

Universidade Católica de Pelotas

MICHELLE DE SOUZA DIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS E QUALIDADE DE VIDA:
Estudo em usuários de Atenção Primária da cidade de Pelotas-RS**

Pelotas

2012

MICHELLE DE SOUZA DIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS E QUALIDADE DE VIDA:
Estudo em usuários de Atenção Primária da cidade de Pelotas-RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde e Comportamento.

Orientador: Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Co-orientador: Dr^a. Karen Jansen

Pelotas

2012

**TRANSTORNOS MENTAIS E QUALIDADE DE VIDA:
Estudo em usuários de Atenção Primária da cidade de Pelotas-RS**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador: Prof^a. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1^o Examinador: Dr^a Elaine Tomasi

2^o Examinador: Dr^a. Luciana de Avila Quevedo

3^o Examinador: Dr^a. Maria Clara Salengue

Pelotas, 29 de março de 2012

Índice

INTRODUÇÃO GERAL	05
PARTE I – PROJETO	07
<hr/>	
1 IDENTIFICAÇÃO	08
1.1 Título	08
1.2 Doutoranda	08
1.3 Orientador	08
1.4 Programa de Pós Graduação	08
1.5 Instituição	08
1.6 Linha de Pesquisa	08
1.7 Data	08
2 DELIMITAÇÃO DO TEMA	09
2.1 Introdução/Justificativa	09
2.2 Objetivos e Hipótese	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
4 MÉTODO	15
4.1 Delineamento do Problema	15
4.2 Amostra: Tamanho e Seleção	15
4.3 Instrumentos	16
4.4 Seleção e Treinamento de Pessoal	20
4.5 Estudo Piloto	20
4.6 Coleta de Dados	20
4.7 Processamento e Análise de Dados	21
4.8 Aspectos Éticos	21
4.9 Cronograma	23
4.10 Orçamento	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	29
ANEXO 1 Consentimento Informado	30
ANEXO 1A Consentimento Informado Responsáveis	31

ANEXO 2	Questionário	32
ANEXO 3	Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP	39
ANEXO 4	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	40
ANEXO 5	World Health Organization Quality of Life Instrument, Scale Bref version - WHOQOL-bref	68
ANEXO 6	Encaminhamento Psicológico	73
ANEXO 7	Encaminhamento Psiquiátrico	74
ANEXO 8	Encaminhamento CAPS AD	75
PARTE II – ARTIGOS		76
ARTIGO 1 - MENTAL DISORDERS IN PATIENTS OF BASIC HEALTH UNITS IN PELOTAS, RIO GRANDE DO SUL		77
<hr/>		
ABSTRACT		79
INTRODUCTION		80
METHODS		81
RESULTS		83
DISCUSSION		85
REFERENCES		89
ARTIGO 2 – IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA		100
<hr/>		
RESUMO		101
ABSTRACT		102
INTRODUÇÃO		103
MÉTODO		104
RESULTADOS		107
DISCUSSÃO		109
REFERÊNCIAS		112
CONSIDERAÇÕES FINAIS		120

INTRODUÇÃO GERAL

Atualmente, milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo, e estes números vêm aumentando significativamente. As estimativas demonstram também que pelo menos a metade dos pacientes que procuram os serviços primários, como Unidades Básicas de Saúde são portadores de distúrbios mentais não psicóticos. Dentre os mais prevalentes estão os transtornos de humor e ansiedade, os quais reduzem extensamente a qualidade de vida de seus portadores, uma vez que afeta várias áreas da vida do indivíduo.

O presente trabalho de doutoramento está dividido em duas partes: a primeira referente ao projeto, intitulada “Avaliação de Transtornos Mentais e Qualidade de Vida em pacientes que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da UCPel” e a segunda parte refere-se aos artigos resultantes do projeto. Por último ainda constam as considerações finais.

A primeira parte - *Projeto* - está dividida em Identificação, Delimitação do Problema, Revisão de Literatura, Método, Referências e, em anexo, os instrumentos utilizados no estudo. Dentre os anexos podem ser observados os consentimentos para os participantes e seus responsáveis (em caso de menores de idade), o questionário, a Escala de Classificação Econômica do Brasil (ABEP), o instrumento para avaliar os transtornos mentais (Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI), o instrumento para avaliar a qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life Instrument, Scale Bref version* - WHOQOL-bref) e os encaminhamentos para atendimento psicológico, psiquiátrico e dependência de substâncias.

A segunda parte – *Artigos* - está dividida nos dois artigos resultantes do projeto. O primeiro intitula-se “*Mental Disorders in Patients of Basic Health Units in Pelotas, Rio Grande do Sul*”, e teve por objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária através de estudo transversal em três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas. O mesmo foi aprovado quanto ao seu mérito científico pela Revista Brasileira de Psiquiatria. O segundo intitula-se “Impacto dos Transtornos de Ansiedade na Percepção da Qualidade de Vida na Atenção Primária” e teve por objetivo apresentar a o impacto dos Transtornos de Ansiedade nos Domínios de Qualidade de Vida em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária através de estudo transversal em três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas.

Para finalizar as Considerações Finais apresentam uma síntese do trabalho, além de retomar aos objetivos iniciais através de uma abordagem da relação entre as hipóteses elencadas no projeto e os resultados do estudo.

PARTE I

PROJETO

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Avaliação de Transtornos Mentais e Qualidade de Vida em pacientes que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da UCPel.

1.2 Doutoranda

Michelle de Souza Dias

1.3 Orientador

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1.4 Programa de Pós Graduação

Saúde e Comportamento (PPGSC)

1.5 Instituição

Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.6. Linha de Pesquisa

Psicologia e Saúde

1.7. Data

Mai de 2009

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução /Justificativa

Atualmente observa-se altas prevalências de transtornos mentais na população, estudos recentes apontam estimativas de 12,2% a 48,6% ao longo da vida^{1,2}. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula-se que entre 18-55% da população mundial sofrerá com pelo menos um transtorno mental ao longo da vida².

A maioria dos indivíduos com transtornos mentais buscam por serviços de atenção primária. A OMS realizou um estudo multicêntrico em 14 países e encontrou prevalência de 24% para um ou mais transtornos mentais atendidos na atenção primária³. Dessa forma, detectar e tratar apropriadamente estas patologias são habilidades necessárias e desejadas entre os integrantes das equipes de saúde.

Em relação à detecção e diagnóstico, os estudos indicam que os profissionais da atenção primária à saúde têm falhado em detectar corretamente transtornos mentais em 50% dos indivíduos⁴. Sendo assim, grande parte destes pacientes não tem seu diagnóstico reconhecido e por isto não são tratados. Especificamente em relação à depressão, estima-se que em torno de 55% dos pacientes com depressão atendidos em nível primário não são diagnosticados, sendo este percentual de 77% quando se trata de transtorno de ansiedade generalizada^{5,6}. Dentre os principais motivos para o não reconhecimento dos transtornos mentais está a maior probabilidade destes pacientes relatarem apenas sintomas somáticos quando em

consulta, e a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer estes sintomas como indicativos de transtorno mental⁷.

Os transtornos de humor e ansiedade estão entre as doenças mais prevalentes e os estudos vêm apontando que estes reduzem extensamente a qualidade de vida dos pacientes^{8,9}, afetando diferentemente as diversas áreas da vida dos portadores, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida dos indivíduos e de seus familiares¹⁰.

Qualidade de vida é um conceito relativamente novo, o qual ganhou maior importância na área dos transtornos mentais na última década¹⁰. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹¹. É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e relações desses domínios com características ambientais^{11,12}.

Tendo os transtornos mentais uma prevalência significativa na sociedade e considerando que causam sofrimentos pessoais e encargos sociais¹³ com comprometimento na qualidade de vida das pessoas é de fundamental importância identificá-los, visto que tendem a ser crônicos, se não tratados, e podem ser incapacitantes tanto quanto as doenças somáticas.

Dessa forma, esse estudo se faz necessário, uma vez que pesquisas em atenção primária podem auxiliar os profissionais de saúde em relação ao diagnóstico

e até mesmo no tratamento de pacientes com transtornos mentais. Além disso, um amplo conhecimento da qualidade de vida dos pacientes pode ajudar na compreensão do impacto das doenças e da assistência à saúde sobre seu bem-estar geral¹⁴

Através da identificação de alguns pontos cruciais, suscetíveis de intervenção pró-ativa, o estudo poderá servir de base para alterações que potencializem a atenção em Saúde Mental em Pelotas/RS. Além disso, o olhar mais acurado sobre o processo de diagnóstico e tratamento no interior das UBSs permitirá reunir subsídios para programas de educação em serviço, além de elencar um conjunto mínimo de habilidades e saberes esperados na formação acadêmica dos profissionais envolvidos no cuidado psicossocial nestas unidades.

2.2 Objetivos e Hipóteses

Artigo 1

Objetivo: Estimar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária através de estudo transversal em três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas

Hipótese: A prevalência de transtornos mentais em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária através de estudo transversal em três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas é elevada e próxima ao encontrado na literatura.

Artigo 2

Objetivo: Apresentar o impacto dos transtornos de ansiedade na percepção da qualidade de vida em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária através de estudo transversal em três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas.

Hipótese: Para todos os transtornos de ansiedade avaliados, os quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) apresentam menores médias quando comparados aos indivíduos sem transtornos de ansiedade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente, milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo, e estes números vêm aumentando progressivamente, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil¹⁵.

Um transtorno mental freqüentemente evolui para transtornos complexos com maior dificuldade de tratamento, o que indica a necessidade de diagnóstico precoce para tratamento especializado. Quando não tratados, tendem a apresentar comprometimentos para o indivíduo em áreas importantes para o seu bem-estar e para o desempenho de funções relativas à cognição, emoção e comportamento¹⁶. Os transtornos leves, se não atendidos ou tratados, podem evoluir para um agravamento maior como comorbidades psiquiátricas adicionais e funcionamento ocupacional e social negativo¹⁷.

Estudos específicos em atenção primária revelam prevalências em torno de 50%^{18,19,20} de transtorno mental, e aproximadamente 50% dos pacientes que procuram os serviços primários, como as unidades básicas de saúde (UBSs) são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos²¹. Em Pelotas, a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%, sendo que 90% das manifestações psiquiátricas eram compostas por distúrbios não-psicóticos, especialmente depressão e ansiedade²².

Um dos problemas encontrados na atenção primária é a presença de comorbidades, as quais são responsáveis, muitas vezes, pelo agravamento do quadro clínico, infelizmente, poucas psicopatologias são identificadas e tratadas de forma adequada pelas equipes de saúde¹⁵. Estima-se que em torno de 55% dos pacientes com depressão maior atendidos em nível primário não são

diagnosticados, sendo este percentual de 77% quando se trata de transtorno de ansiedade generalizada¹⁹.

Tem aumentado o interesse quanto às características epidemiológicas dos transtornos mentais, estudos têm demonstrado uma maior preocupação em avaliar a qualidade de vida, principalmente nas últimas duas décadas²³. Neste sentido, a Qualidade de Vida (QV) aborda as limitações na vida diária devido a problemas de saúde, dando uma estimativa subjetiva do estado funcional do indivíduo, que por sua vez está relacionada à saúde mental. Segundo a OMS a QV é um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio²⁴.

