua do Diabo, criada pelo demônio para impedir a disseminação do cristianismo". Mesmo para um descendente de chineses, nascido e criado no Brasil, o aprendizado da língua materna é complicado, apesar do desejo dos pais de preservar os valores tradicionais da família.

Na nossa amostra, aqueles indivíduos fluentes em chinês mandarim foram os que tiveram maior chance de apresentar desconforto psicológico ou ser caso pelo CHQ-12. Previsivelmente, todos os sujeitos fluentes em mandarim nasceram fora do Brasil, foram alfabetizados em chinês (eram estudantes) e imigraram ainda menores de idade, acompanhados de suas famílias. A conseqüência imediata, além da desadaptação e a necessidade de aprender uma nova língua, é a dificuldade de se comunicar em português.

A maioria dos chineses imigrantes jamais terá fluência perfeita em português, sempre atrapalhada em flexionar a língua, errando em concordância nominal e verbal, construindo as frases a partir da estrutura da língua materna. O sotaque carregado é inconfundível e a dificuldade de comunicação é patente. A língua em si não deve ser tomada como indicador direto e isolado de desadaptação ou desconforto psicológico. A correlação entre ser fluente em mandarim e falar pouco português, denuncia simplesmente o fato do sujeito ser imigrante, ter sido alfabetizado em chinês e todas as implicações acarretadas a partir da

mudança de país. Na regressão logística (1) de fatores sociodemográficos, a fluência lingüística emergiu como significativa juntamente com outras variáveis correlacionadas de imigração.

Nos estudos neozelandeses da comunidade chinesa, a pouca fluência também correlacionou significativamente ao ajustamento psicológico e à presença de transtorno mental (Cheung, Spears 1992; Abbott et al. 1999). Estes achados são consistentes com o papel da língua no ajustamento dos imigrantes. A maioria dos imigrantes chineses de primeira geração não tem fluência da língua portuguesa. Os pais tendem a depender de seus filhos para se comunicar com os membros da comunidade hospedeira. A barreira lingüística constitui um grande impedimento para a adaptação social, inclusive inibindo a procura de tratamento de saúde.

A língua falada é fruto de milênios de tradição e a estrutura de uma linguagem pode condicionar os processos do pensamento e, vice-versa. Por exemplo, o chinês tende a solucionar os problemas de forma indireta, ao passo que no ocidente é estimulado uma abordagem direta e objetiva. Este fato mostra que os processos mentais e hábitos conceituais dos chineses são qualitativamente diferentes daqueles dos ocidentais (Chu 1977). Argumenta-se que a distinção entre forma e conteúdo somente é possível nas línguas indo-européias, tributárias de uma gramática do tipo sujeito/predicado (Yap 1974). O pensamento ocidental moderno é movido pela análise do todo através das propriedades subjacentes de suas partes. Na lingüística saussuriana, os nomes são empiricamente tomados como correspondentes ou equivalentes a entidades concretas.

Como uma língua monossilábica, para falar ou pensar em chinês há necessidade de compor palavras, forçando o pensamento utilizar um arranjo configurativo ou uma estrutura relacional de oposição e equilíbrio. Na língua chinesa enfatiza-se mais a configuração total que os elementos separados. Freqüentemente, as idéias são denotadas por expressões compostas, constituídas de antônimos. Por exemplo: “vender-comprar” significa negociar e “avanço-recuo” equivale a “movimento”. Os antônimos não são tidos como opostos inconciliáveis, mas sim como susceptíveis de união para formar uma idéia completa.

Um dos conceitos chaves da filosofia taoista se expressa através de um composto de de antônimos, *yin-yang*. Estes dois termos denotam duas forças opostas porém

complementares no universo, cuja interação produz todas as coisas e cuja unidade se baseia no Supremo. Na sociedade chinesa, a atenção não é voltada para o indivíduo, mas para a teia das relações humanas. Sua preocupação é com a ordem coletiva e a harmonia social. Não há uma grande preocupação com a liberdade individual dos membros que constituem as suas comunidades. Assim, são enfatizadas as obrigações morais de um indivíduo para com os outros e não os direitos individuais de cada um, bastante diferente da mente analítica ocidental. Enfim, para o indivíduo chinês tudo se volta para a construção de um modelo configurativo do todo.

Como algumas expressões dialéticas não possuem equivalência literal, as informações podem estar distorcidas quando são utilizados questionários de auto-resposta, principalmente naqueles sujeitos não fluentes em chinês mandarim (Pan, Goldberg 1990). A discrepância entre a escrita chinesa (ideograma) e a maioria dos dialetos chineses falados podem constituir uma fonte de viés de informação. Além da fonética e variações gramaticais ocasionais, os dialetos variam também na escolha de palavras ou construção de frases carregadas de mesmo sentido. Isto é particularmente relevante quando consideramos expressões da emoção.

Examinando essa questão por uma ótica neurolingüística, a lateralização diferencial de certas funções superiores nos hemisférios cerebrais parece explicar certas dificuldades dos ocidentais em aprender o chinês. As diferenças observadas entre a língua chinesa e a indo-européia possuem também uma explicação biológica. As tarefas fonéticas solicitam preferencialmente o hemisfério esquerdo enquanto as puramente visuais ou ideográficas solicitam preferencialmente o hemisfério direito (Jones, Aoki 1988). A necessidade de memorizar quase 2000 caracteres chineses ainda na alfabetização favoreceu o desempenho das crianças chinesas em subtestes de memória visual (Sugishita et al 2001). O reconhecimento do ideograma não sofre interferências do aspecto fonológico da língua, uma vez que são tarefas com especialização hemisférica distinta (Chen, Shu 2001; Lee 2002). Para os ocidentais, tanto a fala como as funções de leitura se localizam somente no hemisfério esquerdo (Marino Jr 1989).

Imigração e Fatores Psicossociais

O estudo da saúde mental e ajustamento psicológico dos imigrantes no novo país apontam novas direções para a compreensão da influência dos fatores psicossociais na gênese dos transtornos mentais. Diferentes taxas de prevalência psiquiátrica são observadas quando se compara a prevalência das TMC de comunidades asiáticas, sobretudo as chinesas, com aquelas ocidentais. As causas destas diferenças são atribuídas a diferenças culturais e/ou biológicas.

