

JAMIL TORQUATO DE MELO FILHO

**Transtornos Mentais e Sintomas sem Explicação Médica (SEM):
aspectos epidemiológicos em uma amostra da Região Metropolitana
de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

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

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO

2021

JAMIL TORQUATO DE MELO FILHO

**Transtornos mentais e Sintomas sem Explicação Médica (SEM):
aspectos epidemiológicos em uma amostra da Região Metropolitana
de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

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

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

SÃO PAULO

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Melo Filho, Jamil Torquato de

Transtornos mentais e sintomas sem explicação
médica (SEM) : aspectos epidemiológicos em uma
amostra da região metropolitana de São Paulo /
Jamil Torquato de Melo Filho. -- São Paulo, 2020.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Laura Helena Silveira Guerra de
Andrade.

Descritores: 1. Transtornos mentais 2. Sintomas
medicamente inexplicáveis 3. Somatização
4. Epidemiologia 5. Medicina psicossomática
6. Psicanálise

USP/FM/DBD-055/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*As minhas avós, pela
quantidade imensurável
de amor a mim oferecido.*

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradeço a minha orientadora Dr^a. Laura Helena S. G. de Andrade Burdmann pelo acolhimento, confiança e liberdade, aspectos importantes no meu constante desenvolvimento enquanto pesquisador.

Agradeço a Dr^a. Danielle Bivanco e a Dr^a. Erica Siu pela parceria, tempo, cuidado e atenção. Aprendi muitas coisas com vocês.

Agradeço ao Leandro Gilio pela importante parceria em grande parte dessa caminhada me ensinando coisas que ainda não me faziam sentido e acolhendo, tão caridosamente, minhas ansiedades na construção desse objetivo final. Ao Rodrigo de Souza por ter me apoiado e ficado ao meu lado nos momentos mais difíceis desse processo, e foram muitos. Ao Eduardo Zan pelas tantas conversas e chamadas de vídeo. Ao Miro de Lucca pela amizade e pelo cuidado de irmão e ao Pedro Rizzi pelo amor, carinho, apoio, suporte, incentivo e parceria tão essenciais nessa jornada.

Agradeço a todos os meus pacientes por confiarem a mim o compartilhamento de suas angústias, histórias e (in)felicidades. Estar com vocês me faz perceber que escolhi a profissão certa para minha vida e espero, cada dia mais, poder ajudá-los.

Um agradecimento especial a toda equipe do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (NEP) e da pós-graduação do IPq, entre funcionários e professores, por toda ajuda, ensinamentos e esclarecimentos tão essenciais nesse processo.

Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. Sinto que sou muito mais completa quando não entendo. Não entender, do modo como falo, é um dom. Não entender, mas não como um simples de espírito. O bom é ser inteligente e não entender. É uma benção estranha, como ter loucura sem ser doida. É um desinteresse manso, é uma doçura de burrice. Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender que não entendo.

Clarice Lispector, *A descoberta do mundo*, 1984

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

LISTA DE SIGLAS

AP	Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DHI	<i>Dizziness Handicap Inventory</i>
DM	Síndrome ou Doença de Menière
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Programa Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCUSP	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
IC	Intervalo de Confiança
IPq- HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
MUS	<i>Medically Unexplained Symptoms</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Razão de chance
SCID	Entrevista Clínica Estruturada para Transtorno do DSM-IV
SEM	Sintomas sem Explicação Médica
SII	Síndrome do Intestino Irritável ou Cólon Irritável
SPM	<i>São Paulo Megacity</i>
SPMHS	<i>São Paulo Megacity Mental Health Survey</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TS	Transtorno Somatoforme

TSS	Transtorno de Sintomas Somáticos
USP	Universidade de São Paulo
WMH	<i>World Mental Health</i>
WMH-CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview - versão World Mental Health</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra por gênero	31
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico da amostra por ausência/presença de SEM	32
Tabela 3 – Frequência de SEM na amostra por gênero	33
Tabela 4 – Perfil sociodemográfico da amostra por SEM	34
Tabela 5 – Frequência de TMC na amostra por gênero	35
Tabela 6 – Frequência de TMC na amostra por ausência/presença de SEM	36
Tabela 7 – Razão de chance da associação de SEM e TMC controladas por variáveis sociodemográficas. Regressão logística multivariável	37
Tabela 8 – Associação do número de SEM com transtornos depressivos e ansiosos. Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas	38
Tabela 9 – Padrão de uso de serviços no ano anterior à entrevista da amostra total por gênero	39
Tabela 10 – Padrão de uso de serviços no ano anterior à entrevista pela amostra total por ausência/presença de SEM	40
Tabela 11 – Associação de uso de serviços no ano anterior à entrevista por quantidade de SEM. Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas	41

RESUMO

Melo Filho, JT. *Transtornos mentais e Sintomas sem Explicação Médica (SEM): aspectos epidemiológicos em uma amostra da Região Metropolitana de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

A associação entre Sintomas sem Explicação Médica (SEM) e Transtornos Mentais Comuns (TMC) tem sido discutida, porém são poucos os estudos epidemiológicos no Brasil. Há evidências de que indivíduos com esses quadros clínicos associados geram sobrecarga ao sistema de saúde devido a superutilização para tratamento/enfrentamento de sua condição. A partir de um estudo transversal, objetivou-se estimar a frequência de quatro SEM (cólon irritável, dispepsia, fadiga e tontura) e de TMC do humor e ansiedade, identificando seu padrão de distribuição por variáveis sociodemográficas, determinando as razões de chances (RC) da associação entre eles e estimando a utilização de serviços de saúde por usuários que apresentam/manifestam SEM. A amostra é composta por N=764 indivíduos, uma subamostra, avaliada no âmbito hospitalar, da pesquisa populacional 'São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMH)'. Diagnósticos psiquiátricos foram obtidos através da entrevista clínica SCID, gerando diagnósticos pelo DSM-IV. Informações sobre a presença de SEM foram coletadas a partir de escalas validadas em nosso meio, específicas para cada sintoma. As frequências foram mensuradas usando análise de tabulação cruzada controlada por sexo. Modelo de regressão logística multivariável foi usado para determinar as RC da associação dos SEM com TMC tendo, a significância estatística, sido examinada usando o teste de χ^2 de Pearson por meio do *software SAS Enterprise Guide 5.1*. Metade da amostra apresentou pelo menos um dos quatro SEM pesquisados (50,2%), sendo mais frequente em mulheres (35,7%); em indivíduos com idade entre 18 e 49 anos (40,6%), a maioria com renda 'média baixa' (15,4%); casados (29,8%) e trabalhadores/estudantes (35,9%). Fadiga foi o sintoma mais frequente (30,5% na amostra total; 22,9% mulheres; 7,5% homens), seguido por dispepsia (26,9%; 19,3% em mulheres e 7,5% em homens), tontura (19,6%; 15% em mulheres e 4,5% em homens), e cólon irritável (5,8%; 4,5% em mulheres e 1,3% em homens). Houve associação de SEM com transtornos depressivos (RC 3,4; IC 95%, 2,4-4,8) e algum transtorno de ansiedade na vida (RC 2,2; IC 95%, 1,5-3,0), com uma relação dose-resposta quanto a quantidade de SEM. O posto ou centro de saúde foi o local mais procurado (28,2%); a maioria dos atendimentos foram feitos por médicos clínico gerais e/ou de família (63,7%) e especialistas (59,6%). Nossos achados confirmam a associação entre SEM e TMC nesta amostra da população geral da maior cidade brasileira, apontando percentuais e descrevendo um perfil sociodemográfico desses indivíduos. Por ser uma parte do processo adoecedor os SEM geram sofrimento emocional e físico, sendo necessária uma abordagem integral incorporada na terapêutica e tratamento. Diante disso, o surgimento de sintomas estaria voltado a busca por legitimação social de seu sofrimento tornando o sujeito um ser individual/único.

Descritores: Transtornos mentais; Sintomas medicamente inexplicáveis; Somatização; Epidemiologia; Medicina psicossomática; Psicanálise.

ABSTRACT

Melo Filho, JT. *Mental Disorders and Medically Unexplained Symptoms (MUS): epidemiological aspects in a sample from the Metropolitan Region of São Paulo* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2020.

The association between Medically Unexplained Symptoms (MUS) and Common Mental Disorders (CMD) has been discussed, but there are few epidemiological studies in Brazil. There is evidence that individuals with these associated clinical conditions generate an overload to the health system due to overuse for the treatment/coping of their condition. From a cross-sectional study, the objective was to estimate the frequency of four MUS (irritable bowel, dyspepsia, fatigue and dizziness) and of CMD of mood and anxiety, identifying their distribution pattern by sociodemographic variables, determining the odds ratio (OR) of the association between them and estimating the use of health services by users who have/manifest MUS. The sample is composed of N=764 individuals, a sub-sample, evaluated in the hospital environment, of the population survey 'São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMH)'. Psychiatric diagnoses were obtained through the SCID clinical interview, generating diagnoses by DSM-IV. Information about the presence of MUS was collected from scales validated in our environment specific for each symptom. Frequencies were measured using sex-controlled cross-tabulation analysis. Multivariate logistic regression model was used to determine the OR of the association of MUS with CMD, and statistical significance was examined using Pearson's χ^2 test using the SAS Enterprise Guide 5.1 software. Half of the sample had at least one of the four MUS surveyed (50.2%), being more frequent in women (35.7%); in individuals aged between 18 and 49 years (40.6%), most with 'low middle' income (15.4%); married (29.8%) and workers/students (35.9%). Fatigue was the most frequent symptom (30.5% in the total sample; 22.9% women; 7.5% men), followed by dyspepsia (26.9%; 19.3% in women and 7.5% in men), dizziness (19.6%; 15% in women and 4.5% in men), and irritable bowel (5.8%; 4.5% in women and 1.3% in men). There was an association of MUS with depressive disorders (OR 3.4; CI 95%, 2.4-4.8) and some anxiety disorder in life (OR 2.2; CI 95%, 1.5-3.0), with a dose-response relationship for MUS. The health post or center was the most sought-after place (28.2%); most care was provided by general practitioners and/or family physicians (63.7%) and specialists (59.6%). Our findings confirm the association between MUS and CMD in this sample of the general population of the largest Brazilian city, indicating percentages and describing a sociodemographic profile of these individuals. As a part of the disease process, MUS generate emotional and physical suffering, requiring an integral approach incorporated in therapy and treatment. Therefore, the emergence of symptoms would be aimed at the search for social legitimation of their suffering, making the subject an individual/unique being.

Descriptors: Mental disorders; Medically unexplained symptoms; Somatization; Epidemiology; Psychosomatic medicine; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de tabelas

Resumo

Sumário

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Os Sintomas sem Explicação Médica (SEM)	15
1.2 Diagnóstico e prática clínica	17
1.3 Sintomas sem Explicação Médica (SEM) e sua associação com Transtornos Mentais Comuns (TMC)	18
1.4 Referencial teórico	20
2. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo principal	22
2.2 Objetivos secundários	22
3. MÉTODO	23
3.1 Amostra	23
3.1.1 Fase domiciliar	24
3.1.2 Fase hospitalar	25
3.2 Variáveis sociodemográficas	26
3.3 Avaliação diagnóstica	27
3.3.1 Diagnóstico de cólon irritável	27
3.3.2 Diagnóstico de dispepsia	28
3.3.3 Diagnóstico de fadiga	28
3.3.4 Diagnóstico de tontura	29
3.4 Uso de serviços	29
3.5 Análise estatística	30
4. RESULTADOS	31
4.1 Perfil sociodemográfico da amostra	31
4.2 Frequência de Sintomas sem Explicação Médica (SEM)	32
4.3 Frequência de Transtornos Mentais Comuns (TMC)	34
4.4 Frequência do uso de serviços de saúde	38
5. DISCUSSÃO	42

5.1 Forças e limitações do estudo	42
5.2 Análise de frequência e associação entre SEM e TMC.....	43
5.3 A dicotomia soma e psique.....	47
5.4 Comentários finais	49
6. CONCLUSÃO.....	51
6.1 Conclusão principal.....	51
6.2 Conclusões secundárias.....	51
7. ANEXO	52
7.1 Questionário de avaliação de cólon irritável	52
7.2 Questionário de avaliação de dispepsia	53
7.3 Questionário de avaliação de fadiga.....	54
7.4 Questionário de avaliação de tonturas e vertigens.....	57
8. REFERÊNCIAS	61

Apêndice

1. INTRODUÇÃO

1.1 Os Sintomas sem Explicação Médica (SEM)

O termo Sintoma sem Explicação Médica (SEM), conhecido em inglês como *Medically Unexplained Symptoms (MUS)*, surgiu após investigação de pacientes que frequentavam clínicas de atenção secundária - responsáveis pela ampliação e acesso a consultas e procedimentos especializados (o equivalente ao que seria a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (RAS)⁽¹⁾ - e que apresentavam sintomas que não podiam ser bem explicados por alguma patologia ou disfunção biológica.

Diante de tal situação, começou a ser utilizado por profissionais e pesquisadores quando precisavam recorrer para nomear algo indefinido, observado a partir do que estavam tratando e/ou pesquisando. Os SEM, frequentemente, se encaixam numa categoria a qual surgem dificuldades de sua diferenciação entre doenças psicossomáticas, somatopsíquicas e multissistêmicas, sendo o diagnóstico diferencial cada vez mais desafiador com a especialização intensa da medicina atual. Requer o conhecimento da medicina geral, psiquiatria e os sistemas que ligam o corpo e o cérebro, o que dificulta sua mensuração na população como uma única categoria.⁽³⁾

A terminologia vem sofrendo alterações ao longo do tempo, ora pautada na descrição e especificidade sintomática, ora no processo adoecedor como um todo, gerando altos custos para o sistema de saúde.⁽⁴⁻¹³⁾

A dificuldade da avaliação desses quadros clínicos tornou-se desafiadora, e o processo de identificação e a busca por integração de referenciais que o descrevam foi-se constituindo em nomenclaturas que fomentassem, tanto quanto possível, análises clínicas mais refinadas, com menos tempo de identificação e com proposta de uma nova classificação que não seja puramente somática ou mental.^(4,5,17,6-10,14-16)

Nesta dissertação, escolhemos utilizar o termo "Sintomas sem explicação médica" por ser um rótulo ainda comumente usado, especialmente na Atenção Primária (AP), definido como sintomas não explicados por uma condição

médica ou fisiopatologia orgânica. Nossa escolha se deve também ao fato de um rótulo etiologicamente neutro.

No entanto, o termo SEM traz em si as problemáticas da relação mente e corpo. Essa dicotomia ocorre naturalmente ao utilizarmos tal terminologia imprecisa. Mesmo as classificações atuais não solucionam essa questão. Por exemplo, sob a terminologia “Transtorno Somatoforme (TS)” encontramos uma série de fenômenos e condições em que sintomas somáticos ou preocupações sobre estar com uma doença predominam. Ao longo do tempo, vários termos têm sido usados para designar esses fenômenos, tanto em pesquisa como nas diferentes especialidades médicas. Na substituição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV) pelo DSM-5, publicado em 2013, optou-se pela exclusão do termo somatoforme, que seria mais próximo da terminologia explorada nesta dissertação, substituindo-o por Transtorno de Sintomas Somáticos (TSS), o que hoje conhecemos, comumente como somatização^(16,17) e “transtorno de ansiedade por doença” (DSM-5). A CID 11⁽¹⁰⁾ adotou os termos transtorno de sofrimento corporal (*bodily distress disorder*), hipocondria/ansiedade por doença e transtorno de estresse corporal (*bodily stress disorder*) para AP.

