

Wang Yuan Pang

Manifestações psicopatológicas não-psicóticas em uma amostra da comunidade chinesa da cidade de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Dr^a. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade

São Paulo
2002

Dedicatória

**Aos meus pais,
Sr. Wang Nien Tsong e Sra. Wang Li Ching Hsiang,
Que me criaram,
Que me cultivaram,
Que me criticaram,
Que me toleraram,
Que me apoiaram,
Que no fundo
Simplesmente me amaram.**

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Valentim Gentil, pelo incentivo para iniciar este trabalho

A Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade, pela sua dedicada orientação e constante troca intelectual

Ao Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, ao Dr. Edison Shiguemi Hirata, ao Dr. Renério Fráguas Jr., pelas valiosas sugestões oportunamente fornecidas durante o Exame de Qualificação

A Profa. Dra. Clarice Gorenstein, pela amizade e cooperação neste trabalho

Aos meus amigos, colegas e conterrâneos: Dr. Teng Chei Tung, Dra. Lee Fu I e Dra. Mary Sau Ling Yeh; sem eles eu não teria começado este projeto

A Sra. Eliza Sumie S. Fukushima, zelosa secretária da pós-graduação

A comunidade chinesa da cidade São Paulo que me deixou estudá-la

Ao Instituto de Psiquiatria, o berço da minha formação

As minhas secretárias e funcionários que muito me auxiliaram

SUMÁRIO

| | <i>p.</i> |
|--|-----------|
| LISTA DE TABELAS | vii |
| LISTA DE FIGURAS | ix |
| LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS | x |
| RESUMO | xi |
| ABSTRACT | xiii |
| 1. INTRODUÇÃO | 01 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 06 |
| 2.1. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS | 06 |
| 2.1.1. Epidemiologia dos TMC na comunidade | 10 |
| 2.1.2. Epidemiologia dos TMC nos centros de atenção primária | 14 |
| 2.1.3. Instrumentos de mensuração psicopatológica | 15 |
| 2.1.4. General Health Questionnaire (GHQ) | 18 |
| Propriedades psicométricas do GHQ-12 | 21 |
| 2.1.5. Chinese Health Questionnaire (CHQ-12) | 29 |
| 2.1.6. Estrutura dimensional dos TMC | 30 |
| 2.2. TRANSTORNOS MENTAIS EM CHINESES | 34 |
| 2.2.1. Psiquiatria transcultural | 34 |
| 2.2.2. Raça, cultura e etnicidade | 37 |
| 2.2.3. A cultura chinesa | 39 |
| 2.2.4. Síndromes ligadas à cultura | 49 |
| 2.2.5. Neurastenia | 53 |
| 2.2.6. Imigração e fatores psicossociais | 62 |
| 2.2.7. Depressão | 64 |
| 2.2.8. Sintomas físicos e somatização | 66 |
| 3. OBJETIVO | 71 |
| 4. MATERIAL E MÉTODO | 73 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.1. | Sujeitos da amostra | 73 |
| 4.2. | Instrumentos de mensuração | 74 |
| 4.3. | Análise estatística | 77 |
| 5. | RESULTADOS | 80 |
| 5.1. | Variáveis sociodemográficas | 80 |
| 5.2. | Propriedades psicométricas do CHQ-12 | 84 |
| 5.3. | Análise fatorial do CHQ-12 | 87 |
| 5.4. | Perfil sintomatológico no SCAN | 97 |
| 5.5. | Sintomas físicos | 101 |
| 5.6. | Eventos vitais | 105 |
| 5.7. | Inventários de depressão de Beck | 108 |
| 5.8. | Inventário de ansiedade traço-estado | 109 |
| 5.9. | Análise de correlações | 112 |
| 5.10. | Regressão logística | 116 |
| 6. | DISCUSSÃO | 117 |
| 6.1. | Perfil sociodemográfico dos chineses da comunidade | 117 |
| 6.2. | Propriedades psicométricas do CHQ-12 | 127 |
| 6.3. | Estrutura fatorial do CHQ-12 | 130 |
| 6.4. | TMC e neurastenia | 133 |
| 6.5. | Limitações do estudo | 138 |
| 6.6. | Comentários finais | 140 |
| 7. | CONCLUSÕES | 140 |
| | ANEXOS | 142 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 155 |
| | APÊNDICE | |