Em geral, os imigrantes de primeira geração têm mais dificuldades de ajustamento psicossocial (Furham, Li 1993). Na nossa amostra, 26,5% dos sujeitos são de primeira geração e vivem no Brasil há 21,1 anos em média. Portanto, já sofreram uma prolongada exposição aos valores e hábitos brasileiros, num processo adiantado de aculturação, assimilação e ocidentalização (Escobar, Vega 2000). A despeito de terem nascidos em Taiwan, os fatores determinantes para apresentar desajuste foram ter imigrado ainda pequenos e ter estudado a língua chinesa. Num estudo de HK, os adolescentes apontaram os eventos relacionados à migração e fracasso escolar como sendo os mais estressantes (Cheng 1997), diferente daqueles chineses nascidos no Brasil, os quais são educados em português numa sociedade com menor competitividade acadêmica.

Nas décadas de 1960 e 1970, era comum os casais taiwaneses saírem da ilha de Formosa para se estabelecerem com os filhos num novo país. Não tinham propriamente uma motivação econômica, mas foram movidos apenas por um temor de novas guerras. Lembramos aqui que a Organização das Nações Unidos passou a reconhecer somente a China (República Popular da China) como a nação chinesa, única e soberana, em 1972. O rompimento de relações diplomáticas internacionais foi compensado veladamente pelo protecionismo americano. A possibilidade de uma guerra iminente no mar da China sempre existiu, mas jamais ocorreu.

Entre os imigrantes chineses, observamos algumas propostas de solucionar as dificuldades impostas pelo fato de viver num país estranho, obrigados a falar uma língua totalmente diferente. Alguns deles merecem destaque:

1) Os imigrantes têm dificuldades em estabelecer novas relações e círculos de amizade dentro do país hospedeiro, ou mesmo com outros chineses da comunidade. O acesso à

rede de suporte social é dificultado pelo problema de linguagem, diferentes horários de trabalho e interação social. O ajustamento difere entre o grupo que tem acesso a uma rede de amigos (de qualquer cultura) e parentes e o grupo que não possui nenhum contato com a comunidade.

2) Diferenças de valores ou a força dos valores chineses: quando os imigrantes percebem a contradição entre os valores culturais do país hospedeiro e os da sua cultura tentam conciliar esta oposição. A maioria dos indivíduos chineses enfatiza a obediência ao superior, devoção filial, freqüentemente de uma forma inquestionável. No ocidente, o indivíduo é encorajado a exercer a liberdade de escolha, questionar e até desafiar as ações e demandas dos outros. A segunda geração dos imigrantes chineses é a mais exposta aos valores da cultura hospedeira, e sofre maior influência. Parece que aqueles imigrantes mais inflexíveis em manter os seus valores tradicionais apresentam mais desconforto psicológico.

3) Expectativa individual ou pessoal em relação à vida no Brasil: essas questões devem ser examinadas à luz das suas motivações de imigração ao Brasil, bem como a satisfação pessoal com a ocupação atual, condições de vida e moradia, progresso acadêmico dos filhos, etc. Por fim, a expectativa pessoal pré-imigratória em relação à vida no Brasil constitui um fator importante de adaptação no novo país.

Na nossa amostra, as categorias “dificuldades pessoais” e “problemas financeiros” foram os estressores psicossociais mais comuns. Similarmente, na China continental, a categoria “problemas de relacionamento interpessoal” foi o mais importante, sendo que “ser mal interpretado ou alvo de crítica” (34%), “problema com criação dos filhos” (17%) e “problema com sogra” (15%) foram os eventos mais relatados (Zheng, Lin 1994). Como na nossa amostra a maioria dos sujeitos são solteiros, portanto sem filhos ou sogra, as dificuldades pessoais mais relatadas foram “mudança de hábitos pessoais”, “mudança de atividades recreativas” e “mudanças de atividades sociais”. Este resultado respalda a idéia de que relações sociais altamente organizadas como aquelas dos chineses constituem uma importante fonte de estresse.

Por outro lado, os problemas de “perdas financeiras” e “dívidas” foram os mais importantes para a categoria “problemas financeiros”. Isto é bastante compreensível numa

sociedade chinesa em que o dinheiro é, freqüentemente, a medida de muitas interações sociais. O dinheiro assume conotações práticas no dia a dia do chinês. Solicitar o presente de casamento em forma de dinheiro não constitui nenhum constrangimento para os pais da noiva, afinal, eles a criaram e alimentaram por quase duas décadas e merecem ser recompensados! Costuma-se presentear as crianças com dinheiro durante as festividades do Ano Novo chinês como demonstração de afeto. Um indivíduo abastado, com recursos financeiros excedentes, é visto como um potencial provedor de *Zenqing*, capaz de ajudar em situações de necessidade. Cientes da relação de reciprocidade do *Zenqing*, um chinês prefere não solicitar empréstimo ou favor ao suposto provedor, pois contrair dívidas e o compromisso de retribuir é altamente angustiante.

A associação entre os eventos vitais e a pontuação alta no CHQ-12 confirma o papel dos estressores psicossociais relatado em estudos anteriores (Andrews, Tennant 1978; Paykel 1980; Brown 1981; Tennant et al. 1981). Diversos eventos vitais como: problemas financeiros, pressão acadêmica, conflito familiar, introversão (traço de personalidade), problemas interpessoais são fatores que se associaram ao maior nível de ansiedade entre os estudante chineses de medicina (Liu et al. 1997). Os eventos vitais também se correlacionaram com as pontuações do BDI, indicando a associação entre TMC e sintomas depressivos nos sujeitos da nossa amostra.

A correlação verificada entre os sintomas físicos e eventos vitais estressantes é relatada em estudos anteriores, variando de 0,24 a 0,30 (Rahe et al. 1978, 1979; Zheng et al. 1994). No nosso estudo, a mesma associação se verifica entre os eventos vitais e os sintomas físicos ($r = 0{,}14$, $p < 0{,}05$). Quando examinamos os eventos vitais em relação à estrutura fatorial do CHQ-12, verificamos uma boa correlação entre a escala de sintomas físicos e eventos vitais ($p < 0{,}005$). Entretanto, o fator 1 ou somático não apresentou boa correlação com a escala de sintomas físicos ($p > 0{,}05$). Este resultado sugere que aprimoramentos devem ser feitos em relação à escala de sintomas físicos.

A escala de eventos vitais foi construída a partir da pressuposição de reajustamento dos indivíduos frente a fatores psicossociais estressantes (Holmes, Rahe 1967). A partir dessa perspectiva, notamos que os indivíduos chineses em situações estressantes tenderam a

expressar o desconforto através de sintomas somáticos (fator 1) do que "psicologizar" através de sintomas de depressão ou preocupação (fatores 2 e 3).

