

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

“Prevalência de transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil”

**Daniel Maffasioli Gonçalves
Orientadora: Profa. Dra. Suzi Comey**

Porto Alegre, janeiro de 2009.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

“Prevalência de transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil”

Daniel Maffasioli Gonçalves

Orientadora: Profa. Dra. Suzi Camey

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2009

G635p Gonçalves, Daniel Maffasioli
Prevalência de transtornos mentais e fatores
sociodemográficos associados em população atendida por equipes
da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz
do Sul, RS, Brasil / Daniel Maffasioli Gonçalves ; orient. Suzi
Camey. – 2009.
120 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2009.

1. Transtornos mentais 2. Epidemiologia 3. Fatores
socioeconômicos 4. Atenção primária à saúde 5. Psiquiatria
comunitária 6. Santa Cruz do Sul (RS) II. Camey, Suzi II. Título.

NLM: WM 31

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr Erno Harzheim

Prof Dr Alvaro Vigo

Profa Dra Clarissa Gama (membro externo)

Suplente: Profa Dra Maria Angélica Nunes

SUMÁRIO

Resumo	5
Abstract	6
1. APRESENTAÇÃO	7
2. INTRODUÇÃO	8
3. REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1. Saúde Mental e Qualidade de Vida	10
3.2. Morbidade Psiquiátrica	12
3.3. Suicídio e comportamento suicida.....	13
3.4. Custos econômicos decorrentes de Transtornos Mentais	15
3.5. Oferta versus Necessidades em Saúde Mental	16
3.6. Inserção de Saúde Mental no Atenção Primária à Saúde	18
3.7 Estudos Epidemiológicos em Saúde Mental	20
4. OBJETIVOS.....	27
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
6. ARTIGO EM PORTUGUÊS.....	37
7. ARTIGO EM INGLÊS	62
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
9. ANEXOS	92
I. PROJETO DE MESTRADO	93
II. APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	105
III. CARTA DE ACEITE SECRETARIA DE SAÚDE SANTA CRUZ DO SUL..	107
IV. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
V. QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	111
VI. ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO DE DESEMPENHO DO SRQ-20 E SRQ-A ...	118

RESUMO

OBJETIVOS: Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA) em população atendida por Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul, Brasil; estudar as associações entre TMC e TADA com variáveis sociodemográficas. **METODOLOGIA:** Todos moradores acima de 14 anos de 3 áreas atendidas por ESF foram convidados a participar no período de 10 de fevereiro de 2006 a 10 de fevereiro de 2007. **RESULTADOS:** Dos 2921 participantes, as prevalências de TMC e TADA foram de 29,93% (IC95%29,30%-30,56%) e 12,07% (IC95%11,63%-12,52%), respectivamente. Sexo feminino, situação ocupacional desfavorável, baixa escolaridade e baixa renda mostraram associação positiva e independente com TMC. Sexo masculino, situação ocupacional desfavorável e TMC apresentaram associação independente com TADA. **DISCUSSÃO:** Foram encontradas prevalências de TMC e TADA acima das relatadas em outros estudos brasileiros. Grupos com condições socioeconômicas desfavoráveis são os de maior risco para TMC e TADA. **CONCLUSÕES:** Os grupos de maior risco para TMC e TADA deveriam ser levados em consideração quando se planejam políticas públicas em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, epidemiologia, transtornos mentais, fatores socioeconômicos, estudos transversais, programa saúde da família, atenção primária à saúde, grupos de risco, saúde pública, psiquiatria comunitária.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Estimate the prevalence of common mental disorders (CMD) as well as alcohol abuse and dependence disorders (AADD) in a population assisted by Programa de Saúde da Família (PSF or Family Health Program) in the City of Santa Cruz do Sul, Southern Brazil; estimate the associations between CMD and AADD with socio-demographic variables.

METHOD: All residents over 14 years of age from 3 areas assisted by the PSF were invited to participate between February 10, 2006 to February 10, 2007. **RESULTS:** Of 2,921 participants, the prevalence estimates of CMD and AADD were 29.93% (IC95%29.30%-30.56%) e 12.07% (IC95%11.63%-12.52%), respectively. Female, unfavorable employment situation, low schooling and low income showed a positive and independent association with CMD. Male, unfavorable employment situation and CMD showed an independent association with AADD. **DISCUSSION:** We found higher prevalence estimates of CMD and AADD in relation to the observed prevalence estimates in other Brazilian studies. Groups with unfavorable socioeconomic conditions present the highest risk. **CONCLUSIONS:** The groups with the highest risk for CMD and AADD should be taken into account when planning public mental health policies.

KEY-WORDS: mental health, epidemiology, mental disorders, socioeconomic factors, cross-sectional studies, family health program, primary health care, risk groups, public health, community psychiatry.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Prevalência de transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em data a ser definida. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Referências bibliográficas
2. Artigo (em português e em inglês)
3. Conclusões e Considerações Finais.

2. INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos de base populacional têm demonstrado prevalências de transtornos mentais entre 12,2% e 48,6%, dependendo da população estudada e das características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizados⁷⁰. É importante ressaltar que os estudos que avaliam todo o espectro de transtornos mentais têm demonstrado que aproximadamente 90% dos casos na população são de transtornos mentais não-psicóticos (TMNP), ou seja, transtornos depressivos, de ansiedade, de somatização (TMC) e transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA) e outras substâncias^{70,72}.

Transtornos mentais têm sido associados à considerável morbidade e mortalidade, assim como aumento de gastos em saúde pública. Desta forma o tema saúde mental vem adquirindo progressiva importância no cenário atual e tem sido considerada uma estratégia importante no planejamento em saúde pública, sendo recomendado atualmente sua inserção em nível de Atenção Primária à Saúde (APS) para que uma maior parcela da população seja beneficiada^{68,72}.

Para a implementação de políticas públicas na área de saúde mental, assim como em qualquer outra área da saúde, é necessário dispor de informações adequadas para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar. O uso racional dos recursos disponíveis torna imprescindível a busca permanente de instrumentos que auxiliem na tomada de decisões⁵³, sendo que os estudos epidemiológicos de base populacional cumprem este papel^{1,66}. Estes propiciam compreender mais claramente a frequência com que transtornos psiquiátricos ocorrem na população geral, avaliar suas consequências diretas e indiretas em nível individual, familiar e social, além de trazer à tona suas associações com variáveis

sociodemográficas a fim de orientar o reconhecimento de grupos e fatores de risco. Os estudos de base populacional representam de forma mais fidedigna a realidade e são contextualizados no espaço e tempo de interesse^{50,53}.

Entretanto este tipo de estudo no Brasil ainda é escasso, principalmente quando consideramos tratar-se de um país de dimensões continentais. Um dos motivos para esta escassez é a necessidade de aportes consideráveis de recursos financeiros para a sua realização sendo por isso disponíveis basicamente para populações de países desenvolvidos com realidades diferentes da brasileira⁵⁰.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1) Saúde Mental e Qualidade de Vida

Qualidade de vida, um tema discutido já há algum tempo por cientistas sociais, filósofos e políticos, têm recentemente se inserido nas ciências biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição de mortalidade ou aumento da expectativa de vida. É um promissor indicador de saúde, além de uma forma alternativa de mensuração de desfecho clínico. Ao contrário da maioria dos indicadores de saúde, qualidade de vida tem a vantagem de não limitar-se ao processo de doença, mas por ser útil em todo o espectro saúde-doença^{50,76}. Proposições neste sentido têm emergido dentro da área de saúde mental, fazendo com que o estudo do saudável não seja anulado pelo estudo do patológico¹³.

Tem-se priorizado o elemento subjetivo da avaliação de qualidade de vida, que parece essencial, pois os indicadores sociais visto de forma objetiva não são capazes de defini-la. O bem estar subjetivo (BES) é composto por duas dimensões: um componente afetivo (positivo-negativo) e um cognitivo (satisfação com a vida). Embora ambos estejam correlacionados moderadamente, satisfação com a vida forma um componente separado com características próprias e relações independentes com outras variáveis e desfechos clínicos^{9,18,29}.

Meyer et al⁵² (2004) estudou a relação entre diagnóstico psiquiátrico e escores na Escala de Satisfação Com a Vida (ESCV, Satisfaction With Life Scale). Foi demonstrada redução significativa nos escores desta escala nas categorias diagnósticas agrupadas em transtorno de humor depressivo, transtornos de ansiedade, transtornos por abuso de substâncias, assim como para presença de qualquer transtorno mental. Achados semelhantes

foram encontrados em estudo com 625 indivíduos moradores de uma área de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, utilizando a ESCV e o SRQ-20 como instrumento de rastreamento de TMC. Transtornos mentais avaliados pelo SRQ-20 apresentaram associação significativa com menores escores de satisfação com a vida, mesmo após ajuste para variáveis sociodemográficas. Presença de doença crônica não-psiquiátrica não mostrou associação independente com escores de ESCV²⁸.

Finalmente, é importante ressaltar que o tratamento adequado de transtornos mentais está associado com melhora significativa da funcionalidade e qualidade de vida dos seus portadores. Skevington et al⁶¹ (2001) estudou os efeitos do tratamento de depressão nas medidas de qualidade de vida. Cento e seis pacientes com depressão moderada atendidos por clínicos gerais no Reino Unido foram avaliados com o instrumento WHOQoL-100⁷⁶. Verificaram que após 8 semanas de tratamento com antidepressivos houve melhora significativa da depressão com conseqüentes melhora no relato do paciente sobre seu bem estar (74% referiram melhora) e aumento em 24 das 25 facetas do WHOQoL-100, exceto para dependência de medicamentos, o que é esperado pela natureza do estudo e da condição tratada.

Os níveis de qualidade de vida em indivíduos com condições psiquiátricas mais crônicas como transtorno bipolar, quando em tratamento adequado, podem ser equivalentes aos níveis de indivíduos sem doença. Chand et al¹¹ (2004) comparou 50 pacientes bipolares em remissão mantida por tratamento de manutenção com 20 indivíduos hígidos. Encontrou níveis de qualidade de vida sem diferença significativa entre os dois grupos. Entretanto a deficiência no reconhecimento precoce de transtornos mentais pode ter implicações importantes no curso e prognóstico da doença assim como na resposta aos tratamentos. Gazzale et al²⁴ (2005) estudaram 65 pacientes bipolares atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. Verificou que a idade de início e tempo do transtorno não

influenciaram na qualidade de vida atual. No entanto o número de anos com transtorno sem tratamento esteve associado com maiores níveis de depressão e menores níveis de qualidade de vida. Os achados sugerem que o tratamento tardio do transtorno bipolar tenha implicações importantes no estado clínico da doença e na qualidade de vida quando em tratamento adequado.

3.2) Morbidade Psiquiátrica

O Estudo sobre Sobrecarga Global de Doenças (*Global Burden of Disease*), conduzido pela OMS, avaliou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo. Foram avaliadas medidas de mortalidade, incidência, prevalência, AVP (Anos de Vida Perdidos), AVI (Anos Vividos com Incapacidade) e AVAI (Anos Vividos Ajustados para Incapacidade, que representa a sobrecarga total de doença). Entre os indivíduos com idades variando de 15 a 44 anos constatou-se que 12,3% da sobrecarga total (AVAI) e 30,8% de AVI são causados por doenças neuropsiquiátricas. Entre as dez primeiras causas de sobrecarga total em adultos seis são transtornos mentais e entre as dez primeiras causas de AVI sete são transtornos mentais. Doenças físicas também demonstraram causar impacto na capacidade, porém de forma mais fraca que transtornos mentais. Também concluíram que a severidade da doença mental aumenta proporcionalmente o grau de incapacidade do indivíduo⁷².

Não há dados conhecidos específicos para o Brasil em relação à sobrecarga de doenças mentais, especialmente devido à codificação inapropriada derivada de práticas locais de má classificação diagnóstica, o que compromete os dados levantados. Além disso os transtornos mentais tradicionalmente não têm recebido a devida importância como grupo de causas nos registros epidemiológicos relacionados à morbimortalidade, ficando relegados a um segundo plano, e por isso tendo pouca representatividade nos dados epidemiológicos¹.

O impacto dos transtornos mentais nos desfechos de outras condições médicas é

relevante. Estudo realizado em Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, com amostra de 754 indivíduos que buscavam assistência em unidade de APS mostrou que dos 122 (19,7%) indivíduos que declararam ser portadores de diabetes mérito e/ou hipertensão arterial 70 (57,38%) tiveram diagnóstico positivo para um ou mais transtornos mentais²⁷. Tem-se verificado, por exemplo, que depressão tem importante contribuição como fator de risco e fator prognóstico para doenças coronárias. Depressão confere 1,5 a 2 vezes mais chances para início de DAC (doença arterial coronariana) em indivíduos saudáveis e 1,5 a 2,5 vezes mais morbidade e mortalidade em pacientes com DAC estabelecida^{22,33}.

A não aderência à medicação para tratamento de doenças crônicas não-psiquiátricas chega a 50% no longo prazo e portanto é uma questão prioritária em saúde³⁷. Transtornos mentais, como por exemplo depressão, representam impacto negativo importante neste evento. Pacientes deprimidos têm três vezes mais chances de não cumprirem com regimes medicamentosos do que os não deprimidos. Isto significa que pacientes diabéticos deprimidos, por exemplo, têm mais chances de não aderir à dieta, têm hiperglicemias mais freqüentemente, maior incapacidade e maiores gastos em saúde que diabéticos não deprimidos, o mesmo ocorrendo entre pacientes após infarto agudo do miocárdio^{12,78}. Estudos mostram que tratar depressão e ansiedade em diabéticos por exemplo significa melhora não apenas em desfechos mentais mas também físicos^{36,37}.

3.3) Suicídio e comportamento suicida

Entre as principais causas para o aumento da mortalidade em portadores de transtornos mentais está o suicídio, que é a terceira causa de morte na população entre 15 a 34 anos, conforme dados de 54 países que disponibilizam essas informações. Oitocentos e quatorze mil mortes por suicídio ocorrem a cada ano no mundo^{71,73}.

Uma análise de tendência temporal no Brasil de 1980 a 2000 mostrou um aumento de

21% na incidência de suicídio (3,1 a 4/100.000 por ano). Homens representam a maioria dos casos e apresentam aumento na incidência maior que as mulheres, com uma razão de proporção de 2,3 em 1980 e 4 em 2000. Os coeficientes de mortalidade por suicídio aumentam com a idade, porém o padrão etário está mudando em direção à população mais jovem, com impressionante aumento de 1900% entre homens de 15 a 25 anos (0,3 a 6/100.000 por ano) e de 300% entre mulheres desta mesma faixa etária (0,5 a 2/100.000 por ano) entre 1980 e 2000⁴³. Esta tendência em relação à idade e a predominância no sexo masculino vem sendo observada em todo mundo^{19,71,73}.

O estado do Rio Grande do Sul tem apresentado o maior coeficiente de mortes por suicídio do país nos últimos anos e Santa Cruz do Sul, assim como a região a que pertence (Vale do Rio Pardo), tem despertado atenção pela discrepância verificada em relação aos referidos coeficientes. Enquanto que no Brasil o coeficiente de mortalidade por suicídio para o ano de 2005 foi de 4,64/100.000 e para o estado do Rio Grande do Sul foi de 7,94/100.000, Santa Cruz do Sul apresentou 16,1/100.000, conforme cálculo realizado com dados divulgados pela base Datasus⁴⁶. Ou seja, neste município, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi 3,5 vezes e 2 vezes acima das médias nacional e estadual para aquele ano, respectivamente.

Uma classificação de mortalidade utilizada correntemente determina que coeficientes de mortalidade menores de 5/100.000 são considerados baixos, entre cinco e 15 médios, entre 15 e 30 altos e os maiores de 30 muito altos¹⁹. Segundo esse critério a mortalidade por suicídio no Brasil é considerada baixa, no Rio Grande do Sul média e em Santa Cruz do Sul alta.

Apesar destas evidências, que justificam a necessidade de estudos epidemiológicos em saúde mental nessa região, isto não é uma realidade. Realizamos uma busca na base de dados Pubmed e Scielo com as palavras-chave “prevalence”, “mental disorder”, “suicide”, “suicidal

behavior”, “Rio Grande do Sul” e “Brasil” e não foram encontrado estudos de base populacional abordando questões como transtornos mentais, presentes em até 97% dos indivíduos que cometem suicídio⁷ e comportamento suicida nesta região (pelo conhecimento deste autor), o que aumenta a importância da realização destes estudos neste momento.

3.4) Custos econômicos decorrentes de Transtornos Mentais

A sobrecarga não definida (*undefined burden*) dos transtornos mentais refere-se aos custos econômicos decorrentes destes para as famílias, comunidades e países. Em termos de organização do sistema de saúde, vários estudos têm demonstrado que transtornos mentais representam aumento significativo dos gastos públicos em saúde, sendo que grande parte deste custo poderia ser evitado com o diagnóstico e manejo adequado dos casos. Isto porque portadores de transtornos mentais não diagnosticados tendem a superutilizar tratamentos paliativos, exames e consultas a especialistas em busca de solução para sintomas cuja causa primária não está diagnosticada, sendo maior quando tratam-se de sintomas psicossomáticos^{12,51,60}.

Além disso, conforme citado anteriormente, pacientes com condições médicas não-psiquiátricas apresentando comorbidades com algum transtorno mental sem tratamento específico para este último tendem a aderir menos ao tratamento com conseqüente diminuição da efetividade de ações interventivas terapêuticas, culminando em aumento de custos para tratamento de complicações e outros desfechos que seriam preveníveis com adesão adequada^{12,36,78}.

Um estudo italiano analisou o uso de serviços de saúde por três grupos de pacientes: deprimidos não diagnosticados, pacientes com doenças não-psiquiátricas crônicas e indivíduos saudáveis. Concluiu que deprimidos não diagnosticados usam mais recursos de saúde que os outros dois grupos, especialmente medicamentos e hospitalizações. Ou seja,

pacientes deprimidos não tratados acarretam aumento dos custos diretos em saúde. Os autores afirmam que transtornos depressivos deveriam ser considerados questão prioritária de saúde pública e destinação de recursos¹⁰.