Pesquisas em saúde mental centram-se em questões como a disfunção, incapacidade e deficiência, que a baixa QV pode ocasionar uma vez que as comorbidades entre transtornos de ansiedade e de humor são comuns e quando sobrepostos apresentam maior prejuízo à qualidade de vida^{25,26,27}.

Em condições crônicas, a qualidade de vida torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes²⁸.

Outro fator importante, é que a percepção de dor pode ser ampliada no contexto da depressão e ansiedade^{29,30}. Além disso, estes transtornos têm alta frequência ambulatorial, embora possam estar sendo subdiagnosticados³¹. Isto demonstra que as perturbações psiquiátricas devem ser melhor avaliadas nos cuidados dos serviços de saúde, inclusive porque a melhora na detecção de transtornos mentais em atenção primária podem levar à diminuição da procura por atendimento médico e da utilização de recursos em saúde^{32,33,34}.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo do tipo transversal, com pacientes das três UBSs vinculadas a UCPel, que procurarem atendimento nos referidos locais no período de 29 de junho de 2009 à 23 de fevereiro de 2010.

O presente trabalho faz parte de um estudo de Intervenção realizado nas três Unidades Básicas de Saúde (Fátima, Pestano e Santa Terezinha) gerenciadas pela Universidade Católica de Pelotas na cidade de Pelotas, RS.

4.2 Amostra: tamanho e seleção

O cálculo de tamanho amostral foi realizado através do programa Epi-Info 6.04d (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*)³⁵, com o objetivo de verificar a prevalência de transtornos mentais. Para tal, foi estimada uma prevalência de 43%, menor prevalência esperada de 40% e uma população alvo de 18.000 indivíduos com idade superior a 14 anos atendida nas UBS's. Tendo como base um nível de confiança de 95% e poder de 80%, estima-se um total de 989 pacientes. Incluindo-se 30% do valor amostral para compensar as perdas e recusas chegou-se a um N esperado de 1286 indivíduos.

A amostra será captada através de visitas diárias às UBSs para identificação dos indivíduos atendidos e posteriores visitas domiciliares pelos entrevistadores. Após aceitarem participar do estudo os entrevistados assinarão um termo de

consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1) e neste momento serão incluídos, enquanto os que não residirem na área de abrangência da UBS ou manifestaram incapacidade de compreender ou responder ao questionário serão excluídos do estudo.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Questionário

Conforme o questionário (ANEXO 2), podemos observar que as principais informações que serão obtidas são: sexo, idade, escolaridade, trabalho atual, ocupação, classificação socioeconômica, qualidade de vida, doenças clínicas, uso de substâncias, problemas psicológicos, consulta, tratamento, internação e uso de medicação por problemas psicológicos. Para as informações sobre a situação socioeconômica será utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa³⁶ (ANEXO 3), que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D, ou E) a partir dos escores alcançados, na qual a letra “A” refere-se à classificação socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

4.3.2 Mini International Neuropsychiatric Interview

Nas visitas domiciliares, foi realizada uma entrevista diagnóstica padronizada breve - *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)*^{37,38} (ANEXO 4) em sua versão *plus* que permite avaliar com mais precisão do que a versão anterior. Esta entrevista de curta duração – 30 a 40 minutos – é destinada a utilização na prática clínica e de pesquisa, e visa classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10³⁷. Será possível averiguar a presença de episódio depressivo, distímia, risco de suicídio, episódio hipo/maníaco, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, dependência/abuso de álcool, dependência/abuso de substâncias, síndrome psicótica, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de ansiedade generalizada, e transtorno da personalidade anti-social. A entrevista será realizada por estudantes da área da saúde, previamente treinados por psicólogos, na utilização deste instrumento.

O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes com o objetivo de reduzir o tempo de entrevista. A aplicação é facilitada devido ao fato de ser estruturada em questões dicotômica. Em todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos e risco de suicídio), há uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitindo excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas. Ainda como uma característica que o torna prático os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

4.3.3 WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life Instrument, Scale Bref version*)

Devido à necessidade de instrumentos de rápida aplicação, principalmente com utilização de outros instrumentos em conjunto, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100 o WHOQOL-bref³⁹ (ANEXO 5). Este instrumento consta de 26 questões pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem na sua vida. Por tratar-se de um constructo multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Quadro 1). Cada questão pode ser pontuada de 1 a 5, e os resultados de cada domínio são transformados em uma escala graduada entre 0 e 100. O escore de cada domínio é obtido em uma escala positiva, ou seja, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio.

O Whoqol-bref é um instrumento que foi validado para a população brasileira, em estudo com 300 indivíduos de Porto Alegre RS³⁹. Os resultados das análises demonstraram características satisfatórias de consistência interna (coeficiente de Cronbach entre 0.69 e 0.91), validade discriminante (domínios físico e psicológico com p-valor 0,0001 e 0,01 respectivamente), validade de critério (todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 44 % da variância, utilizando regressão linear múltipla), validade concorrente (o inventário de BDI e BHS apresentaram coeficientes de correlação significativos com todos os domínios do Whoqol-bref) e fidedignidade teste-reteste (os coeficientes apresentaram valores elevados – acima de 0,7 e altamente significativos). Dessa forma, o WHOQOL-bref traz as vantagens

de um bom desempenho psicométrico aliada à praticidade de uso, o que sugere ser o instrumento, uma alternativa útil para avaliar qualidade de vida no Brasil.

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Questões	Domínios
<i>Domínio 1 - Domínio físico</i>	
1	Dor e desconforto
2	Energia e fadiga
3	Sono e repouso
9	Mobilidade
10	Atividades da vida cotidiana
11	Dependência de medicação ou de tratamentos
12	Capacidade de trabalho
<i>Domínio 2 - Domínio psicológico</i>	
4	Sentimentos positivos
5	Pensar, aprender, memória e concentração
6	Auto-estima
7	Imagem corporal e aparência
8	Sentimentos negativos
24	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<i>Domínio 3 - Relações sociais</i>	
13	Relações pessoais
14	Suporte (Apoio) social
15	Atividade sexual
<i>Domínio 4 - Meio ambiente</i>	
16	Segurança física e proteção
17	Ambiente no lar
18	Recursos financeiros
19	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22	Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23	Transporte

Fonte: adaptado de Fleck 2000.

4.4 Seleção e Treinamento de Pessoal

Serão convidados a participar do estudo, estudantes dos cursos da área da saúde da UCPel (Psicologia, Medicina, Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia),

mediante e-mail. Foi agendada uma reunião com os interessados, na qual os pré-requisitos eram conhecimento prévio do MINI e carga horária de aproximadamente 20hs de disponibilidade. Os alunos selecionados passarão por um treinamento com os pesquisadores, para abordagem aos sujeitos de pesquisa bem como aplicação dos instrumentos de pesquisa.

4.5 Estudo-Piloto

Será realizado no mês de junho de 2009. Nesta etapa, 10% da amostra (96 indivíduos, 24 em cada uma das unidades) serão avaliados com objetivo de verificar adequação dos questionários e modelo. Os dados obtidos no estudo-piloto não serão incluídos na amostra final.

4.6 Coleta de Dados

A equipe de pesquisa irá até as UBSs identificar os pacientes atendidos, que preenchiam os critérios de inclusão e posteriormente, entrevistadores treinados irão até a residência dos mesmos para entrevistá-los e preencher o questionário com os dados.

Será realizado contato telefônico com 15% da amostra, em paralelo a coleta de dados. Neste contato, será feitas algumas perguntas específicas do questionário (sorteadas previamente pela equipe de pesquisadores) com o intuito de verificar se o entrevistador realizou todas as etapas da entrevista.

4.7 Processamento e Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos serão realizadas duas digitações no programa EpilInfo 6.0³⁵, com objetivo de compará-las e garantir maior qualidade dos dados. Caso sejam encontradas inconsistências na digitação serão feitas análises rígidas e posteriormente a correção das mesmas.

Posteriormente será realizada a análise dos dados no programa SPSS 13.0⁴⁰. Na análise univariada, o objetivo será obter as frequências de todas as variáveis de interesse e examinar suas distribuições por categorias. Para a análise bivariada será realizado o teste do qui-quadrado para descrever a amostra segundo a prevalência e a frequência. As médias aritméticas e desvios-padrão (d.p.) serão calculados para todos os dados contínuos da amostra.

Uma segunda análise de significância será feita controlando para presença de fatores confundidores. O intervalo considerado será de 95% de confiança (IC95%). Serão consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluam a unidade.

4.8 Aspectos Éticos

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo de acordo com as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde.

O protocolo do estudo, número 2009/19, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1) antes de responderem ao questionário. Aos participantes que eram menores de idade, foi solicitado a um responsável (maior de idade) que assinasse também um termo de consentimento (ANEXO 1A). Ademais, os pacientes com transtornos mentais, em que as UBS não possuíam condições de oferecer tratamento adequado foram encaminhados (ANEXO 6) para o Campus da Saúde da UCPel para tratamento especializado.

4.9 Cronograma

Atividades/ Períodos	2009									2010						2011	2012		
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6-12	1-12	1	2	3	
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Formação do Questionário	X	X																	
Seleção e Treinamento dos Entrevistadores	X	X					X	X											
Estudo Piloto		X																	
Aplicação dos Instrumentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Controle de Qualidade			X	X	X	X	X												
Codificação e Digitação					X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Produção Científica														X	X	X			
Defesa																		X	

Obs.: os números representam os meses do calendário.

4.10 Orçamento

Despesas	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Valor Total (R\$)
Equipamentos			
Computador Desktop	1	2.000,00	2.000,00
Computadores Portáteis	1	1.000,00	1.000,00
Impressora laser	1	600,00	600,00
Material de consumo			
Cópias de questionários de pesquisa	1286	1,0	1.286,00
Cópias de consentimentos informados	3000	0,10	330,00
Cópias de encaminhamentos	600	0,10	60,00
Vale transporte para as visitas	2572	2,00	5.144,00
Material de escritório	-	-	1.000,00
Serviços de terceiros			
Captação da amostra	1286	2,00	2.572,00
Entrevista de avaliação domiciliar	1286	15,00	38.580,00
Bibliografia			
	-	-	1.000,00
Valor Total	-	-	53.572,00

REFERÊNCIAS

1. WHO. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ. 2000;78:413-25.
2. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olsson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders 1990–2003. *N Engl J Med*. 2005;352:2515-23.
3. Ustun TB. The primary care setting - prevalence, advantages, challenges. In: Jenkins R, Ustun TB, et al. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd; 1998. p. 71-80.
4. Goldberg D, Mann A, Tylee A. Primary care. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Avon, UK: Oxford University Press; 2001. p. 409-16.
5. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord*. 1999;55:1-10.
6. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:5-10.
7. World Health Organization. The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.

9. Mendlowicziz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):669-82.
10. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(3):196-202.
11. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.
12. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
13. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*, 63 Suppl 14:4-8, 2002
14. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry*. 1982;139(10):1271-6.
15. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 1639-48.
16. Beck AR. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatr*. 2005; 62(9):953-9.
17. Roura EF. Salud Mental Y Bioética: Relación Simbiótica. *Acta Bioethica*. 2009; 15(2):139-47.

18. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 set; 24(9):2043-53.
19. Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatric* 1997; 171: 524-29
20. Busnello ED, Lima B, Gomes R, Bertolete JM.. Identification and management of chronic mental disorders patients in a primary care unit in Porto Alegre, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1983; 32:359-63.
21. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5).
22. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5).
23. Basu, D. Quality-of-life issues in mental health care: Past, present, and future. *German Journal of Psychiatry*, v.7, p.35-43. 2004.
24. Who. World Health Organization:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en>.
25. Wittchen, H. U., R. M. Carter, *et al*. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*, v.15, n.6, Nov, p.319-28. 2000.
26. Bauer, M. S., L. Altshuler, *et al*. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *J Affect Disord*, v.85, n.3, Apr, p.301-15. 2005.

27. Norberg, M. M., G. J. Diefenbach, *et al.* Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *J Anxiety Disord*, v.22, n.8, Dec, p.1516-22. 2008.
28. Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(1):50-8
29. Castro MMC, Quantinini LC, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen KC *et al.* Comorbidades de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Psiq Clín.* 2011;38(4):126-9
129
30. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol.*2002;156:1028-34.
31. Terra MB, Garcez JP, Noll B. Fobia específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. *Rev Psiq Clin USP* (in press), 2007.
32. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Filha MOF, Toledo RPV, Dias MD, Silva AO. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 set-out; 62(5): 675-80.
33. Ludermir BA, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213-21.
34. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49:1461-71.
35. Dean AG DJ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A; 1994.
36. ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE); 2003

37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 1994.
38. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2002; 37:316-25.
39. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
40. SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 10.0.1; 1999.

ANEXOS

ANEXO 1
CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - UCPEL
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

QUEST _____

**PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS
PACIENTES DAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA UCPEL**

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo identificar aspectos psicológicos dos pacientes a partir de 14 anos que consultam em Unidades Básicas de Saúde, como: qualidade de vida, bem-estar, eventos estressores, entre outros. Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, solicitamos a coleta de sangue para realização de exames cujos resultados serão entregues a você.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde e CNPq). Entretanto a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao seu estado de saúde, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticados com depressão, risco de suicídio ou outro quadro clínico, serão encaminhados para o Campus da Saúde da UCPEL, para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 99112243 (Michelle Dias) 81228378 (Ricardo Silva) 99883760 (Ana Laura Cruzeiro).

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador Responsável: _____

ANEXO 1A

CONSENTIMENTO RESPONSÁVEIS

QUEST _____

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - UCPEL
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS

PESQUISA SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES DAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA UCPEL

A pesquisa que estamos convidando seu filho (a) ou pessoa pela qual é responsável, a participar, tem como objetivo identificar aspectos psicológicos dos pacientes a partir de 14 anos que consultam em Unidades Básicas de Saúde, como: qualidade de vida, bem-estar, eventos estressores, entre outros. Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, solicitamos a coleta de sangue para realização de exames, cujos resultados serão entregues a você.

Os dados fornecidos por ele (a) durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde e CNPq). Entretanto a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao estado de saúde dos participantes, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticados com depressão, risco de suicídio ou outro quadro clínico, serão encaminhados para o Campus da Saúde da UCPEL, para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Os participantes são livres para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 99112243 (Michelle Dias) 81228378 (Ricardo Silva) 99883760 (Ana Laura Cruzeiro).

Declaração do Ciente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, autorizo a participação de _____ na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Responsável: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.



ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO

QUEST _____

UBS de Origem: _____ Data de aplicação: __ / __ / __

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____

1. Sexo do entrevistado:

- (1) feminino
(2) masculino

sexo __

2. Qual é a tua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __

dnasc __ / __ / __

3. Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

estano __

(0) não

serie __

(1) sim → Em que série tu estás? __ série do __ grau

grau __

SE NÃO:

4. Tu já estudaste na escola alguma vez?

estvez __

(0) não

→ PULE PARA A PERGUNTA 5

nserie __

(1) sim

→ Até que série completaste (foste aprovado)? __ série do __ grau

ngrau __

(8) NSA

5. Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

trabdin __

(0) não

→ PULE PARA A PERGUNTA 6

(1) sim

a) Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste? __ __ anos

idtrab __

b) Nos últimos 12 meses, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

trab12 __

(0) não

(1) sim

(8) NSA

c) Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim (8) NSA

trabatu __

6. Na tua casa tem: (LER AS OPÇÕES)

a)	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

tv __

radio __

banh __

aut __

mens __

aspir __

maqlav __

vidvd __

gelad __

freez __

b) Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

eschef __

(0) analfabeto / primário incompleto

(1) primário completo / ginásial incompleto

(2) ginásial completo / colegial incompleto

(3) colegial completo / superior incompleto

(5) superior completo

Primário = 1ª a 5ª série

Ginásial = 6ª a 8ª série

7. Quais são as pessoas que moram na tua casa?

Pai: (0) não (1) sim
 Mãe: (0) não (1) sim
 Companheiro (a): (0) não (1) sim
 Irmãos (ãs): (0) não () sim, quantos? ____
 Filhos (as): (0) não () sim, quantos? ____
 Outras pessoas: (0) não () sim, quantos? ____

mpai ____
 mmae ____
 mcomp ____
 nirmaos ____
 nfilhos ____
 noutros ____

❖ Agora vamos falar sobre como tu tens te sentido no último mês.

8. Qual dessas faces mostra melhor como tu te sentes no último mês?



❖ Agora vamos falar sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

faces ____

		Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Wh1__

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

Wh2__

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) Impede você de fazer o que você precisa ?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diárias?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

Wh3__

Wh4__

Wh5__

Wh6__

Wh7__

Wh8__

Wh9__

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completa mente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

Wh10__

Wh11__

Wh12__

Wh13__

Wh14__

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

Wh15__

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as Condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

Wh16__

Wh17__

Wh18__

Wh19__

Wh20__

Wh21__

Wh22__

Wh23__

Wh24__

Wh25__

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	Frequen-temente	muito frequente mente	Sempre
26	Com que frequência você tem Sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Wh26__

❖ Agora vamos falar sobre seu nível de estresse.

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
c) Seu trabalho exige demais de você?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo mais que discordo	<input type="checkbox"/> Discordo mais que concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente

JSSa__

JSSb__

JSSc__

JSSd__

JSSe__

JSSf__

JSSg__

JSSh__

JSSI__

JSSj__

JSSk__

JSSI__

JSSm__

JSSn__

JSSo__

JSSp__

JSSq__

❖ Agora vamos falar sobre tua saúde.

9. Tu tens alguma doença importante?

(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 11

(1) sim

doença__

SE SIM:

10. Qual a doença? _____

Qual a doença? _____

Qual a doença? _____

quald1__

quald2__

quald3__

11. Tu tens ou tiveste alguma vez problema de nervos?

(0) não

(1) sim

probner__

12. Tu já consultaste com psiquiatra ou psicólogo?

- (0) não, nunca consultou
 (1) sim, mas não atualmente
 (2) sim, consulto atualmente
 (9) IGN

cons __

13. Tu já fizeste ou fazes tratamento psicoterapêutico com psiquiatra ou psicólogo?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 19
 (1) sim
 (8) NSA

trat __

SE SIM:

→ **Gostaríamos que tu PENSASSES no último tratamento que fizeste.**

14. Qual o local que tu fizeste esse tratamento?

(Considerar quando o entrevistado fez no mínimo 2 sessões no período de 1 mês)

- (01) clínica ou consultório
 (02) hospital
 (03) CAPS
 (04) ambulatório
 (05) UBS
 () outro. Qual? _____
 (88) NSA

loct1 __ __

loct2 __ __

loct3 __ __

15. De que forma tu tiveste acesso a esse tratamento?

- (01) SUS
 (02) convênio
 (03) particular
 (04) outro. Qual? _____
 (88) NSA

accessot __ __

16. Qual o teu grau de satisfação com o último tratamento que fizeste?

- (1) insatisfeito
 (2) pouco satisfeito
 (3) satisfeito
 (4) muito satisfeito
 (8) NSA

satisftr __

17. Tu começaste o tratamento, mas interrompeste antes de terminar?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 19
 (1) sim
 (8) NSA

interr __

SE SIM:

18. Que motivo tu identificas para teres abandonado o tratamento?

- (01) tempo longo demais entre as consultas
 (02) não estava funcionando de maneira satisfatória
 (03) o terapeuta era ruim
 (04) o serviço era ruim
 (05) mudança de terapeuta
 (06) achei que o problema já estava resolvido
 () outro. Qual? _____
 (88) NSA
 (99) IGN

aband1 __ __

aband2 __ __

aband3 __ __

19. Tu baixaste hospital alguma vez por problemas de nervos?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 21
 (1) sim

hospner __

SE SIM:
20. Quantas vezes? ___ ___ vezes (88) NSA

qhosp ___ ___

21. Nos últimos 30 dias, tu tomaste algum remédio para os nervos?

(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 23

(1) sim

medic ___

SE SIM:

22. Qual?

(01) haldol

(08) tofranil

(02) amplitil

(09) fluoxetina

(03) anafranil

(10) imipramina

(04) aropax

(11) triptanol

(05) diazepam

() outro. Qual? _____

(06) valium

(12) não sabe

(07) lexotan

(88) NSA

tmediq1 ___ ___

tmediq2 ___ ___

tmediq3 ___ ___

❖ Agora vamos falar sobre teus familiares.

23. Algum dos teus familiares já sofreu ou sofre dos nervos?

a) mãe (0) não (1) sim

b) pai (0) não (1) sim

c) irmão(a) (0) não (1) sim

d) avós (0) não (1) sim

e) filho(a) (0) não (1) sim

f) outro. Quem? _____

fmae ___

fpai ___

firmao ___

favo ___

ffilho ___

foutro ___ ___

Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.

24 – Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1
d.1 crack (pedra)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

qlusoua ___

qlusoub ___

qlusouc ___

qlusoud ___

qlusoud1 ___

qlusoue ___

qlusouf ___

qlusoug ___

qlusouh ___

qlusoui ___

qlusouj ___

25 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

freqa ___

freqb ___

freqc ___

freqd ___

freqd1 ___

freqe ___

freqf ___

freqg ___

freqh ___

freqi ___

freqj ___

Entrevistador: _____ **Data da entrevista:** ____/____/____

Não preencha neste local

Encaminhamento:(0) não

(1) sim, Clínica Psicológica

(2) sim, Campus da Saúde

(3) sim, CAPS AD

encam ____

ANEXO 3

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (ABEP)



Critério de Classificação Econômica Brasil

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

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

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

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

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

ANEXO 4

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO NÚMERO:** _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.7 EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (↔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l’Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- | | | | | |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | →
NÃO | SIM | 10 |
| b | Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? | NÃO | SIM | 11 |

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20				
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21				
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:							
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22				
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23				
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24				
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25				
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26				
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27				
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM					
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28				
	B4 É COTADA SIM?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>DISTIMIA ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>DISTIMIA ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>DISTIMIA ATUAL</i>								

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE**
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 ε	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 ε	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?



NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

Atual

Passado

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO MANÍACO

Atual

Passado

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = “NÃO”, PASSAR A E7.				
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.				
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
sem Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
com Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO SIM
**AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				
SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4 .				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?		→ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
H6 É COTADA “SIM” ?		<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

→
NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

→ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM

*ABUSO DE ALCÓOL
ATUAL*

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	→ NÃO	SIM
----	--	----------	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? | NÃO | SIM | 5 |

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/
VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO	SIM →
-----	-------

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

			BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO SIM	SIM →L.8a	12

				21
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14

OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:

L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17

L11 DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS :
 UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO
 OU
 DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?

NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL
--

L12 DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS:
 UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO
 OU
 DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?
 (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO)
 OU
 L11 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA

L13a SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA
 UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b)
 OU
 UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?

→
 NÃO SIM

b SE L13a É COTADA “SIM”:
 Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável.
 Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?

→
 NÃO SIM 18

SE L13a É COTADA “SIM”:

ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL
--

d L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?

PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
ATUAL**

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg) Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	NÃO SIM BULIMIA NERVOSA ATUAL		
	N7 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
		NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...			
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
		DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?	<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6



HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

NÃO SIM

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

ANEXO 5

**WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE INSTRUMENT,
SCALE BREF VERSION - WHOQOL-BREF**

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 6
ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO

ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTEAS DAS UBSs DA UCPel

ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para psicoterapia no **Campus II** da UCPel, localizado na Rua Alm. Barroso, nº. 1202. Tel.: 2128-8404.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 7
ENCAMINHAMENTO PSIQUIÁTRICO

ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES DA UBSs DA UCPel

ENCAMINHAMENTO PSIQUIÁTRICO

Pelotas, ____ de _____ de 200__ .

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para atendimento psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPel (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº. 1586. Tel.:

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 8
ENCAMINHAMENTO CAPS AD

ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES DA UBSs DA UCPEL

ENCAMINHAMENTO CAPS AD

Pelotas, ____ de _____ de 200__ .

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para atendimento no CAPS AD, localizado na rua Félix da Cunha 818 - tel: 3222-4527 _____

Horários de atendimento:.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

PARTE II

ARTIGOS

ARTIGO 1***PARA REVISTA BRASILEIRA DE PSQUIATRIA*****MENTAL DISORDERS IN PATIENTS OF BASIC HEALTH UNITS
IN PELOTAS, RIO GRANDE DO SUL****MENTAL DISORDERS IN PRIMARY CARE IN SOUTHERN BRAZIL**

Michelle de Souza Dias¹, Mariane Lopez², Karen Jansen³, Elaine Tomasi⁴

Ricardo Tavares Pinheiro⁴, Ricardo Azevedo da Silva⁵

¹ Mestre em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas

² Mestre em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas

³ Doutora em Saúde e Comportamento, Docente do PPG em Saúde e Comportamento - UCPel

⁴ Doutora em Epidemiologia, Docente da Universidade Federal de Pelotas

⁵ Doutor em Psicologia Clínica, Docente do PPG em Saúde e Comportamento - UCPel

⁶ Doutor em Ciências Médicas, Docente do PPG em Saúde e Comportamento - UCPel

Autor correspondente:

Ricardo Azevedo da Silva

Rua Almirante Barroso, 1202, sala 109G. Centro

Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

CEP 96010-280

(53) 21288404

ricardo@ucpel.tche.br / ricardo.as@uol.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: a cross-sectional study aimed to estimate the prevalence of mental disorders in individuals over 14 years who sought assistance in primary care in three basic health units (BHU) at the Universidade Católica de Pelotas.

METHOD: mental disorders were assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and related factors through a socio-demographic questionnaire.

RESULTS: A total of 1870 patients participated in the study, mostly women, between 40-59 years, with four to seven years of schooling, belonging to economic classification C, living with a partner and not currently working. The prevalence of mental disorders was 41.6%, with the most prevalent being depressive episode (24.7%), agoraphobia (18.2%), risk of suicide (15.8%) and generalized anxiety disorder (15.7%), respectively.

CONCLUSION: The findings of this study showed high prevalence of mental disorders among users of basic health units.

Keywords: mental disorders; mental health; primary care; therapeutic history.

INTRODUCTION

Currently, millions of people suffer some kind of mental illness in the world, and these numbers have increased significantly in developing countries like Brazil¹. Studies have shown high prevalence of mental disorders in the population, with estimates ranging from 12.2% to 48.6% throughout life². According to the World Health Organization (WHO) estimated that between 18-55% of the world's population will suffer from at least one mental disorder throughout their life³.

A mental disorder often evolves into complex disorders that are more difficult to treat, which indicates that early diagnosis is key for specialized treatment. When untreated, it can impair the individuals in areas important to their well-being and to the performance of tasks relating to cognition, emotion and behavior⁴. Any mild disorder, if not assisted or treated, can later develop into additional psychiatric comorbidities and negative symptoms that occur along with impaired social or occupational functioning⁵.

Approximately 50% of patients who seek primary services at basic health units (BHUs) are considered individuals with non- psychotic mental disorders⁶. In Pelotas, the lowest prevalence of psychiatric disorders was 22.7%, and 90% of psychiatric manifestation included non-psychotic disorders, particularly depression and anxiety⁷.

One of the problems associated with primary care is the presence of comorbidities, which are often responsible for the worsening of the general clinical condition. Unfortunately, only a few of them are identified and treated properly by the health professional teams¹. It is estimated that around 55% of patients with major depression assisted at primary level are not diagnosed, and when it comes to generalized anxiety disorder, this percentage can reach 77%⁸. This study is

necessary as research in primary care may help health professionals in their diagnosis and even in the treatment of patients with mental disorders. Thus, this work aims to estimate the prevalence of Axis I mental disorders in primary care.

METHODS

This work is part of an intervention study that was conducted in three basic health units (UBS), linked to the Catholic University of Pelotas. This is a cross-sectional study with patients who sought care in one of three BHU's from June 29, 2009 to February 23, 2010.

The sample size calculation was carried out using the Epi-Info 6.04 software (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States)⁹, with the purpose of verifying the prevalence of mental disorders. To do so, a prevalence of 43% was estimated; the lowest expected prevalence of 40% and a target population of 18,000 individuals over 14 undergoing treatment at the BHU's. Based on a confidence level of 95% and 80% power, a total of 989 patients were estimated. More 30% of the sample value was included to compensate for the dropout of patients and refusals, reaching an expected number of 1286 individuals

The sample was collected through the daily visits to the BHUs to identify the subjects being assisted and home visits by the interviewers. After accepting to participate in the study, the respondents signed a term of consent, while those who did not live in the coverage area of the BHUs or expressed their inability to understand or respond to the questionnaire, were excluded. The instruments were

applied in the subject's residence by graduates previously trained on how to handle the interview.

Mental disorders were assessed through the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)^{10,11}. It is designed as a brief structured interview (30-40 minutes) for the major Axis I psychiatric disorders in DSM-IV and ICD-10. The Portuguese version used here is the MINI 5.0¹¹ developed for use in primary care and in clinical trials.

Respondents also answered a socio-demographic questionnaire consisting of the following variables: age, gender, education level, living with a partner and current work. The participants' socioeconomic evaluation was carried out according to the classification of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP)¹² to assess the economic classification of families. This classification is based on the accumulation of material wealth and schooling of household head, classifying the subjects into five levels (A, B, C, D and E), where A is the highest level and E the lowest level

After encoding the instruments, the data were double-typed in the software EpiInfo 6.04d⁹ to compare them and ensure highest data quality. If inconsistencies in typing were found, more rigid analyses were made, and consequently, corrected. Following, data were analyzed with the statistical software SPSS 13¹³ and STATA¹⁴. In univariate analysis, the objective was to describe the socio-demographic characteristics of the sample, the history of psychiatric/psychological treatment as well as the prevalence of mental disorders. A gross analysis was performed using the chi-square test to identify the association between the analyzed independent variables and the presence of any mood disorder or anxiety. Associations with p-value < 0.20 were inserted in the adjusted hierarchic analysis model. In the analysis,

variables referring to socio-demographic characteristics were included in the first hierarchical level, while the second level comprised the psychiatric/psychological treatment history.

The present study was approved by the Research Ethics Committee UCPel, according to protocol N. 196/96 of the National Health Council. All patients with some mental disorder diagnosed using MINI, in case the BHU was unable to provide proper treatment, were referred to the Health Campus UCPel for specialized treatment.

RESULTS

The research team identified 2278 patients being assisted in one of three BHUs, 408 (17.9%) were considered dropouts, totaling 1870 participants.

The sample comprised mostly women (72.8%), aged between 40 and 59 years (35%), with four to seven years of schooling (41%), belonged to socioeconomic class C (61%), lived with a partner (54.9%) and were not currently working (67.6%).

Table 2 shows that 45.7% of respondents reported some psychiatric/psychological problems and 30.3% made use of psychoactive drugs in the last month, although 66.9% of them have never consulted for such conditions. The subjects who received treatment (19.8%) had access to the Unified Health System (SUS) (87.4%). This is explained by the fact that they were patients of the public primary care system. In addition, 27.8% reported that they were not currently undergoing any treatment and 5.5% have abandoned the treatment before its

completion. It is important to emphasize that 8.6% of the sample declared that they have already been hospitalized for mental problems.

The prevalence of mental disorders in the sample was 41.6% (778). Among the disorders, the most prevalent was the depressive episode (24.7%), followed by agoraphobia (18.2%), suicide risk (15.8%) and generalized anxiety disorder (15.7%).

When the disorders were categorized into groups, the mood disorders (depressive episode, dysthymia and manic or hypomanic episode) were present in 28.4% of the sample, while the anxiety disorders (panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive compulsive disorder, post-traumatic stress disorder and generalized anxiety disorder) showed an even higher prevalence of approximately 29.1%. The third group, substance dependence (comprised alcoholic and/or illicit drugs dependence) was less frequent in the studied population (1.8%). When it referred to anxiety and mood disorder together, it was observed that this prevalence increased to 38.6% (Table 3).

Following the adjusted analysis, a higher probability for the occurrence of anxiety disorder was associated with the teenager or adult women; from socioeconomic classification D or E; unemployed; were making medical appointments or in psychological/psychiatric treatment; and using some psychoactive drugs in the last month (Table 4). Meanwhile, the prevalence of mood disorders was higher among younger women, from socioeconomic classification D or E, unemployed, had already made medical appointments, were undergoing psychiatric/psychologist treatment, and using psychoactive drugs in the last month (Table 5).

DISCUSSION

The prevalence of mental disorders was 41.6%, quite high considering that the sample studied referred to general assistance, and not to a specific group. In this case, the prevalence of pregnant women assisted at the Basic Health Units, in Porto Alegre, was 41.8%¹⁵, in elderly people in Minas Gerais¹⁶ and in hypertense individuals in Rio de Janeiro, 29.3%¹⁷. The only multicentric study on the topic held in three Brazilian capitals resulted in estimated prevalence of mental disorders throughout life of 50.5% in Brasília, 42.5% in Porto Alegre and 31% in São Paulo¹⁸.

Specific studies in primary care revealed a prevalence of approximately 50%^{8,19,20}. The work in three primary care clinics in São Paulo identified a prevalence of mental disorders between 47-56%²⁰, while the study in primary care outpatients of Porto Alegre has identified a prevalence of 55%¹⁹. In Passo Fundo, it was 51%⁸.

Moreover, the study carried out in Passo Fundo⁸ still found the highest prevalence being the major depressive disorder (17.6%) and the generalized anxiety disorder (11.5%), similar to the study with pregnant women at the basic units¹⁵, in which the most prevalent was also the major depressive disorder (21.6%) followed by the generalized anxiety disorder (19.8%). These findings are similar to those of the present study that found the depressive episode (24.7%) and generalized anxiety disorder (15.7%) among the most prevalent ones. Other studies in western countries also reported depression as the most frequent disorder¹⁶, with its prevalence in the general population ranging between 3% and 11%²¹. With regard to health primary care, the average prevalence is above 10%, according to an international study conducted in 14 countries²², and can reach up to 17.6%⁸.