Por somatização entende-se uma tendência e/ou expressão do sujeito em experimentar e comunicar um desconforto ou sofrimento psicológico na forma de sintomas físicos, não sendo possível atribuí-los a doença física específica.^(18,19) Entretanto, no DSM-5, os indivíduos que antes preencheriam critérios para diagnóstico do TS terão, em geral, sintomas que satisfarão os critérios para o TSS, isso se apresentarem pensamentos, sentimentos e comportamentos desadaptativos que definem o transtorno, além da presença de sintomas que venham a ser entendidos e diagnosticados como somáticos.⁽¹⁷⁾

Designações como síndrome do intestino irritável (SII), fibromialgia, síndrome da fadiga crônica, encefalomielite miálgica e distúrbios de dor crônica específicos têm sido usados em especialidades médicas, para designar várias síndromes somáticas funcionais. O termo “distúrbio funcional” é usado como termo diagnóstico abrangente para essas condições em que os sintomas somáticos são predominantes.

Percebe-se que a investigação sintomática não bem especificada começou a construir seu entendimento pautando-se no processo sintomático/somatizador, e não somente em descritivos e/ou definições específicas/inespecíficas. Autores indicam que mais estudos são necessários para solucionar controvérsias e simplificar o diagnóstico na intenção de que as dificuldades de diferenciação entre somatizações, mediante sintomatologias apresentadas, possam ser melhor entendida/percebida e avaliadas pelos profissionais.⁽²⁰⁾

1.2 Diagnóstico e prática clínica

A operacionalização do diagnóstico psiquiátrico, ocorrida principalmente a partir da publicação do DSM-III⁽¹⁴⁾ na década de 80 trouxe, de certa forma, uma aparente facilitação na avaliação e classificação do adoecer psiquiátrico. As categorias propostas e sua operacionalização detalhada, a partir de listas de sinais e sintomas criadas com a finalidade de fornecer informações adequadas para tratamentos mais efetivos e específicos, fizeram com que a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico aumentasse, ao mesmo tempo que propiciou a possibilidade de verificar sua validade.⁽²¹⁾ Por sinal, entende-se aquilo que pode ser percebido por outra pessoa sem o relato ou comunicação do paciente. Já o sintoma é a queixa relatada que somente ele consegue perceber.⁽²²⁾

Apesar desse cenário idealizado, a conciliação entre a queixa do paciente, seus achados objetivos e a sua classificação, a fim de que se possa atribuir a gênese de seus sintomas como prática central da medicina, ficou a desejar.⁽²³⁾ O reconhecimento, recolhimento de informações e exames clínicos e laboratoriais são os responsáveis pela ligação entre os sintomas e seus agentes etiológicos, ou seja, sua causa e/ou origem.

A imersão da prática médica no modelo das ciências naturais (operacionalização e categorização do diagnóstico) conduziu a clínica a um processo de objetificação, sendo necessário excluir traços de subjetividade do paciente na construção de quadros clínicos.^(24,25)

Para a identificação de patologias e psicopatologias com base na manifestação/apresentação de sintomas, Kroenke et al.⁽²⁶⁾ enfatizam que a

criação destas categorias com subtipos problematiza a formação de um todo coerente, o que corrobora com a complexidade de avaliação do processo como um todo, estando a cabo dos profissionais tal responsabilidade. Essa categorização invalida, em alguns casos, a subjetividade do paciente acometido.

Assim, os sintomas são subjetivos e a dificuldade em categorizá-los fez com que termos, como o que até aqui estamos utilizando, sejam imprecisos. Outros autores recomendam aos profissionais envolvidos com o diagnóstico, não dar mais atenção aos sinais do que aos sintomas. Tal recomendação vale-se ainda de que há, durante o processo somatizador e manifestação de sintomas inespecíficos, mecanismos físicos e psíquicos que podem ser utilizados pelos próprios sujeitos - (aqui referido dessa forma para explicitar a existência de subjetividade) - para sustentar, além das comorbidades a superposição dos sintomas potencializando, assim, o sofrimento nas duas esferas, desestabilizando o campo emocional seja por esse momento, seja ao longo de sua vida.⁽¹⁸⁾

Diante do que até aqui foi discorrido, entende-se o fato de sintomatologias não bem especificadas estarem entre os diagnósticos para identificação de um processo somatizador, uma vez que a epidemiologia dos SEM é pouco conhecida, o que favorece mais ainda a complexidade do assunto.

1.3 Sintomas sem Explicação Médica (SEM) e sua associação com Transtornos Mentais Comuns (TMC)

O estudo '*Global Burden of Diseases*', realizado pela Universidade de Harvard e a Organização Mundial da Saúde (OMS)^(27,28), apontou que entre as dez principais causas de incapacitação das pessoas em todo o mundo, cinco delas estão relacionadas aos transtornos mentais como a depressão, a ingestão de álcool, os transtornos afetivos bipolares e obsessivo-compulsivo e a esquizofrenia. Em publicações mais recentes, a variação percentual dos anos de 1990, 2007 e 2017, a qual mensura a quantidade de anos vivendo com o transtorno, nota-se que os transtornos depressivos, ansiosos e por uso de substâncias continuam presentes.⁽²⁹⁾ Já em dados específicos da população

brasileira, houve aumento nos percentuais de transtornos de ansiedade como problemas de saúde que mais causam incapacitação, seguido dos transtornos depressivos.⁽³⁰⁾

Estudos relacionados a dinâmica e demanda de atendimentos de saúde mental em AP e Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), apontam que no Brasil a ocorrência de algum tipo de sofrimento emocional abrange cerca de metade destes usuários e mais de um quarto apresentam, ainda, algum transtorno mental e, muitas vezes, mais de um.⁽³¹⁾

A associação de SEM com Transtornos Mentais Comuns (TMC), conceito criado por Goldberg e Huxley⁽³²⁾ para designar um conjunto de sintomas, não psicóticos, que habitualmente estão relacionados a quadros subclínicos de ansiedade, depressão e estresse, designando situações de sofrimento mental com maior prevalência entre os usuários de serviços da AP, foi reconhecida há décadas.^(33–37) Kroenke et al.⁽³⁸⁾ demonstraram que os sintomas físicos mais prevalentes na AP estavam associados a altas prevalências de transtorno depressivo (50 a 75%) e ansiosos (40 a 50%) nesses pacientes. No estudo de Kirmayer et al.⁽³⁹⁾, ao redor de 80% dos pacientes de clínicas de AP com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa apresentaram manifestações somáticas, o que dificultava o reconhecimento dos quadros psiquiátricos associados. Em uma amostra de quase 8.000 pacientes de AP, Roca et al.⁽⁴⁰⁾ encontraram 11,5% de pacientes apresentando transtornos afetivos, ansiosos e somatoformes. Em estudo realizado com uma amostra brasileira de pacientes atendidos em AP, mais de 80% apresentaram sintomas somáticos associados a ansiedade e depressão.⁽³³⁾

Para Bombana, Leite e Miranda⁽³⁵⁾, relatos de sintomas e diagnósticos psiquiátricos não são bem registrados na prática médica exercida na AP no Brasil, o que dificulta que estudos epidemiológicos investiguem a associação de SEM e TMC. Os autores ressaltam ainda que os quadros apresentam incapacitação desproporcional aos exames clínicos laboratoriais e são permeados de importantes fatores psicossociais podendo gerar, como apontado por uma pesquisa recente⁽⁴¹⁾, o surgimento de consequências negativas ao classificar os pacientes com diagnósticos intitulados inespecíficos tendo por vezes, o diagnóstico de somatização, ocorrido por exclusão, o que

significa, para os pacientes uma abordagem de conotação pejorativa, ou seja: “o problema não está no corpo, mas sim na cabeça”.⁽¹⁸⁾

Diante disso, estudos epidemiológicos são importantes e necessários por trazerem informações que possam servir de norteadores no que diz respeito a prevenção e posvenção da população no âmbito da saúde pública e da geração de pesquisas, principalmente, ao investigar fatores de risco que explicitem sinais e sintomas como parte imprescindível desse processo de intersecção.

1.4 Referencial teórico

As temáticas até o momento descritas, SEM e TMC, ao apontarem suas intersecções, em se tratando da relação mente e corpo, introduzem-nos ao pensamento psicossomático. A psicossomática é uma medicina integral e seu campo de pesquisa engloba a saúde, o adoecer e as práticas da saúde que contemplam tal intersecção. Ela integra a dimensão patológica da doença, a relação entre o médico e o paciente e a ação terapêutica utilizada voltada para o doente envolvendo, nesta, aspectos biopsicossociais.⁽⁴²⁾

O movimento psicossomático chegou ao Brasil por volta de 1950 juntamente com os médicos envolvidos em atividades psicanalíticas. O desenvolvimento da psicossomática passou por três diferentes fases: 1) fase inicial, voltada para a gênese inconsciente das doenças e os “benefícios/malefícios” do adoecer; 2) fase intermediária, estudos sobre o estresse; e 3) fase multidisciplinar, atividade de estudo da interação da visão psicossomática e o campo social, interligando diversos profissionais da saúde.⁽⁴³⁾

A articulação entre psicanálise e a medicina psicossomática é descrita como sendo, a primeira uma abordagem que estuda o inconsciente, e a segunda, uma abordagem que investiga patologias somáticas por meio da Psicologia, relacionando mente e corpo e integrando e reproduzindo a elaboração psíquica por meio de um sintoma corporal.⁽⁴⁴⁾

Em se tratando de uma visão psicanalítica, podemos entender que, os sintomas, nesse caso especificamente os psicológicos, são aqueles que

admitem o sentido da experiência de sofrimento, são o signo de um processo patológico e um mal-estar que quando não reconhecido ou nomeado coletivamente tornam-se individuais.⁽⁴⁵⁾

Pensar na intersecção mente e corpo, SEM e TMC, faz com que suas especificidades e suas ramificações sejam estudadas, a fim de promover compreensão quanto as possibilidades inconscientes e subjetivas do sujeito psicanalítico que os sente e os manifesta. Realizar um estudo epidemiológico, tendo como base este referencial teórico, é uma tentativa de mensurar quantitativamente os sintomas manifestos e relacioná-los com descritivos sociodemográficos, a fim de identificar qual o perfil desses sujeitos e como se dá o escoamento de suas angústias, bem como a externalização de seu sofrimento por meio do corpo e da busca por serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Determinar a frequência de quatro Sintomas sem Explicação Médica (cólon irritável, dispepsia, fadiga e tontura) e avaliar sua associação com Transtornos Mentais Comuns (transtornos depressivos - depressão maior e menor, transtorno depressivo persistente/distímia; transtornos de ansiedade - agorafobia, fobia específica, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico) em uma amostra da população residente na Região Metropolitana de São Paulo (dados da pesquisa '*São Paulo Megacity Mental Health Survey - SPMHS*');

2.2 Objetivos secundários

- a) Identificar o padrão de distribuição dos SEM e dos TMC por variáveis sociodemográficas;
- b) Avaliar o padrão de utilização de serviços de saúde por presença de SEM.

3. MÉTODO

3.1 Amostra

Os dados são do estudo epidemiológico '*São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS)*' realizado por pesquisadores do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

O projeto foi conduzido como parte de um estudo multicêntrico, denominado '*World Mental Health Survey (WMH)*', da Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com trinta países coordenado pela *Harvard Medical School* e pela *Michigan University (EUA)*. No Brasil, foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) como projeto temático 03/00204-3 tendo, também, sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) sob o protocolo número 234/03 (em 24 de abril de 2003).

Para pesquisa de campo, os profissionais aplicadores receberam treinamento específico sobre os métodos do estudo e sobre o instrumento que seria aplicado. Todos os participantes receberam e assinaram, previamente a realização da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

São Paulo Megacity (SPM) é um estudo de corte transversal de base populacional, com o objetivo de identificar taxas de prevalência de transtornos psiquiátricos em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos em uma amostra probabilística multiestratificada de domicílios da Região Metropolitana de São Paulo: a capital e mais 38 municípios adjacentes, somando uma área total de 8.051 km² e uma população estimada, à época, em 17,5 milhões de habitantes.⁽⁴⁶⁾ A pesquisa foi realizada em duas fases: a primeira, uma entrevista domiciliar (fase domiciliar) e a segunda, objeto deste estudo, uma avaliação no âmbito hospitalar (fase hospitalar).

3.1.1 Fase domiciliar

A primeira fase do SPM envolveu um complexo processo de seleção amostral, para se ter a representatividade de uma amostra da população geral. Os respondentes foram selecionados por meio de uma amostragem probabilística multiestratificada de domicílios por área. Em cada moradia, um indivíduo foi aleatoriamente selecionado através de uma tabela de *Kish*. Um total de 5.237 pessoas concordaram em participar, mas 200 idosos foram considerados inelegíveis devido a comprometimento cognitivo.

A taxa global de resposta foi de 81,3% e a amostra final foi de 5.037 indivíduos que foram avaliados entre maio de 2005 e abril de 2007 por meio da *Composite International Diagnostic Interview - versão World Mental Health (WMH-CIDI)* - entrevista clínica estruturada aplicável por leigos e que possibilitava gerar diagnósticos de acordo com o DSM-IV⁽¹⁶⁾, e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).⁽⁹⁾

A versão do WMH-CIDI⁽⁴⁷⁾ foi o traduzido e adaptado para o português do Brasil para uso no projeto em questão.⁽⁴⁶⁾ A entrevista foi subdividida em duas partes:

- A. Parte I, aplicada a todos os respondentes (N=5.037), incluiu a avaliação de Transtornos Psiquiátricos “Nucleares”: Transtornos do Humor (Depressão Maior, Mania); Transtornos de Ansiedade (Transtorno do Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Ansiedade de Separação do adulto); Transtornos por uso de substância; e Transtornos de controle de impulsos (Transtorno Explosivo Intermitente, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor-desafiador e Transtorno de conduta). Incluía ainda uma investigação de comportamentos suicidas e uma seção de dados sociodemográficos. Adicionalmente, foram avaliados: a sobrecarga ou impacto familiar e na infância, o funcionamento e prejuízos diários nos 30 últimos dias, condições clínicas crônicas e sintomas não específicos nos últimos 30 dias anteriores a entrevista;

B. Parte II, aplicada a todos os respondentes que preencheram critérios para algum transtorno 'nuclear', além de uma subamostra probabilística dos 'não-casos'. No total, 2.942 indivíduos responderam perguntas sobre condições menos comuns, como transtornos alimentares, fatores de risco, uso de serviços, uso de psicofármacos, consequências sociais e ocupacionais de transtornos psiquiátricos, informações sociodemográficas adicionais, suporte familiar e social e história de relacionamentos afetivos e prole, além de condições menos comuns.

Ao redor de 42% da amostra recebeu somente a primeira parte do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (2.095 indivíduos, 41,6% da amostra total de 5.037) e o questionário completo foi aplicado em 2.942 indivíduos, divididos em dois grupos: (1) formado por 2.236 indivíduos (44,4%) com transtornos psiquiátricos (identificados pela primeira parte do CIDI) e (2) outro formado por 706 indivíduos (14,0%) que foram aleatoriamente escolhidos para administração do questionário completo mesmo não apresentando critérios para diagnóstico de doenças psiquiátricas.

3.1.2 Fase hospitalar

A coleta de dados da fase hospitalar ocorreu entre junho de 2005 e dezembro de 2007. A amostra foi selecionada da seguinte maneira: todos os indivíduos com transtorno psiquiátrico durante a vida (2.236 participantes) foram convidados a comparecer ao IPq-HCFMUSP para realizar avaliação complementar clínica e psiquiátrica. Além disso, foram convidados a participar da segunda fase do estudo aproximadamente 20% dos 2.801 (correspondentes a 55,6% da amostra domiciliar total) participantes sem diagnóstico, o que corresponde a um total de 584 indivíduos. A seleção desses indivíduos se deu por sorteio simples.