LISTA DE TABELAS

| | <i>p.</i> |
|---|-----------|
| Tabela 1 – Estudos epidemiológicos de dois-estágios | 13 |
| Tabela 2 – Estudos de consistência interna do GHQ-12 | 23 |
| Tabela 3 – Validade de critério de GHQ-12 | 25 |
| Tabela 4 – Estrutura fatorial do GHQ-12 | 28 |
| Tabela 5 – A teoria dos cinco elementos e a sua correspondência com o corpo humano | 47 |
| Tabela 6 – A teoria dos cinco elementos e a sua correspondência com a natureza | 47 |
| Tabela 7 – Critérios diagnósticos de neurastenia, segundo CCMD-2-R | 57 |
| Tabela 8 – Sobreposição diagnóstica entre neurastenia e síndrome de fadiga crônica ... | 59 |
| Tabela 9 – Perfil sociodemográfico da amostra, segundo CHQ-12 | 82 |
| Tabela 10 – Variáveis sociodemográficas da imigração, segundo CHQ-12 | 83 |
| Tabela 11 – Valores de correlação entre os itens e a escala total CHQ-12 | 84 |
| Tabela 12 – Indicadores de validade de critério do CHQ-12 | 85 |
| Tabela 13 – Matriz de fatores extraídos pela técnica de análise de componentes principais | 88 |
| Tabela 14 – Solução não rotacionada com 4 fatores | 90 |
| Tabela 15 – Solução não rotacionada com 3 fatores | 91 |
| Tabela 16 – Solução rotacionada com 4 fatores | 93 |
| Tabela 17 – Solução rotacionada com 3 fatores | 94 |
| Tabela 18 – Solução rotacionada com 3 fatores, itens agrupados | 95 |
| Tabela 19 – Pontuações dos sujeitos por CHQ-12, SCAN, SCAN-ID e diagnósticos .. | 98 |
| Tabela 20 – Perfil sintomatológico comparativo por item-grupo gerado pelo SCAN/CATEGO-5 | 101 |
| Tabela 21 – Medidas descritivas dos sintomas físicos, segundo a classificação alto, médio e baixo | 102 |
| Tabela 22 – Medidas descritivas dos sintomas físicos, segundo sexo e CHQ-12 | 102 |
| Tabela 23 – Distribuição de frequências dos sintomas físicos, segundo sexo e CHQ-12 | 103 |
| Tabela 24 – Distribuição de frequências dos sintomas físicos agrupados por aparelho, segundo CHQ-12 | 104 |
| Tabela 25 – Medidas descritivas dos eventos vitais, segundo a classificação alto, médio e baixo | 105 |
| Tabela 26 – Medidas descritivas dos eventos vitais, quanto ao sexo e CHQ-12 | 106 |
| Tabela 27 – Distribuição de frequências dos eventos vitais, segundo sexo e CHQ-12 ... | 106 |
| Tabela 28 – Distribuição de frequências dos eventos vitais agrupados por fonte de estresse, segundo CHQ-12 | 107 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 29 – Medidas descritivas do BDI, segundo a classificação em alto, médio e baixo | 108 |
| Tabela 30 – Medidas descritivas do BDI, segundo sexo e CHQ-12 | 109 |
| Tabela 31 – Distribuição de frequências do BDI, segundo sexo e CHQ-12 | 109 |
| Tabela 32 – Medidas descritivas do IDATE, segundo a classificação alto, médio e baixo | 110 |
| Tabela 33 – Medidas descritivas do IDATE, segundo Sexo e CHQ-12 | 110 |
| Tabela 34 – Distribuição de frequências do IDATE, segundo sexo e CHQ-12 | 111 |
| Tabela 35 – Distribuição de frequências do BDI vs. IDATE | 111 |
| Tabela 36 – Matriz de correlação do CHQ-12 com as escalas de sintomas físicos, eventos vitais, BDI e IDATE | 112 |
| Tabela 37 – Matriz de correlação dos fatores do CHQ-12 com as escalas de BDI, IDATE, Sintomas físicos e Eventos vitais | 113 |
| Tabela 38 – Estimativa dos coeficientes do modelo ajustado para sexo e fluência em chinês mandarim (OR e IC95%) | 113 |
| Tabela 39 – Probabilidades ajustadas de ter resultado positivo para CHQ-12 sob o modelo da regressão logística (1) | 114 |
| Tabela 40 – Estimativas dos coeficientes do modelo ajustado ajustado para BDI, eventos vitais e sintomas físicos (OR e IC95%) | 114 |
| Tabela 41 – Estimativas dos coeficientes do novo modelo ajustado (OR e IC95%) | 115 |
| Tabela 42 – Probabilidades ajustadas de ter resultado positivo para CHQ sob o modelo da regressão logística (2) | 116 |