Achados semelhantes foram encontrados em estudo na cidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, com amostra de 754 indivíduos que buscavam assistência em unidade de APS. Dentre os participantes 51,1% (IC95% 47,5-54,7%) foram diagnosticados como portadores de diagnóstico psiquiátrico. Os diagnósticos mais frequentes foram transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada e distímia. Os portadores de transtornos mentais utilizaram de forma significativamente mais frequente recursos da saúde nos últimos doze meses (consultas a clínicos gerais e/ou médicos de família, consultas a especialistas, realização de exames complementares e consultas em emergência) que os sem transtorno ($p < 0,05$). Além disso pacientes com diagnóstico psiquiátrico apresentaram percentual significativamente maior de indivíduos aguardando agendamento para algum tipo de serviço de saúde (psiquiatra/CAPS, outras especialidades, cirurgia/exames/internação) que os sem diagnóstico. Todas estas associações permaneceram após controle para presença de doença crônica em tratamento²⁷.

Outros estudos concordam que a melhora na detecção de casos e tratamento de transtornos mentais em APS estão relacionados com melhora na qualidade de vida e na performance laboral, além de diminuição da procura por atendimento médico e utilização de recursos em saúde⁶⁴.

3.5) Oferta versus Necessidades em Saúde Mental

De 20 a 55% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de APS têm pelo menos um transtorno mental. Destes 50 a 75% não recebem diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento adequados^{30,62,63,66}. Anseau et al⁵ (2004) avaliou com o

instrumento de rastreamento psiquiátrico PRIME-MD⁶² 2316 indivíduos na Bélgica que procuravam atendimento médico em centros de atenção primária à saúde (APS). Embora apenas 5,4% dos pacientes procuraram atendimento por razões psiquiátricas, 42% dos indivíduos resultaram em rastreamento positivo para transtornos mentais.

Spitzer et al⁶² (1994) avaliaram 1000 indivíduos com PRIME-MD em quatro clínicas de APS nos EUA. Foram diagnosticados 26% desses com algum transtorno mental, sendo que 48% destes nunca haviam recebido diagnóstico antes da aplicação do instrumento.

Em relação à depressão, por exemplo, 50 a 60% dos casos atendidos em nível primário não são detectados, e conseqüentemente não recebem o tratamento adequado, mesmo que isto preveniria até 70% da morbidade causada por esta condição^{20,42}. Estas barreiras no diagnóstico da depressão devem-se, entre outros fatores, à presença freqüente de comorbidades e à dificuldade do corpo médico em reconhecê-la.

Até 69% dos pacientes deprimidos relatam apenas sintomas somáticos para os médicos quando em consulta. Os clínicos gerais diagnosticam em média 90% dos pacientes com transtornos mentais que se apresentam com queixas psiquiátricas, mas somente 50% dos que se apresentam com sintomas somáticos. A deficiência no reconhecimento precoce de transtornos mentais tem implicações importantes no curso e prognóstico da doença, assim como na resposta aos tratamentos, independente do transtorno^{41,51}.

O subdiagnóstico contribuiu para a considerável lacuna existente entre demanda e oferta de assistência em saúde mental (*treatment gap*). Uma revisão sistemática de 37 estudos demonstrou que a estimativa média para esta lacuna é de 32,2% para esquizofrenia e outras psicoses não-afetivas, 50% a 56% para transtornos depressivos e de ansiedade e 78,1% para abuso e dependência de álcool³¹. Mesmo em países desenvolvidos, a lacuna estimada entre oferta e demanda de assistência em saúde mental é robusta⁷⁴.

Na tentativa de solucionar esses problemas, tem sido fortemente demonstrada a

necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, principalmente em APS, sobre temas relacionados à saúde mental a fim de incluir políticas públicas neste nível de assistência.

3.6) Inserção de Saúde Mental no Atenção Primária à Saúde (APS)

As evidências do impacto negativo de transtornos mentais, associadas ao fato de que a grande maioria destes, especialmente os de menor complexidade, são atendidos por médicos generalistas⁶⁵, têm feito crescer o consenso de que o foco da assistência em saúde mental seja dirigido para o nível de APS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere políticas públicas de saúde mental que sejam inseridas no cotidiano do APS para que uma maior parcela da população possa ser beneficiada^{72,73}.

Entre as dez recomendações gerais do Who World Health Report 2001⁷², destacamos:

1. Oferecer tratamento em APS;
2. Disponibilizar medicamentos psiquiátricos;
3. Oferecer atendimento dentro da comunidade;
4. Educar o público;
5. Envolver comunidades, famílias e usuários;
6. Desenvolver recursos humanos em saúde mental;
7. Monitorar a saúde mental da comunidades através de indicadores de prevalência e qualidade do atendimento.

A Declaração de Caracas, firmada durante a Conferência Regional de Reestruturação do Atendimento Psiquiátrico na América Latina, reforça a recomendação de inserir o tema saúde mental na atenção primária à saúde visto a escassez de profissionais especializados para atendimento em larga escala. Crenças, atitudes e respostas da sociedade decidem muitos aspectos do atendimento em saúde mental. Os indivíduos com problemas psiquiátricos são membros da sociedade e o ambiente social é um importante determinante de desfechos. Se há

um ambiente social favorável, isto contribui para a recuperação e reintegração; se for desfavorável, reforça o estigma e a discriminação⁶⁸.

Esforços para aprimorar o envolvimento das comunidades locais inclui disseminação de informação precisa sobre transtornos mentais e o uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas, como voluntariado em ações de prevenção de suicídio. Somente a mudança do atendimento da instituição para a comunidade já pode alterar as atitudes das comunidades e suas respostas e ajudar as pessoas com problemas psiquiátricos a lidarem melhor com a vida. A integração com os serviços de APS é crucial em locais onde os centros de saúde mental comunitários não têm abrangência suficiente ou não tem condições de atender à demanda. Isto se aplica em especial a países como os da América Latina⁶⁸.

O atendimento de saúde mental inserido nos serviços de APS tem como vantagens:

- . menos estigmatização por parte dos pacientes e da equipe de saúde, visto que esses transtornos são manejados juntamente com outros problemas de saúde;
- . melhor rastreamento e tratamento, em particular melhor detecção de pacientes que se apresentam com queixas somáticas vagas que estão relacionadas a transtornos mentais;
- . potencial melhora do tratamento de problemas físicos dos pacientes com transtornos psiquiátricos e vice-versa.

Para o administrador, as vantagens incluem:

- . uma única infra-estrutura que leva à economia custo-eficiência;
- . potencial para prover cobertura universal em saúde mental;
- . uso de recursos da comunidade, que podem parcialmente compensar a escassez de profissionais especializados.

Para que a integração da saúde mental na assistência primária tenha sucesso, deve-se atentar para os seguintes pontos:

1. a equipe de saúde deve ter conhecimento, habilidades e motivação para tratar e

manejar esses pacientes;

2. medicamentos psiquiátricos básicos devem estar disponíveis;
3. especialistas em saúde mental devem prover suporte e monitorar a equipe de APS .

As funções nesse nível de atendimento em relação à saúde mental abrangem:

1. identificação dos casos;
2. intervenção precoce;
3. provimento de medicamentos básicos e intervenções psicossociais;
4. encaminhamento a especialistas dos casos complexos;
6. promoção de saúde mental^{68,72,75}.

A assistência na comunidade não deve ser apenas mais acessível, mas deve ser capaz de sanar as múltiplas necessidades do indivíduo, identificar recursos que ficariam de outra forma desconhecidos e inativos. Esses recursos podem prevenir o abandono de pacientes às suas famílias muitas vezes não capacitadas, com as conhecidas conseqüências para ambas as partes^{72,75}. No Brasil esta recomendação implica necessariamente a inclusão do tema saúde mental entre as prioridades de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

3.7) Estudos epidemiológicos em Saúde Mental

Os primeiros estudos em epidemiologia psiquiátrica surgiram no final do século XIX e tinham como foco principal a avaliação das “epidemias psíquicas”. Partiam dos pressupostos teóricos próprios das doenças transmissíveis, ou seja, agente-hospedeiro-ambiente. No Brasil, Nina Rodrigues foi um dos pioneiros com o estudo de caso sobre Antônio Conselheiro e seu grupo na Bahia no qual descrevia uma “epidemia psíquica” por “contágio mental”³⁴.

Logo se seguiram os estudos de prevalência de transtornos mentais e fatores associados, principalmente indicadores sociodemográficos, que eram basicamente conduzidos em ambientes de atendimento hospitalar e asilar até a década de 1950. Isto criava um viés

importante visto que os dados disponíveis oriundos destes ambientes de pesquisa refletiam mais o acesso à assistência do que a realidade na população⁴⁸.

Em relação ao estudo de transtornos mentais na população utilizando amostras representativas Rosanoff foi um dos pioneiros⁵⁷. A partir da década de 1960 estes estudos tomaram verdadeiro impulso⁵⁸. O método assemelhava-se muito ao utilizado por Durkheim em seu trabalho de inquérito populacional de âmbito nacional sobre a estatística do suicídio²¹.

No Brasil o primeiro estudo em epidemiologia psiquiátrica de base populacional (conforme revisão bibliográfica nas bases de dados Pubmed e Scielo) foi o de Coutinho¹⁷ (1976) conduzido em um bairro de Salvador na década de 1970, quando encontrou 49,3% de prevalência de transtornos mentais, sendo que 95% destes correspondiam a neuroses (nomenclatura da época para designar TMC) e TADA. Logo em seguida surgiu o primeiro estudo de epidemiologia psiquiátrica infantil conduzido por Almeida-Filho com 19% de prevalência de transtornos mentais para esta população. Santana replicou estudo de Coutinho ainda na década de 1970 com 1534 moradores do bairro do O de Salvador, Bahia. Ocorreu em duas etapas: rastreamento de casos suspeitos com QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto), cuja sensibilidade e especificidade são de 83% e 71%, respectivamente, no ponto de corte utilizado; e confirmação de casos suspeitos por entrevistas com psiquiatras. A prevalência encontrada foi de 20%⁵⁸.

Diferenças importantes nas prevalências encontradas em estudos daquele período deviam-se especialmente aos problemas de classificação diagnóstica e técnicas de identificação de caso psiquiátrico que permaneciam como um impeditivo para o avanço na área. A primeira questão foi parcialmente solucionada pela introdução de manuais de diagnóstico psiquiátrico clínico, sendo os principais CID (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM (*Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders*, ou, Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais.). Isto possibilitou uma linguagem comum

para definição de caso, com estimativas de prevalências comparáveis e mais estáveis entre os estudos. Além disto a incorporação de técnicas estatísticas mais refinadas para o delineamento e análise dos dados associada a um maior cuidado na padronização dos métodos de coleta permitiu o aprimoramento destes estudos.

No início da década de 1990 foi realizado o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica que também consistia em duas etapas: rastreamento com QMPA e confirmação diagnóstica por psiquiatras por meio da checagem de sintomas. Foram avaliadas 6476 pessoas com mais de 14 anos de idade em três centros urbanos brasileiros: Porto Alegre, São Paulo e Brasília. A prevalência de transtornos mentais para a cidade de Porto Alegre foi de 43%, sendo os diagnósticos mais frequentes transtornos por uso de álcool e outras substâncias (24,6%), transtornos de ansiedade (23%) e transtornos de humor (10,7%)¹.

Resultados semelhantes foram relatados pelo WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, também realizado no início da década de 1990, que comparou prevalências em diversos países ocidentais utilizando o instrumento diagnóstico CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*)⁵⁶. Demonstrou que um terço das pessoas entrevistadas apresentavam pelo menos um transtorno mental ao longo da vida⁷⁰. Em análises secundárias desse estudo viu-se que a grande maioria dos casos não recebia qualquer tipo de tratamento sendo essa proporção na ordem de um a dois terços dos indivíduos com diagnóstico psiquiátrico considerado grave.

Outro estudo utilizando o CIDI foi realizado na área de abrangência de uma unidade básica de saúde da Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo, durante os anos de 1994 a 1996, com 1464 indivíduos maiores de 18 anos. As prevalências para transtornos mentais ao longo da vida foram de 45,9% para presença de qualquer transtorno, 16,8% para transtorno depressivo, 4,3% para distímia, 1% para transtorno bipolar, 12,5% para transtornos

de ansiedade, 27,3% para transtornos decorrentes do uso de substâncias, 1,9% para psicoses não-afetivas, 6% para transtornos somatoformes e 1,5% para bulimia nervosa⁴.

Atualmente os estudos de base populacional em epidemiologia psiquiátrica têm focado os TMNP devido a sua alta prevalência, sendo geralmente realizados em uma etapa com instrumentos de rastreamento psiquiátrico previamente validados através da comparação de seu desempenho com entrevistas psiquiátricas formais, consideradas padrão-ouro. Este método tem sido preconizado em vista dos altos custos decorrentes de estudos em duas etapas.

Para tanto preconizam-se instrumentos de rápida e fácil execução, características que o CIDI não contempla devido à complexidade do instrumento, demora na sua aplicação e necessidade de aplicadores com período considerável de treinamento. Ao contrário do CIDI, o SRQ-30 (*Self-reporting questionnaire 30 Items*) foi um instrumento proposto pela OMS para rastreamento de transtornos mentais auto-respondido, de rápida aplicação e baixo custo⁶⁷. Originalmente era composto por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de TMC (SRQ-20), também conhecidos como transtornos mentais menores; quatro para rastreamento de transtornos psicóticos; uma para rastreamento de convulsões tipo tônico-clônica; e cinco questões para rastreamento de TADA (SRQ-A). As questões para rastrear psicose de certa forma ficaram em desuso, pois o rastreamento deste tipo de patologia por instrumentos auto-respondidos apresenta baixa sensibilidade, estando indicada a busca ativa de casos. O mesmo ocorre para a questão sobre convulsões⁶⁹.

No Brasil o SRQ-20 foi comparado com entrevista psiquiátrica formal utilizando o instrumento semi-estruturado CIS (*Clinical Interview Schedule*)²⁵ em meados da década de 1980. Neste estudo a sensibilidade e especificidade foram, respectivamente, 83% e 80% para detecção de casos de transtornos mentais do tipo neurótico (TMC) utilizando como ponto de corte 7/8 (isto é, oito ou mais significando rastreamento positivo) para mulheres e 5/6 (isto é,

seis ou mais significando rastreamento positivo)) para homens^{39,40}. Em relação às questões para rastreamento de TADA não localizamos na literatura estudo de validação conduzido no Brasil.

Recentemente foi publicado um estudo de atualização do desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento de TMC e dos cinco itens para rastreamento de TADA (nomeados conjuntamente de SRQ-A) comparando-os com entrevista psiquiátrica estruturada utilizando o SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*)⁸, baseado na versão corrente do DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th version revised*)³. Os pontos de corte ótimo para toda amostra (independente do sexo) foi de 7/8 para o SRQ-20 com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% e 1/2 para o SRQ-A com sensibilidade de 69% e especificidade de 91%²⁶.

Quatro estudos recentes utilizaram o SRQ-20 com diferentes pontos de corte para definição de provável caso de TMC. Um foi realizado em Pelotas, RS, Brasil, com 1800 indivíduos representativos da população urbana daquela cidade. O ponto de corte considerado foi o proposto por Mari et al³⁹ (1985) ou seja, 7/8 para mulheres e 5/6 para homens. A estimativa de TMC foi de 28,5% (IC 95% 26,4%-30,6%)¹³. Outros dois estudos foram realizados no estado de Pernambuco, sendo um em parte da área urbana de Olinda³⁵ e outro na Zona da Mata Pernambucana¹⁶. No primeiro a prevalência encontrada foi de 35%, e no segundo, de 36% (não fornecem intervalos de confiança). O ponto de corte utilizado nestes dois últimos estudos foi de 5/6 tanto para homens como para mulheres.

Por fim um estudo conduzido no município de São Paulo em quatro áreas, sendo duas áreas atendidas por ESF, avaliou 2337 indivíduos maiores de 14 anos. A prevalência encontrada para os 1211 participantes pertencentes às áreas de ESF foi de 24,1% (20,1%-28,6%), considerando como ponto de corte 7/8 para mulheres e 5/6 para homens³⁸.

Em relação à prevalência de TADA os estudos realizados no Brasil mostram

estimativas que variam de 7 a 11,9%^{1,2,6,15,23,44}. As diferentes prevalências podem se dever a diferentes instrumentos de rastreamento utilizados e a características sociodemográficas diferentes das amostras. Nos Estados Unidos o NCS-R (National Comorbidity Survey Replication), com amostra representativa daquele país, encontrou prevalência de 4,2%⁶⁵.

A associação de transtornos mentais com variáveis sociodemográficas tem sido objeto de alguns estudos. Este tipo de avaliação apresenta algumas dificuldades metodológicas tornando-se um desafio. Em vista disto estas questões de pesquisas estão sendo testadas em estudos transversais, que não permitem estabelecer relação temporal, e acabam por se sustentar na base descritiva para analisar as relações encontradas, embora este tipo de análise seja habitualmente considerado de menor interesse e poder, pois estaria sujeito a viés. Estas dificuldades metodológicas, assim como a predominância dos modelos biológicos na literatura vigente, tornaram o estudo de fatores sócio-econômicos de segunda ordem, quando na verdade são fundamentais para a compreensão dos processos de saúde-doença²⁵.

Em relação às associações entre variáveis sociodemográficas e TMC, sexo feminino, situação ocupacional desfavorável, baixa escolaridade e baixa renda mostraram associação positiva e independente com TMC desde os primeiros estudos em epidemiologia psiquiátrica de base populacional verificam-se estas associações⁵⁸. O padrão de associação de idade com TMC é controverso na literatura variando de uma correlação linear direta à falta de associação. A associação de situação conjugal com TMC também é controversa, com alguns estudos mostrando associação negativa com com categoria casados enquanto outros não mostram qualquer tipo de associação^{1,35,38,58}.