Depressão e BDI

Em geral BDI é considerado um instrumento sensível para medir os sintomas depressivos, embora só a pontuação alta no BDI seja insuficiente para indicar depressão clínica. A versão culturalmente adaptada para chinês C-BDI foi utilizado entre os pacientes dos centros de atenção primária como um instrumento de rastreamento de depressão(Zheng et al. 1988; Zheng, Lin, 1991; Yeung et al. 2002a; 2002b). Os indicadores de confiabilidade e validade do C-BDI foram mais baixos que a versão ocidental de BDI (Beck, Steer 1984), principalmente a validade de construto (Zheng et al. 1988). No entanto, como C-BDI apresenta validade convergente com outros instrumentos como GHQ e IDATE (r = 0,59 e 0,63; p < 0,001) (Shek 1991); CES-D e SDS (r = 0,74 e 0,73; p < 0,0001) (Chan 1991), pode-se dizer que este instrumento mede mais humor depressivo, disforia ou afetividade negativa inespecífica do que a depressão propriamente dita. Duas dimensões fatoriais do C-BDI foram demonstradas numa amostra de estudantes de HK: depressão geral e distúrbios somáticos (Shek 1990). No entanto, um estudo posterior sugeriu uma solução de 3 fatores (Chan 1991):

- Fator I: Esta dimensão reflete uma atitude geral negativa em relação a si-mesmo, trabalho e futuro. É composto por itens como auto-depreciação, pessimismo, sensação de fracasso, idéias suicidas, tristeza, lentificação no trabalho e auto-acusação.
- Fator II: Os itens desta dimensão sugerem que a auto-punição pode se manifestar através de indicadores físicos e interpessoais. Este fator é definido primariamente por itens cognitivo-afetivos como culpa, sensação de castigo, preocupação somática e isolamento social.
- Fator III: Caracterizado por sintomas de anorexia, insônia e preocupação somática, esta dimensão salienta, pois, as manifestações físicas da depressão.

Embora a análise fatorial não tenha sido executada no nosso trabalho, podemos comparar as pontuações da nossa amostra constituída na maioria por estudantes. A

pontuação máxima alcançada no BDI foi 27, insuficiente para a classificação de “depressão grave”. Enquanto a grande maioria da nossa amostra pontuou menos que 10 no BDI (90%), na amostra de HK somente 44,7% a 54% dos estudantes foram considerados normais (Chan 1991; Stewart et al. 1999). Os nossos resultados confirmam a baixa prevalência de “sintomas depressivos” ou a baixa freqüência de “queixas depressivas” entre os chineses. Por outro lado, estes achados são comparáveis àqueles encontrados entre os estudantes americanos (Zoccolillo et al. 1986, Clark, Zedow 1988), porém mais baixos que a amostra de HK. O efeito de gênero não foi observado na nossa amostra total ($p > 0,05$), nem quando os sujeitos foram categorizados de acordo com a gravidade.

Estas diferentes taxas de depressão parecem indicar que os psiquiatras chineses acabam diagnosticando mais neurastenia em vez de depressão, pois a maioria dos pacientes não se encontravam gravemente deprimidos, embora o número de deprimidos “diagnosticáveis” seja maior do que se pensava. Estes dados são reforçados com informações sobre a taxa de suicídio que coincide razoavelmente com os dados ocidentais.

A grande quantidade de pesquisas investigando a influência da cultura na epidemiologia da depressão tem produzido uma boa quantidade de achados uniformes: a apresentação clínica da depressão em todas as culturas está associada a sintomas somáticos múltiplos de duração crônica, no entanto, a presença de sintomas psicológicos são importantes para o diagnóstico e podem ser facilmente eliciados.

As terminologias culturalmente sancionadas para indicar depressão devem ser identificadas, pois o seu uso pode melhorar o seu reconhecimento e a aderência do paciente ao tratamento. É evidente que a cultura é somente um dos fatores que modifica a apresentação da depressão, portanto, outros fatores implicados, tais como gênero e desigualdade socioeconômica, também devem ser integrados ao estudo transcultural da depressão. Futuras pesquisas internacionais devem estudar o modo como as intervenções modificam o curso e a evolução da depressão nestas sociedades, bem como o seu custo e efetividade.

Diferença de Gênero

A diferença de sexo na prevalência dos transtornos mentais comuns é persistentemente relatada, porém mal explicada. O subgrupo das mulheres claramente pontuou mais alto no questionário CHQ-12.

As mulheres consultam mais freqüentemente os clínicos gerais, talvez porque elas realmente sofrem mais de transtornos físicos e psiquiátricos menores que os homens. Alguns estudos conduzidos em comunidades negras, não ocidentais e/ou em desenvolvimento não confirmam esta tendência (Comstock, Helsing 1976; Cartairs 1975; Orley et al. 1979; Dhadphale et al.1983; Jenkins 1985). Uma das explicações destes resultados é a atitude diferencial das mulheres em relação a TMC, por exemplo, as mulheres hindus não se admitem portadoras de patologias (Cartairs 1975).

Alegações biológicas e de papel sexual da mulheres têm sido propostas para explicar o excesso das mulheres que sofrem de TMC na comunidade. Além disso, questões como viés de resposta e estilo da expressividade feminina (Cheng 1989a) parecem insuficientes para explicar esta diferença. Inconsistências maiores surgem quando se examinam em separado os diversos segmentos da população. Por exemplo, no estudo de Cheng (1988) o excesso de mulheres com TMC era confinado ao grupo das idosas, enquanto os homens desempregados apresentam maiores taxa de TMC que mulheres de qualquer status empregatício.

Revendo dados de ECA e NCS, as mulheres tenderam a apresentar mais depressão do tipo “somático” do que “puro” (Silverstein 1999). A tendência feminina de vivenciar de forma mais severa os TMC, inclusive exacerbando as manifestações autonômicas de ansiedade e buscando mais ajuda nos serviços de saúde, é questionável. Uma idéia biológica a esse respeito se refere às variações hormonais cíclicas de estrógeno e progesterona que modulariam os efeitos centrais ansiolíticos do sistema GABA. A susceptibilidade das mulheres se encontraria exacerbada nos períodos de flutuação hormonal, aumentando a sua resposta ao estresse, tornando-as sintomáticas (Seeman 1997).

O nosso estudo confirma a diferença entre sexo entre os chineses relatada no levantamento chinês de Cooper e Sartorius (1996). O excesso de mulheres acometidas de transtornos neuróticos é da ordem de 9 vezes comparando com a taxa para homens, 4,71%

homens para 39,93% de mulheres. Estas mulheres são, em geral, de meia-idade e economicamente desfavorecidas. Estas diferença foram reputadas às recentes mudanças sociopolíticas ocorridas na China. Examinando a prevalência internacional de transtornos neuróticos entre as mulheres, foi observado que a maioria tem idade por volta de 40 anos e pertence à classe socioeconômica baixa.