| Tabela 43 – Comparação da estrutura fatorial do CHQ-30 e CHQ-12 | 131 |
| Tabela 44 – Proporção de sujeitos com síndromes do PSE-9 por diagnóstico de transtornos neuróticos | 135 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| | <i>p.</i> |
| Figura 1 – Curva ROC (<i>Receiver Operator Characteristics</i>) do CHQ-12 | 86 |
| Figura 2 - <i>Scatter plot</i> da pontuação do CHQ-12 com índice de definição do SCAN .. | 87 |
| Figura 3 – <i>Scree plot</i> dos componentes principais (<i>eigenvector</i>) do CHQ-12 | 89 |
| Figura 4 - Redistribuição das variâncias explicadas por cada fator antes e após a rotação ortogonal da solução de 3 fatores | 92 |
| Figura 5 - Síndromes dos item-grupos do SCAN/CATEGO-5 presentes em 8 sujeitos SCAN-positivos e 17 SCAN-negativos | 100 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACL – Análise de classe latente
ACP – Análise de componentes principais
AFC – Análise fatorial confirmatória
AFE – Análise fatorial exploratória
APA – Associação psiquiátrica Americana ou *American Psychiatric Association*
ATL – Análise de traço latente
BDI - *Beck Depression Inventory*
C-BDI - *Chinese version of Beck's Depression Inventory*
CCMD-2-R – *Chinese Classification of Mental Disorder – 2nd. edition revised*
C-GHQ - *Chinese version of General Health Questionnaire*
CGHQ – *Chronic General Health Questionnaire*
CHQ - *Chinese Health Questionnaire*
CID - 10 - Classificação Internacional de Doenças – 10^a edição
CID - 9 - Classificação Internacional de Doenças – 9^a edição
CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*
CIS - *Clinical Interview Schedule*
CIS-CV - *Clinical Interview Schedule – Chinese Version*
DP – desvio padrão
DSM - III – *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder – 3rd. edition*
DSM - IV - *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder – 4th. edition*
ECA – *Epidemiological Catchment Area Study*
GHQ – *General Health Questionnaire*
gl - grau de liberdade
HK – Hong Kong
IC_{95%} - Intervalo de confiança 95%
IDATE – Inventário de Ansiedade Traço - Estado
MPM – Morbidades Psiquiátricas Menores ou *Minor Psychiatric Morbidity*
n.s. – não significativo
NCS – *National Comorbidity Survey*
NEMESIS – *Netherland Epidemiological Mental Health and Incidence Study*
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR - *odds ratio* ou razões de chance
PSE – *Present State Examination*
ROC – *Receiver Operator Characteristics*
SCAN – *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*
SCL – *Symptom Check List*
STAI – *State-Trait Anxiety Inventory*
TMC – Transtornos mentais comuns
VPN – Valor preditivo negativo
VPP – Valor preditivo positivo
WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Wang, Yuan - Pang. **Manifestações psicopatológicas não-psicóticas em uma amostra da comunidade chinesa da cidade de São Paulo.** São Paulo, 2002. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Introdução: Os transtornos mentais que ocorrem na comunidade e em culturas diversas são temas de grande interesse frente às constantes transformações sociais no mundo. A mudança do foco de pesquisa para os transtornos freqüentes na comunidade possibilitou aperfeiçoamentos metodológicos e desenvolvimento de instrumentos sensíveis para a sua detecção. A inclusão da variável cultural no estudo da psiquiatria, por sua vez, questiona o universalismo psicopatológico, a taxonomia ocidental e o diagnóstico de síndromes culturalmente específicas. Uma amostra desta visão psiquiátrica, ancorada na questão cultural e de transtornos da comunidade, são as pesquisas envolvendo neurastenia, um transtorno neurótico comum entre os chineses.