In this study, the disorders were divided into three groups: mood disorders (28.4%), anxiety disorders (29.1%) and substance dependence (1.8%). In 2008, a study carried out by the WHO found similar data considering the groups. For the mood disorder group, the prevalence varied from 4.8-31%, anxiety 3.3-21.4%, and substance dependence ranging from 1.3-15%³. This way, it should be emphasized that mood disorders usually are the most prevalent, however not so often diagnosed and treated (30-60%) in primary care^{23,24}.

Among the limitations of this study was the high dropout rate, probably due to a high number of patients from another geographic region, out of the BHU coverage, which make appointments at the basic units of UCPeI using addresses that do not exist. The interviewers tried to get in contact with the patients more than once, but they were not found. Even though a high number of patients gave up, the study was carried out with a considerable sample size of 1870 participants. It is important to stress that the study was conducted in three basic health units of the city. Other^{1,8,25} studies were held with a specific population and patients from just one local health unit.

The mental disorders were assessed using a clinical interview (MINI), which is a tool to facilitate accurate data collection and processing of mental disorder symptoms. However, the MINI does not assess Axis I disorders throughout life, restricting the diagnosis of past mental disorders only in those cases with current symptoms.

A large number of people claim to present psychological difficulties but they are not in treatment. This fact seems to indicate the lack of referral or health service availability toward mental disorder patients.

In this study, the prevalence of dropouts (ranging from 12.5-57.5%) was well below, when compared to other studies^{25, 26,27}. This can be justified by the low frequency of patients that receive assistance in mental health at specialized primary care centers. While attending patients in the Screening Outpatient Clinic (which receives patients from the primary health system), in Porto Alegre²⁶, the dropout rate was 12%, in the Mental Health Community Service of Belo Horizonte²⁷, 39.2%, while the highest prevalence was obtained in a study of a primary care unit in Juiz de Fora²⁸, 57.5%.

The number of patients (n=166) that have already been admitted for psychiatric/psychological problems is high. The use of psychoactive drugs, during the month the study was carried out, showed a high prevalence, when compared with other findings^{29,30, 31,32,33}. It varied between 7 and 13.3%, reaching 0.9% throughout life³¹. This suggests that mental disorders are not being properly diagnosed in primary care, but the use of psychoactive drugs is common. In a study developed with practitioners that work in primary care in two municipalities of Rio Grande do Sul³⁴, the professionals have reported difficulties in diagnosing and treating patients with mental health problems. Besides, they proposed that such care should be provided by experts but not in the context of primary health care.

The high prevalence of mental disorders among patients assisted in basic health units suggests the relationship between these disorders and other diseases that affect the population⁸. The WHO has recommended an educational action with the medical professionals to increase their sensitivity toward the psychological symptoms, which are often an indicative of the population mental health problems²⁵.

Primary care services are mostly used by women, who also have higher prevalence of mood disorders and anxiety, as in other populations^{8,30,35,36}. Some

studies even indicate prevalence two to three times higher in women than men^{37,38,39}. The reason is probably because women perceive high risks to health and therefore, use the health services more frequently^{29,35,40,41}.

In addition, in this sample, mood and anxiety disorders were more prevalent among adolescents and adults with lower socioeconomic level^{29,36}, and unemployed, when compared with the elderly²⁹.

In 1990, the same organization emphasized the importance of the emotional aspect in health care: "the tasks of mental health are not a new workload for services of primary health care; on the contrary, they increase their effectiveness⁴². Subsequently, in 2001, it reinforced the guidelines by recommending the confrontation of the problems related to mental health in primary care providing proper treatment for the population⁴³.

Studies indicate that the improvement in diagnosing mental disorders in primary care, especially those of higher prevalence in the population, such as mood disorders and anxiety, may be less demanding for care and use of health resources^{44,45,46}.

Furthermore, the search for medical care motivated by painful symptoms due to mental disorders makes the recognition of the primary disorder very difficult. This way, the need for health resources and services by these patients increases, once the primary cause is not diagnosed⁸.

All these aspects evidence the need for public health policies not only in the communities evaluated by this study, but nationwide, as mental health interventions can be considered of high resolvability.

REFERENCES

1. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 1639-48.
2. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000; 78:413-25.
3. Kessler RC. (Harvard Medical School), Ustun TB (World Health Organization) (eds.) *The WHO World Mental Health Surveys. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Published in collaboration with the World Health Organization, Geneva, Switzerland. New York; Cambridge University Press; 2008.
4. Beck AR. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatr*. 2005; 62(9):953-9.
5. Roura EF. Salud Mental Y Bioética: Relación Simbiótica. *Acta Bioethica*. 2009; 15(2):139-47.
6. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5).
7. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín* 1999; 26(5).
8. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 set; 24(9):2043-53.

9. Dean AG DJ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A; 1994.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 1994.
11. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2002; 37:316-25.
12. ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE); 2003.
13. SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 10.0.1; 1999.
14. STATA: Data Analysis and Statistical Software. Version 9.0. StataCorp LP, 1996-2009. [HTTP://www.stata.com](http://www.stata.com)
15. Almeida MS. Transtornos Mentais em Uma Amostra de Gestantes da Rede de Atenção Básica de Saúde no Sul do Brasil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
16. Maia LC, Duarte AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana do norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(5):650-6.
17. Fiorotti C, Tomazelli J, Malagris L.. Transtornos Mentais Comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primário à saúde no Rio de Janeiro. *Rev. APS.* 2009. jul./set; 12(3):318-27.
18. Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity.

- Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatric* 1997; 171: 524-29
19. Busnello ED, Lima B, Gomes R, Bertolete JM.. Identification and management of chronic mental disorders patients in a primary care unit in Porto Alegre, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1983; 32:359-63.
20. Mari, JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry*. 1987; 22:129-38.
21. Fleck MPA, Laferb B, Sougeyc EB, Del Portod, Brasile MA, Juruenaf MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(2):114-22.
22. Ustun TB, Sartorius N, editors. Mental illness in primary care: a international study. New York: John Wiley & Sons Inc; 1995.
23. Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatr*.1997; 171:427-33.
24. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Smith GR. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998; 20:12-20.
25. Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*.2007; 56(1): 41-47.
26. Hauck S, Kruehl L, Sordi A, Sbardellotto GC, Cervieri A, Moschetti L, Schestatsky S, Ceitlin LH. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29(3) – 265.

27. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(2):113-8.
28. Ribeiro MS, Poço JLC. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. *Revista APS.* 2006. Jul/dez; 9(2): 136-45.
29. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(4):717-23.
30. Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med.* 1993; 23(2):467-74.
31. Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EL. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. *Sao Paulo Med J.* 2003; 121(6):231-7.
32. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(1):107-14.
33. Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Béria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of Benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 1999; 34(6):316-22.
34. Ballester DA, Filipon AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *São Paulo Med J.* 2005; 123(2):72-6.
35. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE *et AL.* Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de

- Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):440-448, mar, 2011.
36. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Filha MOF, Toledo RPV, Dias MD, Silva AO. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 set-out; 62(5): 675-80.
37. Ludermir BA, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213-21.
38. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49:1461-71.
39. Rojas G, Araya R, Lewis G. Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Soc Sci Med* 2005; 60:1693-703.
40. Jacob KS, Bhugrad D, Lloyd KR, Mann AH. Common mental disorders, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *J R Soc Med* 1998; 91:66-71.
41. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
42. Organização Mundial de Saúde. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: OMS; 1990.
43. OPAS/OMS. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Ginebra: OMS; 2001.

44. Wells KB. The design of partners in care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1999; 34:20-9.
45. Bebbington PE, Brugha TS, Meltzer H, Jenkins R, Ceresa C, Farrel M, et al. Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychol Med.* 2000; 30:1369-76.
46. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998; 280:147-51.

Table 1: Sample description

Sample distribution	N	%
Gender		
Female	1361	72.8
Male	509	27.2
Age (years)		
14-19	132	7.1
20-39	533	28.5
40-59	655	35.0
60 or more	550	29.4
Schooling (years)		
0-3	507	27.4
4-7	760	41.0
8-16	585	31.6
Economic classification (ABEP)		
A+B	220	11.9
C	1128	61.0
D+E	500	27.1
Living with partner		
No	835	45.1
Yes	1016	54.9
Work		
No	1265	67.6
Yes	605	32.4
Total	1870	100

Table 2: Distribution of the sample considering the psychiatric/psychological treatment history

Variable	N	%
Psychiatric/Psychological Problems		
No	1004	54.3
Yes	845	45.7
Consulting Psychologist/Psychiatrist		
No, never	1233	66.9
Yes, but not currently	513	27.8
Yes, currently	98	5.3
Past or current psychiatric/psychological treatment		
No	1483	80.2
Yes	367	19.8
Access to Psychiatric/psychological treatment		
SUS	318	87.4
Medical Plan	17	4.7
Private	29	8.0
Interruption of treatment before finishing		
No	1764	94.5
Yes	103	5.5
Hospitalization psychological/psychiatric problems		
No	1690	91.3
Yes	160	8.6
Use of psychoactive drugs in the last month		
No	1289	69.6
Yes	561	30.3

Table 3: Distribution of disorders assessed by the MINI.

Current psychiatric disorders	N	%
Depressive episode	462	24.7
Dysthymia	36	1.9
Manic episode	81	4.3
Hypomanic episode	32	1.7
Panic disorder	95	5.1
Agoraphobia	340	18.2
Social phobia	107	5.7
Obsessive compulsive disorder	70	3.7
Post-traumatic stress disorder	67	3.6
Generalized anxiety disorder	294	15.7
Bulimia	25	1.3
Anorexia nervosa	06	0.3
Alcohol dependence	26	1.4
Illicit substance dependence	10	0.5
Psychotic syndrome	108	5.8
Risk of suicide	296	15.8
<i>Disorder Groups</i>		
Mood disorders ^a	531	28.4
Anxiety disorders ^b	544	29.1
Substance disorder ^c	34	1.8
Anxiety and Mood disorder ^{a,b}	722	38.6
Total	1870	100

^a Depressive episode, dysthymia, manic episode or hypomanic episode.

^b Panic disorder, Agoraphobia, Social phobia, Obsessive compulsive disorder, Post-traumatic stress disorder, Generalized anxiety disorder.

^c Alcohol and/or illicit substance dependence.

Table 4: Factors associated with the presence of any anxiety disorder.