A forma como condições socioeconômicas desfavoráveis e sexo feminino associam-se com TMC é uma área de especulação apenas, devido aos problemas metodológicos que impõem o estudo destas relações. A semelhança de associação de escolaridade, situação ocupacional e renda na associação com TMC mostra haver uma interação entre elas e reflete a

complexidade do estudo de variáveis sócio-econômicas devido à sua inter-dependência. É inegável que a situação ocupacional influencie na renda, assim como nível de escolaridade influencie situação ocupacional.

A associação de TADA com TMC foi observada em vários estudos^{1,14,44}. Entretanto, em relação às associações entre variáveis sociodemográficas e TADA, há pouco consenso entre os estudos. A exceção é sexo masculino que sistematicamente mostra-se associado com TADA^{2,58}.

Embora os questionamentos sobre causalidade nas relações entre as variáveis sociodemográficas e transtornos mentais são muitos, refletindo a complexidade do tema abordado e as limitações metodológicas para esclarecê-los, independente de as variáveis sociodemográficas serem causa ou consequência de TADA (ou ambos), a identificação de segmentos populacionais mais suscetíveis a estes transtornos é fundamental para o planejamento em saúde pública⁶. A identificação de grupos de risco por si só garante a importância destes estudos.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Estimar a prevalência de casos suspeitos de transtornos mentais comuns (TMC) e de casos suspeitos de transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA) em amostra da população atendida por Estratégia Saúde da Família (ESF) em Santa Cruz do Sul, RS.

Objetivo Específicos

1. Estudar as associações entre fatores sociodemográficos e caso suspeito de TMC;
2. Estudar as associações entre fatores sociodemográficos e caso suspeito de TADA;
3. Verificar se TMC e TADA neste população apresentam prevalências maiores que as encontradas em outros locais do país visto que o município apresenta alto coeficiente de mortalidade por suicídio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171(12):525-9.
2. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil- interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(3):214-22.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
4. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316-25.
5. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78(1):49-55.
6. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study *Rev Saúde Pública* 2007;41(4):502-9.
7. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1:181-5.
8. Biometrics Research Department – Columbia University. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Disponível em:

<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/scid/>. Acesso em 08/08/2008.

9. Campbell A. The sense of well-being in America. New York: McGraw-Hill; 1981.
10. Carta MG, Hardoy MC, Kovess V, Dell'Osso L, Carpiniello B. Could health care costs for depression be decreased if the disorder were correctly diagnosed and treated? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(9):490-2.
11. Chand PK, Mattoo SK, Sharan P. Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(3):311-8.
12. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000;160:3278-85.
13. Cloninger CR. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:174-86.
14. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002;5(2):164-73.
15. Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallala PC, Menezes AMB, et al. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):1-8.
16. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):73-9.
17. Coutinho, DM. Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel, Salvador. Salvador, 1976. [Tese de Mestrado em Medicina Interna - Faculdade de Medicina – UFBA].
18. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective

- indicators. *Soc Indic Res* 1997;40:189-216.
19. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statist Q* 1993;46:52-68.
 20. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58:5-10.
 21. Durkheim E. *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret; 2003.
 22. Fisch HU, Laederach-Hofmann K. Diagnosis and therapy of depression in the heart disease patient. *Ther Umsch* 2003;60(11):703-7.
 23. Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EL. Household survey on drug abuse in Brazil: Study involving the 107 major cities of the country - 2001. *Addict Behav* 2005;30:545-56.
 24. Gazalle FK, Andreatza AC, Cereser KM, Hallal PC, Santin A, Kapczinski F. Clinical impact of late diagnose of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2005;86(2-3):313-6.
 25. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph no 21. London: Oxford University Press; 1972.
 26. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de Desempenho do Self-Report Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública* 2008;24(2):380-90.
 27. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de Transtornos Mentais em Indivíduos de uma Unidade de Referência para Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(7):1641-50.
 28. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1060-6.
 29. Gouveia VV, Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB. Medindo a satisfação com a

- vida dos médicos no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2005;54(4):298-305.
30. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10:231-41.
 31. Kohn R, Saxena S, Levay I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82(11):858-66.
 32. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001;31:1181-91.
 33. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004;66(3):305-15.
 34. Lucena J. Aspectos culturais na patologia mental em certos grupos brasileiros. *Rev Bras Psiq* 1969;3(1):7-30.
 35. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.
 36. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KF, Eisen AS, Rubin EH, et al. Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997;59(3):241-50.
 37. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000;23(5):618-23.
 38. 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;22(8):1639-48.

39. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-9.
40. Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
41. McGorry PD. Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(Suppl):145-9.
42. 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.
43. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Saúde Pública* 2005;27(2):131-4.
44. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in Southern Brazil. *Addiction* 2003;98(6):799-804.
45. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(6):435-41.
46. Ministério da Saúde. Brasil. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. Sistema de informações sobre mortalidade/MS/SUS/DASIS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 04/10/2008.
47. Ministério da Saúde. Sítio eletrônico da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://drt2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em 25/05/2008.

48. Morgado AF, Coutinho ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. *Cad Saude Publica* 1985;1(3):327-47.
49. Moscicki EH. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threatn Behav* 1995;25:25-35.
50. Nedel FB, Rocha M, Pereira J. Anos de vida perdidos por mortalidade: um dos componentes da carga de doenças [Years of life lost by mortality: a component of the burden of disease]. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(5):461-9.
51. Passamonti M, Pigni M, Fraticelli C, Calori G, Piccinelli M; Varese Group Study of Depression in General Practice. Somatic symptoms and depression in general practice in Italy. *Eur J Gen Pract* 2003;9(2):66-7.
52. Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction of Life Scale. *Psychol Asses* 1993;5(2):164-72
53. Pereira MG. Indicadores de Saúde. In: Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 49-73.
54. Pirkis JE, Burgess PM, Meadows GN, Dunt DR. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Med J Aust* 2001;175:542-5.
55. Rihmer Z, Kitty K. Bipolar disorders and suicidal behavior. *Bipolar Disord* 2002;4(suppl 1):21-5.
56. Robins LN, Wing J, Wittchen H-U. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
57. Rosanoff AJ. A survey of mental disorders in Nassau County. Apud: Arthur RJ. *An introduction to social psychiatry*. Baltimore: Penguin Books; 1977.
58. Santana VS. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. Salvador, Secretaria de Saúdedo Estado da Bahia, 1982. 139 p. [Série de estudos em

saúde, 3]

59. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Wasserman D, editors. Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Germany: Hogrefe & Huber; 2001.
60. Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(1):18-25.
61. Skevington SM, Wright A Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *British J Psych* 2001;178:261-7.
62. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272(22):1749-56.
63. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999; 282(18):1737-44.
64. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(1):22-33.
65. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:629-40.
66. Warner L, Ford R. Mental health facilitators in primary care. *Nurs Stand* 1998;13(6):36-40.
67. WHO (World Health Organization). Sixteenth Report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Technical Reports Series (564). Geneva: WHO; 1975.

68. WHO (World Health Organization). Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, Caracas, Venezuela, 1990. *Int Dig Health Legis* 1991;42(2):336-8.
69. WHO (World Health Organization). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire. Geneva: WHO; 1993.
70. WHO (World Health Organization). The WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78(4):413-26.
71. WHO (World Health Organization). Preventing suicide - a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization; 2000.
72. WHO (World Health Organization). The World health report. 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2001.
73. WHO (World Health Organization). Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.
74. WHO (World Health Organization). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*; 82 (11). Geneva: WHO; 2004.
75. WHO (World Health Organization). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Human Resources and Training in Mental Health. (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: WHO; 2005.
76. WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, editores. Quality of life assessment: international perspectives. Heigelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.

77. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. JAMA 1995;273:59-65.
78. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. Arch Intern Med 2000;160:1818-23.

6. ARTIGO EM PORTUGUÊS

A SER ENVIADO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

1) Título:

Prevalência de transtornos mentais em população atendida pela Estratégia Saúde da Família

2) Running title:

Transtornos Mentais em ESF

3) Autores:

Gonçalves DM¹, Camey S¹

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS

4) Endereços dos autores:

Daniel Maffasioli Gonçalves

Rua Ramiro Barcelos 2400/2º andar

Porto Alegre – RS - Brasil

CEP 90035-003

Suzi Camey

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

5) Trabalho originário do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para correspondência:

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

6) Autor responsável por correspondências:

Profa Suzi Comey

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

7) Financiamentos:

Financiamento para execução do projeto: CNPq projeto número 401868/2005-2

Financiamento para tradução: FIPE – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

8) Artigo resultado da dissertação de mestrado de Daniel Maffasioli Gonçalves apresentado em 2008 no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

OBJETIVOS: Verificar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA) em população atendida por Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul, Brasil; verificar associações entre TMC e TADA com variáveis sociodemográficas. **METODOLOGIA:** Todos moradores acima de 14 anos de 3 áreas atendidas por ESF foram convidados a participar no período de 10 de fevereiro de 2006 a 10 de fevereiro de 2007. **RESULTADOS:** Dos 2921 participantes, as prevalências de TMC e TADA foram de 29,93% (IC95%29,30%-30,56%) e 12,07% (IC95%11,63%-12,52%), respectivamente. Sexo feminino, situação ocupacional desfavorável, baixa escolaridade e baixa renda mostraram associação positiva e independente com TMC. Sexo masculino, situação ocupacional desfavorável e TMC apresentaram associação independente com TADA. **CONCLUSÕES:** Foram encontradas prevalências de TMC e TADA acima das relatadas em outros estudos brasileiros. Grupos com condições socioeconômicas desfavoráveis são os de maior risco para TMC e TADA. Os grupos de maior risco para TMC e TADA deveriam ser levados em consideração quando se planejam políticas públicas em saúde mental. O estudo apresenta alguns elementos para o entendimento da rede de causas dos transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, epidemiologia, transtornos mentais, fatores socioeconômicos, estudos transversais, programa saúde da família, atenção primária à saúde, grupos de risco, saúde pública, psiquiatria comunitária.

INTRODUÇÃO

Transtornos mentais são reconhecidos como um importante problema de saúde pública. As prevalências de transtornos mentais em estudos de base populacional variam de 12,2% a 48,6%. Esta variação pode dever-se a diferenças nas características da população estudada e a diferentes instrumentos de rastreamento ou diagnóstico utilizados. Aproximadamente 90% dos casos na população são de transtornos mentais comuns (TMC - transtornos depressivos, de ansiedade e de somatização) e transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA)²⁴.

O estudo Sobrecarga Global de Doenças (*Global Burden of Disease*) conduzido na década de 1990 mostrou que nos indivíduos entre 15 e 44 anos 12,3% da sobrecarga total (Anos Vividos Ajustados para Incapacidade) e 30,8% de anos vividos com incapacidade (AVI) no mundo são decorrentes de condições psiquiátricas. Entre as dez primeiras causas de sobrecarga total nesta faixa etária seis são doenças psiquiátricas e entre as dez primeiras causas de AVI sete são doenças psiquiátricas²⁴. Apesar disto estima-se que de 50 a 75% dos portadores não recebem diagnóstico e tratamento adequados²⁵.

A fim de disponibilizar assistência em saúde mental para uma maior parcela da população tem sido sugerida a implementação de políticas públicas em nível de atenção primária em saúde (APS)²⁴, especialmente porque de 20 a 50% dos pacientes que procuram assistência médica neste nível de atendimento têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico^{23,24}. Para a implementação de políticas públicas na área de saúde mental é necessário dispor de informações adequadas para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar^{1,20,23}. Estudos epidemiológicos de base populacional são escassos no Brasil, principalmente quando consideramos tratar-se de um país de dimensões continentais.

A predominância dos modelos biológicos na literatura vigente, tornaram o estudo de fatores socioeconômicos de segunda ordem. Entretanto são fundamentais para a compreensão

dos processos de saúde-doença ao investigar e propor fatores de risco para os transtornos. Além disso a identificação de segmentos populacionais mais suscetíveis por si só garante a importância destes estudos pois é fundamental para o planejamento em saúde pública³.

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de casos suspeitos de transtornos mentais comuns (TMC) e transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA) em amostra da população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Além disso são investigadas possíveis associações entre caso suspeito de TMC e TADA com variáveis sociodemográficas.

MÉTODOS

Amostra

Santa Cruz do Sul é uma cidade de médio porte com aproximadamente 120.000 habitantes e está localizada na região central (Vale do Rio Pardo) do Rio Grande do Sul, estado mais ao sul do Brasil. Importante ressaltar que este município, assim como a região a que pertence, tem apresentado altos coeficientes de mortalidade por suicídio nos últimos anos. Enquanto que no Brasil em 2005 este coeficiente foi 4,64/100.000 e no Rio Grande do Sul 7,94/100.000, Santa Cruz do Sul registrou coeficiente de 16,1/100.000, ou seja, 3,5 e 2 vezes acima das médias nacional e estadual, respectivamente²⁰.

Foram selecionadas por conveniência três áreas das oito cobertas por ESF, correspondendo a uma população de 5365 indivíduos (considerando critérios de inclusão e exclusão). Importante ressaltar que toda a área coberta por ESF compreende uma mesma região da cidade (zona sul), cujas características sociodemográficas semelhantes foram o critério para implantação das equipes. Houve 2311 (41,20%) de recusas e 233 (4,34%) indivíduos foram excluídos por questionários mal preenchidos. Não houve diferença estatística entre os últimos e os indivíduos considerados na amostra final quanto às variáveis

sociodemográficas e rastreamento de TMC e TADA.

Na amostra final foram incluídos 2921 indivíduos. Isto corresponde a 54,46% da população original e 14,21% da população total maior de 14 anos atendida pelas 8 equipes de ESF de Santa Cruz do Sul (N=20551).

Foram considerados critérios de inclusão indivíduos maiores de 14 anos moradores das áreas estudadas. Utilizou-se como critério de exclusão apenas a presença de comprometimento físico ou mental que impossibilitasse a participação.

Instrumentos

1. Questionário sobre dados demográficos:

Trata-se de um questionário auto-respondido composto por sete perguntas acerca de dados sociodemográficos.

2. SRQ-20 e SRQ-A

O SRQ-20 (*Self-reporting Questionnaire 20 items*) é um instrumento de rastreamento de TMC com 20 itens proposto por Harding et al¹² (1980) e o SRQ-A (*Self-reporting Questionnaire* para álcool) é um instrumento para rastreamento de TADA com cinco itens proposto por Climent⁵. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final através do somatório desses valores. Conforme última avaliação de desempenho do SRQ-20 e SRQ-A realizada no Brasil¹¹, indivíduos que pontuam 8 ou mais (ponto de corte 7/8) no primeiro são considerados casos suspeitos de TMC (sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%) e os que pontuam 2 ou mais (ponto de corte 1/2) no SRQ-A são considerados casos suspeitos de TADA (sensibilidade de 69% e especificidade de 91%).

Delineamento e logística

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de 10 de fevereiro de 2006 a

10 de fevereiro de 2007 que utilizou questionários sobre dados sociodemográficos, SRQ-20 e SRQ-A. A aplicação foi realizada por agentes comunitários da saúde (ACSs) durante as visitas domiciliares que realizam diariamente às residências cobertas pelo programa. O convite em cada residência foi feito mais de uma vez visto que a média de visitas domiciliares por ACS é de aproximadamente 0,8 visitas por domicílio por mês.

Os ACSs receberam treinamento específico para aplicação dos questionários e sobre temas em saúde mental antes do estudo. Além disso receberam suporte técnico e emocional durante o estudo em encontros regulares.

Todos os moradores elegíveis eram convidados e quando um morador não estava presente na residência no momento da visita, o convite para participar da pesquisa era feito verbalmente através do familiar presente, e depois por escrito, sendo quando necessário agendado um horário. Os questionários são auto-respondidos e no caso de o entrevistado ser analfabeto os instrumentos eram lidos por um terceiro, preferencialmente o ACS. Isto porque o SRQ objetiva incluir todo o tipo de paciente, inclusive os analfabetos¹².

Análise estatística

Os dados foram compilados no Programa SPSS versão 16.0 e as análises foram realizadas no mesmo programa. As médias e desvios-padrão foram calculadas para os dados contínuos e frequências para as variáveis categóricas.

Para verificar se a amostra tinha as mesmas características sociodemográficas que a população total atendida por ESFs no município foram utilizadas as variáveis disponibilizadas pelos registros do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que são sexo, idade e alfabetização. Utilizamos teste de homogeneidade de proporções por qui-quadrado com valor $p < 0,05$. Todas as análises estatísticas foram ponderadas para variável sexo, seguindo o cálculo: 1 dividido pela probabilidade de a amostra incluir um indivíduo masculino ou feminino

de acordo com a distribuição das categorias da variável sexo na amostra em relação à população original.

A primeira análise verificou associações entre presença de TMC com variáveis sociodemográficas assim como entre presença de TADA com variáveis sociodemográficas e TMC. A análise univariável foi feita através de regressão de Poisson com variância robusta e cálculo de razão de prevalência (RP) e valor p. Após essa primeira análise realizou-se análise multivariável também pela regressão de Poisson com variância robusta incluindo todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,2$ na análise univariável a fim de analisar o efeito independente de cada variável. No modelo final foram mantidas apenas as variáveis que mostraram associação significativa independente das demais variáveis ao nível de 5%, sendo então calculadas as RP de cada variável ajustada para o efeito das demais variáveis do modelo final e seus intervalos de confiança 95%.