Desta maneira, 2.820 indivíduos foram convidados a participar da segunda fase do inquérito. Foram enviadas cartas por correio a todos os selecionados, explicando os objetivos da segunda avaliação e convidando-os a agendar, por

telefone, o comparecimento no IPq-HCFMUSP. Caso o indivíduo aceitasse participar, era agendada uma data para a consulta e solicitado ao participante que comparecesse em jejum de 12 horas (devido à coleta de exames laboratoriais).

Não foi possível o contato com 1.349 indivíduos. Dos 1.471 contatados, 780 (53%) compareceram ao IPq-HCFMUSP (cinco indivíduos foram encaminhados ao Pronto Socorro (PS) por necessitarem atendimento de urgência, e três desistiram da avaliação). Dessa forma, 772 indivíduos compuseram a amostra deste estudo. Deste total, 8 foram excluídos por não apresentarem informações em algumas das variáveis sociodemográficas, totalizando ao final 764 indivíduos. Após o comparecimento, os indivíduos foram submetidos, dentre outras, às avaliações relatadas a seguir.

3.2 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas foram categorizadas da seguinte forma: a) sexo (feminino e masculino); b) grupos etários (18-34, 35-49, 50-64 anos); c) escolaridade, codificada de acordo com os seguintes anos de estudo (0-4 ensino fundamental parcial ou completo, denominado 'escolaridade baixa'), (5-8 ensino fundamental parcial ou completo, denominado 'escolaridade média-baixa'), (9-11 ensino médio parcial ou completo, denominado 'escolaridade média-alta') e (12 anos ou mais completos de estudo, ensino superior parcial ou completo, denominado 'escolaridade alta'); d) renda familiar *per capita* definida em quatro categorias: 'baixa' (0,5 salário mínimo ou menos), 'média-baixa' (0,5-1,0 salário mínimo), 'média-alta' (1,0-2,0 salários mínimos) e 'alta' (maior do que 2,0 salários mínimos); e) estado civil classificado como: 'casado/mora junto', 'previamente casado/separado/viúvo/divorciado' e 'nunca se casou (solteiro)'; f) ocupação em: 'trabalhadores' (incluindo autônomos, proprietários, empregados, temporariamente afastados do serviço, de licença-doença e licença-maternidade, e estudantes), 'trabalhadores do lar', 'aposentados e desempregados (incluindo incapacitados, procurando empregos e outros)'. As categorias 'estudante' e 'trabalhador' foram unidas,

bem como a de 'aposentado' e 'outros' devido ao pequeno número de sujeitos nelas contidas.

3.3 Avaliação diagnóstica

Os 764 indivíduos que compuseram a amostra foram reavaliados por meio da Entrevista Clínica Estruturada para Transtorno do DSM-IV (SCID)⁽⁴⁸⁾ aplicada por psiquiatras experientes treinados, com o objetivo de obter maior precisão no diagnóstico psiquiátrico. Os seguintes transtornos presentes ao longo da vida foram considerados na análise deste trabalho: (1) Depressivos: depressão maior, depressão menor, transtorno depressivo persistente (distímia); (2) De ansiedade: agorafobia, transtorno do pânico, fobia específica e social, transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

Quatro Sintomas sem Explicação Médica foram eleitos para ser estudados na amostra da fase hospitalar do projeto SPM. Essa escolha foi baseada em: (i) sua prevalência elevada em usuários de serviços de saúde; (ii) no grande prejuízo da qualidade de vida a eles associada; (iii) por não apresentarem vinculação com patologias específicas; (iv) e estarem presentes na AP. São eles: cólon irritável, dispepsia, fadiga e tontura. Escalas de avaliação e questionários de aplicação universal, traduzidos e validados para a língua portuguesa, foram aplicados por clínicos gerais experientes, durante a anamnese clínica e exame físico, e podem ser encontrados na seção anexos (7.1 a 7.4).

3.3.1 Diagnóstico de cólon irritável

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) ou cólon irritável, é caracterizada como doença gastrointestinal funcional por apresentar dor ou desconforto abdominal associado a alteração na característica das evacuações.⁽⁴⁹⁾ O questionário utilizado para diagnóstico foi o adaptado para o WMH-CIDI⁽⁴⁷⁾ composto por cinco questões (dor ou desconforto abdominal; melhora com a evacuação; aumento da frequência de evacuação; mudança na forma das fezes; abdômen distendido na eminência da dor). As possibilidades de

respostas são: 0 para 'não', 1 para 'sim' e 2 escores para 'não sabe' (esse último recodificado para categoria 'não'); as questões 2, 3, 4 e 5 são somadas como critérios menores para prevalência do sintoma. A resposta positiva da primeira questão era necessária para continuidade de aplicação da escala e avalia a direta presença do sintoma. Era necessário ainda a presença de duas ou mais respostas positivas, nas quatro perguntas seguintes, para considerá-lo presente.

3.3.2 Diagnóstico de dispepsia

O Consenso de Roma, que representa o esforço da comunidade científica para sistematizar o conhecimento dos transtornos gastrointestinais funcionais, descreve a dispepsia como dor ou desconforto no abdômen superior de caráter persistente ou recorrente com ausência de doença orgânica que justifique tais sintomas.⁽⁵⁰⁻⁵²⁾ Para este diagnóstico foi utilizado o questionário de Moayyedi et al.⁽⁵³⁾ da Universidade de Leeds, traduzido e validado pelo Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCUSP), com coeficiente de correlação além da chance [kappa] = 0,7. Esse questionário segue os critérios de ROMA III⁽⁵⁴⁾. É uma escala de Likert, com possibilidades de respostas de 0 a 3 para cada item: 0 para 'sem o sintoma' de; 1 para 'até uma vez por semana', 2 para 'mais do que uma vez por semana' e 3 escores para 'todo dia'. O escore final varia entre 0 e 18. Resultados nulos significam ausência. Indivíduos com escores final entre 1 e 18 são considerados dispépticos, sendo os escores de 1 a 4 'muito leve', de 5 a 8 'leve', de 9 a 15 'moderado' e maior do que 15 'muito severo'.

3.3.3 Diagnóstico de fadiga

O conceito do termo 'fadiga' pode ser analisado em três diferentes perspectivas: (1) como símbolos para elementos objetivos do mundo; (2) como um assunto focado na mente e pensamento humano; e por fim (3) o conceito discutido, especificamente, no sentido da linguagem. Sendo assim, a fadiga é a manifestação de cansaço ou exaustão associada a prejuízos no

desenvolvimento de atividades usuais do dia a dia.⁽⁵⁵⁾ A escala Chalder et al.^(56,57) foi utilizada para avaliar o sintoma de fadiga. É composta por 11 itens mensurados por uma escala Likert de 4 pontos, indo de 'menos fadiga do que o normal' a 'muito mais fadiga do que o normal' em quatro possibilidades de resposta. Uma pontuação de 29 ou mais na escala de fadiga discrimina, com mais de 95% de precisão, que o indivíduo tem menos de 5% de chance de não apresentar o sintoma podendo, portanto, ser utilizado de forma confiável como identificador da probabilidade de gravidade clínica e, mais importante, como uma necessidade de referência ao tratamento.^(56,57)

3.3.4 Diagnóstico de tontura

A versão reduzida do *Dizziness Handicap Inventory (DHI)* publicado por Jacobson et al.⁽⁵⁸⁾ e modificado por Tesio et al.⁽⁵⁹⁾ foi utilizada para verificar a presença de tontura. O instrumento compreende 12 questões com três possibilidades de respostas, ou seja: 0 para 'não', 1 para 'sim' e 2 escores para 'não sabe'. A princípio, foram reordenadas as respostas escolhidas como 0 e 2 para uma única categoria compreendendo a resposta final de 'não presença'. Foram utilizadas apenas as questões 1, 2, 5, 7, 9, 10 e 12; sendo que a primeira corresponde a presença de vertigem⁽⁶⁰⁻⁶²⁾, a 2ª está relacionada a labirintopatia, a 5ª e 7ª tiveram seus resultados alocados juntos já que correspondem a hipotensão postural, a 9ª a síncope neurogênica, a 10ª a convulsão e, por último, a 12ª relacionada a presença da Síndrome ou Doença de Menière (DM) ligada a problemas de audição.

3.4 Uso de serviços

Para os dados referentes ao uso de serviços de saúde levou-se em consideração a utilização, o tipo de local, o profissional procurado e a oferta do serviço, seja ele público ou por plano de saúde. O uso de serviços para qualquer problema de saúde foi avaliado, perguntando se o respondente usou algum tipo de serviço nos últimos 12 meses anteriores a entrevista. No caso da resposta positiva, qual o profissional procurado: clínico geral ou médico de

família, psiquiatra, médico de outra especialidade, outro profissional de saúde. Além disso, perguntou-se, oferecendo-se uma lista de opções, qual o tipo de ajuda procura quando apresenta algum problema de saúde geral: farmácia, posto de saúde, consultório particular, ambulatório de sindicato, ambulatório ou consultório de clínica, ambulatório de hospital, pronto socorro ou emergência, agente comunitário de saúde, outro tipo de atendimento (curandeiro, benzedeira, centro espírita, etc).

3.5 Análise estatística

Utilizou-se, em todas as análises, o *software SAS Enterprise Guide 5.1*. Estas foram feitas na amostra total e por sexo, devido às diferenças entre homens e mulheres nas frequências dos SEM e TMC descritas na literatura.

A análise descritiva das características sociodemográficas da amostra, as estimativas de frequência dos TMC e dos SEM, cada qual representado também por subcategorias onde necessário, foram obtidas por meio de tabela de tabulação cruzada sido examinada usando o teste de χ^2 de Pearson. A significância estatística ($p < 0,05$).

Para avaliação de presença/ausência de SEM levou-se em consideração que o indivíduo deveria obter um escore positivo (>0) para pelo menos um dos quatro SEM pesquisados. Já as categorias de quantidade de SEM foram divididas da seguinte forma: nenhum sintoma (0); um sintoma (1); dois sintomas (2); três ou quatro sintomas (3). Quando necessário, separamos TMC nas subcategorias diagnósticas de transtornos depressivos e transtornos ansiosos.

Modelos de regressão logística multivariável foram utilizados para estudar as associações de: *i.* TMC e SEM; *ii.* transtornos depressivos e ansiosos e por quantidade de SEM; *iii.* presença de SEM e uso de serviços, *iv.* número de SEM e uso de serviços. As variáveis sociodemográficas foram usadas como controle em todas as regressões. Os resultados são apresentados como razão de chances (RC), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

4. RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico da amostra

A amostra é composta por 56,5% de mulheres. Em sua totalidade formada por adultos (18-64 anos), sendo 46,8% com idade entre 35 e 49 anos, 53,4% com mais de 9 anos de escolaridade, 46,8% pertencente aos dois estratos de renda mais baixa e mais de 70% exercendo alguma atividade laboral (87,9% homens e 59,2% mulheres). A maioria da amostra é casada, sendo que mais homens que mulheres referiram ter uma companhia (Tabela 1: 74,4%; 56,7%; respectivamente).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra por gênero: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

	Feminino (%)	Masculino (%)	Total	<i>p</i>
	N= 432	N= 332	N= 764	0.0001
	56,5	43,4	100	
Idade				
18 - 34	32,4	30,4	31,5	
35 - 49	46,7	46,9	46,8	0.0066
50 - 64	20,8	22,5	21,6	
Educação				
0-4 anos	18,2	15,6	17,1	
5-8 anos	28,7	30,1	29,3	0.2872
9-11 anos	34	37,3	35,4	
12+ anos	18,9	16,8	18	
Renda				
Baixa	23,6	15	19,9	
Média Baixa	26,1	28	26,9	0.0061
Média Alta	23,8	27,1	25,2	
Alta	26,3	29,8	27,8	
Estado Civil				
Casado(a)	56,7	74,4	64,4	
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	21,3	8,7	15,8	0.0135
Solteiro(a) (nunca casou)	21,9	16,8	19,7	
Ocupação				
Trabalhador(a); Estudante	59,2	87,9	71,7	
Do lar	24,3	0,3	13,8	0.6321
Aposentado(a); Outros	16,4	11,7	14,4	

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

4.2 Frequência de Sintomas sem Explicação Médica (SEM)

Metade da amostra (50,2%) relatou ter tido pelo menos um dos quatro SEM pesquisados, com maior percentual entre indivíduos com idade entre 18 e 49 anos, a maioria com renda 'média baixa' (15,4%), 'casados' (29,8%) e 'trabalhadores/estudantes' (35,9% - Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico da amostra por ausência/presença de SEM*: São Paulo Megacity Fase Hospitalar N=764

	Sem SEM*	Com SEM*	Total	<i>p</i>
	49,7	50,2	N= 764	0.0001
Sexo				
Feminino	20,8	35,7	56,5	0.0001
Masculino	28,9	14,5	43,4	
Idade				
18 - 34	13,0	18,4	31,5	0.0066
35 - 49	24,6	22,2	46,8	
50 - 64	12,0	9,5	21,6	
Educação				
0-4 anos	7,5	9,5	17,1	0.2872
5-8 anos	14,7	14,5	29,3	
9-11 anos	18,9	16,4	35,4	
12+ anos	8,3	9,6	18,0	
Renda				
Baixa	8,6	11,2	19,9	0.0061
Média Baixa	11,5	15,4	26,9	
Média Alta	13,7	11,5	25,2	
Alta	15,8	12,0	27,8	
Estado Civil				
Casado(a)	34,5	29,8	64,4	0.0135
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	6,9	8,9	15,8	
Solteiro(a) (nunca casou)	8,2	11,5	19,7	
Ocupação				
Trabalhador(a); Estudante	35,7	35,9	71,7	0.6321
Do lar	6,4	7,4	13,8	
Aposentado(a); Outros	7,5	6,8	14,4	

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

A frequência de SEM foi maior em mulheres em todos os sintomas pesquisados, salvo as duas últimas subcategorias relacionadas ao sintoma de tontura (convulsão e problemas auditivos), a qual os resultados não foram estatisticamente significativos (Tabela 3).

A fadiga foi o sintoma mais frequente, com prevalência de 30,5% na amostra (22,9% mulheres; 7,5% homens – Tabela 3) e 17,5% entre os indivíduos casados (Tabela 4). Na estratificação por sexo, a frequência desse SEM foi de aproximadamente 28% nas mulheres no mercado de trabalho ou estudante e em 15% dos homens economicamente ativos (Apêndice - Tabelas 1 e 2).

O sintoma dispepsia ocorre em 26,9% da amostra (19,3% em mulheres e 7,5% em homens – Tabela 3), naqueles com maior frequência em indivíduos com idade entre 18 e 49 anos (Tabela 4).

Aproximadamente 20% apresentam o sintoma de tontura, sendo três quartos, mulheres (Tabela 3). Na estratificação por variáveis sociodemográficas, somente a renda apresentou significância estatística, estando o maior percentual nas duas categorias menores de renda (Tabela 4 - 'média baixa' 6,8%, 'baixa' 5,1%), associação que se mantém na análise da amostra (Apêndice - Tabela 2).