Variables	Anxiety disorders n (%)	Prevalence ratio (95% CI)	P-value	Prevalence ratio (95% CI)	P-value
Gender			<0.001		0.002
Female	428 (31.4)	1.37 (1.15 – 1.65)		1.29 (1.08 – 1.55)	
Male	116 (22.8)	1.00		1.00	
Age (years)			<0.001		<0.001
14-19	40 (30.3)	1.38 (1.02-1.86)		1.40 (1.03-1.92)	
20-39	172 (32.3)	1.47 (1.20-1.79)		1.67 (1.35-2.06)	
40-59	211 (32.2)	1.46 (1.21-1.77)		1.61 (1.31-1.97)	
60 or more	121 (22.0)	1.00		1.00	
Schooling (years)			0.423		
0-3	144 (28.4)	1.03 (0.85 – 1.25)			
4-7	233 (30.7)	1.11 (0.94 – 1.32)			
8-16	161 (27.5)	1.00			
Socioeconomic classification			0.067		0.019
A+B	50 (22.7)	1.00		1.00	
C	330 (29.3)	1.29 (0.99 – 1.67)		1.30 (1.00 – 1.68)	
D+E	156 (31.2)	1.37 (1.14 – 1.81)		1.39 (1.05 – 1.84)	
Living with partner			0.141		0.791
No	257 (30.8)	1.11 (0.96 – 1.28)		1.10 (0.94 – 1.28)	
Yes	281 (27.7)	1.00		1.00	
Work			0.039		0.059
No	387 (30.6)	1.17 (1.01 – 1.38)		1.26 (1.07 – 1.49)	
Yes	157 (25.9)	1.00		1.00	
Consulting Psychologist/Psychiatrist			<0.001		<0.001
No, never	271 (22.0)	1.00		1.00	
Yes, but not currently	207 (40.3)	1.83 (1.58 – 2.13)		1.54 (1.27 – 1.86)	
Yes, currently	57 (58.2)	2.65 (2.17 – 3.23)		1.73 (1.31 – 2.28)	
Past or current psychiatric/psychological treatment			<0.001		0.929
No	374 (25.2)	1.00		1.00	
Yes	162 (44.1)	1.75 (1.51 – 2.02)		0.94 (0.77 – 1.14)	
Hospitalization psychological/psychiatric problems			<0.001		0.322
No	467 (27.6)	1.00		1.00	
Yes	69 (43.1)	1.56 (1.28 – 1.89)		0.90 (0.72 – 1.12)	
Use of psychoactive drugs in the last month			<0.001		<0.001
No	267 (20.7)	1.00		1.00	
Yes	269 (47.9)	2.31 (2.02 – 2.65)		2.14 (1.82 – 2.51)	

Table 5: Factors associated with the presence of a mood disorder

Variables	Mood disorders n (%)	Prevalence ratio (95% CI)	P-value	Prevalence ratio (95% CI)	P-value
Gender			<0.001		<0.001
Female	427 (31.4)	1.54 (1.27 – 1.85)		1.44 (1.19 – 1.75)	
Male	104 (20.4)	1.00		1.00	
Age (years)			0.005		0.001
14-19	31 (23.5)	1.00 (0.71-1.41)		1.79 (0.82-1.69)	
20-39	167 (31.3)	1.33 (1.10-1.62)		1.70 (1.36-2.11)	
40-59	204 (31.1)	1.33 (1.10-1.60)		1.54 (1.26-1.89)	
60 or more	129 (23.4)	1.00		1.00	
Schooling (years)			0.120		0.111
0-3	150 (29.6)	1.04 (0.90 – 1.20)		1.23 (0.99 – 1.53)	
4-7	226 (29.7)	1.04 (0.92 – 1.19)		1.15 (0.95 – 1.38)	
8-16	149 (25.5)	1.00		1.00	
Socioeconomic classification			0.004		0.008
A+B	49 (22.3)	1.00		1.00	
C	307 (27.2)	1.22 (0.94 – 1.59)		1.19 (0.91 – 1.55)	
D+E	167 (33.4)	1.50 (1.14 – 1.98)		1.39 (1.04 – 1.85)	
Living with partner			0.458		
No	244 (29.2)	1.06 (0.91 – 1.22)			
Yes	281 (27.7)	1.00			
Work			<0.001		0.001
No	396 (31.3)	1.40 (1.18 – 1.66)		1.46 (1.22 – 1.74)	
Yes	135 (22.3)	1.00		1.00	
Consulting			<0.001		0.013
Psychologist/Psychiatrist	267 (21.7)	1.00		1.00	
No, never	203 (39.6)	1.83 (1.57 – 2.12)		1.38 (1.14 – 1.67)	
Yes, but not currently	52 (53.1)	2.45 (1.98 – 3.04)		1.31 (0.98 – 1.74)	
Yes, currently					
Past or current psychiatric/psychological treatment			<0.001		0.312
No	148 (14.7)	1.00		1.00	
Yes	375 (44.4)	1.85 (1.60 – 2.13)		1.04 (0.85 – 1.27)	
Hospitalization psychological/psychiatric problems			<0.001		0.583
No	445 (26.3)	1.00		1.00	
Yes	78 (48.8)	1.85 (1.55 – 2.21)		1.06 (0.87 – 1.30)	
Use of psychoactive drugs in the last month			<0.001		<0.001
No	251 (19.5)	1.00		1.00	
Yes	272 (48.5)	2.49 (1.16 – 2.86)		2.18 (1.85 – 2.57)	

ARTIGO 2

IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

IMPACT OF ANXIETY DISORDERS ON THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN PRIMARY HEALTH CARE

Michelle de Souza Dias¹, Karen Jansen²,
Ricardo Azevedo da Silva³

¹ Mestre em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas

² Doutora em Saúde e Comportamento, Docente do PPG em Saúde e Comportamento - UCPel

³ Doutor em Ciências Médicas, Docente do PPG em Saúde e Comportamento - UCPel

Autor correspondente:

Ricardo Azevedo da Silva

Rua Almirante Barroso, 1202, sala 109G. Centro

Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

CEP 96010-280

(53) 21288404

ricardo@ucpel.tche.br / ricardo.as@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto dos transtornos de ansiedade na percepção da qualidade de vida em uma amostra de atenção primária.

Método: Estudo transversal com a população de indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento em uma das três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas. Os transtornos de ansiedade foram avaliados através da Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI), enquanto que os domínios de qualidade de vida através do WHOQOL-bref.

Resultados: Participaram do estudo 1870 sujeitos. A prevalência de Transtorno de Ansiedade foi 29,1%, e dentre eles, o mais prevalente foi o TAG (15,7%), seguido por Fobia Social (5,7%), TOC e Transtorno de Pânico com Agorafobia (3,7%), TEPT (3,6%) e Transtorno de Pânico sem Agorafobia (1,4%). Para todos os transtornos de ansiedade avaliados, os quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) apresentaram menores médias quando comparados com quem não tem transtorno ($p < 0,001$).

Conclusão: A prevalência de transtornos de ansiedade foi elevada entre os usuários da atenção primária. Ademais, os transtornos de ansiedade mostram um impacto significativo na qualidade de vida percebida pelos usuários.

Palavras- Chave: Transtornos de ansiedade; qualidade de vida; atenção primária.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effects of anxiety disorders on the perception of quality of life in a sample of primary health care.

Method: Cross-sectional, population-based study comprising individuals over 14 years who sought assistance in one of three basic health units linked to the Catholic University of Pelotas. Anxiety disorders were assessed by means of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), and the quality of life through the WHOQOL-bref.

Results: The study sample consisted of 1870 subjects. The prevalence of anxiety disorder was 29.1%, and among them, the most prevalent was generalized anxiety disorder (GAD) (15.7%), followed by social phobia (5.7%), obsessive-compulsive disorder (OCD) and panic disorder with agoraphobia (3.7%), posttraumatic stress disorder (PTSD) (3.6%), and panic disorder without agoraphobia (1.4%). For all the analyzed anxiety disorders, the four domains of quality of life (physical, psychological, social relations and environment) presented lower means compared with the general population ($p < 0.001$).

Conclusion: The prevalence of anxiety disorders was higher among users of primary health care. Furthermore, the anxiety disorders showed a significant impact on the quality of life experienced by the users.

Keywords: Anxiety Disorders; Quality of Life; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O adoecimento por algum tipo de transtorno mental tem aumentado significativamente nos últimos anos¹, e ao longo da vida as estimativas são de 12,2% e 48,6%². Quando se trata de transtornos ansiosos, os quais podem ser considerados os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, fala-se de uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente.^{3,4} Estudos ainda indicam, que em torno de 77% dos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG)⁵ em nível primário não são diagnosticados, e menos de 30% dos indivíduos que sofrem deles procuram tratamento⁶.

Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças mais prevalentes e os estudos vêm apontando que estes reduzem extensamente a qualidade de vida dos pacientes^{7,8}, afetando diferentemente as diversas áreas da vida dos portadores, com incapacidades, disfunções e prejuízos na vida dos indivíduos e de seus familiares⁹.

Qualidade de vida (QV) é um conceito relativamente novo, o qual ganhou maior importância na área dos transtornos mentais na última década⁹. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁰. É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças

personais (espirituais e religiosas) e relações desses domínios com características ambientais^{10,11}.

Tendo os transtornos de ansiedade uma prevalência significativa na sociedade e considerando que causam sofrimentos pessoais e encargos sociais⁶ com comprometimento na qualidade de vida é de fundamental importância identificá-los, visto que tendem a ser crônicos, se não tratados, e podem ser incapacitantes tanto quanto as doenças somáticas.

Dessa forma, esse estudo se faz necessário, uma vez que pesquisas em atenção primária podem auxiliar os profissionais de saúde em relação ao diagnóstico e até mesmo no tratamento de pacientes com transtornos mentais. Além disso, um amplo conhecimento da qualidade de vida dos pacientes pode ajudar na compreensão do impacto das doenças e da assistência à saúde sobre seu bem-estar geral¹². Sendo assim, este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto dos transtornos de ansiedade na percepção da qualidade de vida em pacientes da atenção primária em saúde.

MÉTODOS

O presente trabalho faz parte de um estudo de Intervenção que foi realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinculadas à Universidade Católica de Pelotas. Trata-se de um estudo transversal, com pacientes que procuraram atendimento em uma das três UBS's no período de 29 de junho de 2009 a 23 de fevereiro de 2010.

O cálculo de tamanho amostral foi realizado através do programa Epi-Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*)¹³, com o objetivo de verificar a prevalência de transtornos mentais. Para tal foi estimada uma prevalência de 43%, menor prevalência esperada de 40% e uma população alvo de 18.000 indivíduos com idade superior a 14 anos atendida nas UBS's. Tendo como base um nível de confiança de 95% e poder de 80%, estimou-se um total de 989 pacientes. Incluiu-se mais 30% do valor amostral para compensar as perdas e recusas chegando a um N esperado de 1286 indivíduos

A amostra foi captada através de visitas diárias às UBSs para identificação dos indivíduos atendidos e posterior visita domiciliar pelos entrevistadores. Após aceitarem participar do estudo os entrevistados assinaram o termo consentimento e neste momento foram incluídos, enquanto os que não residiam na área de abrangência da UBS ou manifestaram incapacidade de compreender ou responder o questionário foram excluídos do estudo. Os instrumentos foram aplicados na residência do paciente, por graduandos previamente treinados para manuseio da entrevista.

Os transtornos mentais foram avaliados através da Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)^{14,15}. Esta é uma entrevista diagnóstica padronizada breve de curta duração – 30 a 40 minutos – destinada a utilização na prática clínica e de pesquisa, e visa classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. A versão utilizada aqui é a MINI 5.0¹⁴ em português que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos.

A Qualidade de Vida foi avaliada através do WHOQOL-bref¹⁶ (*World Health Organization Quality of Life Instrument, Scale Bref version*), instrumento que consta de 26 questões pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos

aspectos que interferem na sua vida. Por tratar-se de um constructo multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O Whoqol-bref é um instrumento validado para a população brasileira, em estudo com 300 indivíduos de Porto Alegre RS¹⁶. Dessa forma, o WHOQOL-bref traz as vantagens de um bom desempenho psicométrico aliada à praticidade de uso, o que sugere ser o instrumento, uma alternativa útil para avaliar qualidade de vida no Brasil.