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 foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (processo 05565) e à análise da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul. Todos os participantes preencheram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A amostra total (n=2921) está distribuída em relação às variáveis sociodemográficas de acordo com a Tabela 1. Podemos verificar que houve predominância de mulheres, brancos, casados, indivíduos com idade entre 20 e 39 anos, com ensino fundamental incompleto, empregados em atividade e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Os dados apontam

para uma amostra de nível socioeconômico desfavorável concordante com a realidade da população da qual a mesma se deriva. Concluímos tratar-se de amostra com as mesmas características sociodemográficas da população total considerada, exceto para sexo pois há maior proporção de mulheres na amostra. Desta forma todas as análises estatísticas foram ponderadas para variável sexo.

Em relação à presença de casos suspeitos de TMC e TADA encontramos uma prevalência, ponderada para sexo, de 29,93% (IC95% 29,30%-30,56%) e 12,07% (IC95% 11,63%-12,52%), respectivamente. A prevalência total de casos suspeitos de TMC e TADA foi de 36,49% (IC 35,84%-37,15%). Se considerarmos a sensibilidade e especificidade dos instrumentos de rastreamento, obtemos prevalências corrigidas de 21,33% para TMC e de 5% para AADD²⁰.

Houve associação significativa de todas as variáveis sociodemográficas com TMC na análise univariável (Tabela 2), sendo então todas incluídas na primeira etapa da análise multivariável quando etnia perdeu significância e portanto foi desconsiderada na etapa seguinte. O mesmo padrão de associação verificado na análise univariável para sexo, situação ocupacional, escolaridade e renda foi verificado na análise multivariável. Na variável idade houve diminuição nas RPs de todas categorias, sendo que todas as que estavam associadas significativamente à maior prevalência caso suspeito de TMC na análise univariável perderam a significância; por outro lado a categoria maior de 60 anos, que não apresentou associação na análise univariável, mostrou associação significativa no sentido de menor prevalência de TMC. Em situação conjugal somente divorciados mantiveram-se com prevalência maiores que solteiros (categoria de referência).

Também houve associação significativa de TADA com todas as variáveis sociodemográficas e caso suspeito de TMC na análise univariável (Tabela 3), sendo então todas incluídas na primeira etapa da análise multivariável quando idade, etnia, situação

conjugal, escolaridade e renda familiar perderam significância e portanto foram desconsideradas na etapa seguinte. Conforme pode ser visto na Tabela 3 as variáveis sexo e TMC apresentaram na análise multivariável o mesmo padrão de associação que na univariável. Para situação ocupacional, as categorias dona-de-casa e em benefício-aposentado por invalidez perderam significância na análise multivariável.

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo são a alta prevalência caso suspeito de TMC e TADA na amostra, a identificação de grupos de risco para estes transtornos assim como de associações independentes com indicadores sociodemográficos indicativos de condições desfavoráveis.

Quatro estudos brasileiros de base populacional utilizaram o SRQ-20 como instrumento de rastreamento. As prevalências encontradas foram de 35% em Olinda e 36% na Zona da Mata, ambos em Pernambuco^{7,14}, 28,5% em Pelotas⁸, e 24,1% em São Paulo, SP¹⁷. Entretanto utilizaram pontos de corte diferentes do nosso. Se utilizássemos os mesmos pontos de corte destes estudos em nossa amostra a fim de fazer uma comparação direta das prevalências, com o ponto de corte utilizado em Pernambuco (5/6) seria de 41.5% e de São Paulo e Pelotas (7/8 para mulheres e 5/6 para homens) seria de 34.8%. Ou seja, em Santa Cruz do Sul houve uma prevalência mais alta.

Em relação à prevalência de caso suspeito de TADA os estudos conduzidos no Brasil de base populacional mostram prevalências variando de 6,2% a 8%^{1,3,10,18}. Para as diferentes prevalências pode estar contribuindo os diferentes instrumentos de rastreamento utilizados e as características sociodemográficas diferentes das amostras. Consideradas estas ressalvas, podemos verificar que a prevalência encontrada em nosso estudo (12,07%) está acima das encontradas em estudos brasileiros, assim como acima da encontrada no NCS-R (National

Comorbidity Survey Replication)¹³ com amostra representativa dos Estados Unidos que foi de 4,2%.

A literatura sistematicamente tem demonstrado que em média 90% de vítimas de suicídio são portadores de algum transtorno mental²² e desta forma a maior prevalência de TMC e TADA em Santa Cruz do Sul pode ter implicações importantes para a compreensão da alta suicidalidade verificada no município.

Prevalências de caso suspeito de TMC são significativamente maiores em mulheres, adultos de 20 a 59 anos, não-brancos, situações ocupacionais desfavoráveis, baixo nível de escolaridade e menor renda familiar sendo estes então considerados grupos de risco para TMC nesta amostra.

O padrão de associação de idade com TMC é controverso na literatura variando de uma correlação linear direta à falta de associação^{1,14,17}. Em nosso estudo houve diminuição nas RPs obtidas na análise multivariável de todas as categorias quando comparadas com as obtidas na análise univariável, e todas as categorias com associação significativa na univariável perderem significância na multivariável. Por outro lado, indivíduos maiores de 60 anos apresentaram prevalência significativamente menor que a categoria de referência após ajuste multivariável, ao passo que não apresentavam diferença significativa na univariável. Entre os estudos que analisamos apenas o NCSR mostrou associação independente entre transtornos semelhantes aos TMC com idade maior de 60 anos.

A associação de situação conjugal com TMC também é controversa^{8,14,17}. Em nosso estudo casados, divorciados e viúvos apresentaram maiores prevalências de caso suspeito de TMC quando comparados com a categoria de referência solteiros na análise univariável, sendo que na multivariável a diferença entre as prevalências permaneceu apenas para divorciados.

Sexo feminino, situação ocupacional desfavorável, baixa escolaridade e baixa renda

mostraram associação positiva e independente com TMC. Desde os primeiros estudos em epidemiologia psiquiátrica de base populacional verificam-se estas associações¹.

Situação ocupacional foi a única variável onde a taxa de não resposta foi significativamente maior entre os casos que os não casos e por isso optamos por acrescentar esta categoria. Parece ter sido uma informação voluntariamente negada, provavelmente por estes indivíduos estarem em uma situação ocupacional desfavorável, não aceita socialmente ou não valorizada dentro da lógica vigente do mercado de trabalho. A categoria safrista apresenta uma situação de associação com TMC intermediária a empregados em atividade e desempregados. De fato tal categoria profissional é uma categoria intermediária entre empregados em atividade e desempregados; tratam-se de indivíduos que trabalham durante o período de colheita de tabaco (cultura típica da região), estando empregados durante o período de safra e no restante do ano são desempregados pois não recebem salário e não tem garantia de que irão trabalhar novamente no ano seguinte.

A forma como condições socioeconômicas desfavoráveis e sexo feminino associam-se com TMC é uma área de especulação apenas, devido aos problemas metodológicos que impõem o estudo destas relações. A semelhança de associação de escolaridade, situação ocupacional e renda com TMC mostra haver uma interação entre elas e reflete a complexidade do estudo de variáveis socioeconômicas devido à sua inter-dependência. É inegável que a situação ocupacional influencie na renda, assim como nível de escolaridade influencie situação ocupacional.

Em relação à presença de caso suspeito de TADA na análise univariável observamos prevalências significativamente mais altas em homens, adultos de 20 a 59 anos, não-brancos, divorciados, em situação ocupacional desfavorável, baixa escolaridade, menor renda familiar e caso suspeito de TMC, sendo então estes considerados grupos de risco para TADA nesta amostra.

As variáveis que apresentaram associação após análise multivariável com TADA foram sexo, situação ocupacional e TMC. O padrão de associação de TADA com variáveis sociodemográficas não é muito consistentes entre os estudos, o que reflete as dificuldades que o estudo destas variáveis apresenta. A exceção é sexo masculino que sistematicamente mostra-se associado com TADA^{1,2}.

A análise que considerou TADA como desfecho incluiu TMC como variável preditora visto que vários estudos têm demonstrado associação com TMC em indivíduos com TADA, assim como alta frequência de TMC em indivíduos com TADA. A associação de TADA com TMC, observada em vários estudos^{1,8,18} incluindo este, associada à alta prevalência de caso suspeito de TMC em casos de TADA (45,62%;IC95% 43,66%-47,59%) reforça esta idéia de semelhança entre TMC e TADA.

Devido ao delineamento deste estudo (transversal) não é possível estabelecer relação temporal entre as associações encontradas, critério essencial para estabelecer causalidade. Entretanto algumas considerações serão feitas. Teorias oriundas da psiquiatria social como a de eventos de vida produtores de estresse, baixo suporte social, dificuldades em desempenhar papéis sociais e perda da sensação de controlar a própria vida têm sido cogitadas como contra-ponto ao modelo biológico para etiologia das doenças mentais^{1,4}. Entretanto não valorizam a suscetibilidade individual em termos de genética que se expressam por características de temperamento (componente da personalidade de determinação biológica em oposição ao caráter, componente da personalidade predominantemente de determinação ambiental) para a ocorrência destes transtornos.

Estudos oriundos da psiquiatria clínica e biológica têm confirmado esta contribuição ao identificar cromossomos (9,15,16) responsáveis pelo aumento de vulnerabilidade a TADA²⁹ e apontado características de temperamento como alta persistência associada à menor probabilidade de transtorno mental¹⁵ e menor incidência de recaídas em portadores de TADA

em tratamento⁶, somente para citar alguns exemplos. Parece ser importante o diálogo entre psiquiatria social, clínica e experimental. Esta interface pode nos trazer contribuições importantes para alavancar o progresso na área de causalidade.

Considerar tanto fenômenos biológicos quanto sociais na gênese de transtornos mentais é importante pois ambos parecem contribuir para a rede de causas. A tendência atual é de considerar os fatores biológicos como causa primária e os ambientais como fatores mediadores¹⁶. Os fatores mediadores são aqueles que se situam entre exposição e desfecho favorecendo a ocorrência do último. Entretanto não precisam estar presentes para que a exposição cause o desfecho, sendo que a associação entre causa e efeito se dá pelo somatório do efeito direto e do indireto. Desta forma eliminar o fator mediador não evita o desfecho mas é um foco importante de intervenção para diminuição da ocorrência do desfecho. A importância destes fatores mediadores tem sido recentemente explorada e sua função melhor delineada especialmente na área de saúde mental⁶.

Este é o paradigma do modelo diátese-estresse onde condições desfavoráveis do ambiente em interação com uma suscetibilidade biológica individual para doença culminam na expressão do agravo. A proposta é de ampliar o que se entende por condições ambientais do modelo, que tendem a restringir-se ao estilo de vida ou às interações pessoa-pessoa (com pais, amigos, colegas), para abrangerem as condições socioeconômicas e sociais de um forma geral, o que muitas vezes tem sido desconsiderado como fator de risco para doença.

Um segundo aspecto que parece relevante quando estudamos as relações entre transtorno mental com variáveis sociodemográficas refere-se às evidências clínicas e epidemiológicas de que sintomas psiquiátricos subsindrômicos ou com expressão clínica completa poderiam ser precipitadores de estressores sociais que acabariam por contribuir para a manutenção dos sintomas. Esta proposta tem sido demonstrada em estudos longitudinais sobre transtorno bipolar, cujas pesquisas têm contemplado ambos fatores de forma

instigante^{19,21}.

Além disso, as associações verificadas em estudos transversais nem sempre estão relacionadas com a prevalência da doença mas sim à duração da doença. Desta forma as associações com variáveis sociodemográficas podem, pelo menos em parte, dever-se ao maior tempo de duração de transtornos mentais. Por exemplo, uma situação socioeconômica desfavorável poderia resultar em falta de acesso de um tratamento satisfatório, de forma a aumentar a duração do transtorno. Ou seja, situação social desfavorável poderia ser ao mesmo tempo causa, consequência e fator contribuinte para a manutenção de transtornos mentais, estabelecendo um “ciclo vicioso”. Desta forma intervenções nos indicadores de condições socioeconômicas desfavoráveis poderiam ser um ponto de intervenção importante.

As principais limitações deste estudo são a restrição de sua capacidade de generalização para populações de maior variabilidade nos indicadores sociodemográficos e a alta taxa de recusa (46,42%), embora a amostra seja grande o suficiente para minimizar erros aleatórios. Entretanto isto não impede a possibilidade de maior participação de casos ou não casos, o que poderia modificar a prevalência ou as associações encontradas. Um dos motivos para a recusa pode ser o fato de a pesquisa ter sido feita por ACSs, que são moradores das áreas estudadas. Apesar de termos atentado o possível para manter o sigilo dos dados coletados, indivíduos elegíveis para o estudo podem ter se sentido constrangidos em participar.

O caminho mais adequado para aumentar a oferta de assistência em saúde mental parece ser a inclusão de políticas públicas direcionadas para esta área em nível primário de atendimento. Isto é especialmente importante quando consideramos que os grupos de risco são justamente os mais vulneráveis em termos socioeconômicos e portanto com maiores dificuldades de acesso à assistência de que necessitam. Esta recomendação implica necessariamente o envolvimento da ESF, que tem se consolidado como forma de

reorganização do sistema de atenção básica à saúde em todo o país.

Tais políticas públicas poderiam propiciar diagnóstico precoce e tratamentos efetivos, atenuando o impacto dos transtornos mentais em qualquer nível. Em termos administrativos também poderia representar benefícios uma vez que utiliza-se toda uma infra-estrutura já existente propiciando maior cobertura de assistência em saúde mental que seja custo-efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171(12): 525-9.
2. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo JM, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil-- interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(3):214-22.
3. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):502-9.
4. Cassell J. Psychosocial processes and stress: theoretical formulation. *Int J Health Serv*. 1974;4:471-82.
5. Climent CE, De Arango MV. Manual de Psiquiatria para trabajadores de atención primaria [Psychiatry Manual to primary care workers]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud [Pan American Health Organization]; 1983.
6. Cloninger CR. *Feeling Good. The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press; 2004.
7. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil [Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saúde*

Pública. 2005;21(1):73-9.

8. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS [Prevalence of minor psychiatric disorders in Pelotas, RS]. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(2):164-73.

9. Ministério da Saúde. Brasil. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. Sistema de informações sobre mortalidade/MS/SUS/DASIS. Available at <http://tabnet.datasus.gov.br>. Accessed October, 4th 2008.

10. 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.

11. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de Desempenho do Self-Report Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):380-90.

12. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim H-H, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10:231-41.

13. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617-27.

14. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):213-21.

15. Ma JZ, Zhang D, Dupont RT, Dockter M, Elston RC, Li MD. Mapping susceptibility loci for alcohol consumption using number of grams of alcohol consumed per day as a phenotype

measure. *BMC Genet.* 2003;4(Supl 1):S104.

16. MacKinnon DP, Krull JL, Lockwood CM. Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect. *Prev Sci.* 2000;1(4):173-81.

17. 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 [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil]. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1639-48.

18. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in Southern Brazil. *Addiction.* 2003;98(6):799-804.

19. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:223-8.

20. Pereira MG. Indicadores de Saúde [Health Indicators]. In: Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática [Epidemiology: Theory and Practice]*. 5th ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan; 2001. pp. 49-73.

21. Reilly-Harrington NA, Alloy LB, Fresco DM, Whitehouse WG. Cognitive Styles and Life Events Interact to Predict Bipolar and Unipolar Symptomatology. *J Abnorm Psychol.* 1999;108(4):567-78.

22. Rihmer Z, Kitty K. Bipolar disorders and suicidal behavior. *Bipolar disorders.* 2002;4(suppl 1):21-5.

23. Warner L, Ford R. Mental health facilitators in primary care. *Nurs Stand.* 1998;13(6):36-40.

24. WHO. *The World Health Report 2001: Mental health new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization; 2001.

25. WHO. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11).

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n=2921)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	1005	34,4
Feminino	1916	65,6
Etnia		
Branco	1891	64,7
Não branco	1030	35,3
Situação conjugal		
Solteiro	737	25,2
Casado*	1761	60,3
Divorciado	207	7,1
Viúvo	216	7,4
Idade		
14-19 anos	419	14,3
20-39 anos	1210	41,4
40-49 anos	537	18,4
50-59 anos	407	13,9
>60 anos	348	11,9
Escolaridade		
Analfabeto	215	7,4
Fundamental incompleto	1701	58,2
Fundamental completo	371	12,7
Médio incompleto	285	9,8
Médio completo	349	11,9

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (n=2921) (continuação)

Situação ocupacional		
Empregado atividade	804	27,5
Aposentado por tempo	214	7,3
Estudante	297	10,2
Safrista	495	16,9
Dona de casa	322	11
Desempregado	344	11,8
Benefício - aposentado invalidez	361	12,4
Não respondeu	84	2,9
Renda familiar		
até 1 SM†	501	17,2
1-3 SM	2002	68,5
>3 SM	418	14,3
Rastreamento com SRQ-20		
Sim (escore ≥ 8)	945	32,4
Não (escore < 8)	1976	67,6
Rastreamento com SRQ-A		
Sim (escore ≥ 2)	301	10,3
Não (escore < 2)	2620	89,7
Rastreamento para SRQ-20 e SRQ-A		
Sim	1098	37,6
Não	1823	62,4

SRQ-20 = *Self-reporting questionnaire* 20 itens

SRQ-A = *Self-reporting questionnaire* para rastreamento de TADA

* casados = união oficial e união não-oficial com um ano ou mais de duração.