O presente trabalho é um estudo observacional e transversal dos transtornos mentais comuns entre os indivíduos chineses da comunidade.

Objetivo: Avaliar a psicopatologia não-psicótica dos chineses residentes na cidade de São Paulo, através de instrumentos padronizados.

Material e Método: Os sujeitos da comunidade ($n = 211$), chineses e seus descendentes, preencheram um questionário de auto-avaliação e foram entrevistados por pesquisadores treinados.

Os instrumentos utilizados foram: *Chinese Health Questionnaire* (CHQ-12), Escala de Sintomas Físicos, Escala de Eventos Vitais, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN).

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, análise univariada (testes de qui-quadrado, Fisher e t de Student), análise multivariada (regressão logística), análise da curva ROC, análise fatorial exploratória (CHQ-12) e análise de correlação.

Resultados: A probabilidade dos indivíduos pontuar alto no CHQ-12 ou ser casos prováveis de transtornos mentais comuns associou 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). Além disso, 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 BDI (OR = 1,29; IC_{95%}: 1,20–1,41) também tiveram maior chance de apresentar transtornos.

O coeficiente de consistência interna α de Cronbach do CHQ-12 foi de 0,71 e a correlação item-total variou de 0,25 a 0,55, mostrando boa fidedignidade e homogeneidade deste instrumento. Adotando SCAN como critério-padrão, o melhor ponto de corte de CHQ-12 foi 2/3. Os seguintes indicadores de validade foram calculados a partir deste critério:

sensibilidade 75%, especificidade 71%, valor preditivo positivo 55%, valor preditivo negativo 86% e taxa de classificação incorreta 28%. A curva ROC foi utilizada para avaliar a capacidade discriminante do instrumento, tendo uma área sob a curva de 0,728. O questionário CHQ-12 também se correlacionou significativamente com Escala de Sintomas Físicos ($p < 0,005$), Escala de Eventos Vitais ($p < 0,005$), BDI ($p < 0,0005$) e IDATE ($p < 0,05$).

Na análise fatorial exploratória, três dimensões psicopatológicas explicaram 47,8% da variância total do CHQ-12. O conteúdo sintomatológico avaliado por este instrumento pode ser descrito como tridimensional, contendo fator somático, depressivo e de preocupação.

As entrevistas do SCAN ($n = 25$) geraram diagnósticos de distímia, depressão e insônia não orgânica (CID-10). Os item-grupos “mau funcionamento subjetivo” ($p < 0,005$) e “características especiais de depressão” ($p < 0,005$) predominaram no perfil sintomatológico dos casos positivos de SCAN.

Conclusão: Os transtornos mentais comuns predominantes na comunidade chinesa de São Paulo são os transtornos neuróticos, muito sugestivos de neurastenia.