Os entrevistados também responderam um questionário sócio-demográfico composto pelas seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, vive com companheiro e trabalho atual. A avaliação da classificação econômica dos participantes foi realizada através da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁷, que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, este instrumento classifica a situação socioeconômica em “A, B, C, D e E”, sendo “A” a situação socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Após a codificação dos instrumentos foram realizadas duas digitações no programa EpilInfo 6.04d¹³, com objetivo de compará-las e garantir maior qualidade dos dados. Caso fossem encontradas inconsistências na digitação eram feitas análises rígidas e conseqüentemente a correção das mesmas. Posteriormente foi realizada a análise dos dados no programa SPSS-13¹⁸.

Na análise dos dados, as características da amostra e prevalência dos transtornos de ansiedade foram descritas por frequências simples. A fim de comparar as médias dos quatro domínios da qualidade de vida entre os sujeitos com transtornos de ansiedade e a população geral foi utilizado o teste t, neste teste de

associação os dados foram apresentados por médias, desvio padrão e diferença entre as médias com intervalo de confiança.

Com o objetivo de ajustar a análise para possíveis fatores de confusão utilizou-se um modelo teórico [Dias MS, no prelo]¹⁹ em que gênero, idade, classificação econômica e trabalho foram considerados no ajuste da Regressão Linear para a associação entre os transtornos de ansiedade e os domínios da qualidade de vida. Foram consideradas associações estatisticamente significativas quando $p\text{-valor} < 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os pacientes com algum transtorno mental diagnosticado na MINI, em que a UBS não tivesse condições de oferecer tratamento adequado foram encaminhados para o Campus da Saúde da UCPel para tratamento especializado.

RESULTADOS

Foram identificadas pela equipe de pesquisa 2278 pacientes atendidos em uma das três UBSs, destes 408 (17,9%) foram consideradas perdas, totalizando 1870 participantes.

A amostra em sua maioria era do gênero feminino (72,8%), com idades entre 40 e 59 anos (35%), tinham de quatro a sete anos de escolaridade (41%), pertenciam a classe socioeconômica C (61%), viviam com companheiro (54,9) e não estavam trabalhando atualmente (67,6%).

Em relação aos domínios da Qualidade de Vida, a média no domínio físico foi de 63,85 (dp=21,03), no domínio psicológico 66,20 (dp=17,46), no domínio relações sociais 71,28 (dp=17,51) e no domínio ambiente 59,24 (dp=14,24).

A prevalência de algum transtorno de ansiedade foi de 29,1% nesta amostra. Pode-se observar na Tabela 2 que dentre os Transtornos de Ansiedade, o mais prevalente na amostra foi o Transtorno de Ansiedade Generalizada (15,7%), seguido por Fobia Social (5,7%), Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Pânico com Agorafobia (3,7%), Transtorno de Estresse Pós Traumático (3,6%) e Transtorno de Pânico sem Agorafobia (1,4%).

Para todos os transtornos de ansiedade avaliados (Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG, Transtorno de Estresse Pós Traumático - TEPT, Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC, Fobia Social, Transtorno de Pânico sem e com Agorafobia) os quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) apresentaram menores médias quando comparados aos indivíduos sem transtornos de ansiedade ($p < 0,001$). (Tabela 2).

Na tabela 3 pode-se observar que os fatores sócio-demográficos não foram fatores de confusão na associação entre os transtornos de ansiedade e os domínios da qualidade de vida. Dentre os transtornos de ansiedade, o TEPT para os quatro domínios da qualidade de vida apresentou menores escores quando comparado com a população em geral. Outros transtornos de substancial prejuízo à QV foram o TOC e o Transtorno de Pânico.

DISCUSSÃO

A prevalência de transtornos de ansiedade entre os usuários dos serviços de atenção primária foi elevada (29,1%) e superior a uma meta-análise da OMS que encontrou uma prevalência variável entre 3,3 e 21,4%²⁰, porém similar a um estudo populacional (*National Comorbidity Study Replication [NCS-R]*) que encontrou 28,1% de transtornos de ansiedade nos Estados Unidos⁷. Já o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica (EMB) constatou as seguintes estimativas de prevalências para transtornos de ansiedade: 12,1% em Brasília, 6,9% em São Paulo e 5,4% em Porto Alegre. Os achados desse estudo ainda mostram que a ansiedade e as fobias constituem os principais problemas de saúde mental da população brasileira, com prevalências globais variando de 8 a 18% e estimativas de demanda potencial de 5 a 12%.^{21,22} Um estudo de revisão revelou que os transtornos de Ansiedade têm uma prevalência geral de 16,4%, sendo que esse percentual se eleva um pouco quando se trata de pacientes de atenção primária.²³

A apesar da prevalência de transtornos de ansiedade do presente estudo ser superior aos estudos populacionais mencionados anteriormente, as taxas de prevalência em contextos de cuidados primários podem variar de 14 a 30% sendo que os mais ocorrentes são o TAG, o Transtorno do Pânico e o TEPT²⁴. A prevalência de transtornos de ansiedade em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família no Rio Grande do Sul foi de 22,3%, entre os mais prevalentes estavam o TAG (11,5%), a fobia social (9,4%), o transtorno de pânico (6,2%) e o TEPT (3,2%).²⁵

A prevalência dos distintos transtornos de ansiedade foi similar ao reportado em outros estudos em atenção primária, uma vez que, dentre eles, o mais

prevalente foi o TAG (15,7%), seguido por Fobia Social (5,7%), TOC e Transtorno de Pânico com Agorafobia (3,7%), TEPT (3,6%) e Transtorno de Pânico sem Agorafobia (1,4%).

Observou-se ainda, impacto de todos os transtornos de ansiedade nos aspectos físico, psicológico, ambiental e social da qualidade de vida em relação à população sem o transtorno. Do mesmo modo, um estudo em duas clínicas de atendimento primário encontrou impacto dos transtornos de ansiedade na QV e verificou que quanto maior a ansiedade e a depressão pior a qualidade de vida, estando a ansiedade significativamente associada à pior funcionamento em todos os domínios da QV²⁶.

O último dado corrobora ao sugerido por estudo com 43.000 adultos dos Estados Unidos²⁷, o qual relatou que cada transtorno de ansiedade foi associado significativamente a uma pior QV. Além disso, ele ainda informa que os indivíduos com o transtorno de ansiedade tem uma piora de funcionamento social, saúde mental e maiores limitações emocionais quando comparados com os entrevistados sem transtornos de ansiedade.

Na literatura, está descrito de forma discriminada o impacto de diferentes transtornos de ansiedade na QV, existindo um consenso de que todos os transtornos de ansiedade apresentam algum impacto, restando o questionamento de quais transtornos apresentam maior prejuízo na percepção da QV^{7,8,9,10,11,26,27}. Nessa amostra de atenção primária, dentre os transtornos de ansiedade, o TEPT foi o de maior impacto na percepção da QV, seguido do TOC e do Transtorno de Pânico. Um estudo populacional que examinou a qualidade de vida em todos os transtornos de ansiedade constatou que os portadores de TOC, TAG e transtorno do

pânico tinham uma QV global mais baixa do que os indivíduos com TEPT, fobia social, fobias específicas e agorafobia²⁸.

A alta prevalência de transtornos mentais entre os pacientes atendidos em unidades básicas de saúde sugere a relação entre esses transtornos e demais doenças que acometem a população²⁹. Além disso, pacientes sem transtorno de ansiedade e depressão apresentaram maior QV quando comparados com aqueles com ansiedade e/ou depressão, e essa diferença é estatisticamente significativa³⁰. Em condições crônicas, a avaliação da QV torna-se ainda mais importante, uma vez que o tratamento não é curativo, como no caso dos transtornos mentais graves e persistentes³¹. Dessa forma, percebe-se o impacto que os Transtornos Mentais, em especial os de ansiedade, podem ter na percepção da QV dos pacientes.

Outro fator importante, é que a percepção da dor pode ser ampliada no contexto da depressão e ansiedade^{30,32} e os indivíduos com transtornos de ansiedade podem incorrer em custos duplamente, em cuidados primários e cuidados gerais de saúde, quando comparados com indivíduos sem transtorno de ansiedade, mesmo quando ajustados para co-morbidades médicas²³. Isso pode se justificar pelo fato de que quanto mais doente clinicamente for o paciente, maior será a probabilidade do mesmo apresentar um transtorno mental e conseqüentemente uma pior QV. Da mesma forma, quanto maior for a presença de transtornos mentais, maior a probabilidade de ter sua saúde clínica e QV comprometidas.

Deve-se considerar que os achados do presente estudo, podem estar limitados devido à falta de informações clínicas dos pacientes de atenção primária, pois os diferentes diagnósticos, a presença de doenças crônicas e outros transtornos mentais do eixo II podem influenciar no impacto dos transtornos de ansiedade sobre a percepção de qualidade de vida. No entanto, apesar da falta de

aferição de variáveis clínicas, o estudo apresenta dados coletados a partir de uma entrevista clínica para transtornos de eixo I do DSM-IV em um número amostral consistente de pacientes.

Além disso, os transtornos de ansiedade têm alta frequência ambulatorial, mas podem estar sendo subdiagnosticados³³. Isto demonstra que as perturbações de ansiedade deve ser uma prioridade entre os cuidados dos serviços de saúde, inclusive porque a melhora na detecção de transtornos mentais em atenção primária podem levar à diminuição da procura por atendimento médico e da utilização de recursos em saúde^{34,35,36}.

REFERENCIAS

1. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 1639-48.
2. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000; 78:413-25.
3. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1110-9.
4. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.

5. Beck AR. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(9):953-9.
6. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*,63 Suppl 14:4-8, 2002.
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
8. Mendlowicziz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):669-82.
9. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(3):196-202.
10. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.
11. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, VieiraG, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
12. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry*. 1982;139(10):1271-6.
13. Dean AG DJ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A; 1994.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 1994.
15. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2002; 37:316-25.
16. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
17. ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE); 2003.
18. SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 10.0.1; 1999.
19. Dias MS, Lopez M, Jansen K, Tomasi E, Pinheiro RT, Silva RA. Mental Disorder in Patients of Basic Health Units in Pelotas, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [no prelo]
20. Kessler RC. (Harvard Medical School), Ustun TB (World Health Organization) (eds.) The WHO World Mental Health Surveys. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Published in collaboration with the World Health Organization, Geneva, Switzerland. New York; Cambridge University Press; 2008.
21. Almeida Filho N *et al.* Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, 14 (3):93-104, 1992.
22. Almeida Filho N *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, 171:524-9, 1997.

23. Shearer SL. Recent Advances in the Understanding and Treatment of Anxiety Disorders. *Prim Care Clin Office Pract* 34 (2007) 475–504
24. Demertzis KH, Craske MG. Anxiety in primary care. *Curr Psychiatry Rep* 2006;8:291–7.
25. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 set; 24(9):2043-53.
26. Brenes, G. Anxiety, Depression and Quality of Life in Primary Care Patients. *Prim Care J Clin Companion Psychiatry* 2007;9(6)437-443
27. Comer J, Blanco C, Hasin DS, Liu SM, Bridget MS, Turner J *et al.* Health-related quality of life across the anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2011 January ; 72(1): 43–50.
28. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(3):196-202.
29. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 set; 24(9):2043-53.
30. Castro MMC, Quantinini LC, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen KC *et al.* Comorbidades de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(4):126-9 129
31. Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):50-8

32. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol.* 2002;156:1028-34.
33. Terra MB, Garcez JP, Noll B. Fobia específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. *Rev Psiq Clin USP* (in press), 2007.
34. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Filha MOF, Toledo RPV, Dias MD, Silva AO. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 set-out; 62(5): 675-80.
35. Ludermir BA, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213-21.
36. Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49:1461-71.