† SM=salário mínimo; R\$300,00 – trezentos reais na época da pesquisa

Tabela 2: Razões de prevalência de casos suspeitos de TMC (Transtornos Mentais Comuns; rastreados pelo SRQ-20) distribuídas de acordo com variáveis sociodemográficas (n=2921)

Variável	RP bruta	P	RP ajustada*	p
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	1,90 (1,66-2,18)	<0,001	1,74 (1,52-2,00)	<0,001
Idade				
14-19 anos	1		1	
20-39 anos	1,20 (1,00-1,44)	0,054	0,89 (0,71-1,12)	0,322
40-49 anos	1,32 (1,07-1,62)	0,008	0,90 (0,70-1,16)	0,435
50-59 anos	1,32 (1,06-1,64)	0,012	0,81 (0,62-1,06)	0,121
>60 anos	0,95 (0,74-1,22)	0,672	0,65 (0,47-0,89)	0,007
Etnia				
Branco	1		-	-
Não branco	1,8 (1,05-1,32)	0,004	-	-
Situação conjugal				
Solteiro	1		1	
Casado [†]	1,27 (1,10-1,47)	0,001	1,11 (0,94-1,32)	0,202
Divorciado	1,8 (1,47-2,21)	<0,001	1,27 (1,02-1,58)	0,003
Viúvo	1,28 (1,00-1,62)	0,046	1,02 (0,79-1,32)	0,89

Tabela 2: Razões de prevalência de casos suspeitos de TMC (Transtornos Mentais Comuns; rastreados pelo SRQ-20) distribuídas de acordo com variáveis sociodemográficas (n=2921) (Continuação)

Situação ocupacional

Empregado em atividade	1		1	
Aposentado por tempo	0,55 (0,36-0,83)	0,004	0,62 (0,40-0,95)	0,029
Estudante	0,97 (0,74-1,27)	0,827	0,84 (0,59-1,19)	0,335
Safrista	1,73 (1,44-2,10)	<0,001	1,27 (1,05-1,54)	0,014
Dona de casa	2,1 (1,73-2,55)	<0,001	1,41 (1,15-1,72)	0,001
Desempregado	2,01 (1,65-2,44)	<0,001	1,53 (1,25-1,87)	<0,001
Benefício e aposentado invalidez	2,56 (2,15-3,06)	<0,001	2,14 (1,77-2,59)	<0,001
Não respondeu	2,33 (1,76-3,08)	<0,001	1,72 (1,31-2,26)	<0,001

Escolaridade

Analfabeto	2,60 (1,94-3,48)	<0,001	2,03 (1,49-2,77)	<0,001
Fundamental incompleto	2,14 (1,66-2,75)	<0,001	1,66 (1,28-2,14)	<0,001
Fundamental completo	1,74 (1,30-2,33)	<0,001	1,43 (1,08-1,90)	0,013
Médio incompleto	1,25 (0,89-1,75)	0,19	1,16 (0,83-1,61)	0,378
Médio completo	1			

Renda familiar

até 1 SM‡	2,64 (2,07-3,37)	<0,001	1,83 (1,43-2,34)	<0,001
1-3 SM	1,87 (1,48-2,34)	<0,001	1,50 (1,20-1,87)	<0,001
> 3 SM	1		1	

RP = razão de prevalência ponderada para sexo

* por Método de Regressão de Poisson com variância robusta para sexo, idade, situação conjugal, situação ocupacional, escolaridade e renda familiar

† casados = união oficial e união não-oficial com um ano ou mais de duração.

‡ SM=salário mínimo; R\$300,00 – trezentos reais na época da pesquisa

Tabela 3: Razões de prevalência de casos suspeitos de TADA (Transtorno por Abuso ou Dependência de Álcool; rastreados pelo SRQ-A) distribuídas de acordo com variáveis sociodemográficas (n=2921)

Variável	RP bruta	P	RP ajustada**	P
Sexo				
Feminino	1		1	
Masculino	3,36 (2,69-4,19)	<0,001	4,06 (3,23-5,10)	<0,001
Idade				
14-19 anos	1		-	-
20-39 anos	2,07 (1,35-3,16)	0,001	-	-
40-49 anos	2,74 (1,76-4,28)	<0,001	-	-
50-59 anos	2,15 (1,32-3,48)	0,002	-	-
>60 anos	1,56 (0,91-2,67)	0,104	-	-
Etnia				
Branco	1		-	-
Não branco	1,37 (1,11-1,71)	0,004	-	-
Situação conjugal				
Solteiro	1		-	-
Casado†	1,21 (0,92-1,58)	0,174	-	-
Divorciado	2,12 (1,46-3,07)	<0,001	-	-
Viúvo	1,05 (0,64-1,74)	0,842	-	-

Tabela 3: Razões de prevalência de casos suspeitos de TADA (Transtorno por Abuso ou Dependência de Álcool; rastreados pelo SRQ-A) distribuídas de acordo com variáveis sociodemográficas (n=2921) (continuação)

Situação ocupacional				
Empregado em atividade	1		1	
Aposentado por tempo	0,69 (0,40-1,19)	0,182	0,83 (0,49-1,43)	0,509
Estudante	0,31 (0,16-0,58)	<0,001	0,40 (0,22-0,76)	0,005
Safrista	1,04 (0,75-1,45)	0,807	1,35 (0,99-1,86)	0,006
Dona de casa	0,56 (0,34-0,91)	0,002	1,07 (0,65-1,75)	0,796
Desempregado	1,97 (1,47-2,64)	<0,001	1,98 (1,49-2,64)	<0,001
Benefício e aposentado	1,39 (1,00-1,940)	0,049	1,32 (0,95-1,83)	0,102
invalidez				
Não respondeu	0,55 (0,21-1,47)	0,232	0,71 (0,27-1,85)	0,48
Escolaridade				
Analfabeto	1,88 (1,07-3,27)	0,027	-	-
Fundamental incompleto	1,89 (1,21-2,95)	0,005	-	-
Fundamental completo	1,56 (0,92-2,64)	0,099	-	-
Médio incompleto	0,84 (0,45-1,58)	0,595	-	-
Médio completo			-	-
Renda familiar				
até 1 SM \ddagger	2,12 (1,45-3,10)	<0,001	-	-
1-3 SM	1,15 (0,8-1,64)	0,444	-	-
> 3 SM	1		-	-
SRQ-20				
Positivo (escore \geq 8)	1,96 (1,59-2,43)	<0,001	2,31 (1,87-2,86)	<0,001
Negativo (escore <8)	1		1	

Tabela 3: Razões de prevalência de casos suspeitos de TADA (Transtorno por Abuso ou Dependência de Álcool; rastreados pelo SRQ-A) distribuídas de acordo com variáveis sociodemográficas (n=2921) (continuação)

RP = razão de prevalência ponderada para sexo

*por Método de Regressão de Poisson com variância robusta para sexo, situação ocupacional e rastreamento com SRQ-20 (*Self-reporting Questionnaire 2 items*)

† casados = união oficial e união não-oficial com um ano ou mais de duração.

‡ SM=salário mínimo; R\$300,00 – trezentos reais na época da pesquisa

7. ARTIGO EM INGLÊS

A SER ENVIADO À REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

1) Título:

Prevalence of mental disorders in population assisted by the Family Health Program

Prevalência de transtornos mentais em população atendida pela Estratégia Saúde da Família

2) Running title: Mental disorders and ESF

3) Autores:

Gonçalves DM¹, Camey S¹

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS

4) Endereços dos autores:

Daniel Maffasioli Gonçalves

Rua Ramiro Barcelos 2400/2º andar

Porto Alegre – RS - Brasil

CEP 90035-003

Suzi Camey

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

5) Trabalho originário do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para correspondência:

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

6) Autor responsável por correspondências:

Profa Suzi Comey

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

7) Financiamentos:

Financiamento para execução do projeto: CNPq projeto número 401868/2005-2

Financiamento para tradução: FIPE – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

8) Artigo resultado da dissertação de mestrado de Daniel Maffasioli Gonçalves apresentado em 2008 no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ABSTRACT

OBJECTIVE: Estimate the prevalence of suspected cases of common mental disorders (CMD) as well as suspected cases of alcohol abuse and dependence disorders (AADD) in a population assisted by Programa de Saúde da Família (PSF or Family Health Program) in the City of Santa Cruz do Sul, Southern Brazil; estimate the associations between CMD and AADD with socio-demographic variables. **METHOD:** All residents over 14 years of age from 3 areas assisted by the PSF were invited to participate between February 10, 2006 to February 10, 2007. **RESULTS:** Of 2,921 participants, the prevalence estimates of suspected cases of CMD and AADD were 29.93% (IC95%29.30%-30.56%) e 12.07% (IC95%11.63%-12.52%), respectively. Female, unfavorable employment situation, low schooling and low income showed a positive and independent association with CMD. Male, unfavorable employment situation and CMD showed an independent association with AADD. **CONCLUSIONS:** We found higher prevalence estimates of suspected cases of CMD and AADD in relation to the observed prevalence estimates in other Brazilian studies. Groups with unfavorable socioeconomic conditions present the highest risk. The groups with the highest risk for CMD and AADD should be taken into account when planning public mental health policies. The study presents some clues for the understanding of the causal web for mental disorders.

KEY-WORDS: mental health, epidemiology, mental disorders, socioeconomic factors, cross-sectional studies, family health program, primary health care, risk groups, public health, community psychiatry.

RESUMO

OBJETIVOS: Verificar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e transtornos de abuso e dependência de álcool (TADA) em população atendida por Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul, Brasil; verificar associações entre TMC e TADA com variáveis sociodemográficas. **METODOLOGIA:** Todos moradores acima de 14 anos de 3 áreas atendidas por ESF foram convidados a participar no período de 10 de fevereiro de 2006 a 10 de fevereiro de 2007. **RESULTADOS:** Dos 2921 participantes, as prevalências de TMC e TADA foram de 29,93% (IC95%29,30%-30,56%) e 12,07% (IC95%11,63%-12,52%), respectivamente. Sexo feminino, situação ocupacional desfavorável, baixa escolaridade e baixa renda mostraram associação positiva e independente com TMC. Sexo masculino, situação ocupacional desfavorável e TMC apresentaram associação independente com TADA. **CONCLUSÕES:** Foram encontradas prevalências de TMC e TADA acima das relatadas em outros estudos brasileiros. Grupos com condições socioeconômicas desfavoráveis são os de maior risco para TMC e TADA. Os grupos de maior risco para TMC e TADA deveriam ser levados em consideração quando se planejam políticas públicas em saúde mental. O estudo apresenta alguns elementos para o entendimento da rede de causas dos transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, epidemiologia, transtornos mentais, fatores socioeconômicos, estudos transversais, programa saúde da família, atenção primária à saúde, grupos de risco, saúde pública, psiquiatria comunitária.

INTRODUCTION

Mental disorders are increasingly recognized as an important public health problem. Prevalences of mental disorders in population survey studies range from 12.2% to 48.6%. This variation may be due to sample characteristics and or the scale used to measure mental disorder. About 90% of these prevalence estimates relate to common mental disorders (CMD - mood, anxiety and somatization disorders) and alcohol abuse and dependence disorders (AADD)²⁴.

The Global Burden of Disease study, conducted in the 1990s, showed that in individuals between 15 and 44 years of age, 12.3% of the total disease burden (disability-adjusted life years) and 30.8% of years lived with disability (YLD) in the world are due to psychiatric conditions. Among the ten main causes of global burden in this age group, six are mental disorders and among the ten main causes of YLD, seven are mental disorders²⁴. Despite this fact, 50 to 70% of carriers are estimated to receive inadequate diagnosis and treatment²⁵.

In order to offer mental health support to a larger part of the population, public policies by the WHO have been recommended to take place at the primary care level²⁴. This is important especially because 20 to 50% of patients that look for medical support at this level of care have at least one psychiatric or neurological disorder^{23,24}. For the implementation of these policies, an essential aspect is to know the epidemiologic characteristics of these disorders at each local setting^{20,23}. Epidemiologic studies conducted in Brazilian general population are needed, specially considering the continental dimensions of this country.

These predominance of biological models in present literature, have made the study on socio-economic factors a second-order issue. However, they are essential for the understanding of health-disease processes when investigating and proposing risk factors to disorders. Besides, the identification of more susceptible population segments alone ensures

the importance of these studies, as it is fundamental for the public health planning³.

The purpose of this study is to estimate the prevalence of suspected cases of common mental disorder (CMD) and alcohol abuse and dependence disorders (AADD) in a sample of the population assisted by teams of the Programa de Saúde da Família (PSF or Family Health Program) in the City of Santa Cruz do Sul, Southern Brazil. We also investigate possible associations between suspected cases of CMD and AADD and socio-demographic variables.

METHODS

Sample

Santa Cruz do Sul is located in the central region of Rio Grande do Sul (Vale do Rio Pardo) with population of 120,000 habitants. Eight PSF teams assist 25,000 people over 14 years of age. The city and the region Vale do Rio Pardo have presented high coefficients of suicide in the last years. While in Brazil in 2005 this coefficient was 4.64/100,000 and in Rio Grande do Sul 7.94/100,000, Santa Cruz do Sul reported 16.1/100,000, that is, 3.5 and 2 times as much as the national and state averages, respectively⁹.

We selected for convenience three of the eight areas assisted by PSF for the study, that correspond to 5,365 eligible subjects (considering inclusion and exclusion criteria). It is important to point out that the whole area assisted by PSF covers the same region of the city (South side). The sociodemographic characteristics of the area are essentially the same and were the criteria for the implementation of the PSF teams. The percentage of refusals was 41.20% (2,311) and 4.34% (233) were excluded because questionnaires with missing data. There were no statistical differences between the latter and the final sample in relation to sociodemographic variables and CMD and AADD screening.

The final sample was composed by 2,921 subjects, that correspond to 54.46% of the original population and 14.21% of the total population over 14 years of age assisted by the

eight PSF teams in Santa Cruz do Sul (N=20551).

The inclusion criteria considered individuals over 14 years of age living in the studied areas. The only exclusion criterion was the presence of physical or mental problem that would not allow the participation.

Instruments

1. Questionnaire on demographic data:

Self-reporting questionnaire composed of seven questions about socio-demographic data.

2. SRQ-20 and SRQ-A

SRQ-20 (Self-reporting Questionnaire 20 items) is a screening instrument for CMD with 20 items proposed by Harding et al¹² (1980) and SRQ-A (Self-reporting Questionnaire for AADD screening) is a screening instrument for AADD with five items proposed by Climent⁵. The answers are yes/no type. Each affirmative answer adds 1 to the final score, which is the sum of all answers. According to the last performance assessment of SRQ-20 and SRQ-A conducted in Brazil¹¹, individuals with score 8 or more (cutoff point 7/8) in the first are considered as suspected of CMD (86.33% sensitivity and 89.31% specificity) and individuals with score 2 or more (cutoff point 1/2) in SRQ-A are considered as suspected of AADD (69% sensitivity and 91% specificity).

Design

This is a cross-sectional study conducted from February 10, 2006 to February 10, 2007 that used questionnaires on sociodemographic data, SRQ-20 and SRQ-A. The questionnaire application was performed by community health workers (CHWs) during the daily visits to homes covered by the program. The invitation was made more than once to

each home, since the average home visitation of the PSF is approximately 0.8 monthly visits per home.

The CHWs received specific training on the application of the questionnaires and on mental health issues before the study. They received technical and emotional support during the study as well.

All eligible residents were invited and when a resident was not at home on the occasion of the visit, the invitation for the study participation was made orally through the present relative and later in writing, and when required, the visit was scheduled. The questionnaires are self-reporting and, if the interviewee was illiterate, the instruments were read by a third person, preferably the CHW, as the SRQ aims at including all types of subject, including illiterates¹².

Statistical analysis

Data compilation and analyses were performed in SPSS program, version 16.0. Mean values and standard deviations were calculated for continuous data and frequencies in categorical variables.

In order to verify whether the sample had the same socio-demographic characteristics as those of the total population assisted by PSF in the city, we compared the variables gender, age and schooling level, taken from the SIAB (Basic Information System) records with those from the sample. We used the homogeneity of proportions by chi-square test with $p < 0.05$. All statistical analyses were weighted for gender, according to the calculation: 1 divided by the probability of the sample including a male or female individual considering the distribution of the proportions of these categories in the sample and in the population.

The first two analyses verified the associations between the presence of CMD and socio-demographic variables, and between the presence of AADD and socio-demographic

variables as well as CMD. The univariate analysis used Poisson Regression Method with robust variance and the calculation of prevalence ratio (PR) and p value. After that, a multivariate analysis was performed, also using Poisson Regression Method with robust variance including all variables that presented $p < 0.2$ in the univariate analysis to analyze the effect of each variable independently. The final model maintained only variables that showed a significant association at 5% level, regardless of the other variables. Then, PR values were calculated for each variable adjusted to the effect of the other variables in the final model, as well as their confidence intervals of 95%.

Ethical aspects

This type of study presents minimum risk in accordance with the Health Research Norms of CNS (National Health Council). The study protocol was submitted to the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (process 05565) and analysis of the Department of Health of Santa Cruz do Sul. All participants filled and signed in the informed consent term.

RESULTS

The total sample ($n=2,921$) is distributed in relation to the socio-demographic variables according to Table 1. We found the predominance of female, white, married, individuals between 20 and 39 years of age, with incomplete fundamental schooling level, employed and with income of 1 to 3 minimum wages. These data indicate a sample with unfavorable socioeconomic level, which agrees with the reality of the population it is derived from. We concluded that the sample had the same socio-demographic characteristics as those of the total population considered, except for gender, as there are more women in the sample. For this reason, all statistical analyses were weighted for gender.

Regarding the screening for CMD and AADD, we found the prevalence (weighted for gender) of 29.93% (IC95%29.30%-30.56%) e 12.07% (IC95%11.63%-12.52%)respectively. The total prevalence estimate for suspected cases of CMD or AADD was 36.49% (CI 35.84%-37.15%). When we consider the sensitivity and specificity of the screening tools, we obtain adjusted prevalences of 21.33% for CMD and 5% for AADD²⁰.

There was significant association of all socio-demographic variables with CMD in the univariate analysis (Table 2); so all of them were included in the first stage of the multivariate analysis, when ethnicity did not show significance and therefore was not considered in the following stage. The same standard of association observed in the univariate analysis for gender, employment, schooling and income was observed in the multivariate analysis. Reduced PR of all categories was obtained for age in the multivariate analysis, and all age categories that were significantly associated with higher prevalence of CMD in the univariate analysis did not show significance in the multivariate analysis; on the other hand, the category over 60 years of age, which did not show any association in the univariate analysis, showed a significant association for lower prevalence of CMD in the multivariate analysis. In marital status, only separated individuals showed higher prevalence than single individuals (the reference category).