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) ou cólon irritável foi o menos frequente, com 5,8% da amostra apresentando o sintoma, sendo 4,5% mulheres e 1,3% homens (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de SEM* na amostra por gênero: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

Sintoma	Feminino (%)	Masculino (%)	Total	p
	N= 432	N= 332	N= 764	0.0001
Cólon irritável	4,5	1,3	5,8	0.0031
Dispepsia	19,3	7,5	26,9	0.0001
Fadiga	22,9	7,5	30,5	0.0001
Tontura	15	4,5	19,6	0.0001
Labirintopatia	11,1	2,8	14	0.0001
Hipotensão Postural	11,9	3,1	15	0.0001
Síncope neurogênica	2,2	0,1	2,3	0.0010
Convulsão	0,3	0,3	0,7	0.7454
Problemas auditivos (Síndrome de Menière)	1,4	1	2,4	0.9043

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintoma sem Explicação Médica

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico da amostra por SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

	Cólon Irritável	<i>p</i>	Dispesia	<i>p</i>	Fadiga	<i>p</i>	Tontura	<i>p</i>
Sexo								
Feminino	4,5	0.0031	19,3	0.0001	22,9	0.0001	15	0.0001
Masculino	1,3		7,5		7,5		4,5	
Idade								
18 - 34	1,9		10,4		10		6,5	
35 - 49	2,7	0.9487	12	0.0148	14,2	0.7574	9,4	0.6116
50 - 64	1,1		4,4		6,1		3,6	
Educação								
0-4 anos	0,9		5,3		6,2		3,6	
5-8 anos	1,3	0.6534	8,2	0.3960	8,5	0.4176	6,6	0.2539
9-11 anos	2,3		8,3		10,3		6,6	
12+ anos	1,3		4,9		5,3		2,6	
Renda								
Baixa	0,9		6,1		7,5		5,1	
Média Baixa	1,8	0.8446	8,2	0.0558	8,6	0.0712	6,8	0.0025
Média Alta	1,5		6,9		6,6		3,8	
Alta	1,5		5,6		7,5		3,9	
Estado Civil								
Casado(a)	3,6		16,3		17,5		11,5	
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	0,5	0.1731	4	0.1640	6,2	0.0180	3,9	0.1993
Solteiro(a) (nunca casou)	1,7		6,5		6,6		4,1	
Ocupação								
Trabalhador(a); Estudante	4,5		18,7		22,2		13,2	
Do lar	1	0.1314	4,4	0.4412	4,4	0.5820	3,4	0.3287
Aposentado(a); Outros	0,2		3,8		3,8		3	

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintoma sem Explicação Médica

Mulheres entre 18 e 49 anos apresentam mais chances de manifestarem pelo menos um SEM, com redução gradativa na frequência, quanto ao aumento da quantidade de sintomas. Ao redor de 42% das mulheres 'trabalhadoras/estudantes' apresentaram um ou mais sintomas (Apêndice – Tabela 3). Já na amostra masculina, as menores frequências ocorreram entre os que pertencem a faixa etária de 50 a 64 anos (Apêndice – Tabela 4: 6,6%).

4.3 Frequência de Transtornos Mentais Comuns (TMC)

A frequência de transtornos depressivos ficou ao redor de 40% na amostra total, sendo a mesma proporção encontrada em relação aos transtornos de ansiedade (40,3%). Em geral, as mulheres apresentam as maiores frequências de transtornos depressivos e ansiosos ao longo da vida quando comparadas aos homens, sendo a depressão maior e a fobia específica os transtornos mais frequentes, com redor de 35% da amostra apresentando ao menos um episódio de depressão maior ao longo da vida (Tabela 5: 24,7% das mulheres vs 10,2% dos homens; $p < 0,0001$), e 20% da amostra apresentando fobia

específica, o transtorno de ansiedade mais comum (Tabela 5: 15,1% das mulheres e 5,1% dos homens; $p < 0,0001$).

Tabela 5 - Frequência de TMC* na amostra por gênero: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

	Feminino (%)	Masculino (%)	Total	p
	N= 432	N= 332	N= 764	0.0001
Transtornos depressivos	27,8	12	39,9	0.0001
Depressão Maior	24,7	10,2	34,9	0.0001
Depressão Menor	2,4	1,5	4	0.5863
Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)	2,6	0,6	3,2	0.0161
Transtornos de Ansiedade	26,8	13,4	40,3	0.0001
Agorafobia	5,7	2,8	8,6	0.0826
Fobia Específica	15,1	5,1	20,2	0.0001
Fobia Social	9,9	7,4	17,4	0.8783
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	8,6	3,1	11,7	0.0006
Transtorno do Pânico	4,8	1,8	6,6	0.0170

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Transtorno Mental Comum

A presença da maioria dos transtornos ansiosos e depressivos aumenta a probabilidade de ocorrência de SEM, com exceção de Depressão Menor e Fobia Social (Tabela 6). Por exemplo, um em cada quadro daqueles com depressão maior (25,9%) relata ao menos um dos SEM. A frequência de depressão maior cai para 9% naqueles que não apresentam SEM (Tabela 6). Esse padrão se mantém, quando analisamos as amostras femininas e masculinas, separadamente, mantendo-se a grandeza no que se refere a frequência dos TMC com um todo e por transtorno, sempre maior em mulheres (Apêndice – Tabelas 5 e 6, respectivamente).

Tabela 6 - Frequência de TMC* na amostra por ausência/presença de SEM**: São Paulo Megacity Fase Hospitalar N=764

	Sem SEM**	Com SEM**	Total	p
Transtornos depressivos	10,1	28,4	39,1	0.0001
Depressão Maior	9	25,9	34,9	0.0001
Depressão Menor	1,7	2,3	4	0.3750
Transtorno Depressivo Persistente (Distimia)	0,1	3,1	3,2	0.0001
Transtornos de Ansiedade	13,3	27	40,3	0.0001
Agorafobia	1,9	6,6	8,6	0.0001
Fobia Específica	6,1	14,1	20,2	0.0001
Fobia Social	7,3	10	17,4	0.0527
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	2,3	9,4	11,7	0.0001
Transtorno do Pânico	1,4	5,2	6,6	0.0001

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Transtorno Mental Comum

**Sintomas sem Explicação Médica

Na Tabela 7 apresentamos a associação entre SEM e TMC, controlada por variáveis sociodemográficas estimadas por meio de razões de chance (RC), obtidas por regressão logística. Aqueles com SEM tiveram maior chance de apresentarem algum transtorno depressivo na vida, com RC de 3,4 (IC 95%, 2,4-4,8), e duas vezes mais chances de terem algum transtorno de ansiedade na vida (2,2; IC 95%, 1,5-3,0), comparados aos que não apresentaram SEM. Mulheres (3,7; IC 95%, 2,5-5,5), adultos jovens (1,9; IC 95%, 1,1-3,2) e com renda 'média baixa' (2,1; IC 95%, 1,3-3,5) foram os que tiveram maior chance de apresentarem pelo menos um SEM, controlada pelas outras variáveis do modelo.

Tabela 7 - Razão de chance da associação de SEM* e TMC** controladas por variáveis sociodemográficas. Regressão logística multivariável: São Paulo Megacity Fase Hospitalar N=764

	<i>p</i>	RC (95% IC)
Tipo de Transtorno		
Depressivo	0.0001	3,4 (2,4-4,8)
Ansiedade	0.0001	2,2 (1,5-3,0)
Sexo		
Feminino	0.0001	3,7 (2,5-5,5)
Masculino	-	1
Idade		
18 - 34	0.0200	1,9 (1,1-3,2)
35 - 49	0.8251	1,0 (0,7-1,6)
50 - 64	-	1
Educação		
0-4 anos	-	1
5-8 anos	0.2683	0,7 (0,4-1,2)
9-11 anos	0.0276	0,5 (0,3-0,9)
12+ anos	0.6036	0,8 (0,4-1,6)
Renda		
Baixa	0.0779	1,6 (0,9-2,8)
Média Baixa	0.0021	2,1 (1,3-3,5)
Média Alta	0.6148	1,1 (0,7-1,8)
Alta	-	1
Estado Civil		
Casado(a)	0.2260	1,3 (0,8-2,1)
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	-	1
Solteiro(a) (nunca casou)	0.2509	1,4 (0,8-2,6)
Ocupação		
Trabalhador(a); Estudante	0.1073	1,5 (0,9-2,5)
Do lar	0.3905	0,7 (0,4-1,4)
Aposentado(a); Outros	-	1

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

**Transtornos Mentais Comuns

Existe uma relação dose-resposta entre o número de SEM e a presença de depressão e de ansiedade (Tabela 8). Quanto maior a quantidade de SEM maior a razão de chance para presença concomitante com transtornos depressivos, variando entre 2,2 (IC 95%, 1,5-3,4) para a presença de um sintoma, a 6,9 (IC 95%, 3,5-13,7) para presença de 3 ou 4 sintomas. Já em relação à associação aos transtornos de ansiedade, as razões de chance

variam entre 2,0 (IC 95%, 1,3-2,9) para um sintoma, chegando a 3,2 (IC 95%, 1,7-6,2), para indivíduos que apresentam entre 3 ou 4 sintomas.

Tabela 8 - Associação do número de Sintomas sem Explicação Médica (SEM) com transtornos depressivos e ansiosos.
Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar
N=764

	Quantidade de sintomas					
	1		2		3 e/ou 4	
	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)	p
Tipo de Transtorno						
Depressivo	2,2 (1,5-3,4)	0.0001	5,7 (3,5-9,3)	0.0001	6,9 (3,5-13,7)	0.0001
Ansioso	2,0 (1,3-2,9)	0.0006	2,4 (1,5-3,9)	0.0002	3,2 (1,7-6,2)	0.0002
Sexo						
Feminino	2,7 (1,8-4,0)	0.0001	4,4 (2,6-7,6)	0.0001	7,3 (3,2-16,7)	0.0001
Masculino	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Idade						
18 - 34	2,0 (1,1-3,7)	0.0189	1,5 (0,7-3,1)	0.2705	2,6 (0,8-8,0)	0.0933
35 - 49	1,0 (0,6-1,6)	0.9432	1,0 (0,5-1,8)	0.9918	2,2 (0,8-6,0)	0.1285
50 - 64	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Educação						
0-4 anos	1,0	-	1,0	-	1,0	-
5-8 anos	0,7 (0,4-1,2)	0.2375	0,8 (0,4-1,6)	0.5802	0,9 (0,3-2,3)	0.8214
9-11 anos	0,6 (0,3-1,0)	0.0879	0,4 (0,2-0,9)	0.0219	0,8 (0,3-2,2)	0.7286
12+ anos	1,1 (0,5-2,3)	0.7275	0,5 (0,2-1,2)	0.1398	0,6 (0,2-2,2)	0.4660
Renda						
Baixa	1,7 (0,9-3,1)	0.0915	1,3 (0,6-2,6)	0.5282	2,7 (1,0-7,4)	0.0511
Média Baixa	2,3 (1,3-4,0)	0.0034	1,7 (0,9-3,4)	0.1166	2,5 (0,9-6,5)	0.0680
Média Alta	1,1 (0,6-1,9)	0.6710	1,1 (0,6-2,1)	0.7857	1,2 (0,5-3,3)	0.6605
Alta	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Estado Civil						
Casado(a)	1,2 (0,7-2,1)	0.4383	1,2 (0,6-2,3)	0.5198	1,8 (0,7-4,3)	0.2078
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Solteiro(a) (nunca casou)	1,1 (0,6-2,2)	0.7038	1,5 (0,7-3,4)	0.3003	2,3 (0,8-6,8)	0.1290
Ocupação						
Trabalhador(a); Estudante	1,4 (0,8-2,4)	0.2653	1,5 (0,8-3,0)	0.2303	2,4 (0,9-6,5)	0.0940
Do lar	0,6 (0,3-1,4)	0.2510	0,8 (0,3-1,9)	0.6438	1,2 (0,4-4,1)	0.7339
Aposentado(a); Outros	1,0	-	1,0	-	1,0	-

Fonte: Pesquisa São Paulo Megacity, realizada na Região Metropolitana de São Paulo - 2005 a 2007

4.4 Frequência do uso de serviços de saúde

Quatro questionamentos foram feitos para estimar as frequências do uso de serviço de saúde: 1) Qual o tipo/local de serviço de saúde que costuma procurar; 2) Possuir ou não plano de saúde; 3) Se fez uso de serviços de saúde para tratamento nos últimos 12 meses; 4) Qual foi o profissional procurado.

Aproximadamente 60% da amostra não possuía plano de saúde. Mais de 85% declararam ter procurado algum serviço para tratamento de qualquer problema de saúde nos últimos doze meses anteriores a entrevista, sendo as mulheres as que mais procuraram serviços (Tabela 9 – 50,7% das mulheres; 34,4% dos homens, $p < 0.0001$). Os locais mais procurados foram postos de

saúde, com aproximadamente um terço dos respondentes procurando esse tipo de equipamento de saúde, 19,3% foram a uma unidade de emergência ou pronto socorro, 9,9% foram a ambulatórios de hospitais, e 4,9% consultórios particulares. Os atendimentos foram feitos na sua maioria por médicos clínicos gerais ou médicos de família (63,7%) ou especialistas (59,6%). Somente 7,8% da amostra teve ao menos uma consulta com psiquiatra, sendo a maior procura feita pelas mulheres, com 5,3% vs 2,4% dos homens (Tabela 9; $p=0,0001$).

A presença de ao menos um SEM não influenciou a procura por serviço por problemas de saúde geral nos 12 meses anteriores à entrevista, tanto na amostra total como na estratificação por gênero. No entanto, houve aumento significativo de procura por especialistas na amostra total por aqueles com SEM em relação aos sem nenhum dos sintomas sem explicação médica (Tabela 10 – 59,6%; 27,3% vs 32,3%; $p=0,008$). Da mesma forma, a procura por tratamento psiquiátrico foi maior por aqueles com SEM, do que para os sem os referidos sintomas (Tabela 10 – 7,8%; 1,9% dos sem SEM vs 5,8% dos com SEM; $p< 0,0001$). O aumento de procura por tratamento psiquiátrico por aqueles com SEM se mantém nas amostras de mulheres (Apêndice Tabela 7 – 9,4%; 1,8% sem SEM vs 7,6%; $p<0,02$) e na de homens (Apêndice Tabela 8 – 5,7%; 2,1% sem SEM vs 3,6%; $p<0,004$).