É possível que a alta taxa entre as mulheres, tanto em áreas urbanas como rurais, está associada com o papel tradicional da mulher chinesa, desempenhando múltiplas funções na sociedade chinesa. Ao lado de afazeres domésticos usuais e a incumbência de criação dos filhos, as chinesas também estão saindo de casa para trabalho externo, compartilhando a responsabilidade econômica da família. A assistência das pessoas idosas dependentes recai mais sobre a mulher. Como se não bastasse, há uma tendência distinta das mulheres em alcançar menor escolaridade, como efeito disso ter menos interesses gerais que os homens. Assim, estes papéis concentrados na mulher chinesa indicam maior fardo, responsabilidade e estresse, em comparação com os homens. Provavelmente terão menos oportunidade em desenvolver seus recursos pessoais (Pearson 1995). Como os transtornos neuróticos tem pico na década dos 40 anos, a possibilidade de doença física também pode aumentar a fonte de estresse.

O efeito do papel sexual da mulher também pode ser compreendido através da sua desvantagem social, a qual exerceria um efeito crônico e prejudicial (Brown, Harris 1978). A interação de fatores de vulnerabilidade e agentes provocadores resultaria no excesso de mulheres deprimidas. No ocidente, os fatores de vulnerabilidade são a perda precoce da mãe, mulheres com mais de 3 crianças pequenas, falta de relacionamento íntimo e desemprego. Os agentes provocadores de depressão incluem eventos vitais e dificuldades crônicas (Brown, Harris1978; Brown, Prudo1981).

A diferença das taxas de prevalência de TMC entre homens e mulheres entre diversas culturas não se deve exclusivamente à hipótese do papel sexual, pois apresentam diferenças marcantes entre civilizações ocidentais e não-ocidentais (Cheng 1989a; Bebbington 1998). Em sociedades ocidentais, há uma tendência das mulheres que permanecem em casa e não trabalham apresentar mais depressão e outros sintomas psicológicos (Brown, Harris 1978).

Alegações metodológicas criticam os estudos retrospectivos transversais que deixariam de detectar a incidência das morbidades mentais na comunidade. As mulheres apresentariam duração média de doença mais longa que os homens, o que afetaria os achados de estudos de prevalência-ponto de TMC. Ou seja, ambos os sexos apresentam incidências similares, porém com diferença de duração (Briscoe et al. 1989). Além disso, a variação da proporção de homens e mulheres que sofrem de morbidades psiquiátricas ao longo do tempo poderia refletir tanto o aprimoramento metodológico dos instrumentos de pesquisa e como também o impacto de influências socioculturais ao longo do tempo.

6.2. Propriedades psicométricas do CHQ-12

O CHQ-12 é um instrumento *emic* de rastreamento populacional, adaptado do GHQ para uso em chineses. Embora haja várias comunidades chinesas ao redor do mundo, fora da ilha de Taiwan este questionário foi utilizado nas comunidades chinesas de Manchester, Inglaterra (Pan, Goldberg 1990) e Dunedin e Auckland, Nova Zelândia. (Cheung, Spears 1990; Abbott et al. 1999)

Na nossa amostra, 22% dos respondentes comunitários podem ser considerados como portadores de provável transtorno mental (CHQ-12 positivos). Este resultado é mais baixo do que os 33% encontrados em Taiwan (Cheng 1988), porém próximo aos 18,3 a 26,3% de Hong Kong (Lau, Mak 1992).

Cada vez que um instrumento é aplicado a uma população diferente, recomenda-se verificar a sua aplicabilidade através do processo de validação. Esta etapa científica começa com um estudo de confiabilidade e prossegue muito além da documentação de uma boa validade.

Confiabilidade de CHQ-12

No nosso trabalho, a confiabilidade do CHQ-12 foi avaliada através de coeficiente de consistência interna α de Cronbach e duas metades de Guttman. Livre do efeito do reteste, esses métodos mostraram coeficientes de 0,71 e 0,59. Embora os nossos coeficientes de consistência interna sejam um pouco mais baixos que os trabalhos anteriores (Tabela 2), o

valor alcançado por ambos os indicadores é suficiente para afirmar a fidedignidade do instrumento. Provavelmente, o resultado regular do coeficiente de Guttman se deve ao tamanho pequeno de amostra.

Adicionalmente, a homogeneidade dos itens que compõem este questionário foi estudada a partir de análise de correlação item-total. Os resultados variando de 0,25 a 0,55 mostram que o instrumento avalia uniformemente o mesmo construto. Estes resultados mostram que o CHQ-12 é um instrumento confiável, medindo um mesmo construto de forma homogênea e consistente. Embora uma boa confiabilidade não seja garantia de validade, uma confiabilidade baixa não implica uma baixa validade em alguns casos, assim a validade de uma medida é limitada por sua confiabilidade. Passamos a examinar os resultados da validação.

Validade de critério do CHQ-12

A validade se define como a capacidade do instrumento realmente medir aquilo que ele se propõe a medir (Kelsey, 1996). Enquanto a confiabilidade se preocupa com as características definidoras e os critérios ordenadores de uma classe para estabelecer uma classificação, a validade estuda os correlatos da classificação. Quanto mais importante uma classe correlata se associa às características definidoras, menos se pode questionar sobre a sua validade.

A validade apresenta dois componentes: conceitual e operacional. O componente operacional é a avaliação sistemática do instrumento, geralmente comparando-o com um critério externo já existente e considerado como "padrão-ouro". Embora esse tipo de validação seja considerada objetiva, o padrão-ouro é, na maioria dos casos, o diagnóstico clínico ou algum outro tipo de critério padrão previamente estabelecido. Isto implica que existe sempre um componente arbitrário em qualquer validação, podendo ser a fonte de disparidade entre os resultados de um instrumento.

A validade de critério procura avaliar em que grau um instrumento consegue discriminar o sujeito em determinadas características, de acordo com um critério padrão. Procura avaliar o grau de acurácia que um instrumento prediz um indicador bem aceito de um dado conceito, ou critério. Se um teste mede o que ele supôs medir, então deveria ser

útil em prever evolução ou desfecho de interesse no futuro, presente e passado. O melhor ponto de corte verificado foi 2/3, para o critério padrão SCAN. Este ponto é o mais adotado internacionalmente e várias são as razões da sua variabilidade internacional através das culturas. Os indicadores de validade do nosso estudo: sensibilidade 75%, especificidade 71%, valor preditivo positivo 55%, valor preditivo negativo 86% e taxa de classificação incorreta 28%, estão dentro dos limites dos resultados internacionais (Tabela 3).