There was also significant association of AADD with all socio-demographic variables and suspected cases of CMD in the univariate analysis (Table 3). So all of them were included in the first stage of the multivariate analysis, when age, ethnicity, marital status, schooling and income did not show significance and therefore were not considered in the following stage. As Table 3 shows, gender and CMD presented the same standard of association in both multivariate and univariate analyses. For employment, the housewife and retired due to disability-health benefit categories lost the significance in the multivariate analysis.

DISCUSSION

The main findings of this study are the high prevalence estimates of suspected cases of CMD and AADD, the recognition of population segment at higher risk for these conditions and the independent association of CMD and AADD with unfavorable socio-demographic indicators.

Four Brazilian population-based studies used SRQ-20 as screening instrument. Prevalence estimates found were: 35% in Olinda and 36% in Zona da Mata, both in Pernambuco^{7,14}), 28.5% in Pelotas⁸ and 24.1% in São Paulo¹⁷. However, they used different cutoff points from that of this study. If we had used the same cutoff points of such studies in our sample for a direct comparison of prevalence estimates, with the cutoff point used in Pernambuco (5/6), we would have obtained prevalence of 41.5%, and in São Paulo and Pelotas (7/8 for women and 5/6 for men), we would have obtained prevalence of 34.8%. That is, in Santa Cruz do Sul the prevalence estimate would be significantly higher than the other four studies.

Regarding the prevalence of suspected cases of AADD, population-based studies conducted in Brazil show prevalence estimates ranging from 6.2% to 8%^{1,3,10,18}. Different prevalence estimates may be associated with the utilization of different screening instruments and different socio-demographic characteristics of the samples. Considering these exceptions, we can say the prevalence estimate found in our study (12.07%) is higher than those found in Brazilian studies and in the NCS-R (National Comorbidity Survey Replication)¹³, the latter with a representative sample of the United States population that showed prevalence estimate of 4.2%.

Literature has systematically demonstrated that, on average, 90% of suicide victims have any mental disorder²² and consequently the higher prevalence of CMD and AADD in Santa Cruz do Sul may play an important role in understanding the high suicide rate in the

city.

Prevalence estimates of suspected cases of CMD are significantly higher in women, adults between 20 and 59 years of age, non-white, unfavorable employment situation, low schooling level and low family income, which were considered as risk groups for CMD in this sample.

The standard association of age with CMD is controversial in literature, ranging from a direct linear correlation to non-association^{1,14,17}. Our study showed reduced PRs for all categories in the multivariate analysis when compared to those from the univariate analysis. Individuals over 60 years of age presented prevalence significantly lower than the reference category after the multivariate adjustment. Among the studies we analyzed, only the NCSR showed this type of independent association found here with age.

The association of marital status with CMD is also controversial^{8,14,17}. In our study, married and divorced/widow individuals presented higher prevalence estimates of suspected cases of CMD when compared to the reference category - single - in the univariate analysis; in the multivariate analysis, the difference in prevalence estimates was obtained only for divorced/widow category.

Female, unfavorable employment condition, low schooling level and low income showed positive and independent associations with CMD. These associations have been observed since the first studies on population-based psychiatric epidemiology¹.

Employment condition was the only variable where the rate of non-answer was significantly higher in cases than in non-cases, and for this reason, we decided to add this category. It seems to have been voluntarily denied information, probably because these individuals are in an unfavorable employment condition, not accepted socially or not valued within the current labor market logic. The harvest worker category presented an association with CMD with intermediate PR between employed and unemployed individuals. Indeed, this

is an intermediate category involving employed and unemployed people, since they work during the harvest period of tobacco (a typical culture in the region) and are unemployed in the rest of the year, as they do not receive salary and have no guarantee of work in the following period.

The way unfavorable socioeconomic conditions and females associate with CMD is merely an area of speculation, due to methodological problems that require the study about these relation. The similarity of schooling level, employment situation and income associations with CMD show that there is an interaction with one another and reflect the study complexity involving socioeconomic variables due to their interdependence. It is incontestable that the employment situation affects income, as schooling level affects the employment situation.

In relation to AADD in the univariate analysis, we observe significantly higher prevalence estimates of suspected cases in men, adults between 20 and 59 years of age, non-white, separated, in unfavorable employment situation, low schooling level, lower family income and suspected cases of CMD, which were considered as risk groups for AADD in this sample.

The variables that presented association with AADD after the multivariate analysis were: gender, employment situation and CMD. The standard association of AADD with socio-demographic variables is not very consistent with other studies, which reflects the difficulties of a study involving these variables. The exception is male variable, which is associated with AADD^{1,2}.

The analysis that considered AADD as outcome included CMD in the predictor variables because several studies have demonstrated a consistent relation with CMD in individuals with AADD, as well as high frequency of CMD in individuals with AADD. The association of AADD with CMD, observed in several studies^{1,8,18}, including this one,

combined with the high prevalence of suspected cases of CMD in individuals with suspected cases of AADD (45.62%; IC95% 43.66%-47.59%), reinforces this idea of similarity between CMD and AADD.

The design of this study (cross-sectional) not show temporal relationship for the associations we found here, essential for causality. However we will discuss some relevant issues. Theories derived from social psychiatry, such as stress-producing life events, low social support, difficulties in performing social roles and loss of own life control sensation, have been discussed as counterpoints to the biological model for the etiology of mental disorders^{1,4}. However, they do not value the individual susceptibility in terms of genetics expressed through characteristics of temperament (personality component of biological determination in opposition to the character, personality component of predominantly environmental determination) for the occurrence of these disorders.

Clinical and biological psychiatry studies have confirmed this contribution when identifying chromosomes (9,15,16) that cause increased vulnerability to AADD¹⁵ and have indicated temperament characteristics, such as high persistence, associated with lower probability of mental disorders and lower incidence of recurrences in people with AADD under treatment⁶, to name a few examples. The dialog among social, clinical and experimental psychiatry seems to be important. This interface may bring important contributions to boost progress in the area of causality.

Considering both biological and social phenomena in the genesis of mental disorders is important, as they seem to contribute to the web causes. Today, the tendency is to consider the biological factors as primary cause and the environmental factors as mediating factors¹⁶. Mediating factors are those situated between exposure and outcome, favoring the occurrence of the latter. However, they do not need to be present for the exposure to cause the outcome, as the association of cause and effect occurs by adding up the direct and indirect effects. This

way, eliminating the mediating factor does not completely prevent the outcome, but it is an important focus for interventions to reduce the outcome occurrence. The importance of these mediating factors has been explored lately and their function has been better outlined mainly in the mental health area⁶.

This is the paradigm of the diathesis-stress model, where unfavorable conditions of the environment interacting with the individual biological susceptibility to the disease end up in aggravation. The proposal suggests widening of what is considered as the environmental conditions of the model. Instead of being limited to lifestyle or person-to-person close interactions (with parents, friends, colleagues), it seems important to include the socioeconomic and social conditions in general, which many times has been unconsidered as a risk factor for the disease.

Another aspect that seems to be relevant when studying the relations of mental disorders with socio-demographic variables refers to the clinical and epidemiological evidences that subsyndromic psychiatric symptoms or complete clinical expression of mental disorder could be precipitators of social stressors that would end up favoring the symptoms. This proposal has been demonstrated in longitudinal studies about bipolar disorder that have addressed both factors in an instigating fashion^{19,21}.

Besides that, the associations observed in cross-sectional studies are not always related to the prevalence of the disease but the duration of the disease. Therefore, the associations of this study could be partially related to the duration of the mental disorders. For example, low socioeconomic status could result on no access to a satisfactory treatment in order to prolong the duration of the disorders. That is, unfavorable social events are simultaneously the cause and consequence of mental disorders as well as the contribution factor for the progression of the disorder, establishing a “vicious circle”. This way, interventions in indicators of unfavorable socioeconomic conditions could be an important point of intervention.

The main limitations of this study are the reduced generalization capability to populations of higher variability in socio-demographic indicators and the high rate of refusal (46.42%), although the latter was attenuated by the large sample that might minimize random errors. However, it does not prevent the possibility of higher participation of cases or non-cases, which could change the prevalence estimates or associations found. One of the reasons for the refusals could be the fact that the CHWs, residents of the studied area, were the researchers of the study. In spite of the efforts to keep the confidentiality of the collected data, some of the eligible sample may have felt embarrassed in participating.

The best way to widen the assistance in mental disorders is to implement public policies for the area at the primary care level. This is specially important when we consider the fact that the risk groups for mental disorders are the most vulnerable in terms of socioeconomic status. These groups face the greatest obstacles in finding proper health assistance. This recommendation implies necessarily that the ESF teams are actively engaged in the process. The PSF has been considered as the reorganization strategy of the primary health care in Brazil.

Those public policies could result in early diagnoses and in effective treatments, attenuating the impact of mental disorders at any level. From an administrative point of view, such policies could represent benefits because it is possible to use the infra-structure already in place, which will result in a wider and cost-efficient assistance in mental health.

REFERENCES

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171(12): 525-9.
2. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo JM, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil-- interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(3):214-22.
3. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):502-9.
4. Cassell J. Psychosocial processes and stress: theoretical formulation. *Int J Health Serv*. 1974;4:471-82.
5. Climent CE, De Arango MV. Manual de Psiquiatria para trabajadores de atención primaria [Psychiatry Manual to primary care workers]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud [Pan American Health Organization]; 1983.
6. Cloninger CR. *Feeling Good. The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press; 2004.
7. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil [Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):73-9.
8. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS [Prevalence of minor psychiatric disorders in Peltas, RS]. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):164-73.
9. Ministério da Saúde. Brasil. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. Sistema de

informações sobre mortalidade/MS/SUS/DASIS. Available at <http://tabnet.datasus.gov.br>. Accessed October, 4th 2008.

10. 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.
11. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de Desempenho do Self-Report Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
12. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim H-H, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10:231-41.
13. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
14. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.
15. Ma JZ, Zhang D, Dupont RT, Dockter M, Elston RC, Li MD. Mapping susceptibility loci for alcohol consumption using number of grams of alcohol consumed per day as a phenotype measure. *BMC Genet*. 2003;4(Supl 1):S104.
16. MacKinnon DP, Krull JL, Lockwood CM. Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect. *Prev Sci*. 2000;1(4):173-81.
17. 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 [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1639-48.

18. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in Southern Brazil. *Addiction*. 2003;98(6):799-804.

19. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:223-8.

20. Pereira MG. Indicadores de Saúde [Health Indicators]. In: Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática [Epidemiology: Theory and Practice]*. 5th ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan; 2001. pp. 49-73.

21. Reilly-Harrington NA, Alloy LB, Fresco DM, Whitehouse WG. Cognitive Styles and Life Events Interact to Predict Bipolar and Unipolar Symptomatology. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):567-78.

22. Rihmer Z, Kitty K. Bipolar disorders and suicidal behavior. *Bipolar disorders*. 2002;4(suppl 1):21-5.

23. Warner L, Ford R. Mental health facilitators in primary care. *Nurs Stand*. 1998;13(6):36-40.

24. WHO. *The World Health Report 2001.: Mental health new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.

25. WHO. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11).

Table 1: Socio-demographic characteristics of the sample (n=2,921)

Variable	N	%
Gender		
Male	1005	34.4
Female	1916	65.6
Ethnicity		
White	1891	64.7
Non-white	1030	35.3
Marital status		
Single	737	25.2
Married*	1761	60.3
Separated	207	7.1
Widower/Widow	216	7.4
Age		
14-19 years of age	419	14.3
20-39 years of age	1210	41.4
40-49 years of age	537	18.4
50-59 years of age	407	13.9
>60 years of age	348	11.9
Schooling level		
Illiterate	215	7.4
Incomplete fundamental level	1701	58.2
Complete fundamental level	371	12.7
Incomplete medium level	285	9.8
Complete medium level	349	11.9

Table 1: Socio-demographic characteristics of the sample (n=2,921) (continuation)

Employment situation		
Employed	804	27.5
Retired senior	214	7.3
Student	297	10.2
Harvest worker	495	16.9
Housewife	322	11
Unemployed	344	11.8
Retired due to disability, health benefit	361	12.4
Did not answer	84	2.9
Family income		
up to 1 MW†	501	17.2
1-3 MW	2002	68.5
>3 MW	418	14.3
SRQ-20 screening		
Yes (score ≥ 8)	945	32.4
No (score < 8)	1976	67.6
SRQ-A screening		
Yes (score ≥ 2)	301	10.3
No (score < 2)	2620	89.7
SRQ-20 and SRQ-A screening		
Yes	1098	37.6
No	1823	62.4

SRQ-20 = *Self-reporting questionnaire* 20 items

SRQ-A = *Self-reporting questionnaire* for AADD screening

* married = official union and non-official union of min. one year

† MW = minimum wage; R\$ 300,00 – three hundred reais or about one hundred dollars when the study was performed

Table 2: Prevalence rates of CMD (Common Mental Disorders) suspected cases (using SRQ-20 screening tool) according to demographic variables (n=2,921)

Variable	Raw PR	P	Adjusted PR*	P
Gender				
Male	1		1	
Female	1.90 (1.66-2.18)	<0.001	1.74 (1.52-2.00)	<0.001
Age				
14-19 years of age	1		1	
20-39 years of age	1.20 (1.00-1.44)	0.054	0.89 (0.71-1.12)	0.322
40-49 years of age	1.32 (1.07-1.62)	0.008	0.90 (0.70-1.16)	0.435
50-59 years of age	1.32 (1.06-1.64)	0.012	0.81 (0.62-1.06)	0.121
>60 years of age	0.95 (0.74-1.22)	0.672	0.65 (0.47-0.89)	0.007
Ethnicity				
White	1		-	-
Non-white	1.80 (1.05-1.32)	0.004	-	-
Marital status				
Single	1		1	
Married †	1.27 (1.10-1.47)	0.001	1.11 (0.94-1.32)	0.202
Separated	1.80 (1.47-2.21)	<0.001	1.27 (1.02-1.58)	0.003
Widower/Widow	1.28 (1.00-1.62)	0.046	1.02 (0.79-1.32)	0.89

Table 2: Prevalence rates of CMD (Common Mental Disorders) suspected cases (using SRQ-20 screening tool) according to demographic variables (n=2,921) (continuation)

Employment situation

Employed	1		1	
Retired senior	0.55 (0.36-0.83)	0.004	0.62 (0.40-0.95)	0.029
Student	0.97 (0.74-1.27)	0.827	0.84 (0.59-1.19)	0.335
Harvest worker	1.73 (1.44-2.10)	<0.001	1.27 (1.05-1.54)	0.014
Housewife	2.10 (1.73-2.55)	<0.001	1.41 (1.15-1.72)	0.001
Unemployed	2.01 (1.65-2.44)	<0.001	1.53 (1.25-1.87)	<0.001
Retired due to disability, health benefit	2.56 (2.15-3.06)	<0.001	2.14 (1.77-2.59)	<0.001
Did not answer	2.33 (1.76-3.08)	<0.001	1.72 (1.31-2.26)	<0.001
Schooling level				
Illiterate	2.60 (1.94-3.48)	<0.001	2.03 (1.49-2.77)	<0.001
Incomplete fundamental level	2.14 (1.66-2.75)	<0.001	1.66 (1.28-2.14)	<0.001
Complete fundamental level	1.74 (1.3-2.33)	<0.001	1.43 (1.08-1.90)	0.013
Incomplete medium level	1.25 (0.89-1.75)	0.19	1.16 (0.83-1.61)	0.378
Complete medium level	1		1	
Family income				
up to 1 MW‡	2.64 (2.07-3.37)	<0.001	1.83 (1.43-2.34)	<0.001
1-3 MW	1.87 (1.48-2.34)	<0.001	1.50 (1.20-1.87)	<0.001
> 3 MW	1		1	

PR = prevalence rates weighted for gender

* used Poisson Regression with robust variance Method to gender, age, marital status, employment situation, schooling level and family income

† married = official union and non-official union of min. one year

‡ MW = minimum wage; R\$ 300,00 – three hundred reais or about one hundred dollars when the study was performed

Table 3: Prevalence rates of AADD (Alcohol Abuse and Dependence Disorders) suspected cases (using SRQ-A screening tool) according to demographic variables (n=2,921)

Variable	Raw PR	P	Adjusted PR*	P
Gender				
Female	1		1	
Male	3.36 (2.69-4.19)	<0.001	4.06 (3.23-5.10)	<0.001
Age				
14-19 years of age	1		-	-
20-39 years of age	2.07 (1.35-3.16)	0.001	-	-
40-49 years of age	2.74 (1.76-4.28)	<0.001	-	-
50-59 years of age	2.15 (1.32-3.48)	0.002	-	-
>60 years of age	1.56 (0.91-2.67)	0.104	-	-
Ethnicity				
White	1		-	-
Non-white	1.37 (1.11-1.71)	0.004	-	-
Marital status				
Single	1		-	-
Married †	1.21 (0.92-1.58)	0.174	-	-
Separated	2.12 (1.46-3.07)	<0.001	-	-
Widower/Widow	1.05 (0.64-1.74)	0.842	-	-

Table 3: Prevalence rates of AADD (Alcohol Abuse and Dependence Disorders) suspected cases (using SRQ-A screening tool) according to demographic variables (n=2,921) (continuation)

Employment situation				
Employed	1		1	
Retired seniors	0.69 (0.40-1.19)	0.182	0.83 (0.49-1.43)	0.509
Student	0.31 (0.16-0.58)	<0.001	0.40 (0.22-0.76)	0.005
Harvest worker	1.04 (0.75-1.45)	0.807	1.35 (0.99-1.86)	0.006
Housewife	0.56 (0.34-0.91)	0.002	1.07 (0.65-1.75)	0.796
Unemployed	1.97 (1.47-2.64)	<0.001	1.98 (1.49-2.64)	<0.001
Retired due to disability, health benefit	1.39 (1.00-1.94)	0.049	1.32 (0.95-1.83)	0.102
Did not answer	0.55 (0.21-1.47)	0.232	0.71 (0.27-1.85)	0.48
Schooling level				
Illiterate	1.88 (1.07-3.27)	0.027	-	-
Incomplete fundamental level	1.89 (1.21-2.95)	0.005	-	-
Complete fundamental level	1.56 (0.92-2.64)	0.099	-	-
Incomplete medium level	0.84 (0.45-1.58)	0.595	-	-
Complete medium level			-	-
Family income				
up to 1 MW‡	2.12 (1.45-3.1)	<0.001	-	-
1-3 MW	1.15 (0.80-1.64)	0.444	-	-
> 3 MW	1		-	-
SRQ-20				
Positive (score ≥8)	1.96 (1.59-2.43)	<0.001	2.31 (1.87-2.86)	<0.001
Negative (score <8)	1		1	

Table 3: Prevalence rates of AADD (Alcohol Abuse and Dependence Disorders) suspected cases (using SRQ-A screening tool) according to demographic variables (n=2,921 (continuation))

PR = prevalence rates weighted for gender

* used Poisson Regression Method with robust variance to gender, employment situation and screening with SRQ-20 (Self-reporting Questionnaire 20 items)

† married = official union and non-official union of min. one year.