Tabela 9 - Padrão de uso de serviços no ano anterior à entrevista da amostra total por gênero: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

Tipo/Local de Serviço de Saúde que costuma procurar	Feminino (%)	Masculino (%)	Total	<i>p</i>
Farmácia	2,2	3	5,2	0.0657
Posto ou Centro de saúde	17	11,2	28,2	0.2025
Consultório Particular	2,3	2,6	4,9	0.2418
Ambulatório de Sindicato	0,3	0,6	1	0.2747
Ambulatório ou Consultório de Clínica	1,4	1,8	3,2	0.1982
Ambulatório de Hospital	5,7	4,1	9,9	0.8024
Pronto Socorro ou Emergência	10	9,2	19,3	0.2169
Agente Comunitário de Saúde	0,2	0,1	0,3	0.7231
Outro tipo de Atendimento (curandeiro, benzedeira, centro espírita, etc)	-	0,1	0,1	0.2537
Possui Plano de Saúde				
Sim	22,6	19,1	41,7	0.2749
Não	33,9	24,3	58,2	
Uso de Serviço de Saúde				
Tratamento para qualquer problema de saúde (últimos 12 meses)	50,7	34,4	85,2	0.0001
Profissional procurado				
Clínico Geral ou Médico de Família	35,7	28	63,7	0.7188
Psiquiatra	5,3	2,4	7,8	0.0550
Especialista	41,2	18,4	59,6	0.0001
Outro Profissional de Saúde	10,3	6,9	17,2	0.3998

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

(-) Valor inexistente

Tabela 10 - Padrão de uso de serviços no ano anterior à entrevista pela amostra total por ausência/presença de SEM*: São Paulo Megacity Fase Hospitalar N=764

Tipo/Local de Serviço de Saúde que costuma procurar	Sem SEM*	Com SEM*	Total	p
Farmácia	2,6	2,6	5,2	0.9729
Posto ou Centro de saúde	12,3	15,9	28,2	0.0309
Consultório Particular	2,7	2,2	4,9	0.4847
Ambulatório de Sindicato	0,3	0,6	1	0.4865
Ambulatório ou Consultório de Clínica	2	1,1	3,2	0.1470
Ambulatório de Hospital	5,3	4,5	9,9	0.4393
Pronto Socorro ou Emergência	9,9	9,4	19,3	0.6620
Agente Comunitário de Saúde	0,1	0,2	0,3	0.5691
Outro tipo de Atendimento (curandeiro, benzedeira, centro espírita, etc)	0,1	-	0,1	0.3145
Possui Plano de Saúde				
Sim	21,8	19,9	41,7	0.2213
Não	27,8	30,3	58,2	
Uso de Serviço de Saúde				
Tratamento para qualquer problema de saúde (últimos 12 meses)	41,4	43,7	85,2	0.1660
Profissional procurado				
Clínico Geral ou Médico de Família	31,1	32,5	63,7	0.5248
Psiquiatra	1,9	5,8	7,8	0.0001
Especialista	27,3	32,3	59,6	0.0086
Outro Profissional de Saúde	7,5	9,6	17,2	0.1429

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

(-) Valor inexistente

A razão de chance por quantidade de SEM associado ao uso de serviços e controlado por variáveis sociodemográficas, foi realizada tendo como base dois questionamentos: a) ao uso para tratamento de saúde, que contemplou a procura por profissionais de saúde especializados tais como: clínico geral ou médico de família, psiquiatra, médico especialista de outras áreas e outros profissionais que atuam no campo da saúde mental como psicólogos e enfermeiros; b) ao uso para tratamento por meio de serviços não relacionados ao sistema de saúde, tais como: curandeiro, benzedeiro, centro espírita, etc. Aqueles que apresentavam mais que um sintoma tiveram mais chance de procurar serviços de saúde do que os que não apresentavam SEM, sendo: 4,3 (IC 95%; 2,1-8,7) para dois SEM e 7,8 (IC 95%; 4,0-15,2) para entre três e/ou quatro SEM (Apêndice – Tabela 9). Já para a procura de ajuda para os seus sintomas por terapias não médicas, a chance de procura foi de 5,4 (IC 95%; 1,1-25,4) entre indivíduos com dois SEM. Esse padrão se manteve na análise da amostra separada por gênero (Apêndice – Tabelas 10 e 11).

Tabela 11 - Associação de uso de serviços no ano anterior à entrevista por quantidade de SEM. Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

	Quantidade de sintomas					
	1		2		3 e/ou 4	
	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)
Serviço de Saúde						
Uso para tratamento de saúde	0.7561	1,2 (0,4-3,1)	0.0001	4,3 (2,1-8,7)	0.0001	7,8 (4,0-15,2)
Qualquer tratamento não relacionado à saúde	0.5690	1,8 (0,2-15,0)	0.0320	5,4 (1,1-25,4)	0.1680	3,0 (0,6-14,0)
Sexo						
Feminino	0.0001	3,6 (2,0-6,2)	0.9198	1,0 (0,6-1,7)	0.0001	4,1 (2,6-6,5)
Masculino	-	1	-	1	-	1
Idade						
18 - 34	0.0435	2,3 (1,0-5,2)	0.7725	0,9 (0,4-1,8)	0.2447	1,4 (0,8-2,7)
35 - 49	0.3645	1,4 (0,7-2,9)	0.9990	1,0 (0,6-1,7)	0.7933	0,9 (0,5-1,6)
50 - 64	-	1	-	1	-	1
Educação						
0-4 anos	-	1	-	1	-	1
5-8 anos	0.4130	0,7 (0,3-1,6)	0.6171	1,2 (0,6-2,4)	0.7581	0,9 (0,5-1,6)
9-11 anos	0.5401	0,8 (0,3-1,7)	0.2847	1,4 (0,7-2,9)	0.1315	0,6 (0,3-1,1)
12+ anos	0.8422	1,1 (0,4-2,8)	0.8573	0,9 (0,4-2,2)	0.1764	0,6 (0,3-1,3)
Renda						
Baixa	0.6611	1,2 (0,5-2,6)	0.6485	0,8 (0,4-1,7)	0.0637	1,8 (1,0-3,5)
Média Baixa	0.3844	1,3 (0,7-2,8)	0.6304	0,8 (0,5-1,6)	0.0035	2,4 (1,3-4,3)
Média Alta	0.2113	0,6 (0,3-1,3)	0.9510	1,0 (0,5-1,7)	0.1116	1,6 (0,9-2,8)
Alta	-	1	-	1	-	1
Estado Civil						
Casado(a)	0.3771	1,5 (0,6-3,5)	0.0521	0,5 (0,2-1,0)	0.1076	0,6 (0,3-1,1)
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	-	1	-	1	-	1
Solteiro(a) (nunca casou)	0.5906	1,3 (0,5-3,7)	0.6268	0,8 (0,3-1,8)	0.6518	1,2 (0,5-2,5)
Ocupação						
Trabalhador(a); Estudante	0.9287	1,0 (0,4-2,0)	0.4465	0,8 (0,4-1,5)	0.1418	1,6 (0,8-2,9)
Do lar	0.2515	0,6 (0,2-1,5)	0.9130	0,9 (0,4-2,2)	0.5895	0,8 (0,4-1,8)
Aposentado(a); Outros	-	1	-	1	-	1

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

5. DISCUSSÃO

5.1 Forças e limitações do estudo

Devemos considerar os seguintes pontos fortes desse estudo: 1) diferentemente de outros estudos, nossos achados advêm de uma amostra da população geral, não associada a patologias ou populações específicas – sabe-se que a comorbidade é comum em amostras de sujeitos que procuram serviços; 2) a avaliação psiquiátrica clínica foi feita através de uma entrevista padronizada, aplicada por psiquiatras treinados e com anos de experiência clínica; 3) os sujeitos foram avaliados presencialmente por clínicos gerais experientes. Embora tenham utilizado questionário de autorrelato, a presença de SEM foi decidida clinicamente. De fato, uma entrevista diagnóstica realizada por médicos treinados pode melhor delimitar aspectos clinicamente relevantes em indivíduos com SEM, pois o uso de questionários de autorrelato pode induzir a erros de classificação tanto de falsos positivos quanto de falsos negativos.

Algumas limitações precisam ser levadas em consideração. A ausência de marcadores biológicos e a impossibilidade de se fazer uma investigação prospectiva detalhada nos impediu de obter mais informações quanto ao processo de somatização. A perspectiva do próprio sujeito quanto ao processo do adoecer, por não ser passível de operacionalização não foi registrada. Somente quatro SEM foram pesquisados e muitos outros provavelmente são frequentes na nossa população.⁽⁶³⁾ Portanto, estes não podem, nem devem, ser tomados como únicos, e mais pesquisas que descrevam outros SEM são necessárias em nosso meio. Apesar dos sujeitos da pesquisa serem provenientes de uma amostra da população geral adulta da Região Metropolitana de São Paulo, houve um atrito quando do recrutamento da subamostra a ser avaliada clinicamente nas dependências do HCFMUSP, com a possibilidade de que, aqueles que aceitaram ser avaliados possuam maior morbidade física e mental. Ademais, os achados desta pesquisa não são representativos de toda a população adulta brasileira, se restringindo a

moradores da maior metrópole do país. Diferenças regionais são esperadas em um país continental como o Brasil.

5.2 Análise de frequência e associação entre SEM e TMC

Nossos achados confirmam que as mulheres são mais vulneráveis em apresentar essas patologias. De fato, os quatro SEM pesquisados foram três vezes mais frequentes em mulheres em relação aos homens e hipóteses específicas existem para esse fenômeno, além de também estarem associados a presença, concomitante, de transtornos depressivos e ansiosos.

A começar por cólon irritável, estudos de revisão tem se debruçado quanto a elevada prevalência do sintoma apontando os riscos que podem contribuir para seu surgimento. Estudos com pacientes que apresentam este sintoma relacionam seu surgimento, concomitante, a um processo de somatização.^(50,64) Sua maior frequência em grupos de idades mais jovens e em mulheres pode ser explicada por alterações do ciclo hormonal nas idades férteis, podendo estar associados a um limiar sensorial diminuído para distensão retal.⁽⁶⁵⁾

A hipótese hormonal também tem sido aventada para explicar a prevalência maior de dispepsia em mulheres: os hormônios sexuais estariam envolvidos na modulação da resposta à dor nas mulheres, além de afetar a mobilidade gástrica.⁽⁵²⁾ Ao descrevermos o percentual de frequência reforçamos a importância de estudos acerca da diferenciação entre os sexos e o aprofundamento quanto a presença concomitante dos transtornos depressivos e de ansiedade.^(50,66,67)

Em relação a fadiga, a associação com sintomas neuropsicológicos, como prejuízo da memória e concentração e sintomas depressivos, estabelece um quadro clínico altamente incapacitante.⁽⁶⁸⁾ Além da hipótese hormonal e inflamatória, fatores sociais como atividades laborais com jornadas dupla/tripla, dentro e fora de casa, relacionariam o excesso de trabalho, estresse, preocupação excessiva consigo, familiares e outros como fator desencadeador para manifestação do sintoma nas mulheres.⁽⁵⁵⁾

O sintoma tontura, um dos SEM mais frequentemente associado a transtornos depressivos e de ansiedade,^(61,62,69,70) é paradigmático da

intersecção entre o físico e o mental, já que advém de causas biológicas e/ou psicológicas. Ansiedade crônica e distímia fazem parte do diagnóstico diferencial, mas também podem coexistir. Ademais, o uso de medicação antidepressiva pode dar origem a sensações de tontura e vertigem, pois muitas dessas medicações causam hipotensão ortostática.⁽⁷¹⁾

Há de se levar em consideração que, assim como já discutido por Kirmayer et al.⁽³⁹⁾ a apresentação descritiva sintomática do paciente ao profissional direciona para critérios de reconhecimento dos transtornos a eles associados. A forma do relato e o estado funcional dos acometidos também foi discutido por Kroenke et al.⁽³⁸⁾ ao explicitarem que o número de sintomas físicos era indicativo da presença de SEM, mesmo sendo múltiplos ou inexplicáveis, estavam associados aos transtornos depressivos e de ansiedade denotando uma situação, sugerida pelo autor, como potencialmente tratável.

Nossos achados reforçam a associação entre SEM e transtornos depressivos e ansiosos ressaltando que a gênese dessa comorbidade pode estar baseada em processos inflamatórios, comuns tanto nos quadros somáticos, como em transtornos depressivos e de ansiedade.⁽⁶⁾ Roca et al.⁽⁴⁰⁾ defendem que diante da sobreposição entre SEM e TMC deva-se reconsiderar a separação entre as duas entidades. Por outro lado, Bombana et al.⁽⁷²⁾ apontam para a necessidade de abordagens cada vez mais integradas, principalmente no atendimento em AP. Para alguns autores, os SEM estão associados a uma piora da qualidade de vida, condição esta agravada pela associação com transtornos mentais, particularmente os TMC, mas devendo ser considerados também transtornos de personalidade.⁽²⁰⁾

A presença de SEM e TMC já foi descrita no Brasil⁽³³⁾ como um processo comum, particularmente em contextos populacionais com desvantagens sociais. A amostra utilizada em nosso estudo tem um perfil sociodemográfico mais amplo, por ser proveniente de uma amostra representativa de toda Região Metropolitana de São Paulo, representando diversos níveis de renda e educação.

Nossos achados da grande associação dos sintomas pesquisados com uma gama de transtornos depressivos e ansiosos nos levam ao questionamento sobre a separação entre o físico e o mental. O sofrimento dos

portadores de SEM não se limita à experiência de queixas corporais - também envolve aspectos psicológicos e comportamentais.

Embora as razões de chances da manifestação de SEM apontam para uma forte associação entre SEM e TMC, não foi possível evidenciar qual se manifesta primeiro, por não termos a idade de início dos SEM. Nossa hipótese é de que existe uma miríade de apresentações: em alguns, o sofrimento é dominado pela experiência de sofrimento corporal em si, mas em outros, a ansiedade e a depressão são elementos centrais para o seu sofrimento.

Pesquisas mostram que os SEM se referem a uma parte do processo adoecedor de um sujeito, e em virtude da manifestação de sintomas inespecíficos no organismo e por não se enquadrarem plenamente nos achados dos exames clínicos e complementares, geram no paciente algum sofrimento psicológico, fazendo com que ele se veja sem causa explicável instaurando, ainda, um campo de incerteza entre ele e o profissional que o avalia.^(63,73)

A extensa gama de apresentação em nossa amostra poderia ser representada pela relação dose-resposta: quanto maior o número de SEM, maior a força de associação com TMC. Ademais, essa relação dose resposta também surgiu em relação ao uso de serviços: quanto maior a quantidade de sintomas manifestos, maior a busca por diferentes profissionais e serviços de saúde. Vale ressaltar que, apesar da procura por serviços, seja principalmente em postos de saúde, clínicos gerais ou médicos de família, há uma grande procura por médicos especialistas em nossa amostra. Outros autores já descreveram que os SEM tem sido mais frequentemente encontrados em AP, sendo esta a porta de entrada para o atendimento clínico da população.^(18,36,37,63,74-76) Autores como Arenales et al.⁽¹⁹⁾ enfatizam que os SEM seriam a porta de entrada para o estudo de outras doenças, entretanto, o manejo no que concerne a recepção desses pacientes ainda é algo complexo, não somente para mensurar sua identificação pois, assim como aponta Bombana⁽⁷²⁾, eles frequentam os ambulatórios de hospitais e de outros locais que oferecem serviços de saúde transmitindo a forte impressão de superutilização desses, justamente por não demonstrarem alterações isoladas de sintomatologia e estarem sempre mesclados a patologias específicas.

Em nosso estudo, a presença de SEM aumenta a probabilidade de procura por atendimento médico na AP. Em nosso meio, o paciente pode retornar várias vezes, principalmente, ao sentir que seus sintomas permanecem, apesar da intervenção.⁽⁷⁶⁾ Por isso, Bombana et al.⁽³⁵⁾ ressaltam a importância da formação de equipes multiprofissionais em casos com tal complexidade, evitando custos excessivos de exames laboratoriais desnecessários. Muitas vezes, um diagnóstico correto e mais apurado é possível quando todos os profissionais que atuam diretamente com esta demanda em AP entram em contato, dentro do possível, com aspectos da subjetividade do paciente.

Cabe ainda ressaltar que em nosso estudo encontramos um aumento de busca por diferentes médicos especialistas e, especificamente, psiquiatras, por aqueles com SEM. Esse achado fortalece a hipótese de que, a presença desses sintomas faz uma pressão sobre o sistema de saúde, sobrecarregando-o, principalmente em termos de gastos excessivos e em exames e medicamentos. Entretanto, não há como negar que diante de tais premissas há um sofrimento emocional inerente que justifique a sobrecarga para o sistema de saúde na esperança de ser o profissional aquele que agirá para subtração de sua condição de doente.^(31,77) A isso, enfatizamos ainda que, provavelmente, muitos do que sofrem com a manifestação de SEM, procuram nos diferentes e diversos profissionais uma escuta que possa ser parte importante do processo de entendimento de um sofrimento tão inespecífico.