A capacidade discriminante foi estudada através da análise da curva ROC. Em geral, o resultado da área sob a curva de 0,5 indica que o instrumento discrimina por chances e 1,0 discriminação perfeita. O nosso resultado de 0,72 é considerado razoavelmente bom para discriminar os casos de TMC nesta comunidade sino-paulistana.

A validade concorrente do CHQ-12:

Quando o pesquisador obtém a pontuação do teste e o critério de medida aplicados juntos ao mesmo tempo, verifica-se facilmente o grau de correlação dos dois instrumentos. Este tipo de validade, chamada de concorrente, é melhor quando a pontuação do teste e a medida critério são coletados indepentemente para o mesmo indivíduo.

Mostramos a validade concorrente do CHQ-12 com diversas escalas auxiliares. Calculada a correlação produto-momento de Pearson (r), o CHQ-12 se correlacionou significativamente com Escala de Sintomas Físicos ($p < 0,005$), Escala de Eventos Vitais ($p < 0,005$), BDI ($p < 0,0005$) e IDATE ($p < 0,05$). Esta forte convergência das diversas escalas indica que todos estes instrumentos medem um construto subjacente muito semelhante. A análise de correlação verifica uma simples relação de dependência linear entre dois instrumentos, nada se podendo afirmar a respeito de causalidade. No entanto, quando comparamos o construto do CHQ com aqueles bem conhecidos como BDI e IDATE algumas semelhanças pode ser verificadas entre estas escalas.

Em estudantes brasileiros, o BDI tem uma estrutura fatorial tridimensional composta por fator de baixa auto-estima, aspectos cognitivo-afetivos da depressão e sintomas somáticos (Gorenstein 1999). De forma semelhante, um estudo chinês revelou que o C-BDI avalia, por sua vez, as dimensões cognitivo-afetiva, auto-depreciação e sintomas somáticos da depressão (Chan 1991). A alta correlação do BDI e CHQ-12 ($p <$

0,0005) na nossa amostra comunitária de chineses sugere que ambas avaliam as dimensões de depressão e preocupação (fator 2 e 3). A baixa correlação entre BDI e o fator somático do CHQ-12 mostra que estes dois instrumentos avaliam aspectos diferentes dos sintomas físicos: provavelmente o BDI mede os sintomas somático-vegetativos da depressão e o segundo os sintomas somatoformes do desconforto psicológico inespecífico.

Embora tenha sido concebido para avaliar sintomas de ansiedade (Spielberger 1970), a análise fatorial do IDATE nos revelou alguns aspectos interessantes de sua estrutura dimensional. O IDATE mede muitos aspectos inespecíficos presentes em qualquer situação de estresse (Keedwell, Snaith 1996), no entanto, contém também uma dimensão que avalia sintomas depressivos (Andrade et al. 2001). No nosso estudo, IDATE apresentou correlação alta com BDI ($r = 0,287$; $p < 0,0005$) e boa com CHQ-12 ($r = 0,177$; $p < 0,005$). Quando cindimos a estrutura dimensional do CHQ-12, observamos que IDATE se correlacionou somente com o fator 2 de depressão, comprovando a idéia de que estaria medindo sintomas depressivos nesta amostra de chineses.

6.3. Estrutura fatorial do CHQ-12

O componente conceitual da validade trata-se do julgamento por parte do pesquisador, sobre se o instrumento mede o que deveria medir. É uma avaliação sobre a capacidade do instrumento realmente cobrir os diferentes aspectos do seu objeto e não conter elementos atribuíveis a outros. A avaliação da representatividade do conjunto de itens escolhidos e a precisão do tipo de construto escolhido mede a adequação do conceito em questão. Este julgamento contém subjetividade, sendo difícil avaliar esse aspecto com métodos estatísticos. Algumas técnicas multivariadas, como análise fatorial, têm sido utilizadas para explicitar a estrutura dimensional e os domínios conceituais do instrumento (validade de construto e de conteúdo).

Como o uso de CHQ-12 tem se restringido às comunidades chinesas de Taiwan, há poucas informações sobre a sua estrutura fatorial. O único trabalho envolvendo análise fatorial de CHQ foi conduzido por Cheng et al. (1990), com amostras da comunidade e hospital. A versão de 30-itens foi aplicada em Taiwan e pode ser demonstrada uma solução de 4 fatores. Comparamos abaixo o nosso trabalho com os achados do CHQ-12.

Tabela 43 – Comparação da estrutura fatorial do CHQ-30 e CHQ-12

Instrumento Contexto	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
CHQ-30 Comunidade	Sintomas somáticos 3, 14, 2, 1, 4, 16, 17	Ansiedade e Preocupação 6, 19, 26, 21, 18, 11	Disfunção social 27, 28, 24, 25	Depressão/ mau relacionamento familiar 12, 10, 8, 7
CHQ-30 Hospital	Ansiedade e preocupação 21, 18, 6, 13, 26, 9, 19, 20, 14	Sintomas somáticos 1, 3, 2, 16, 4, 17	Disfunção social 28, 22, 27, 25, 24	Depressão/ mau relacionamento familiar 12, 29, 10, 8, 7, 11
CHQ-12 Comunidade	Sintomas somáticos 2, 4, 3, 6, 1	Depressão/ ansiedade 12, 10, 9, (7)	Preocupação 11, 8, (5)	

Entre parênteses: itens com carga fatorial < 0,5, mas significativos naqueles fatores.

No nosso estudo, uma solução ortogonal tridimensional pôde ser descrita. A importância do primeiro fator, de somatização, mostra o quanto é importante os chineses desta amostra se valerem de queixas físicas para comunicar o desconforto emocional. O primeiro fator encontrado por Cheng et al (1990) parece reproduzir integralmente no presente estudo. Itens que avaliam os sintomas somáticos tenderam a se agrupar neste fator. Uma exceção é a presença do item 6 (tudo constitui carga) no nosso estudo. No entanto, observamos uma carga fatorial significativa (0,43) deste item no nosso fator preocupação, semelhante ao estudo de CHQ-30.

O nosso fator 2 indica itens de depressão e reproduz os itens do estudo de Taiwan (fator 4), com exceção do item 9 (nervoso e tenso). Esta questão não aparece no trabalho de CHQ-30 e provavelmente não alcançou carga fatorial significativa. A questão 8 ("confiança em você mesmo") que aparece no nosso fator preocupação, apresentou também carga fatorial importante (0,411) neste fator depressivo.