Tabela 1: Distribuição da amostra em estudo.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	1361	72,8
Masculino	509	27,2
Idade		
14-19	132	7,1
20-39	533	28,5
40-59	655	35,0
60 -100	550	29,4
Escolaridade		
0-3 anos	507	27,4
4-7 anos	760	41,0
8-16 anos	585	31,6
Classificação socioeconômica (ABEP)		
A+B	220	11,9
C	1128	61,0
D+E	500	27,1
Vive companheiro(a)		
Não	835	45,1
Sim	1016	54,9
Trabalho		
Não	1265	67,6
Sim	605	32,4
Total	1870	100

Tabela 2: Diferença entre as médias dos domínios de qualidade de vida dos indivíduos com e sem transtornos de ansiedade.

Variáveis	Transtornos de ansiedade	Diferença entre as médias (IC 95%)	P-valor*
Transtorno de Ansiedade	294 (15,7)		
Generalizada	52,21 (19,27)	13,81 (11,25 – 16,37)	< 0,001
Domínio Físico	52,88(18,01)	15,81 (13,58 – 18,03)	< 0,001
Domínio Psicológico	63,65 (19,68)	9,04 (6,62 – 11,46)	< 0,001
Domínio Relações Sociais	50,40 (14,31)	10,49 (8,77 – 12,21)	< 0,001
Domínio Ambiente			
Transtorno de Estresse Pós-	67 (3,6)		
Traumático	40,21 (19,02)	24,52 (19,47 – 29,57)	< 0,001
Domínio Físico	41,09 (19,53)	26,04 (21,18 – 30,90)	< 0,001
Domínio Psicológico	55,24 (21,16)	16,63 (12,39 – 20,87)	< 0,001
Domínio Relações Sociais	45,14 (13,95)	14,61 (11,09 – 18,12)	< 0,001
Domínio Ambiente			
Transtorno Obsessivo Compulsivo	70 (3,7)		
Domínio Físico	43,84 (19,0)	20,78 (15,81 – 25,76)	< 0,001
Domínio Psicológico	42,46 (18,3)	24,65 (20,60 – 28,70)	< 0,001
Domínio Relações Sociais	61,19 (21,04)	10,48 (5,41 – 15,56)	< 0,001
Domínio Ambiente	46,42 (15,22)	13,31 (9,94 – 16,69)	< 0,001
Fobia Social	107 (5,7)		
Domínio Físico	48,91 (21,07)	15,84 (11,75 – 19,92)	< 0,001
Domínio Psicológico	47,67 (18,55)	19,65 (15,97 – 23,32)	< 0,001
Domínio Relações Sociais	59,94 (20,80)	12,02 (7,94 – 16,10)	< 0,001
Domínio Ambiente	48,07 (14,80)	11,85 (9,09 – 14,60)	< 0,001
Transtorno de Pânico sem			
Agorafobia	26 (1,4)		
Domínio Físico	49,70 (21,76)	14,33 (5,88 – 22,78)	0,001
Domínio Psicológico	53,30 (20,70)	13,07 (6,10 – 20,08)	< 0,001
Domínio Relações Sociais	59,03 (24,16)	12,41 (2,18 – 22,64)	0,020
Domínio Ambiente	49,74 (14,42)	9,62 (3,90 – 15,34)	0,001
Transtorno de Pânico com			
Agorafobia	69 (3,7)		
Domínio Físico	43,86 (19,29)	20,76 (15,75 – 25,77)	< 0,001
Domínio Psicológico	43,39 (17,32)	23,67 (15,58 – 27,77)	< 0,001
Domínio Relações Sociais	59,60 (21,07)	12,13 (7,00 – 17,25)	< 0,001
Domínio Ambiente	47,66 (14,36)	12,02 (8,62 – 15,43)	< 0,001

* Teste t.

Tabela 3: Regressão Linear Bruta e Ajustada entre os Transtornos de Ansiedade e os Domínios da Qualidade de vida em uma amostra de atenção primária

Transtornos /Domínios	Regressão Linear Bruta			Regressão Linear Ajustada*		
	Físico			Físico		
	β	IC (95%)	p-valor	β	IC (95%)	p-valor
Transtorno de Ansiedade Generalizada	-13,8	-16,4; -11,2	<0,001	-14,7	-17,1; -12,4	<0,001
Transtorno de Estresse Pós Traumático	-24,5	-29,6; -19,5	<0,001	-23,5	-28,1; -18,9	<0,001
Transtorno Obsessivo Compulsivo	-20,8	-25,7; -15,8	<0,001	-20,6	-25,1; -16,0	<0,001
Fobia Social	-15,8	-19,9; -11,7	<0,001	-17,2	-20,9; -13,4	<0,001
Transtorno de Pânico sem Agorafobia	-14,3	-22,8; -5,9	0,001	-14,4	-22,2; -6,6	<0,001
Transtorno de Pânico com Agorafobia	-20,7	-25,8; -15,7	<0,001	-22,3	-26,9; -17,7	<0,001
	Psicológico			Psicológico		
	β	IC (95%)	p-valor	β	IC (95%)	p-valor
Transtorno de Ansiedade Generalizada	-15,8	-17,9; -13,7	<0,001	-15,8	-17,8; -13,8	<0,001
Transtorno de Estresse Pós Traumático	-26,0	-30,2; -21,9	<0,001	-25,3	-19,3; -21,3	<0,001
Transtorno Obsessivo Compulsivo	-24,6	-28,7; -20,6	<0,001	-24,2	-28,1; -20,3	<0,001
Fobia Social	-19,6	-23,0; -16,3	<0,001	-19,5	-22,7; -16,3	<0,001
Transtorno de Pânico sem Agorafobia	-13,1	-20,1; -6,0	<0,001	-13,2	-20,0; -6,5	<0,001
Transtorno de Pânico com Agorafobia	-23,7	-27,8; -19,6	<0,001	-23,4	-17,4; -19,5	<0,001
	Relações Sociais			Relações Sociais		
	β	IC (95%)	p-valor	β	IC (95%)	p-valor
Transtorno de Ansiedade Generalizada	-9,0	-11,2; -6,9	<0,001	-9,1	-11,2; -6,9	<0,001
Transtorno de Estresse Pós Traumático	-16,6	-20,9; -12,4	<0,001	-16,1	-20,2; -11,9	<0,001
Transtorno Obsessivo Compulsivo	-10,5	-14,6; -6,3	<0,001	-10,0	-14,1; -6,0	<0,001
Fobia Social	-12,0	-15,4; -8,6	<0,001	-11,9	-15,2; -8,6	<0,001
Transtorno de Pânico sem Agorafobia	-12,4	-19,4; -5,4	0,001	-12,4	-19,3; -5,5	<0,001
Transtorno de Pânico com Agorafobia	-12,1	-16,3; -7,9	<0,001	-11,8	-15,9; -7,7	<0,001
	Ambiente			Ambiente		
	β	IC (95%)	p-valor	β	IC (95%)	p-valor
Transtorno de Ansiedade Generalizada	-10,5	-12,2; -8,8	<0,001	-10,4	-12,1; -8,7	<0,001
Transtorno de Estresse Pós Traumático	-14,6	-18,1; -11,1	<0,001	-14,2	-17,6; -10,8	<0,001
Transtorno Obsessivo Compulsivo	-13,3	-16,7; -9,9	<0,001	-12,8	-16,1; -9,5	<0,001
Fobia Social	-11,8	-14,6; -9,1	<0,001	-11,5	-14,2; -8,8	<0,001
Transtorno de Pânico sem Agorafobia	-9,6	-15,3; -3,9	0,001	-9,6	-15,2; -4,0	0,001
Transtorno de Pânico com Agorafobia	-12,0	-15,4; -8,6	<0,001	-11,3	-14,6; -7,9	<0,001

*Ajustado para gênero, idade, classificação econômica e trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de doutoramento buscou apresentar o projeto de pesquisa de um estudo transversal, com pacientes de Unidades Básicas de Saúde que deu origem a dois artigos, cujos objetivos gerais eram avaliar a prevalência de transtornos mentais e a qualidade de vida da população estudada. Para facilitar o entendimento das conclusões do estudo, será retomado, a partir de agora, os objetivos e hipóteses de cada artigo.

Artigo 1

Objetivo geral: Estimar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária em uma das três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas.

Hipóteses:

- *A prevalência de transtornos mentais é elevada e próxima ao encontrado na literatura.*

A hipótese foi confirmada, uma vez que a prevalência de transtornos mentais encontrada foi de 41,6%, ou seja, quase metade da população analisada sofre de algum transtorno mental e esse resultado também é próximo ao encontrado na literatura, que apresenta prevalências de 29,3% a 51%.

- *Os transtornos de humor e ansiedade serão os mais frequentes.*

Hipótese confirmada, para transtornos de humor, a prevalência foi de 28,4% e para transtornos de ansiedade 29,1%.

- *Tanto os transtornos de humor quanto os de ansiedade estarão mais prevalentes nas mulheres do que nos homens.*

Hipótese confirmada, os transtornos de ansiedade e humor foram mais prevalentes em mulheres (31,4% em ambos) do que em homens (22,8% e 20,4%, respectivamente) o que pode ser explicado pelas mulheres procurarem mais os serviços de saúde.

Artigo 2

Objetivo geral: Apresentar o impacto dos transtornos de ansiedade na percepção da qualidade de vida em indivíduos acima de 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária em uma das três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a UCPel.

Hipóteses:

- *A prevalência de transtornos de ansiedade é elevada e próxima ao encontrado na literatura.*

A prevalência encontrada foi de 29,1%, ou seja, quase 1/3 da população analisada sofre de algum transtorno de ansiedade, o que confirma a hipótese, mas por outro lado ela é refutada, pois o valor encontrado foi superior ao sugerido pela literatura, que é em torno de 3,2-21,4%.

- *Todos os transtornos de ansiedade têm impacto na percepção de qualidade de vida.*

Hipótese confirmada, para todos os transtornos de ansiedade avaliados, os quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) apresentam menores médias quando comparados a população geral ($p < 0,001$).

Através deste trabalho, pode-se observar a alta prevalência de transtornos mentais entre os pacientes atendidos em unidades básicas de saúde, o que sugere a relação entre esses transtornos e demais doenças que acometem a população. Ademais, a melhora na detecção de transtornos mentais em atendimento primário, principalmente os de maior prevalência na população, como transtornos de humor e de ansiedade, podem diminuir a procura por atendimento médico e a utilização de recursos em saúde, inclusive proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Outro fator de extrema importância é a presença de comorbidades, responsáveis muitas vezes pelo agravamento do quadro clínico geral, e que são pouco identificadas e tratadas de forma inadequada pelas equipes de saúde. Tornando assim, indispensável, a qualificação dos serviços de saúde, através de políticas públicas que contemplem intervenções em nível de saúde mental, uma vez que estas podem ser consideradas de alta resolutividade.