Os sujeitos chineses da comunidade apresentam uma psicopatologia própria, semelhante àquela dos indivíduos do seu país de origem.

O CHQ-12 é um instrumento de rastreamento culturalmente sensível, que apresenta evidências de confiabilidade e validade para ser aplicado em outras populações de chineses.

ABSTRACT

Wang, Yuan - Pang. **Non-psychotic psychopathologic manifestations in a sample of the Chinese community in the city of São Paulo**. São Paulo, 2002. PhD. Thesis – School of Medicine, University of São Paulo.

Introduction: Community and culturally specific mental disorders have attracted much interest lately as a consequence of the constant social changes in the world. The shift of research focus to community-specific disorders has permitted methodological improvements and the development of tools for their detection. The inclusion of the cultural variable in the study of psychiatry questions psychopathological universality, Western taxonomy, and the diagnosis of culturally specific syndromes. The research of neurasthenia, a common neurotic disorder among the Chinese, is an example of the psychiatric approach based on cultural issues and on community disorders.

This is an observational and transversal study of the common mental disorders among Chinese individuals in the community.

Objective: to assess the non-psychotic psychopathology of the Chinese who live in the city of São Paulo, using standardized instruments.

Materials and Methods: Individuals of the community ($n = 211$), Chinese and their descendants, filled out a self-evaluation questionnaire and were interviewed by trained researchers.

The instruments used were: Chinese Health Questionnaire (CHQ-12), Physical Symptom Scale, Life Event Scale, Beck Depression Inventory (BDI), Trait-State Anxiety Inventory (STAI), and Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN).

The data were analyzed with descriptive statistics, univariate analysis (chi-square, Fisher and Student's t tests), multivariate analysis (logistic regression), ROC curve analysis, exploratory factor analysis (CHQ-12), and correlation analysis.

Results: The likelihood of an individual scoring high in CHQ-12 or having a probable common mental disorder is associated to the fact of being female (OR = 2.31; 95% CI: 1.12–4.75) and fluent in Mandarin Chinese (OR = 3.37; 95% CI: 1.68–6.78). Moreover, those with physical complaints (OR = 4.20; 95% CI: 1.70–10.40), reporting life events in the previous year (OR = 4.91; 95% CI: 1.51–16.00) and scoring high in BDI (OR = 1.29; 95% CI: 1.20–1.41) also had a greater likelihood of presenting disorders.

CHQ-12's Cronbach's α coefficient of internal consistency was 0.71 and the item-total correlation ranged from 0.25 to 0.55, showing that this instrument is reliable and homogeneous. Using SCAN as a standard criterion, the best cut-off point for CHQ-12 was 2/3. The other validity indicators were calculated based on that criterion: sensitivity 75%, specificity 71%, positive predictive value 55%, negative predictive value 86%, and

misclassification rate 28%. ROC curve was used to evaluate the discriminating capacity of the instrument, having an area under the curve of 0.728. CHQ-12 questionnaire also correlated significantly with the Physical Symptom Scale ($p < 0.005$), Life Event Scale ($p < 0.005$), BDI ($p < 0.0005$), and STAI ($p < 0.05$).

In the exploratory factor analysis, three psychopathologic dimensions explained 47.8% of the total variance of CHQ-12. The symptomatological content evaluated by this instrument may be described as three-dimensional, including somatic, depressive and preoccupation factors.

SCAN interviews ($n = 25$) led to diagnoses of dysthymia, depression and non-organic insomnia (ICD-10). The item-groups “poor subjective functioning” ($p < 0.005$) and “special features of depression” ($p < 0.005$) prevailed on the symptomatological profile of SCAN-positive cases.

Conclusion: the most common mental disorders in São Paulo’s Chinese community are the neurasthenia-like neurotic disorders.

The individuals of the Chinese community presented a unique psychopathology, resembling that of their country of origin.

CHQ-12 is a culturally sensitive screening instrument, which seems to be reliable and valid enough to be used in other Chinese populations.