O fator 3 agrega itens indicativos de preocupação (CHQ11) e perda de confiança (CHQ8). O item 5 ("sono perturbado") teve carga importante neste fator (0,431), além de CHQ6 ("tudo constitui uma carga") e CHQ3 ("sensação de aperto no peito"). Lembramos que a expressão idiomática "*fan nao*" em chinês descreve um estado de desconforto subjetivo comum entre os chineses. Central neste estado, o sujeito apresenta preocupação

pessimista sobre o futuro imediato, perdendo o sono, atormentado por pensamento incapazes de se livrar. No levantamento chinês de Sartorius (1996), a freqüência da síndrome PSE "preocupação" foi bastante elevada, em torno de 100%, incapaz de discriminar sujeitos neuróticos, neurastênicos, com depressão neurótica e neurose de ansiedade. Numa freqüência bem menor, a síndrome de "preocupação neurótica" aparece em 36,0% e 36,9% nos sujeitos da comunidade ocidentais de Cantábria e Camberwell (Vázquez-Barquéro et al. 1988). No entanto, no estudo britânico, o sintoma "preocupação" aparece como o segundo sintomas mais importante (24%) após a fadiga (33%) (Jenkins et al. 1997).

A importância do fator preocupação explica alguns dados clínicos observados entre os chineses. Uma vez que "estar preocupado" é um estado subjetivo, a sua detecção pelo clínico depende essencialmente da comunicação verbal pelo paciente. Diferente de ansiedade, com forte apresentação somática e grande desconforto subjetivo, a preocupação neurótica é de mais difícil detecção. Estudos focalizando o conteúdo da preocupação mostram que este sintoma se correlaciona positivamente com ansiedade, depressão, a comorbidade de ambas e somatização (Clark et al. 1990; Clark et al. 1994; Steer et al. 1995; Freeston et al., 1996; Borkovec et al. 1998; Diefenbach et al. 2001)

Coincidentemente, a insônia aparece no nosso fator 3 com boa carga fatorial. Ainda, registramos a alta freqüência de sintoma de perturbação de sono nas nossas entrevistas de SCAN. Em Taiwan, a insônia é um sintoma importante para o diagnóstico de neurastenia em Taiwan. Num estudo recente, quase 20% dos adolescentos chineses já sofriam de várias perturbações de sono (Liu et al. 2000).

Como utilizamos uma versão mais curta, não foi observado o fator disfunção social, simplesmente por que os itens que avaliam esta dimensão inexistem no CHQ-12. A estrutura de 4 dimensões de CHQ-30 indica a importância do relacionamento social entre os chineses. A mesma estrutura dimensional do CHQ-30 pôde ser demontrada entre os respondentes comunitários e hospitalares de Taiwan (Cheng et al. 1990). A estabilidade estrutural de CHQ-30 e CHQ-12, verificadas entre os respondentes chineses de Taiwan e Brasil, indicam a validade de utilizar este instrumento em outras amostras da comunidade chinesa mundo afora.

A avaliação dimensional do CHQ-12 nos permitiu desvendar diferentes facetas de um construto subjacente que este instrumento cobre, além disso, as questões específicas que constituem cada faceta, qual a força dos itens definidores de cada domínios de conteúdo e qual a força que cada domínio se correlaciona com o outro foram respondidas nesta análise fatorial (Grimm, Yarnold 2000). Assim, ao revelar as dimensões inadequadamente cobertas pelo instrumento, a análise fatorial também indica a forma como pode ser melhorada. Os domínios que têm somente poucos itens diagnósticos ou totalmente perdidos (ausentes) indicam a necessidade de adicionar novos itens para deixar o conteúdo mais coerente. A avaliação das dimensões particulares subjacentes de um instrumento de medida é também conhecida como validade fatorial ou validade estrutural (Grimm, Yarnold 2001).

A estrutura tridimensional do CHQ-12 no nosso estudo apresenta várias similaridades com o modelo tripartite de Clark e Watson (1991). O primeiro fator, de sintomas somáticos, corresponderia à dimensão de hiperreatividade somática (*arousal*), o qual associado com afeto negativo e positivo, modificaria a apresentação sintomatológica dos sintomas ansiosos e depressivos nos pacientes. A dimensão depressiva é bastante robusta no nosso estudo e corresponderia ao pólo anedonia-afeto positivo. Por fim, a dimensão preocupação se parece com o afeto negativo, onde a preocupação aversiva seria o seu núcleo. É cedo ainda para afirmar a aplicabilidade deste modelo na estrutura do CHQ, mas esta sugestiva correspondência encoraja futuros estudos.

6.4. TMC e neurastenia

Lin (1953), em Taiwan, comparou a prevalência de transtornos psiquiátricos nestas comunidades com aquela das sociedades ocidentais, e encontrou taxas semelhantes quanto a transtornos psiquiátricos maiores, tais como esquizofrenia e psicoses orgânicas. No entanto, no estudo de seguimento, Lin et al. (1966; 1969) mostraram que, enquanto não houve alteração na prevalência de transtornos psiquiátricos maiores, outras patologias menores como neurose e transtornos de personalidade estavam em franca ascensão, ou aumentaram a incidência. Este aumento foi interpretado como resultado de mudanças

socio-políticos nos últimos 15 anos, devido à chegada de refugiados da China continental com problemas de ajustamento.

As diferenças das taxas encontradas no Ocidente podem ser atribuídas a dois fatores: metodológico e cultural. Do ponto de vista metodológica, o ponto de corte para diagnóstico, foi um tanto mais alto que aquele utilizado nos estudos ocidentais. Ao lado de sintomas específicos, um critério essencial para o diagnóstico de transtornos neuróticos é o grau de interferência com o funcionamento social. Culturalmente falando, duas influências importantes podem ser apontadas. Primeiro, em geral, as famílias destes sujeitos identificados apresentam suporte social adequado e famílias harmoniosas; além disso, há uma grande resistência dos sujeitos chineses em discutir seus sentimentos e emoções pessoais com pessoas estranhas (entrevistadores). Talvez isso também possa ser responsável pelas diferenças observadas entre homens e mulheres.

Finalizado em 1982, o *Chinese National Epidemiological Survey of Mental Disorder* foi o único estudo em larga escala feito na China, envolvendo 12 centros em diferentes partes do país (Cooper, Sartorius 1996). A prevalência total estimada foi de 33% para todas as morbidades psiquiátricas, sendo que os transtornos neuróticos participavam com 22%. Os resultados deste estudo mostraram grandes variações regionais entre os centros, além de importantes diferenças quando comparadas com estudos epidemiológicos ocidentais. Vale aqui assinalar a aparente baixa prevalência de transtornos afetivos na população chinesa (0,76 por 1000), a baixa taxa de quadros demenciais no grupo dos idosos (0,29 por 1000), e o excesso de morbidades psiquiátricas em mulheres de todas as faixas etárias (7,07 por 1000, comparado com 4,33 para homens).