‡ SW = minimum wage; R\$ 300,00 – three hundred reais when the study was performed.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência de transtornos mentais encontrada na população estudada levanta algumas considerações importantes: justificariam a alta incidência de suicídios no município estudado? Existe uma rede de assistência compatível com a demanda que estes transtornos representam? Tais interrogações sugerem novos estudos e a necessidade de que saúde mental seja considerada prioridade em termos de saúde pública visto sua importância como causa de morbidade e mortalidade e a alta prevalência.

De fato o caminho mais adequado para atender a esta demanda parece ser a inclusão de políticas públicas direcionadas para esta área em nível primário de atendimento, especialmente quando consideramos que os grupos de risco são justamente os mais vulneráveis em termos sócio-econômicos e portanto com maiores dificuldades de acesso à assistência de que necessitam. Esta recomendação implica necessariamente o envolvimento de equipes de ESF. Estas têm se consolidado como forma de reorganização do sistema de APS à saúde em todo o país. Desde sua implantação na década de 1990 tem propiciado acesso gratuito de considerável parcela da população ao atendimento de saúde que necessitam e tem demonstrado alta resolutividade para os problemas mais comuns apresentados. Atualmente tem uma abrangência de 47,7% da população brasileira o que corresponde a 89,9 milhões de pessoas atendidas por 28.100 equipes distribuídas em 5.163 municípios brasileiros⁴⁷.

A atuação da ESF é baseada no diagnóstico e intervenção precoces, prevenção e educação em saúde, e trabalha através de uma abordagem multidisciplinar e integrada à comunidade que atende. Embora todo tipo de agravo à saúde seja atendido pelas equipes de ESF, existem

algumas condições que são prioridade devido à sua relevância em termos de saúde pública. Entre as prioridades de atendimento preventivo e terapêutico no ESF é fundamental incluir estratégias de intervenção em saúde mental, assim como as existentes atualmente para gestantes e pacientes com diabetes e hipertensão arterial³⁸.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por portaria de 24 de janeiro de 2008 prevê, entre outras diretrizes:

“Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Anexo I

. elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

. apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos

mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;”

Estes itens permitem inferir que o trabalho dos NASFs deve se dar prioritariamente na forma de consultorias e acompanhamento de casos mais complexos em conjunto com as equipes de ESF a fim de auxiliar na manutenção do portador de transtorno mental e outras patologias dentro da rede de APS. Não pode transformar-se em apenas mais um serviço de atendimento secundário, na forma de policlínicas, que represente em saúde mental apenas um ponto intermediário de encaminhamento de pacientes da equipe de ESF para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Na portaria de criação dos NASFs ainda pode-se verificar o que segue:

“Art. 4º

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.”

Isto significa que o objetivo de inserção do tema saúde mental no atendimento cotidiano das equipes de ESF já conta com um mecanismo que parece bastante adequado, devendo-se então apenas colocá-lo em prática na forma como está proposto. Assim o caminho para se ampliar a assistência em saúde mental no Brasil certamente estará avançando.

Para os pacientes com algum transtorno mental isto poderia significar diagnóstico precoce e tratamentos efetivos, com potencial de evitar ou pelo menos atenuar o impacto destas condições na vida de seus portadores e de contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Em termos administrativos também poderia representar benefícios uma vez que utiliza-se toda

uma infra-estrutura já existente levando à economia custo-eficiência com potencial de prover cobertura muito ampla em saúde mental, além de propiciar o uso de recursos da comunidade, que podem parcialmente compensar a escassez de profissionais especializados.

Os prejuízos decorrentes de transtornos mentais não diagnosticados, e conseqüentemente não tratados, são inúmeros, disseminados em vários aspectos da vida dos portadores, familiares e sociedade. Em nível individual, sofrimento psíquico e somático, discriminação, aumento de gastos em decorrência de sintomas, problemas nas relações, interrupções nas atividades, abuso de álcool e drogas, suicídios (873.000 por ano no mundo), homicídios, auto e hetero-agressões, baixo rendimento ocupacional e acadêmico, aumento da probabilidade de contrair outras doenças e aumento de mortalidade são alguns dos exemplos mais visíveis^{72,73}.

Este impacto fundamenta a hipótese de que transtornos mentais sejam causa de indicadores sociodemográficos desfavoráveis, embora também possa haver uma relação em sentido inverso. Devido à complexidade destas interações parece sensato neste momento propor que transtornos mentais sejam causa e possivelmente também consequência de condições sócio-econômicas desfavoráveis, especialmente os TMC, através da sua atuação como fator predisponente representando estressor psicossocial.

Apesar do impacto significativo dos transtornos mentais na qualidade de vida dos portadores, esse impacto pode ser reduzido ou até eliminado quando instituído um tratamento adequado, que por razões óbvias depende de um diagnóstico prévio. Além disso o tempo entre o início dos sintomas e a instituição do tratamento parece influenciar nos níveis de qualidade de vida sugerindo que a instituição de tratamento precoce seja fundamental. Estariam os gestores e profissionais de saúde pública cientes deste compromisso com nossa população?

ANEXOS

ANEXO I: PROJETO DE MESTRADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



PROJETO DE MESTRADO

“Prevalência de transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil”

Daniel Maffasioli Gonçalves

Orientadora: Profa. Dra. Suzi Comey

Porto Alegre, outubro de 2008.

1) Justificativa e revisão da literatura

Estudos epidemiológicos de base populacional têm apresentado prevalências de transtornos mentais entre 12,2% e 48,6% dependendo da população estudada e das características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizados¹. Os estudos que avaliam todo o espectro de transtornos mentais têm demonstrado que aproximadamente 90% dos casos na população são de transtornos mentais não-psicóticos, ou seja, transtornos mentais comuns (TMC - transtornos depressivos, de ansiedade e de somatização) e transtornos de abuso e dependência de álcool e outras substâncias².

Transtornos mentais causam considerável impacto em termos de morbidade e mortalidade. O estudo Sobrecarga Global de Doenças (*Global Burden of Disease*) analisou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo. Entre as dez primeiras causas de sobrecarga total em adultos seis são transtornos mentais, e entre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade (AVI) sete são transtornos mentais².

Entre as principais causas de mortalidade nestes indivíduos está o suicídio, terceira causa de morte na população entre 15 e 34 anos no mundo^{3,4}. Em relação ao transtorno bipolar, por exemplo, estima-se que 20% da mortalidade neste grupo deva-se ao suicídio⁵. Oitocentos e quatorze mil mortes por suicídio ocorrem por ano no mundo^{3,4,7}. O estado do Rio Grande do Sul historicamente apresenta o maior coeficiente de mortalidade por suicídio do país, e na região do Vale do Rio Pardo as taxas estão entre as maiores do país e do mundo. Enquanto que no Brasil o coeficiente de mortalidade por suicídio para o ano de 2005 foi de 4,64/100.000 e para o estado do Rio Grande do Sul foi de 7,94/100.000, Santa Cruz do Sul apresentou 16,1/100.000, conforme cálculo realizado com dados divulgados pela base Datasus⁸. Ou seja, neste município, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi 3,5 vezes e 2 vezes acima das médias nacional e estadual para aquele ano, respectivamente.

Apesar da importância dos transtornos mentais em termos de saúde pública estima-se que

50 a 75% dos portadores não recebem diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento adequados^{2,9,10}. O subdiagnóstico contribuiu para a considerável lacuna existente entre demanda e oferta de assistência em saúde mental (*treatment gap*). Uma revisão sistemática de 37 estudos demonstrou que a estimativa média para esta lacuna é de 50% a 56% para TMC e 78,1% para TADA¹¹.

Na tentativa de diminuir esta lacuna e oferecer assistência a uma maior parcela da população tem aumentado o consenso de que o foco da assistência em saúde mental seja dirigido para o nível de APS (Atenção Primária em Saúde)². No contexto brasileiro esta recomendação implica o envolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atualmente tem uma abrangência de 47,7% da população brasileira, ou seja, 89,9 milhões de pessoas atendidas por 28.100 equipes distribuídas em 5.163 municípios brasileiros¹².

Para a implementação de políticas públicas na área de saúde mental, assim como em qualquer outra área da saúde, é necessário dispor de informações adequadas para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar. O uso racional dos recursos disponíveis torna imprescindível a busca permanente de instrumentos que auxiliem na tomada de decisões¹³. Os estudos epidemiológicos de base populacional contextualizados no espaço e tempo propiciam compreender mais claramente a frequência com que estes transtornos ocorrem na população geral, avaliar suas conseqüências em nível individual, familiar e social, além de trazer à tona suas associações com variáveis sociodemográficas a fim de orientar o reconhecimento de grupos de risco e de fatores de risco sociais. Entretanto este tipo de estudo no Brasil ainda é escasso, principalmente quando consideramos tratar-se de um país de dimensões continentais¹⁴, e inexistente (conforme revisão bibliográfica que realizamos) na região do Vale do Rio Pardo.

Para que a realização de estudos de epidemiologia psiquiátrica em larga escala seja factível do ponto de vista financeiro e operacional, preconiza-se a utilização de instrumentos de rápida aplicação, fácil execução e baixo custo. Para contemplar estas características foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o SRQ-30 (*Self-reporting questionnaire 30 Items*)¹⁵.

Trata-se de um instrumento auto-respondido e originalmente composto por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de TMC (SRQ-20); quatro para rastreamento de transtornos psicóticos; uma para rastreamento de convulsões tipo tônico-clônica; e cinco questões para rastreamento de TADA (SRQ-A). As questões para rastrear psicose ficaram em desuso, pois o rastreamento deste tipo de patologia por instrumentos auto-respondidos apresenta baixa sensibilidade, estando indicada a busca ativa de casos. O mesmo ocorre para a questão sobre convulsões¹⁶.

O último estudo brasileiro de atualização de desempenho do SRQ-20 e SRQ-A comparando-os com entrevista psiquiátrica estruturada utilizando o SCID-IV-TR (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR), baseado na versão corrente do DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders – 4th version reviewed) (DSM) mostrou como pontos de corte ótimos 7/8 para o SRQ-20 (sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%) e 1/2 para o SRQ-A (sensibilidade de 69% e especificidade de 91%)¹⁷.

Quatro estudos brasileiros de base populacional utilizaram o SRQ-20 como instrumento de rastreamento. As prevalências encontradas variaram de 24,1% a 36%^{18,19,20,21}. Em relação à prevalência de TADA os estudos conduzidos no Brasil de base populacional mostram prevalências variando de 6,2% a 8%, entretanto nenhum utilizou o SRQ-A^{22,23,24,25}. Para as diferentes prevalências podem estar contribuindo os diferentes instrumentos de rastreamento utilizados (no caso de TADA), diferentes pontos de corte para o mesmo instrumento (como no caso dos estudos com SRQ-20) e as características sócio-econômicas diferentes das amostras que podem estar associadas à ocorrência dos transtornos. Em relação a este último aspecto, também os dados são escassos e controversos entre os estudos.

Esclarecer a associação de TMC e TADA com variáveis sócio-econômicas é questão importante a ser melhor delineada, apesar de que o estudo destas variáveis representem um verdadeiro desafio. Isto porque tendem a interagir entre si (por exemplo: situação ocupacional influencia na renda) e seus efeitos parecem se exercer indiretamente sobre a saúde de um grupo

(fatores indiretos, predisponentes ou favorecedores). Em vista disto estas questões de pesquisas têm sido testadas em estudos transversais e acabam por se sustentar na base descritiva e em formulação de hipóteses para analisar as relações encontradas. Embora este tipo de análise seja habitualmente considerado de menor interesse e poder pois estaria sujeito a viés. Estas dificuldades metodológicas, assim como a predominância dos modelos biológicos na literatura vigente, tornaram o estudo de fatores sócio-econômicos de segunda ordem²⁶. Entretanto são fundamentais para a compreensão dos processos de saúde-doença ao investigar e propor fatores de risco sócio-econômicos, que têm sido negligenciados nos últimos anos nas investigações epidemiológicas²⁷. Além disso a identificação de segmentos populacionais mais suscetíveis por si só garante a importância destes estudos pois é fundamental para o planejamento em saúde pública²².

2) Objetivos:

2.a) Objetivo geral

Estimar a prevalência de TMC e de TADA em amostra representativa da população atendida por ESF em Santa Cruz do Sul, RS.

2.b) Objetivo Específicos

Estudar as associações entre fatores sócio-demográficos e presença de TMC.

Estudar as associações entre fatores sócio-demográficos e presença de TADA.

Verificar se TMC e TADA apresentam prevalências maiores em Santa Cruz do Sul que as encontradas em outros locais do país visto que o município apresenta alto coeficiente de mortalidade por suicídio.

3) Metodologia

3.a) Delineamento

Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado no período de 10 de fevereiro de

2006 a 10 de fevereiro de 2007. Constituiu-se em aplicação de questionário sobre dados demográficos, SRQ-20 (*Self-reporting Questionnaire 20 items*) e SRQ-A (*Self-reporting Questionnaire* para álcool). A aplicação foi realizada por agentes comunitários da saúde (ACSs) em 3 das 8 áreas atendidas por ESF no município de Santa Cruz do Sul (localizado na região central do Rio Grande do Sul, estado mais ao sul do Brasil) durante as visitas domiciliares que realizam diariamente às residências cobertas pelo programa. O convite em cada residência foi feito mais de uma vez visto que a média de visitas domiciliares por ACS é de aproximadamente 0,8 visitas por domicílio por mês.

3.b) Amostra

Foram considerados critérios de inclusão indivíduos maiores de 14 anos moradores das áreas estudadas. Utilizou-se como critério de exclusão apenas a presença de comprometimento físico ou mental que impossibilitasse a participação. Todos os moradores elegíveis eram convidados e quando um morador não estava presente na residência no momento da visita, o convite para participar da pesquisa era feito verbalmente através do familiar presente, e depois por escrito, sendo quando necessário agendado um horário. Os questionários são auto-respondidos e no caso de o entrevistado ser analfabeto os instrumentos eram lidos por um terceiro, preferencialmente o ACS. Isto porque o SRQ objetiva incluir todo o tipo de paciente, inclusive os analfabetos⁴.

As três áreas estudadas atendem a uma população de 5887 indivíduos maiores de 14 anos, sendo que 53,58% (n=3154) deste total aceitaram participar da pesquisa. Isto corresponde a 15,35% da população total maior de 14 anos atendida pelas 8 equipes de ESF de Santa Cruz do Sul (N=20551).

Para verificar se a amostra tinha as mesmas características sociodemográficas que a população total atendida por ESFs no município foram utilizadas as variáveis disponibilizadas pelos registros do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que são sexo, idade e alfabetização. Utilizamos teste de qui-quadrado com valor $p < 0,05$. Concluímos tratar-se de amostra com as mesmas características sociodemográficas da população total considerada, exceto para sexo pois

há maior proporção de mulheres na amostra. Desta forma todas as análises estatísticas foram ponderadas para variável sexo.

3.c) Instrumentos

3.c.1) Questionário sobre dados demográficos:

Trata-se de um questionário auto-respondido composto por sete perguntas acerca de dados sociodemográficos.

3.c.2) SRQ-20 e SRQ-A

O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento de TMC com 20 itens proposto por Harding⁴ e o SRQ-A é um instrumento para rastreamento de TADA com cinco itens proposto por Climent¹⁰. As respostas são do tipo sim/não. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final através do somatório desses valores. Conforme última avaliação de desempenho do SRQ-20 e SRQ-A realizada no Brasil¹¹, indivíduos que pontuam 7/8 no primeiro são considerados casos suspeitos de TMC (sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%) e os que pontuam 1/2 no SRQ-A são considerados casos suspeitos de TADA (sensibilidade de 69% e especificidade de 91%).

3.d) Análise estatística

Os dados foram compilados no Programa SPSS versão 16.0 e as análises foram realizadas no mesmo programa. As médias e desvios-padrão foram calculadas para os dados contínuos e frequências para as variáveis categóricas.