A identificação do caminho percorrido no sistema de saúde poderia ser uma forma de se minimizar os gastos e sobrecarga sobre o sistema que portadores de SEM podem acarretar. O prontuário eletrônico já é uma realidade tanto no SUS, como na medicina complementar (dos planos de saúde). A integração desses dois sistemas se faz necessária, principalmente em países como o Brasil, onde as verbas para saúde são cada vez mais escassas.⁽⁷⁸⁾

5.3 A dicotomia soma e psique

Autores sugerem que os distúrbios somáticos disfuncionais, termo guarda-chuva para várias condições caracterizadas por sintomas físicos persistentes e problemáticos, devem ocupar um lugar neutro dentro das classificações diagnósticas e subclassificados por área, ou seja, multisistêmico, sistema único, ou único sintoma, promovendo assim dupla parentalidade como, por exemplo, no caso de cólon irritável, pertencente tanto a classificação de distúrbios gastrointestinais quanto a somáticos funcionais.⁽⁷⁾

As classificações atuais levam em conta a difícil conceitualização desses sintomas, por caracterizarem-se pela ausência de sinais clínicos objetivos. O diagnóstico se baseia em queixas subjetivas, história clínica e diagnóstico diferencial. Aspectos como esses levaram o comitê para a revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-11) a cunhar o termo “*Bodily Distress Disorder*” para substituir o conceito relacionado aos SEM, definindo como uma síndrome geral caracterizada por preocupação e sofrimento em relação a sintomas que causam desconforto excessivo, e que podem ter ou não causa conhecida. Quatro subtipos foram incluídos nessa síndrome geral: cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelético, e sintomas gerais/fadiga.^(79,80)

Diante do apresentado, alguns questionamentos como, por exemplo, relacionado a nomenclatura até o momento utilizada, já que esta abrangeu amplamente o processo sintomatológico, propõem pensar qual o real responsável pelos problemas apresentados, o soma ou a psique?

Nossa experiência em realizar esse estudo, o processo de tabulação dos dados obtidos através dos instrumentos utilizados e revisão da literatura acerca da nomenclatura, nos fez perceber que os SEM carecem de instrumental específico, que consiga captar a totalidade do fenômeno em investigação. Percebemos que uma abordagem qualitativa, por meio de relatos individuais são essenciais para construção de um entendimento da subjetividade do indivíduo que sente/sofre. Nosso entendimento é que não existe duas esferas de manifestação dos sintomas, ou seja, o campo físico e o psicológico. A integração de ambas as abordagens se faz necessária.

Ao adentrarmos o campo da subjetividade nos deparamos com Brant,⁽⁸¹⁾ autor que, ao falar das limitações dos estudos em ciência médica básica, mais especificamente em epidemiologia, constrói uma crítica quanto a forma de entendimento de pesquisas quantitativas. Ou seja, o autor propõe que o indivíduo seja visto como um sujeito, para que não seja simplesmente identificado/reconhecido como “doente” ou “não doente”, mas um ser atravessado por formas conscientes e inconscientes quanto ao seu funcionamento e relação com o mundo.

Não nos foi possível, a partir dos nossos dados, que só nos permitiram realizar análises descritas nesta dissertação, realizar essa junção a fim de discutir, não somente as características sociodemográficas dos sujeitos, frequência de sintomas, e outras análises de um estudo epidemiológico clássico, mas também acessar algum aspecto subjetivo dessa forma de adoecer. Mas, apesar dessas limitações, essa experiência de utilizar essa metodologia nos propiciou a possibilidade de pensá-los dentro de uma outra perspectiva que norteie a prática clínica dos tantos profissionais de saúde mental que atuam na promoção de bem-estar.

Esta seção, tem como base discutir o que Eksterman⁽⁴⁴⁾ pensava ao afirmar que: não se trata de aplicar a psicanálise nos doentes somáticos, mas sim de observá-los, tendo a noção da possibilidade de modificação do pensamento do sujeito por meio da intervenção do profissional, seja ele médico ou não, entendendo que há uma grandeza simbólica quanto ao (des)encadeamento da doença e da saúde, orientando a ciência e seus praticantes quanto ao modo de tratar os doentes, e não somente as doenças.

Construir novos símbolos - ideia de eficácia de tratamento tendo como elemento propulsor a linguagem - e promover elaboração - integrar excitações no psiquismo e estabelecer entre elas conexões associativas⁽⁸²⁾ - é essencial para esta população específica, uma vez que há uma existência que dirige à desordem do psiquismo, ocasionando assim, na forma encontrada pelo sujeito, o escoamento de conflitos no corpo.

Os sintomas, psicológicos e físicos, tratam-se de uma experiência de sofrimento que geram mal-estar ao sujeito e carecem de reconhecimento e nomeação, coletiva e individualmente, portanto não devem ser entendido

apenas como forma de classificação ou inclusão em alguma categoria, mas como reconstrução de uma forma de vida.⁽⁴⁵⁾ São eles uma formação de compromisso que o sujeito, psiquicamente, faz consigo mesmo, objetivando a geração de 'bem-estar' para convivência com suas angústias. Quando essa formação de compromisso não se sustenta o suficiente para continuidade de uma vida saudável, procuram a via corpórea para manifestação já que sua elaboração psíquica não foi bem solidificada, o que justificaria o sofrimento apresentado por meio da manifestação dos TMC e dos SEM. Vivenciando o surgimento de sintomas, o sujeito estaria voltado a uma busca por legitimação social de seu sofrimento, na intenção de ser reconhecido e percebido, tornando-se um ser individual/único.⁽⁴⁵⁾

5.4 Comentários finais

Mais estudos mistos, utilizando métodos quantitativos e qualitativos precisam ser desenvolvidos para estudar a fenomenologia complexa dos SEM, para que os que sofrem com esses sintomas possam ser vistos e entendidos como sujeitos coprodutores de suas angústias. Essa sintomatologia necessita ser estudada levando em conta aspectos subjetivos e a sua relação com o contexto ao qual estão permeados.

Encorajar os sujeitos a falar sobre seus sofrimentos psicológicos e sintomas ajudaria a relacioná-los a psicopatologia de TSS, uma vez que suas descrições, normalmente, tomam o viés biológico.⁽²⁰⁾ De fato, isso aconteceu em nosso estudo, no qual, apesar das avaliações terem sido feitas durante uma anamnese, não nos foi possível acessar o registro das eventuais queixas dos sujeitos que participaram do estudo. Entendemos que, no dia a dia da AP, a sobrecarga dos profissionais da linha de frente muitas vezes impede que o paciente possa relatar suas queixas e sintomas, e ser, de fato, escutado. Mais do que classificar, é necessário construir saberes multidisciplinares norteadores que sirvam para a prática de profissionais no âmbito da saúde que possam auxiliar tanto na avaliação clínica do sujeito, quanto no campo social ao qual ele está inserido, pensando-o em sua integralidade, seja ela entre o corpo e a mente, seja entre si e sua relação com o mundo.

Em suma, limitamo-nos a descrever o perfil de ocorrência de uma pequena parcela de fenômenos denominados SEM, em uma amostra de adultos residentes em domicílio na Região Metropolitana de São Paulo. Muitas outras pesquisas são necessárias para um maior entendimento desses fenômenos complexos. A partir dessa nossa experiência, a nossa proposta é de que métodos qualitativos sejam integrados às ferramentas quantitativas da epidemiologia clínica em futuras pesquisas. Um maior entendimento desses fenômenos possibilitaria uma melhor assistência a esses sujeitos, diminuindo o sofrimento das pessoas acometidas.

6. CONCLUSÃO

6.1 Conclusão principal

- Identificamos que os SEM avaliados, cólon irritável, dispepsia, fadiga e tontura, são frequentes em adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo. Estão associados aos TMC, os quais se caracterizam por quadros depressivos e/ou ansiosos. Quanto maior a quantidade de SEM, maior a associação com os TMC.

6.2 Conclusões secundárias

- As mulheres apresentaram percentuais maiores do que os homens em todos os sintomas pesquisados, salvo nas duas últimas subcategorias, relacionadas ao sintoma de tontura (convulsão; problemas auditivos – Síndrome de Menière).
- As mulheres têm maior chance de apresentar os SEM avaliados, principalmente as com idade entre 35 e 49 anos e dos estratos de renda mais baixos, além de serem mais propensas a ter comorbidades com TMC.
- O trabalho fora de casa pode ser um fator desencadeador do sintoma de fadiga em mulheres.
- Os homens ‘trabalhadores/estudantes’ tem mais chance de apresentarem SEM associados a transtornos depressivos e de ansiedade.
- Quanto maior a quantidade de SEM, maior a busca por serviços de saúde por ambos os sexos, sendo o posto ou centro de saúde o local mais procurado para tratamento.
- Há um aumento de procura por médicos especialistas e psiquiatras por indivíduos com SEM.

7. ANEXO

7.1 Questionário de avaliação de cólon irritável

Nos últimos 12 meses, o senhor(a) apresentou por pelo menos 12 semanas (3 meses) durante o ano (não precisam ser consecutivas)

1. Dor ou desconforto abdominal?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

Se não pular para o módulo 7

Se sim, essa dor ou desconforto,

2. Melhora com a evacuação?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

3. Apareceu junto com alteração da frequência do número de evacuações?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

4. Apareceu junto com uma mudança na forma das fezes?

Não (0) Sim (1) Não sabe

5. Junto com a dor ou desconforto, sente que a barriga fica estufada (distendida)?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

7.2 Questionário de avaliação de dispepsia

Sintomas e intensidade (Assinale uma coluna por sintoma)

Dor epigástrica	Sem sintoma	Até 1 vez por semana	Mais do que 1 vez por semana	Todo dia
Dor epigástrica	7	8	9	10
Pirose retroesternal	11	12	13	14
Regurgitação ácida	15	16	17	18
Náusea	19	20	21	22
Vômito	23	24	25	26
Plenitude	27	28	29	30
Eructação	31	32	33	34

Se o paciente apresenta epigastralgia

A dor melhora com antiácido? não (0) sim (1) não sabe (2)

A dor melhora com alimento? não (0) sim (1) não sabe (2)

Acorda a noite com a dor? não (0) sim (1) não sabe (2)

Qual foi o sintoma que mais atrapalhou nos últimos 6 meses?

Epigastralgia (dor na boca do estômago) (0)

Queimação Retroesternal (1)

Pirose (azia) (2)

Náusea (enjoo) (3)

Vômito (4)

Plenitude (sensação de estufado) (5)

Eructação(6)

7.3 Questionário de avaliação de fadiga

Gostaríamos de saber se você tem tido algum problema de cansaço, fraqueza ou falta de energia no último mês. Por favor, responda TODAS as questões abaixo simplesmente marcando com um X a resposta mais próxima que diz a respeito de você. Gostaríamos de saber como você está se sentindo neste momento ou tem se sentido recentemente, e não há muito tempo atrás. Se você vem se sentindo cansado há muito tempo, queremos que você compare seu estado atual com a última vez que se sentiu bem.

1. Você tem problema de cansaço ou fraqueza?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
2. Você precisa descansar mais?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
3. Você se sente sonolento?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
4. Você tem dificuldade para começar suas atividades?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
5. Você sente falta de energia?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
6. Você está com pouca força muscular?	Melhor que de	Como de costume	Pior que de costume	Muito pior que de costume

	costume			
7. Você se sente fraco?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
8. Você tem dificuldade para se concentrar?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
9. Você troca as palavras sem querer quando está falando?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
10. Você acha difícil encontrar as palavras certas?	Menos que de costume	Como de costume	Mais que de costume	Muito mais que de costume
11. Como está sua memória?	Melhor que de costume	Como de costume	Pior que de costume	Muito pior que de costume

As próximas questões são a respeito de dor nos músculos.

12. Você sente dor nos músculos quando está em repouso?	Menos que de costume	Como de costume	Pior que de costume	Muito pior que de costume
13. Você sente dor nos músculos após exercícios físicos?	Menos que de costume	Como de costume	Pior que de costume	Muito pior que de costume

14. Se estiver sentindo cansaço atualmente, por favor indique há quanto tempo.

Não estou cansado.	Menos de 1 semana	Menos de 3 meses	Entre 3 e 6 meses	6 meses ou mais
--------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	--------------------

15. Ao todo, em que porcentagem do tempo você se sente cansado?

Não estou cansado.	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	Todo o tempo
--------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

16. Por que você acha que está se sentindo cansado? Por favor tente dar uma razão.

--

7.4 Questionário de avaliação de tonturas e vertigens

Escala para identificação da causa da tontura e repercussão sobre a via diária.

Adaptada do *Dizziness Handicap Inventory* forma resumida

1. O sr.(a) sofre de tonturas ou vertigens?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

Quando o sr.(a) apresenta tontura

2. Tem a sensação de que tudo está rodando ou que o sr.(a) mesmo está rodando?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

Se não pular para pergunta 7

Se sim,

3. Quanto tempo dura essa sensação?

O tempo todo (0) algumas horas (1) alguns minutos (2) alguns segundos (3)

4. Quantas vezes por dia você tem essa sensação?

Uma ou duas vezes (0) 2 a 5 vezes (1) mais de 5 vezes (2)

5. Essa sensação piora quando o senhor muda a posição da cabeça?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

6. Essa sensação acontece principalmente quando o senhor(a) está deitado

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

7. Tem a sensação de ter ficado agachado por um longo período e após ter

levantado rapidamente?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

Se não, pular para questão 10

Se sim,

8. Quanto tempo dura essa sensação?

Alguns segundos (0) alguns minutos (1) algumas horas (2)

9. O senhor(a) chega a desmaiar?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

10. O senhor(a) tem ataques (convulsão?)

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

11. Quando o senhor(a) sente tontura, tem a sensação de que não está pisando em terreno firme?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

12. O senhor (a) tem problemas de audição?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

Se não, pular para a próxima fase do questionário após instruções.

Se sim, o senhor(a) ouve mal

Nos dois ouvidos (0) no ouvido direito (1) no ouvido esquerdo (2)

Instruções

A proposta desta escala é identificar dificuldades que você possa experimentar por causa da sua tontura. Responda “sim”, “não” ou “algumas vezes” em cada questão.

Responda cada pergunta se ele se correlacionar com sua tontura ou desequilíbrio.

1. Quando você se levanta a tontura ou o desequilíbrio pioram?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

2. Por causa do seu problema, você restringe viagens de negócio ou lazer?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

3. Por causa do seu problema, você tem dificuldades para se deitar ou para se levantar da cama?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

4. Por causa do seu problema você tem dificuldade para ler?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

5. Mover rapidamente a cabeça piora seus sintomas?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

6. Por causa dos seus sintomas você evita lugares altos?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

7. Quando você se vira na cama, seus sintomas pioram ou são desencadeados?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

8. Por causa do seu problema você tem dificuldade para andar na rua sozinho?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

9. Andar pela calçada de uma rua piora seus sintomas?
Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

10. Por causa do seu problema você tem medo de dar a volta no quarteirão quando está escuro?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

11. Por causa do seu problema você tem medo de ficar em casa sozinho?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

12. Por causa do seu problema você está deprimido?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

13. Os sintomas pioram quando você abaixa a cabeça?

Não (0) Sim (1) Não sabe (2)

8. REFERÊNCIAS

1. Erdmann AL, de Andrade SR, de Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: Melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(SPL):131–9.
2. Andrade LH, Baptista MC, Alonso J, Petukhova M, Bruffaerts R, Kessler RC, et al. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Clinics (Sao Paulo)* [Internet]. 2013;68(11):1392–9. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3812560&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Bransfield RC, Friedman KJ. Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses and Medical Uncertainty. *Healthcare*. 2019;7(114):1–28.
4. Creed F, Henningsen P, Fink P. *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress* [Internet]. Creed F, Henningsen P, Fink P, organizadores. London: Cambridge University Press; 2011 [citado 5 de março de 2017]. 253 p. Available at: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=UQjdZrkyWkoC&oi=fnd&pg=PR5&dq=per+fink+medically+unexplained+symptoms&ots=RI-TbrW3bd&sig=7tK2HNqQqKI58Ypap7hIZfvGyEg#v=onepage&q=per+fink+medically+unexplained+symptoms&f=false>
5. Schröder A, Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: Organizational aspects and evidence-based treatment. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2011;34(3):673–87. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.008>
6. Irwin MR. Inflammation at the intersection of behavior and somatic symptoms. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2011;34(3):605–20.

Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.005>

7. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W. Functional somatic disorders: Discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med.* 2020;18(1):1–7.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993. 352 p.
9. Organização Mundial da Saúde O. Cid-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças [Internet]. EdUSP, organizador. 2007 [citado 5 de março de 2017]. 1056 p. Available at: [https://books.google.com.br/books?id=KXbJvSgzCg4C&printsec=frontcover&dq=cid+10&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjK3fej5b_SAhUFWpAKHfjcALsQ6wEIITAB#v=onepage&q=cid 10&f=false](https://books.google.com.br/books?id=KXbJvSgzCg4C&printsec=frontcover&dq=cid+10&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjK3fej5b_SAhUFWpAKHfjcALsQ6wEIITAB#v=onepage&q=cid%2010&f=false)
10. World Health Organization W. ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. 2018 [citado 26 de março de 2021]. Available at: <https://icd.who.int/en>
11. De Gucht V, Fischler B. Somatização: uma revisão crítica do conceito e questões metodológicas. *Psicossomática.* 2002;43:1–9.
12. Gureje O, Simon GE. A história natural da somatização no cuidado primário. *Psychol Med.* 1999;29:669–76.
13. Lipowski ZJ. Somatização: o conceito e sua aplicação clínica. *Am J Psychiatry.* 1988;145:1358–68.
14. American Psychiatric Association (APA). DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3º ed. 1980. 494 p.
15. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2009;11(3):280–8.

16. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4º ed. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Porto Alegre: Artmed; 1994. 830 p.
17. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
18. Lazzaro CDS, Ávila LA. Somatização na prática médica. Arq Ciência da Saúde. 2004;11(2):105–8.
19. Arenales L, Botti N, Machado T de S. A doença de sofrer de doença. Psychiatry on line Brasil [Internet]. 2014;19:09. Available at: <http://www.polbr.med.br/ano14/art0114b.php>
20. Assumpção G, Gonçalves M. Sintomas Clínicos Indefinidos Transtornos Somatoformes e Somatizações. Psychiatry on line Brasil [Internet]. 2011;16. Available at: <http://www.polbr.med.br/ano11/prat0711.php>
21. Tohen M, Bromet E. Epidemiologia Psiquiátrica. In: Kay J, Tasman A, Lieberman JA, organizadores. Psiquiatria Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos. 1º ed Barueri: Manole; 2002. p. 621.
22. Carneiro AV. Sintomas e sinais: uma abordagem científica do exame clínico. Rev Port Clínica Geral. 2017;33(1):10–3.
23. Faure O. O olhar dos médicos. In: IN: CORBAIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges História do Corpo Da Revolução à Grande Guerra Volume II. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. p. 13–99.
24. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR de. A subjetividade como anomalia: Contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Cienc e Saude Coletiva. 2006;11(4):1093–103.
25. Ortega FJG. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2008. 254 p.
26. Richard Mayou MA, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M.

- Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *The American Journal of Psychiatry*. 2005;162(7):847–55.
27. Lopez AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine* [Internet]. 1998 [citado 5 de março de 2017];4(11):1241–3. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9809543>
 28. Santos EG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):238–46.
 29. Global Health Metrics. Global , regional , and national incidence , prevalence , and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories , 1990 – 2017 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1990–2017.
 30. Institute for Health Metrics and Evaluation. Brazil | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2017 [citado 23 de setembro de 2020]. p. 1. Available at: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>
 31. Tófoli LF, Gonçalves DA, Fortes S. Somatização e sintomas sem explicação médica. In: Lopes G&, organizador. *Tratado de Medicina de família e comunidade: Princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 2222.
 32. Goldberg DP, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock/Routledge; 1992. 194 p.
 33. Fortes S, Ziebold C, Reed GM, Robles-Garcia R, Campos MR, Reisdorfer E, et al. Studying ICD-11 primary health care bodily stress syndrome in Brazil: Do many functional disorders represent just one syndrome? *Rev Bras Psiquiatr*. 2019;41(1):15–21.
 34. Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T, Ørnbøl E, Dantoft TM, Eliassen M, et al. Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study. *Scand J Public Health*. 2020;48(5):567–76.

35. Bombana JA, Leite ALSS, Miranda CT. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Revista Bras Psiquiatr.* 2000;22(4):180–4.
36. Rao GR, Ranjan P, Chadda RK, Kaloiya GS, Dwivedi SN, Baitha U, et al. A descriptive study of disability in patients presenting with medically unexplained physical symptoms in a medical OPD setting. *J Fam Med Prim Care [Internet].* 2019;8 (5):1755–9. Available at: www.jfmprc.com
37. Jadhakhan F, Lindner OC, Blakemore A, Guthrie E. Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of health care services:A systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open.* 2019;9(7).
38. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Linzer M, Hahn SR, Degruy F V., et al. Physical Symptoms in Primary Care: Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment. *Arch Fam Med.* 1994;
39. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry.* 1993;
40. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2009;
41. Tack M. Medically unexplained symptoms (MUS): Faults and implications. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(7):11–3.
42. Mello Filho J. *Psicossomática hoje.* 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 611 p.
43. Eksterman A. A Medicina Psicossomática no Brasil. In: *Psicossomática Hoje.* 2º ed Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 611.
44. Eksterman A. *Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina.* In: *Psicossomática Hoje.* 2º ed Porto Alegre: Artmed; 2010. p.

- 611.
45. Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma Releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo social*. junho de 2011;23(1):115–36.
 46. Andrade LH, Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani I de S. São Paulo Megacity Mental Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims , design and field implementation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. setembro de 2009;31(4):375–86.
 47. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2004;13(2):93–121. Available at: <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.168>
 48. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version, non- patient edition (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute. 2002;
 49. Catapani WR. Conceitos atuais em síndrome do intestino ir ritável irritable Current concepts in irritable bowel syndrome. 2004;29(1):19–21.
 50. Da Silva RA, Pinheiro RT, Da Silva RA, Horta BL, Moraes I, Faria AD. Dispepsia funcional e depressão como fator associado. *Arq Gastroenterol*. 2006;
 51. Talley N. Functional gastroduodenal disorders. *J Gastroenterol Hepatol*. 1999;
 52. Kim YS, Kim N. Functional dyspepsia: A narrative review with a focus on sex-gender differences. *J Neurogastroenterol Motil*. 2020;26(3):322–34.
 53. Moayyedi P, Duffett S, Braunholtz D, Mason S, Richards IDG, Dowell AC, et al. The Leeds dyspepsia questionnaire: A valid tool for measuring the

- presence and severity of dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* 1998;
54. Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller R, Talley NJ, Thompson WG, et al. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. In: *Arq Gastroenterol.* 3^o ed Degnon Associates; 2006. p. 885–93.
 55. Mota DDC de F, Cruz D de ALM da, Pimenta CA de M. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paul Enferm.* 2007;18(3):285–93.
 56. Cho HJ, Costa E, Menezes PR, Chalder T, Bhugra D, Wessely S. Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. *J Psychosom Res.* 2007;62(3):301–4.
 57. Cella M, Chalder T. Measuring fatigue in clinical and community settings. *J Psychosom Res* [Internet]. 2010;69(1):17–22. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.007>
 58. Jacobson GP, Newman CW. The Development of the Dizziness Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 1990;
 59. Tesio L, Alpini D, Cesarani A, Perucca L. Short form of the dizziness handicap inventory: Construction and validation through Rasch analysis. *Am J Phys Med Rehabil.* 1999;78(3):233–41.
 60. Ganança MM, Caovilla HH. Desequilíbrio e reequilíbrio. In: *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimas 30 anos.* São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 296.
 61. Paiva AD, Kuhn AMB. Sintomas psicológicos concomitantes à queixa de vertigem em 846 prontuários de pacientes otoneurológicos do Ambulatório de Otoneurologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;70(4):512–5.
 62. Handa PR, Kuhn AMB, Cunha F, Schafflein R, Ganança FF. Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;71(6):776–83.

63. Tófoli LF, Andrade LH, Fortes S. Somatização na América Latina : uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes , síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. maio de 2011;33:59–69.
64. Garcia LB, Bertolini SMMG, Souza MV de, Santos MSF dos, Pereira COM. Constipação Intestinal: Aspectos Epidemiológicos e Clínicos. *Saúde e Pesqui*. 2016;9(1):153.
65. Ferreira AI, Garrido M, Castro-Poças F. Irritable Bowel Syndrome: News from an Old Disorder. *GE Port J Gastroenterol*. 2020;27(4):255–68.
66. Oliveira SS, Santos IS, Da Silva JFP, Machado EC. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos Prevalence of dyspepsia and associated sociodemographic factors. *Rev Saude Publica*. 2006;
67. Menezes CCS de, Ferreira DBB, Trindade LMDF, Sousa Júnior MA de O, Tavares de Lima JL, Santos Marques DR. Dispepsia Funcional : prevalência e perfil epidemiológico . Aracaju: Anais 2016: 18a Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes; 2016. p. 26–9.
68. Rivera CM, Mastronardi C, Silva-Aldana CT, Arcos-Burgos M, Lidbury BA. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Review. *Diagnostics*. 2019;9(91):2–34.
69. Boaglio M, Soares LCA, Ibrahim CSMN, Ganança FF, Cruz OLM. Doença de Ménière e vertigem postural. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;69(1):69–72.
70. Lavinsky L, Avila CD, Campani RM, Lavinsky M. Síndrome de Ménière: diagnóstico etiológico. *Rev HCPA*. 1999;19(2):238–50.
71. Kim HA, Bisdorff A, Bronstein AM, Lempert, T. Rossi-Izquierdo M, Staab JP, Strupp, M. Kim J-S. Hemodynamic orthostatic dizziness/vertigo: Diagnostic criteria Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res*. 2019;29:45–56.

72. Bombana JA. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2006;55(011):308–12. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a07v55n4.pdf>
73. Zorzanelli RT. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. *Psicologia em Estudo*. 2011;16(1):25–31.
74. Řiháček T, Čevelíček M. Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychother Res*. 2019;1–14.
75. Terpstra T, Gol JM, Lucassen PLBJ, Houwen J, Van Dulmen S, Berger MY, et al. Explanations for medically unexplained symptoms: a qualitative study on GPs in daily practice consultations. *Fam Pract*. 2019;
76. Borges TL, Miasso AI, Reisdofe E, dos Santos MA, Vedana KGG, Hegadoren KM. Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated Factors and Impact on Quality of Life. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 1 de setembro de 2016;22(5):378–86.
77. Moura J. História da Psicossomática [Internet]. *Psicologado*. 2008 [citado 19 de outubro de 2018]. p. 3. Available at: <https://psicologado.com/psicossomatica/historia-da-psicossomatica>
78. Coelho CL de S, Ávila LA. Controvérsias sobre a Somatização. *Revista de Psiquiatria Clínica*. abril de 2007;34(8):278–84.
79. World Health Organization W. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Retrieved June. 2018;
80. Burton C, Fink P, Henningsen P, Rief W. Desordens somáticas funcionais: artigo de discussão para uma nova classificação comum para pesquisa e uso clínico. 2020;1–8.
81. Brant LC. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2001;6(1):221–31. Available at:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

82. Laplanche J, Pontalis JB, Lagache D, Tamen P. Vocabulário da Psicanálise [Internet]. 4º ed. São Paulo: Martins Fontes; 2016. 552 p. Available at: https://books.google.com.br/books?id=sJNnAAAACAAJ&dq=laplanche+e+pontalis+dicionario+de+psicanalise&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjajLn487_SAhULiJAKHaIHBHgQ6wEIGzAA

APÊNDICE

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra feminina por SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=432

	Cólon Irritável	<i>p</i>	Dispesia	<i>p</i>	Fadiga	<i>p</i>	Tontura	<i>p</i>
Idade								
18 - 34	3		13,4		13,1		9	
35 - 49	3,9	0.5845	15,5	0.0422	19,2	0.9377	12,9	0.5693
50 - 64	1,1		5,3		8,1		4,6	
Educação								
0-4 anos	1,1		6,2		8,5		5,3	
5-8 anos	1,8	0.4967	10,4	0.8015	10,1	0.4491	8,3	0.3014
9-11 anos	3,7		10,6		13,8		9,4	
12+ anos	1,3		6,9		7,8		3,4	
Renda								
Baixa	1,3		8,1		10,4		7,1	
Média Baixa	3	0.4446	11,1	0.0863	11,5	0.4800	8,5	0.1276
Média Alta	1,6		8,1		8,5		5,3	
Alta	2		6,9		9,9		5,5	
Estado Civil								
Casada	4,8		18,2		21,5		14,3	
Casada anteriormente; Viúva/Divorciada	0,6	0.1048	6,4	0.1120	9,9	0.3406	6	0.7784
Solteira (nunca casou)	2,5		9,4		9		6,2	
Ocupação								
Trabalhadora; Estudante	5,7		22,2		27,7		16,9	
Do lar	1,8	0.1614	7,8	0.1452	7,8	0.0047	6	0.5318
Aposentada; Outros	0,4		4,1		4,8		3,7	

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintoma sem Explicação Médica

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico da amostra masculina por SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=332

	Cólon Irritável	<i>p</i>	Dispesia	<i>p</i>	Fadiga	<i>p</i>	Tontura	<i>p</i>
Idade								
18 - 34	0,6		6,6		6		3,3	
35 - 49	1,2	0.3948	7,5	0.3796	7,8	0.7546	4,8	0.9862
50 - 64	1,2		3,3		3,6		2,4	
Educação								
0-4 anos	0,6		4,2		3,3		1,5	
5-8 anos	0,6	0.2056	5,4	0.2226	6,3	0.4386	4,5	0.3740
9-11 anos	0,6		5,4		5,7		3	
12+ anos	1,2		2,4		2,1		1,5	
Renda								
Baixa	0,3		3,6		3,9		2,4	
Média Baixa	0,3	0.3390	4,5	0.3495	4,8	0.3726	4,5	0.0421
Média Alta	1,5		5,4		4,2		1,8	
Alta	0,9		3,9		4,5		1,8	
Estado Civil								
Casado	2,1		13,8		12,3		7,8	
Casado anteriormente; Viúvo; Divorciado	0,3	0.9485	0,9	0.5155	1,5	0.6909	1,2	0.7868
Solteiro (nunca casou)	0,6		2,7		3,6		1,5	
Ocupação								
Trabalhador; Estudante	3		14,1		15		8,4	
Do lar	-	0.4935	-	0.1563	-	0.7841	-	0.2635
Aposentado; Outros	-		3,3		2,4		2,1	

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintoma sem Explicação Médica

(-) Valor inexistente

Tabela 3- Perfil sociodemográfico da amostra feminina por quantidade de SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=432