Similarmente, num estudo em dois estágios de Taiwan, Cheng (1989b) encontrou uma prevalência de 24,7% de ansiedade e 8,3% de depressão neurótica na população estudada, ao lado de outras morbidades de menor prevalência. Embora a distribuição das morbidades seja bastante diferente, as taxas totais dos dois estudos acima citados estão muito próximas às do *National Comorbidity Survey* (Kessler e cols. 1994).

No levantamento da China (Cooper, Sartorius 1996), onde os sintomas foram registrados por meio do PSE-9, foi possível comparar o perfil sintomatológico dos diagnósticos através da pontuação sindrômica gerada pelo CATEGO com o nosso estudo

conduzido com SCAN 2.01, um aperfeiçoamento do PSE-9 (Tabela 44). Foi investigada a diferença entre neurastenia, neurose depressiva e neurose de ansiedade, com o intuito de esclarecer o seu conteúdo sintomático e as fronteiras diagnósticas.

Tabela 44 - Proporção de sujeitos com síndromes do PSE-9 por diagnóstico de transtornos neuróticos (Cooper, Sartorius, 1996)

Síndrome PSE	**% de sujeitos com diagnóstico de:**			
	Transtornos neuróticos *n* =150	Neurose depressiva *n* = 21	Neurastenia *n* = 88	Neurose de ansiedade *n* = 10
Perda de interesse e Concentração (IC)	63,3	76,2	64,8	70,0
Perda de energia (LE)	54,7	71,4	48,9	70,0
Tensão (TE)	86,7	95,2	88,6	90,0
Depressão simples (SD)	61,3	95,2	52,3	70,0
Sintomas somáticos de depressão (OD)	72,0	90,5	75,0	70,0
Características especiais da depressão (ED)	34,0	714	25,0	50,0
Ansiedade situacional (SA)	33,3	19,1	27,3	70,0
Ansiedade Generalizada (GA)	41,2	28,6	35,2	80,0

O perfil sintomatológico dos 88 sujeitos diagnosticados como neurastênicos é muito semelhante com aquele dos sujeitos com transtornos neuróticos (n = 150). Embora a presença marcante de sintomas depressivos (SD, OD e ED) e ansiosos (SA e GA) pudesse discriminar neurose depressiva e neurose de ansiedade, os sintomas de neurastenia têm uma distribuição intermediária. As síndromes consideradas mais importantes, porém inespecíficas, para o diagnóstico de neurastenia foram: perda de interesse e concentração (IC), perda de energia (LE) e tensão (TE). Além disso, os neurastênicos apresentam sintomas importantes de depressão como: sintomas somáticos de depressão (75%) e

depressão simples (52,3%). Apesar do número pequeno de sujeitos avaliados neste estudo, os autores concluem que a neurastenia se equipara ao conceito geral de transtorno neurótico, quanto ao perfil sintomatológico.

Vários estudos indicam que os sintomas nucleares de neurastenia variam de país para país. Enquanto irritabilidade foi relatado por 75 a 100% dos pacientes, outros sintomas como incapacidade para relaxar 60 a 91%, cefaléia 50 a 90%, distúrbio de sono 39 a 78%, dores e mialgia 25 a 53% também foram freqüentemente relatados. A tontura aparece como um sintoma muito comum, 73% dos pacientes neurastênicos chineses se queixaram deste sintoma, enquanto no ocidente este sintoma aparece em somente 5% dos pacientes.

Embora não tenhamos conseguido diagnosticar neurastenia através do CATEGO na nossa amostra, o levantamento do perfil sintomatológico nos permite afirmar que os quadros encontrados entre os chineses da comunidade têm uma apresentação psicopatológica única, muito semelhante com a da neurastenia. Insônia, preocupação, cefaléia, queixas somáticas, mau funcionamento subjetivo, falta de concentração, e tristeza são sintomas-chaves de neurastenia, porém foram detectados separadamente nos instrumentos utilizados. Isso indica que o construto subjacente dos instrumentos de inspiração ocidental (*etic*) deve ser aprimorado para o contexto chinês, talvez construindo um instrumento culturalmente sensível para a detecção de neurastenia.

Assim, os padrões de apresentação de neurastenia diferem em diferentes países. Na Ásia, principalmente China, Hong Kong e Taiwan, a fadiga excessiva não é considerada um sintoma crucial para o diagnóstico, aparecendo numa freqüência menor. No entanto, tanto na China como em Hong Kong, os sintomas mais proeminentes de neurastenia foram cefaléia, insônia, tontura e dores crônicas. Em Taiwan, por sua vez, as características mais importantes foram insônia, dificuldade de concentração, tensão e ansiedade.

Neurastenia é um grande cesto diagnóstico, não só na China como em outras partes do sudeste asiático. No nosso trabalho, algumas características dos respondentes nos levam a pensar sobre a validade de manter o rótulo diagnóstico de neurastenia. As características como insônia, preocupação, sintomas depressivos, queixas somáticas nos levam a pensar como estes instrumentos de contrução teórica ocidental não consegue diagnosticar estes

pacientes. Como um mosaico, vemos pedaços de neurastenia espalhados ao longo dos nossos instrumentos de mensuração. Enquanto o CHQ-12 conseguiu levantar três dimensões de sintomas somáticos, depressão e preocupação, a insônia aparece no SCAN, junto com o perfil sintomatológico de mau funcionamento subjetivo e depressão.

Seus sintomas são vagos, no entanto, parecem preencher certos critérios para depressão maior, distimia, ansiedade e transtornos somatoformes (Lee 1996). Em estudos epidemiológicos comunitários, a taxa de neurastenia varia de 6 a 10% (Kleinman 1982; Liu 1986; Epidemiological Study Group of Mental Disorders 1986). No consultório especializado a taxa foi de 5,5 a 6,3% (Liu 1986) e na população geral num estudo da nação chinesa de 1,3% (Epidemiological Study Group of Mental Disorders 1986). Kleinman (1982) encontrou que a maioria (87%) dos pacientes chineses que receberam o diagnóstico de neurastenia puderam ser reclassificados como casos de depressão maior de acordo com os critérios de DSM-III. Zheng et al. (1997) estudou a ocorrência da neurastenia em chineses americanos residentes na cidade de Los Angeles e chegou à conclusão de que neurastenia é uma condição clinicamente freqüente (6,4%) e distinta que se sobrepõe com outras entidades como ansiedade e depressão.