A primeira análise verificou associações entre presença de TMC com variáveis sociodemográficas assim como entre presença de TADA com variáveis sociodemográficas e TMC. A análise univariável foi feita através de regressão de Poisson com cálculo de razão de prevalência (RP) e valor p. Após essa primeira análise realizou-se análise multivariável também pela regressão de Poisson com variância robusta incluindo todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,2$ na análise univariável a fim de analisar o efeito independente de cada variável. No modelo final foram mantidas apenas as variáveis que mostraram associação significativa

7) Referências bibliográficas

1. WHO. International Consortium in Psychiatric Epidemiology Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organ 2000; 78(4):413-26.
2. WHO. Library Cataloguing in Publication Data The World health report. 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, 2001
3. WHO. Preventing suicide - a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization, 2000.
4. WHO. Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.
5. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. 2001. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry 58;844-850.
6. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. Rev Saúde Pública 2005;27(2):131-4.
7. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. World Health Statist Q 1993; 46:52-68.
8. Ministério da Saúde. Brasil. Informações de Saúde-Estatísticas Vitais. Sistema de informações sobre mortalidade. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso: 04/10/2008.
9. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med 1980;10: 231-41.
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999;282(18):1737-44.
11. Kohn R, Saxena S, Levay I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 2004;82(11):858-66.

12. Ministério da Saúde. Informações sobre Atenção Básica. Disponível: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acessado: 25/05/2008.
13. Pereira MG. Indicadores de Saúde. In: Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.p.49-73.
14. Fúlvio B, Nedel, Maria Rocha, Joaquín Pereira. Anos de vida perdidos por mortalidade: um dos componentes da carga de doenças. Rev Saúde Pública 1999;33(5):461-9.
15. WHO. Sixteenth Report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Technical Reports Series (564). Geneva: WHO, 1975.
16. WHO. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire. Geneva: WHO, 1993.
17. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de Desempenho do Self-Report Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR". Cad Saúde Pública 2008;24(2):380-90.
18. Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2005;21(1):73-9.
19. Ludermit AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública 2002;36(2):213-21.
20. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev. Bras. Epidemiol 2002;5(2):164-73.
21. 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;22(8):1639-48.
22. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarrodo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study Rev Saúde Pública 2007;41(4):502-9.
23. Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EL. Household survey on drug abuse in

Brazil: Study involving the 107 major cities of the country - 2001. *Addictive Behaviors* 2005;30:545-56.

24. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in Southern Brazil. *Addiction* 2003;98(6):799-804.

25. Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.

26. Goldberg M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: Costa DC, Breilh J, Goldberg M, Barreto ML, Almeida-Filho N, Costa NR, Gonçalves RBM. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 2002.

27. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994; 9(3):887-903.

28. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(1):22-33.

ANEXO II: APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-565

Versão do Projeto: 12/12/2005

Versão do TCLE: 20/03/2006

Pesquisadores:

FLAVIO KAPCZINSKI

DANIEL MAFFASIOLI GONCALVES

Título: EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM SANTA CRUZ DO SUL - RS - BRASIL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 22 de março de 2006.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO III: CARTA DE ACEITE SECRETARIA DE SAÚDE SANTA CRUZ DO SUL



Município de Santa Cruz do Sul
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

R. Ernesto Alves 858-Fone (0xx51)3715-2254-CEP 96.810-060-Centro-Santa Cruz do Sul/RS

Of. n° 707/SMS/2005/PF.

Santa Cruz do Sul, 18 de outubro de 2005.

Prezados Senhores

Ao tempo em que enviamos cordiais saudações, vimos pelo presente emitir resposta e correspondência que nos foi emitida, onde cientificamos que autorizamos que o prof. Flávio Kapczinski e Daniel Maffasioli Gonçalves realizem o projeto intitulado. **CONSULTORIA EM SAÚDE MENTAL PARA EQUIPES DE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA CRUZ DO SUL.**

Sem mais para o momento, reiteramos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Ana Zoé Schilling da Cunha
ANA ZOÉ SCHILLING DA CUNHA
Secretária Municipal de Saúde

Aos Senhores:

PROF. FLÁVIO KAPCZINSKI E

DANIEL MAFFASIOLI

UNISC- UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

POSTO SANTA



Santa Cruz do Sul
1911

ANEXO IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando-o a participar do projeto Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos em Santa Cruz do Sul - RS - Brasil, caso for de seu interesse e aceitação. Esta é uma pesquisa para diagnóstico de transtorno psiquiátrico na comunidade, estimativa do uso de recursos de saúde e relação com a presença de transtorno psiquiátrico, comportamento suicida, relação de presença de transtorno psiquiátrico e outras doenças médicas e motivos de consulta mais frequentes entre indivíduos com diagnóstico psiquiátrico.

A entrevista realizada pelo agente de saúde está contida em uma ficha onde são solicitados dados pessoais como idade, sexo e profissão, por exemplo, 30 perguntas que compõem o questionário SRQ (Self-Reporting Questionnaire) para triagem de sintomas psiquiátricos e perguntas sobre ideação e tentativas de suicídio pessoais e tentativas de suicídio e suicídio consumado de familiares e amigos. Esta pesquisa objetiva: conhecer a frequência de transtornos psiquiátricos na comunidade e sua relação com uso de recursos de saúde, comportamento suicida, história familiar de suicídio ou tentativa de suicídio e outras doenças médicas; e verificar os motivos de busca de atendimento médico no posto de saúde mais frequentes entre pacientes com diagnóstico psiquiátrico. Esta pesquisa é considerada como sem risco para a saúde pois não há qualquer tipo de intervenção com riscos.

Eu, _____, fui informado dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre cada procedimento no qual estarei envolvido. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Fui informado que caso exista diagnóstico psiquiátrico confirmado serei encaminhado para atendimento na unidade básica de saúde a qual pertenço e que caso esteja em situação de urgência ou emergência psiquiátrica serei encaminhado imediatamente à unidade básica de saúde à qual pertenço se em horário compatível e se em horário não compatível serei encaminhado à unidade de emergência e urgência do município.

Em qualquer dos casos de urgência e emergência o pesquisador Daniel Maffasioli Gonçalves será comunicado imediatamente para facilitar e monitorar o atendimento. Em todos os casos acima, terei garantido meu direito de avaliação e tratamento adequados.

Assinatura do paciente

Assinatura da testemunha

Assinatura do Pesquisador

Local e data

Pesquisador Responsável: Dr. Flavio Kapczinski 0 xx (51) 99641096

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre 0 xx (51) 2101 8304

ANEXO V: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

1)NÚMERO DA CASA E NOME:

2)SEXO: 1. MASCULINO 2. FEMININO 3)IDADE: ANOS

4)ETNIA:

1. NEGRO

2. BRANCO/ORIGEM ALEMÃ

3. BRANCO/ORIGEM NÃO ALEMÃ

4. PARDO

5. OUTROS QUAL?.....

5)SITUAÇÃO CONJUGAL ATUAL:

1. SOLTEIRO-

2. CASADO –

3. SEPARADO/DIVORCIADO

4. VIÚVO

ATENÇÃO: CASAMENTO QUANDO OFICIAL OU MORANDO JUNTO 2 ANOS OU MAIS

6)QUANTOS CASAMENTOS NO TOTAL?

7)QUANTOS FILHOS VIVOS?

8)OCUPAÇÃO:

1. SÓ ESTUDANTE

2. EMPREGADO COM CARTEIRA ASSINADA

3. AUTÔNOMO

4. SAFRISTA

5. DESEMPREGADO

6. EM BENEFÍCIO

7. APOSENTADO POR INVALIDEZ/TRABALHANDO

8. APOSENTADO POR INVALIDEZ/NÃO TRABALHANDO- trocar 7?

9. APOSENTADO TEMPO SERVIÇO/TRABALHANDO

10. APOSENTADO TEMPO SERVIÇO/NÃO TRABALHANDO- trocar 9?

PENSIONISTA – trocar 12?

DONA(O)-DE-CASA

9)ESCOLARIDADE:

1. ANALFABETO
2. PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
3. PRIMEIRO GRAU COMPLETO
4. SEGUNDO GRAU INCOMPLETO
5. SEGUNDO GRAU COMPLETO
6. FACULDADE INCOMPLETA
7. FACULDADE COMPLETA
8. PÓS-GRADUAÇÃO

10)QUANTOS ANOS ESTUDOU NO TOTAL?.....

11)QUANTOS ANOS RODOU NO TOTAL?.....

12)RENDA FAMILIAR APROXIMADA:

1. MENOS DE 300 REAIS
2. DE 300 A 900 REAIS
3. DE 900 A 1500 REAIS
4. DE 1500 A 3000 REAIS
5. MAIS DE 3000 REAIS-4

13)VOCÊ USA REMÉDIO PARA DOR PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA?

1. SIM 2. NÃO

14)QUANTAS VEZES CONSULTOU MÉDICO DO POSTO OU OUTRO CLÍNICO GERAL NO ÚLTIMO ANO?

1. NENHUMA VEZ
2. UMA VEZ
3. DUAS A 5 VEZES
4. 5 A 10 VEZES
5. MAIS DE 10 VEZES

15)QUANTAS VEZES CONSULTOU MÉDICO ESPECIALISTA NO ÚLTIMO ANO?

1. NENHUMA VEZ
2. UMA VEZ
3. DUAS A 5 VEZES
4. 5 A 10 VEZES

5. MAIS DE 10 VEZES

16) APROXIMADAMENTE QUANTAS VEZES FEZ EXAMES NO ÚLTIMO ANO?

1. NENHUMA VEZ

2. UMA VEZ

3. DUAS A 5 VEZES

4. MAIS DE 5 VEZES

17) QUANTAS VEZES PROCUROU A EMERGÊNCIA NO ÚLTIMO ANO?

1. NENHUMA VEZ

2. UMA VEZ

3. DUAS A 5 VEZES

4. MAIS DE 5 VEZES

18) QUANTAS VEZES NA VIDA JÁ FOI INTERNADO? VEZES

19) VOCÊ ESTÁ AGUARDANDO?

1. PSIQUIATRA/CAPS

2. OUTRO ESPECIALISTA

3. CIRURGIA/EXAMES/INTERNAÇÃO

4. NADA

20) NO GERAL, ESTÁ SATISFEITO COM O ATENDIMENTO DE SAÚDE QUE RECEBE?

1. SIM 2. NÃO

21) NO GERAL, ESTÁ SATISFEITO COM SUA VIDA? 1. SIM 2. NÃO

22) NO GERAL, ESTÁ SATISFEITO COM SUA SAÚDE? 1. SIM 2. NÃO

SRQ-20 (questões 23 a 42)

23) Sr.(a) tem dores de cabeça com frequência?

1. SIM 2. NÃO

24) Tem falta de apetite? 1. SIM 2. NÃO

25) O Sr.(a) dorme mal? 1. SIM 2. NÃO

26) O Sr.(a) fica com medo com facilidade?

1. SIM 2. NÃO

27) Suas mãos tremem? 1. SIM 2. NÃO

28) O Sr(a) se sente nervoso, tenso ou preocupado?

1. SIM 2. NÃO

29) Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva? 1. SIM 2. NÃO

30) O Sr(a) não consegue pensar com clareza?

1. SIM 2. NÃO

31) Sente-se infeliz? 1. SIM 2. NÃO

32) O Sr(a) chora mais que o comum? 1. SIM 2. NÃO

33) Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias? 1. SIM 2. NÃO

34) Acha difícil tomar decisões? 1. SIM 2. NÃO

35) Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?

1. SIM 2. NÃO

36) O Sr.(a) não é capaz de ter um papel útil na vida?

1. SIM 2. NÃO

37) O Sr.(a) perdeu interesse nas coisas?

1. SIM 2. NÃO

38) Acha que é uma pessoa que não vale nada?

1. SIM 2. NÃO

39) O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça? 1. SIM 2. NÃO

40) O Sr.(a) se sente cansado (a) todo o tempo? 1. SIM 2. NÃO

41) O Sr.(a) tem sensações desagradáveis no estômago? 1. SIM 2. NÃO

42) Fica cansado com facilidade? 1. SIM 2. NÃO

43) O Sr.(a) acha que alguém tem tentado prejudicá-la de alguma forma? 1. SIM 2. NÃO

44) O Sr.(a) é uma pessoa muito mais importante do que a maioria das pessoas acha? 1. SIM 2. NÃO

45) O Sr.(a) notou qualquer interferência ou qualquer coisa diferente com o seu pensamento?

1. SIM 2. NÃO

46) Já ouviu vozes sem saber de onde vêm ou que outras pessoas não ouvem? 1. SIM 2. NÃO

47) Já teve convulsões, ataques ou quedas ao solo, com movimentos de braços e pernas, com mordidas de língua ou perda do conhecimento? 1. SIM 2. NÃO

SRQ-A (questões 48 a 52)

48) Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que você estava bebendo/usando drogas demasiadamente? 1. SIM 2. NÃO

49) Alguma vez você tentou deixar de beber/usar drogas, mas não conseguiu? 1. SIM 2. NÃO

50) O Sr.(a) teve problemas no trabalho ou estudo por causa da bebida/drogas, tais como beber/usar drogas no trabalho ou no colégio, ou faltar a ambos? 1. SIM 2. NÃO

51) O Sr(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado/ drogado? 1. SIM 2. NÃO

52) Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo /usando drogas demasiadamente? 1. SIM 2.

NÃO

SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA 48,49,50,51OU 52, POR FAVOR RESPONDA AO QUE SE REFERIU:

53) 1. só álcool 2.só drogas 3. álcool e drogas

54)TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA EM TRATAMENTO/DIAGNOSTICADA?
1.SIM 2.NÃO

55) SE RESPONDEU SIM PARA 54, POR FAVOR
INFORME QUAL(IS)

56)PRECISA USAR REMÉDIO DIARIAMENTE? 1.SIM 2.NÃO

57) SE RESPONDEU SIM PARA 56, POR FAVOR
INFORME QUAL(IS) (NOME OU TIPO)

58) EM ALGUM MOMENTO DA SUA VIDA, PENSOU POR 2 OU MAIS SEMANAS EM
TIRAR SUA VIDA? 1.SIM 2.NÃO

59) EM ALGUM MOMENTO DA SUA VIDA, FEZ PLANOS PARA TIRAR SUA VIDA?
JÁ ESTEVE PRÓXIMO DE SE MATAR? 1. SIM 2. NÃO

60) EM ALGUM MOMENTO DA SUA VIDA, JÁ TENTOU SE MATAR? 1. SIM 2. NÃO
4. SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA 60, POR FAVOR INFORME O TIPO DE
TENTATIVA(CONFORME TABELA 1, abaixo) E QUANTAS VEZES PARA CADA
TIPO:

TABELA 1 TIPO DE SUICÍDIO/TENTATIVA DE SUICÍDIO			
1. ENFORCAMENTO			
2. VENENO			
3. ATIRAR-SE DE ALTURA			
4. ARMA DE FOGO			
5. ARMA BRANCA (FACA, PEDAÇO DE VIDRO, ETC)			
6. MEDICAMENTOS			
7. OUTROS. QUAL?			
TIPO TENTATIVA	VEZES	TIPO TENTATIVA	VEZES

62)ALGUM FAMILIAR OU AMIGO SEU TENTOU SE MATAR? 1. SIM 2. NÃO

63)SE VOCÊ RESPONDEU SIM PARA 62, POR FAVOR INFORME QUAL O TIPO DE TENTATIVA (CONFORME TABELA 1), QUANTAS VEZES CADA E O TIPO DE PARENTESCO (CONFORME A TABELA 2).

TABELA 2: TIPO DE PARENTESCO

8.MÃE 9.PAI 10.AVÓ MATERNA 11.AVÔ MATERNO 12.AVÓ PATERNA 13. AVÔ PATERNO 14.TIO(A)(S) MATERNO(A)(S) 15. TIO(A)(S) PATERNO(A)(S) 16. SOBRINHO (A)(S) MATERNO(A)(S) 17. SOBRINHO (A)(S) PATERNO(A)(S)18. AMIGO(A) 19. COLEGA DE TRABALHO/ESCOLA 20.FILHO 21. FILHA 22. IRMÃO 23. IRMÃ 24.PRIMO(A) 25. OUTRO.QUAL?.....

TIPO TENTATIVA	QUANTAS VEZES	TIPO DE PARENTESCO

64. ALGUM PARENTE/AMIGO SE SUICIDOU?

1. SIM 2. NÃO

65) SE RESPONDEU SIM PARA 64, INFORME O TIPO DE SUICÍDIO (TABELA 1) E PARENTESCO (TABELA 2):

TIPO SUICÍDIO	TIPO PARENTESCO	TIPO SUICÍDIO	TIPO PARENTESCO

66. Seu apetite está fora do normal? 1. SIM 2. NÃO

67. Sente dores nas costas ou pelo corpo?

1. SIM 2. NÃO

68. Tem a sensação de "bola" na garganta?

1. SIM 2. NÃO

69. Você vivenciou algum acontecimento muito ruim que fica insistentemente voltando a sua mente?

1. SIM 2. NÃO

70. Você é do tipo "pavio-curto"? 1. SIM 2. NÃO

71. Você se considera ou é chamado pelos outros como alguém "de lua", com muitos altos e baixos? 1. SIM 2. NÃO

72. Você se irrita facilmente? 1. SIM 2. NÃO

73. Você se acha muito diferente dos outros? 1. SIM 2. NÃO

Se da pergunta 23 a 73 você respondeu sim alguma vez, por favor responda as seguintes perguntas que se referem aos problemas das perguntas 23 a 73:

74. Você procurou ajuda no último ano devido a esses problemas? 1. SIM 2. NÃO

75. De quem?

1. PSQUIATRA 2. CLÍNICO GERAL/MÉDICO DE FAMÍLIA 3. AGENTE DE SAÚDE 4. IGREJA OU RELIGIÃO 5. CURANDEIROS 6. OUTROS QUAL?.....

76. Você tomou ou toma remédio ou algum outro tipo de substância para estes problemas?

1. SIM 2. NÃO

77. O quanto esses problemas afetaram ou afetam sua vida profissional, emocional ou social?

1. Nada 2. um pouco 3. mais ou menos

4. bastante 5. extremamente

78. Nos últimos seis meses (180 dias), aproximadamente quantos dias você se sentiu incapaz de realizar suas atividades normais do dia-a-dia devido a esses problemas?DIAS