

## **Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre) \***

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO<sup>1</sup>, JAIR DE JESUS MARI<sup>2</sup>, EVANDRO COUTINHO<sup>3</sup>,  
JOSIMAR FARIAS FRANÇA<sup>4</sup>, JEFFERSON GOMES FERNANDES<sup>5</sup>,  
SÉRGIO BAXTER ANDREOLI<sup>6</sup> E ELLIS D'ARRIGO BUSNELLO<sup>7</sup>

O estudo de morbidade psiquiátrica de adultos realizado em três áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), teve como *objetivos* estimar as prevalências globais de distúrbios psiquiátricos (EPG) na população e estimar as prevalências de demanda potencial (DPE) de serviços destinados a tratamento dos distúrbios psiquiátricos. Usou, em sua *metodologia*, um desenho do tipo corte transversal numa amostra de casas randomicamente selecionadas em cada cidade. Foi conduzido em duas etapas: na primeira, foi aplicado o instrumento de triagem (QMPA) em 6.470 indivíduos maiores de 15 anos, para determinar os suspeitos de serem casos e não casos. Na segunda etapa, uma subamostra randomicamente selecionada de 30%

de casos e 10% de não casos foi submetida a um inventário de sintomas do DSM-III, para definição do diagnóstico. Como *resultados*, encontramos que as estimativas de demanda potencial (DPE) variaram de 20 a 35%, enquanto que as taxas de prevalências globais (EPG), incluindo qualquer nível de sintomatologia, situaram-se entre 30 e 50%. Os achados por grupo diagnóstico mostram que ansiedade e fobias constituem os principais problemas de saúde mental da população urbana brasileira, com EPG variando de 8 a 18% e DPE de 5 a 12%. Também ocupam posição importante as depressões não psicóticas para o sexo feminino, com prevalências de até 14%, e o alcoolismo para o sexo masculino, com prevalências de até 9%. Em *conclusão*, o presente estudo evidencia perfis diversificados de morbidade psiquiátrica nas cidades, refletindo as diferenças socioculturais e os distintos níveis de desenvolvimento de cada região. A padronização dos instrumentos, da coleta e a avaliação do impacto metodológico sobre os resultados evidenciam a aplicabilidade da metodologia utilizada, recomendando sua replicação em outras regiões do país. As estimativas de demanda potencial poderão ser úteis em projeções epidemiológicas da saúde da população mais embasadas cientificamente. Dessa forma, será possível cumprir um dos objetivos mais nobres da epidemiologia psiquiátrica aplicada, que é o apoio ao planejamento e organização de programas de assistência psiquiátrica.

\* Estudo realizado sob o patrocínio da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com apoio financeiro do Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, FINEP e FAPERGS. Os autores agradecem o valioso e dedicado apoio institucional de Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Marleide Mota Gomes e Eliane Seidl, da então Divisão Nacional de Saúde Mental — DINSAM-MS. Vilma Souza Santana, pós-graduanda na Universidade da Carolina do Norte, participou na elaboração do projeto e no planejamento do trabalho de campo do estudo piloto. O trabalho de campo do segmento Brasília foi coordenado por Marisa Pacini Costa e Alcinda Machado Godoi e contou com a participação de Maria Inez Telles Walter. O segmento Porto Alegre contou com a colaboração de Maria Inez Schmidt, Luciana Gigante, Sotero Serrate Mengue, Melanie Oglari Pereira e Werner Paulo Knapp. O segmento São Paulo contou com a colaboração de Cláudio Torres de Miranda, Márcia Menon e Atilio Bombana.

1. PhD. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador I-A do CNPq. Membro da Coordenação Geral.
2. PhD. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina. Pesquisador I-C do CNPq. Membro da Coordenação Geral.
3. M.S.P. Professor Assistente do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Membro da Coordenação Geral.
4. Professor Assistente de Psiquiatria do Departamento de Clínica Médica da Universidade de Brasília. Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB. Coordenador do segmento Brasília.
5. Professor Assistente do Departamento de Neurologia da UFRGS e da PUCRS. Coordenador do segmento Porto Alegre.
6. Pós-graduando em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina. Coordenador do segmento São Paulo.
7. Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenador da equipe psiquiátrica do segmento Porto Alegre.