O conceito de neurastenia é heterogêneo e abrangente, com preponderância de características somato-afetivas inespecíficas, o que facilita os pacientes se auto-rotularem de sofrer de neurastenia. Como na neurose (a grande representante dos TMC na comunidade), o diagnóstico de neurastenia é criticado quanto à imprecisão conceitual levando à baixa validade. A validade de face, isto é, a extensão em que há consenso geral entre psiquiatras de que este transtorno existe, varia de um país para outro. Na China, a neurastenia apresenta uma excelente validade de face, na medida em que poucos duvidam da sua existência. Em contraste, na Europa e América do Norte, a sua validade se mantém baixa ou apenas regular, porque há pouco ou nenhum consenso quanto a sua ocorrência, ou pelo menos, como uma entidade clínica separada. Esta validade cultural da neurastenia para a população chinesa não tem aplicabilidade universal, portanto, continuamos tendo necessidade de contextualizar este transtorno em relação a uma determinada cultura.

A confiabilidade da neurastenia tem melhorado dia a dia, a partir de propostas diagnósticas operacionais como da CCMD-2-R e CID-10. Esta característica permite

distinguir neurastenia de forma fidedigna de outros transtornos, temos pesquisas delimitando as suas fronteiras com transtorno depressivo (Merikangas, Angst 1994; Zheng et al. 1997), transtorno ansioso (Merikangas, Angst 1994; Zheng et al. 1997), transtorno misto de depressão e ansiedade (Starceviæ et al. 1996) e transtorno somatoforme (Zheng et al. 1997).

Faltam à neurastenia validade preditiva e de construto, dois fortes indicadores ontológicos de validade. A dificuldade de avaliação preditiva do seu curso, evolução e resposta ao tratamento limitam a sua validade preditiva. A entidade em si, de apresentação polimorfa e abrangente, não permite prever com acurácia aceitável tais parâmetros evolutivos. A confusão etiológica entre a visão leiga e profissional, ausência de marcadores biológicos ou testes laboratoriais impedem a sua compreensão etiológica e patogênese. Apesar disso, a situação do construto "neurastenia" não está muito pior que a maioria dos transtornos mentais, à espera de validadores externos independentes que lhes confirmem validade preditiva e de construto (Starceviæ 1999).

A validade global insatisfatória não deve impedir a neurastenia de seguir o seu caminho. Como tantos outros transtornos mentais, encontros de especialistas internacionais devem ser organizados para uniformizar os seus limites conceituais e estabelecer critérios diagnósticos aplicáveis. Para promover a melhoria da sua validade, trabalhos sobre a validade discriminante deste contruto em relação a outras entidades diagnósticas, estudos de seguimento e experimentais de tratamento são necessários para identificar os fatores prognósticos e preditivos da neurastenia. Futuramente, pesquisas devem também focalizar os fatores biológicos para alavancar a nossa compreensão dos mecanismos patofisiológicos da neurastenia.

6.5. Limitações do estudo:

Uma primeira limitação do presente estudo vem do problema de amostragem, tornando impossível determinar a representatividade da amostra dentro da comunidade sino-paulistana. Esta situação não é facilmente remediável nos estudos com imigrantes: falta-lhes registro censitário, a população residente na cidade é flutuante e a sua cooperação irregular (Yeung 2002a).

O desenho deste estudo segue o modelo de pesquisas de prevalência em dois estágios. No entanto, devido ao baixo número de indivíduos que aceitaram ser entrevistados individualmente (n = 25), afirmações conclusivas sobre a distribuição dos transtornos mentais nesta comunidade não devem ser feitas. Parece que as entrevistas diretas face a face são mais difíceis de serem toleradas pelos chineses, enquantos os questionários de auto-resposta têm melhor aceitação. Os chineses são menos relutantes em exprimir suas emoções em situações neutras tais como questionários anônimos (Chan 1985).

Os resultados deste estudo não devem ser generalizados para a comunidade tampouco os pacientes chineses, uma vez que o trabalho foi feito dentro da uma comunidade específica.

7. CONCLUSÕES

Baseado nos resultados expostos e a sua comparação com a literatura especializada, parece-nos adequado traçar as seguintes conclusões:

1) Cerca de um quarto dos sujeitos (22%) da comunidade sino-paulistana apresenta algum tipo de desconforto psicológico medido pelo CHQ-12. Os prováveis casos de transtorno mental apresentam quadros de pequena intensidade; muitos são subsindrômicos e não diagnosticáveis pelos instrumentos utilizados (abaixo do ponto de corte e índice de definição). Os transtornos mentais comuns desta comunidade são os transtornos neuróticos ou morbidades psiquiátricas menores.

2) A probabilidade dos indivíduos serem prováveis casos de transtornos mentais comuns ou pontuar alto no CHQ-12 associa ao fato de ser do sexo feminino (OR = 2,31; $IC_{95\%}$: 1,12–4,75) e fluentes em chinês mandarim (OR = 3,37; $IC_{95\%}$: 1,68–6,78). Aqueles sujeitos com queixas físicas (OR = 4,20; $IC_{95\%}$: 1,70–10,40), relato de eventos-vitais no último ano (OR = 4,91; $IC_{95\%}$: 1,51–16,00) e pontuação alta no Inventário de Depressão de Beck (OR = 1,29; $IC_{95\%}$: 1,20–1,41) também têm maior chance de apresentar transtornos.

3) As características próprias dos transtornos mentais comuns da comunidade sino-paulistana são: insônia, preocupação, queixas somáticas (cefaléia), mau funcionamento subjetivo (dificuldade de concentração e anergia) e sintomas depressivos. Esses casos lembram as descrições de neurastenia.

4) Estes quadros observados apresentam uma psicopatologia própria, muito semelhante aos chineses de Taiwan e China, porém diferente daquela do ocidente. No entanto, paralelos podem ser traçados com a síndrome de fadiga crônica.

5) O CHQ-12 é um instrumento de rastreamento culturalmente sensível. Os indicadores de suas propriedades psicométricas são semelhantes àqueles encontrados em Taiwan e para o GHQ-12 em culturas ocidentais.

6) O CHQ-12 apresenta uma estrutura fatorial tridimensional, cujo conteúdo é composto por sintomas somáticos, depressivos e de preocupação.

7) O CHQ-12 mostra evidências de confiabilidade e validade para ser aplicado em outras populações de imigrantes chineses.