	Quantidade de sintomas				p
	Nenhum	1	2	03 e/ou 04	
Idade					
18 - 34	9	11,8	8,3	3,2	
35 - 49	18,7	11,5	9,9	6,4	0.0518
50 - 64	9	9	6	4,4	
Educação					
0-4 anos	5,7	6	4,6	1,8	
5-8 anos	11,3	6,9	7,4	3	0.3593
9-11 anos	13,4	9	6,7	4,8	
12+ anos	6,2	7,4	3,9	1,3	
Renda					
Baixa	8,5	6,7	5,3	3	0.3560
Média Baixa	6,9	8,5	6,7	3,9	
Média Alta	9,7	6,9	5	2	
Alta	11,5	7,1	5,5	2	
Estado Civil					
Casada	22,9	15,7	11,5	6,4	0.5560
Casada anteriormente; Viúva/Divorciada	7,4	6,7	5,3	1,8	
Solteira (nunca casou)	6,4	6,9	5,7	2,7	
Ocupação					
Trabalhadora; Estudante	17,1	19,6	15,2	7,1	0.0050
Do lar	11,1	5,5	5	2,5	
Aposentada; Outros	8,5	4,1	2,3	1,3	

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico da amostra masculina por quantidade de SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=332

	Quantidade de sintomas					p
	Nenhum	1	2	03 e/ou 04		
Idade						
18 - 34	18,3	9,3	0,9	1,8		
35 - 49	32,2	9	4,8	0,9		0.0091
50 - 64	15,9	3,3	3	0,3		
Educação						
0-4 anos	9,9	2,7	2,4	0,6		
5-8 anos	19,2	6	3,6	1,2		
9-11 anos	26,2	8,4	1,8	0,9		0.4071
12+ anos	11,1	4,5	0,9	0,3		
Renda						
Baixa	8,7	3,6	1,5	1,2		
Média Baixa	17,4	7,8	2,1	0,6		
Média Alta	18,9	4,2	3	0,9		0.2325
Alta	21,3	6	2,1	0,3		
Estado Civil						
Casado	49,7	15,6	6,9	2,1		
Casado anteriormente; Viúvo/Divorciado	6,3	1,2	0,9	0,3		0.7563
Solteiro (nunca casou)	10,5	4,8	0,9	0,6		
Ocupação						
Trabalhador; Estudante	59,9	18,6	6,3	3		
Do lar	0,3	-	-	-		0.1165
Aposentado; Outros	6,3	3	2,4	-		

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

(-) Valor inexistente

Tabela 5 - Frequência de TMC* na amostra feminina por ausência/presença de SEM**: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=432

	Sem SEM**	Com SEM**	Total	p
Transtornos depressivos				
Depressão Maior	8,5	35,1	43,7	0.0001
Depressão Menor	1,6	2,7	4,4	0.9973
Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)	-	4,6	4,6	0.0005
Transtornos de Ansiedade				
Agorafobia	1,3	8,8	10,1	0.0008
Fobia Específica	6,7	20,1	26,8	0.0021
Fobia Social	5	12,5	17,5	0.1176
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	1,6	13,6	15,2	0.0001
Transtorno do Pânico	1,8	6,7	8,5	0.0452

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Transtorno Mental Comum

** Sintomas sem Explicação Médica

(-) Valor inexistente

Tabela 6 - Frequência de TMC* na amostra masculina por ausência/presença de SEM**: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=332

	Sem SEM**	Com SEM**	Total	<i>p</i>
Transtornos do Humor	11,7	15,9	27,7	0.0001
Depressão Maior	9,6	13,8	23,4	0.0001
Depressão Menor	1,8	1,8	3,6	0.2153
Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)	0,3	1,2	1,5	0.0261
Transtornos de Ansiedade	15,6	15,3	31	0.0001
Agorafobia	2,7	3,9	6,6	0.0083
Fobia Específica	5,4	6,3	11,7	0.0040
Fobia Social	10,2	6,9	17,1	0.2239
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	3,3	3,9	7,2	0.0254
Transtorno do Pânico	0,9	3,3	4,2	0.0003

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Transtorno Mental Comum

** Sintomas sem Explicação Médica

Tabela 7 - Padrão de uso de serviços no ano anterior à entrevista pela amostra feminina por ausência/presença de SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=432

	Sem SEM*	Com SEM*	Total	<i>p</i>
Tipo/Local de Serviço de Saúde que costuma procurar				
Farmácia	1,6	2,3	3,9	0.6877
Posto ou Centro de saúde	9,2	20,8	30	0.1003
Consultório Particular	1,3	2,7	4,1	0.7706
Ambulatório de Sindicato	-	0,6	0,6	0.1869
Ambulatório ou Consultório de Clínica	1,1	1,3	2,5	0.5356
Ambulatório de Hospital	3,7	6,4	10,1	0.9756
Pronto Socorro ou Emergência	6,4	11,3	17,8	0.9663
Agente Comunitário de Saúde	-	0,4	0,4	0.2817
Outro tipo de Atendimento (curandeiro, benzedeira, centro espírita, etc)	-	-	-	-
Possui Plano de Saúde				
Sim	14,8	25,2	40	0.8822
Não	21,7	38,1	59,9	
Uso de Serviço de Saúde				
Tratamento para qualquer problema de saúde (últimos 12 meses)	33,3	56,4	89,8	0.4895
Profissional procurado				
Clínico Geral ou Médico de Família	23,1	40	63,1	0.9748
Psiquiatra	1,8	7,6	9,4	0.0171
Especialista	27,5	45,3	72,9	0.3940
Outro Profissional de Saúde	5,7	12,5	18,2	0.3143

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

(-) Valor inexistente

Tabela 8 - Padrão de uso de serviços no ano anterior à entrevista pela amostra masculina por ausência/presença de SEM*: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=332

	Sem SEM*	Com SEM*	Total	p
Tipo/Local de Serviço de Saúde que costuma procurar				
Farmácia	3,9	3	6,9	0.2745
Posto ou Centro de saúde	16,2	9,6	25,9	0.3508
Consultório Particular	4,5	1,5	6	0.4254
Ambulatório de Sindicato	0,9	0,6	1,5	0.7424
Ambulatório ou Consultório de Clínica	3,3	0,9	4,2	0.3418
Ambulatório de Hospital	7,5	2,1	9,6	0.1547
Pronto Socorro ou Emergência	14,4	6,9	21,3	0.8815
Agente Comunitário de Saúde	0,3	-	0,3	0.4808
Outro tipo de Atendimento (curandeiro, benzedeira, centro espírita, etc)	0,3	-	0,3	0.4808
Possui Plano de Saúde				
Sim	31	12,9	43,9	0.2068
Não	35,8	20,1	56	
Uso de Serviço de Saúde				
Tratamento para qualquer problema de saúde (últimos 12 meses)	52,1	27,1	79,2	0.4109
Profissional procurado				
Clínico Geral ou Médico de Família	41,5	22,8	64,4	0.2144
Psiquiatra	2,1	3,6	5,7	0.0042
Especialista	27,1	15,3	42,4	0.3123
Outro Profissional de Saúde	9,9	6	15,9	0.4373

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

(-) Valor inexistente

Tabela 9 - Associação do número de SEM* por uso de serviços. Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas da amostra: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=764

	Quantidade de sintomas					
	1		2		3 e/ou 4	
	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)
Serviço de Saúde						
Uso para tratamento de saúde	0.7561	1,2 (0,4-3,1)	0.0001	4,3 (2,1-8,7)	0.0001	7,8 (4,0-15,2)
Qualquer tratamento não relacionado à saúde	0.5690	1,8 (0,2-15,0)	0.0320	5,4 (1,1-25,4)	0.1680	3,0 (0,6-14,0)
Sexo						
Feminino	0.0001	3,6 (2,0-6,2)	0.9198	1,0 (0,6-1,7)	0.0001	4,1 (2,6-6,5)
Masculino	-	1,0	-	1,0	-	1,0
Idade						
18 - 34	0.0435	2,3 (1,0-5,2)	0.7725	0,9 (0,4-1,8)	0.2447	1,4 (0,8-2,7)
35 - 49	0.3645	1,4 (0,7-2,9)	0.9990	1,0 (0,6-1,7)	0.7933	0,9 (0,5-1,6)
50 - 64	-	1,0	-	1,0	-	1,0
Educação						
0-4 anos	-	1,0	-	1,0	-	1,0
5-8 anos	0.4130	0,7 (0,3-1,6)	0.6171	1,2 (0,6-2,4)	0.7581	0,9 (0,5-1,6)
9-11 anos	0.5401	0,8 (0,3-1,7)	0.2847	1,4 (0,7-2,9)	0.1315	0,6 (0,3-1,1)
12+ anos	0.8422	1,1 (0,4-2,8)	0.8573	0,9 (0,4-2,2)	0.1764	0,6 (0,3-1,3)
Renda						
Baixa	0.6611	1,2 (0,5-2,6)	0.6485	0,8 (0,4-1,7)	0.0637	1,8 (1,0-3,5)
Média Baixa	0.3844	1,3 (0,7-2,8)	0.6304	0,8 (0,5-1,6)	0.0035	2,4 (1,3-4,3)
Média Alta	0.2113	0,6 (0,3-1,3)	0.9510	1,0 (0,5-1,7)	0.1116	1,6 (0,9-2,8)
Alta	-	1,0	-	1,0	-	1,0
Estado Civil						
Casado(a)	0.3771	1,5 (0,6-3,5)	0.0521	0,5 (0,2-1,0)	0.1076	0,6 (0,3-1,1)
Casado(a) anteriormente; Viúvo(a); Divorciado(a)	-	1,0	-	1,0	-	1,0
Solteiro(a) (nunca casou)	0.5906	1,3 (0,5-3,7)	0.6268	0,8 (0,3-1,8)	0.6518	1,2 (0,5-2,5)
Ocupação						
Trabalhador(a); Estudante	0.9287	1,0 (0,4-2,0)	0.4465	0,8 (0,4-1,5)	0.1418	1,6 (0,8-2,9)
Do lar	0.2515	0,6 (0,2-1,5)	0.9130	0,9 (0,4-2,2)	0.5895	0,8 (0,4-1,8)
Aposentado(a); Outros	-	1,0	-	1,0	-	1,0

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

Tabela 10 - Associação de uso de serviços no ano anterior à entrevista por quantidade de SEM*. Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas da amostra feminina: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=432

	Quantidade de sintomas					
	1		2		3 e/ou 4	
	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)
Serviço de Saúde						
Uso para tratamento de saúde	0.1431	2,8 (0,7-10,6)	0.0003	9,6 (2,8-32,8)	0.0001	13,0 (4,2-40,2)
Qualquer tratamento não relacionado à saúde	0.7314	1,6 (0,1-21,5)	0.2054	4,3 (0,4-39,8)	0.4172	2,5 (0,3-22,3)
Idade						
18 - 34	0.1024	2,4 (0,8-7,2)	0.8626	1,1 (0,4-3,0)	0.2140	1,7 (0,7-4,1)
35 - 49	0.7447	1,2 (0,4-3,0)	0.5677	0,8 (0,3-1,8)	0.7000	0,9 (0,4-1,8)
50 - 64	-	1	-	1	-	1
Educação						
0-4 anos	-	1	-	1	-	1
5-8 anos	0.5757	0,7 (0,2-2,1)	0.7078	1,2 (0,4-3,5)	0.4369	0,7 (0,3-1,7)
9-11 anos	0.5499	0,7 (0,2-2,1)	0.8034	1,1 (0,4-3,4)	0.1064	0,4 (0,2-1,2)
12+ anos	0.8344	0,9 (0,2-3,0)	0.6642	0,7 (0,2-2,8)	0.1565	0,5 (0,1-1,3)
Renda						
Baixa	0.3813	1,6 (0,6-4,3)	0.4159	1,5 (0,5-4,1)	0.0286	2,6 (1,1-6,1)
Média Baixa	0.3815	1,5 (0,6-4,2)	0.7817	1,1 (0,4-3,3)	0.0016	3,9 (1,7-9,0)
Média Alta	0.9902	1,0 (0,4-2,6)	0.0676	2,3 (0,9-5,9)	0.0338	2,3 (1,1-5,2)
Alta	-	1	-	1	-	1
Estado Civil						
Casada	0.9644	1,0 (0,4-2,6)	0.1363	0,5 (0,2-1,2)	0.0903	0,5 (0,2-1,1)
Casada anteriormente; Viúva; Divorciada	-	1	-	1	-	1
Solteira (nunca casou)	0.8671	0,9 (0,2-3,1)	0.5783	0,7 (0,2-2,3)	0.7985	1,1 (0,4-3,0)
Ocupação						
Trabalhadora; Estudante	0.3710	1,6 (0,6-4,5)	0.0468	0,4 (0,2-1,0)	0.1842	1,7 (0,8-4,0)
Do lar	0.6708	0,8 (0,2-2,5)	0.1968	0,5 (0,2-1,4)	0.6884	0,8 (0,3-2,1)
Aposentada; Outros	-	1	-	1	-	1

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

Tabela 11 - Associação de uso de serviços no ano anterior à entrevista por quantidade de SEM. Regressão logística multivariável controlada por variáveis sociodemográficas da amostra masculina: São Paulo Megacity - Fase Hospitalar N=332

	Quantidade de sintomas					
	1		2		3 e/ou 4	
	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)	p	RC (95% IC)
Serviço de Saúde						
Uso para tratamento de saúde	0.9857	X	0.0184	3,0 (1,2-7,8)	0.0001	6,5 (2,6-15,8)
Qualquer tratamento não relacionado à saúde	0.9932	X	0.1264	5,5 (0,6-49,3)	0.3270	3,7 (0,3-31,8)
Idade						
18 - 34	0.0710	3,8 (0,9-17,0)	0.4143	0,7 (0,2-1,7)	0.6263	1,3 (0,5-3,4)
35 - 49	0.1766	2,4 (0,7-9,0)	0.9641	1,0 (0,5-2,2)	0.9778	1,0 (0,4-2,2)
50 - 64	-	1	-	1	-	1
Educação						
0-4 anos	-	1	-	1	-	1
5-8 anos	0.4874	0,6 (0,2-2,3)	0.9708	1,0 (0,4-2,5)	0.4700	1,4 (0,6-3,5)
9-11 anos	0.6920	0,8 (0,2-2,8)	0.3923	1,5 (0,6-3,8)	0.7798	0,9 (0,3-2,3)
12+ anos	0.7041	1,4 (0,3-7,0)	0.8670	0,9 (0,3-2,8)	0.6417	0,7 (0,2-2,5)
Renda						
Baixa	0.6918	0,5 (0,2-3,0)	0.1923	0,5 (0,2-1,4)	0.4869	1,4 (0,5-4,1)
Média Baixa	0.6574	1,3 (0,4-3,9)	0.4661	0,7 (0,3-1,6)	0.5134	1,3 (0,5-3,3)
Média Alta	0.1316	0,3 (0,1-1,4)	0.1712	0,6 (0,3-1,3)	0.7698	1,1 (0,5-2,7)
Alta	-	1	-	1	-	1
Estado Civil						
Casado	0.9876	X	0.3925	0,6 (0,2-1,7)	0.5549	0,7 (0,2-2,0)
Casado anteriormente; Viúvo; Divorciado	-	1	-	1	-	1
Solteiro (nunca casou)	0.9878	X	0.9082	1,1 (0,3-3,6)	0.8411	1,1 (0,3-4,1)
Ocupação						
Trabalhador; Estudante	0.0462	0,3 (0,1-1,0)	0.2782	1,8 (0,6-5,3)	0.8699	1,1 (0,4-2,8)
Do lar; Aposentado; Outros	-	1	-	1	-	1

Fonte: Estudo São Paulo Megacity, realizado na Grande São Paulo - 2005 a 2007

*Sintomas sem Explicação Médica

(X) Valor omitido para evitar individualização