### *Psychiatric morbidity survey in urban areas in Brazil (Brasília, São Paulo, Porto Alegre)*

*A psychiatric morbidity survey was conducted in three major urban areas in Brazil (Brasília, São Paulo and Porto Alegre), to estimate the overall prevalence of psychiatric disorders in the community as well as to adjust morbidity estimates for those in need of care. A two-stage cross-sectional design was applied to a representative sample of adults in the three sites. All subjects older than 15 years were screened by a Brazilian questionnaire (n = 6,470), the Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire (QMPA), and a subsample (30% of probable cases and 10% of probable non-cases) was selected for a confirmatory psychiatric interview, the Brazilian version of the DSM-III Symptom Checklist (n = 836). The overall prevalence of psychiatric morbidity ranged from 30 to 50%, and when adjusted for those in need of care rates were between 20 and 35%. Anxiety and phobic states comprised the highest prevalence rates: the overall rates were between 8 and 18%, and for those in need of care between 5% and 12%. For females,*

there was an excess of major depression (being 14.5% in Porto Alegre), and for males alcohol addiction was around 9%. In summary, the study showed important geographical differences in psychiatric morbidity probably related to the sociocultural and the economic characteristics of the areas investigated. Moreover, the adjusted estimates for those in need of care may provide a rather unbiased projection of the mental health care needs of the population. Therefore, it is hoped this study will fulfil one of the main aims of the applied psychiatric epidemiology, i.e., the planning and the future organization of psychiatric care in the community.

Palavras-chave: *Epidemiologia; Estudo de prevalência; Levantamento populacional; Saúde mental; Métodos epidemiológicos.*  
Key words: *Epidemiology; Prevalence study; Health surveys; Mental healthy; Epidemiologic methods.*

## INTRODUÇÃO

No Brasil, observa-se uma acentuada carência de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica geral na população, dificultando o planejamento, organização e avaliação da assistência à saúde mental no País. Apesar do registro de grande número de estudos que se autodenominam epidemiológicos, ou "estatísticos", uma recente avaliação (ALMEIDA-FILHO, SANTANA e MARI, 1989) classifica-os como estudos de grupos em tratamento que empregam amostragem e técnicas de análise inadequadas ou deficientes. Existe ainda um número relativamente grande de estudos epidemiológicos de problemas específicos, como por exemplo consumo de drogas (ALMEIDA-FILHO e col., 1991) e alcoolismo (SANTANA e ALMEIDA-FILHO, 1990) ou realizados em segmentos específicos da população, como por exemplo idosos (BLAY e col., 1991).

Em termos de morbidade psiquiátrica geral, até o momento, identifica-se apenas uma pesquisa com dados hospitalares (CAETANO, 1982), quatro levantamentos na atenção primária (SANTANA, 1977; BUSNELLO e col., 1983; MARI, 1987; ALMEIDA FILHO e col., 1991) e quatro inquéritos domiciliares em uma mesma área metropolitana (COUTINHO, 1976; SANTANA, 1982; ALMEIDA FILHO e col., 1983; AGUIAR, 1988). Entretanto, trata-se de estudos com características metodológicas especiais que, aliado ao fato de serem referidos a populações restritas, com características demográficas e culturais extremamente particulares, limitam as possibilidades de comparação de resultados.

Com a finalidade de preencher esta lacuna, foi proposta a realização do "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas", originalmente projetado para incluir seis capitais brasileiras (Manaus, Brasília, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre). Esse estudo teve como objetivo principal abordar descritivamente o perfil das necessidades de saúde

de mental e de utilização de serviços de saúde mental em amostras representativas da população adulta residente naquelas áreas, através de uma análise epidemiológica de dados individuais e agregados por área ecológica e por grupo familiar. Dificuldades orçamentárias, associadas às altas taxas de inflação do período, determinaram a realização da coleta de dados em apenas três regiões metropolitanas (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). A metodologia e resultados referentes a estimativas de prevalência de morbidade psiquiátrica em geral e de demanda potencial por assistência à saúde mental são objeto do presente relatório.

## METODOLOGIA

Utilizou-se um desenho de estudo do tipo corte transversal, conduzido em duas etapas (figura 1): 1) na primeira fase, aplicou-se um instrumento de triagem em amostra representativa da população com idade acima de 14 anos, para detectar prováveis casos psiquiátricos; foram coletadas também informações demográficas e socioeconômicas; 2) na segunda, foram realizadas entrevistas pessoais em uma subamostra, para confirmação diagnóstica por meio de um inventário de sintomas e para a coleta de informações sobre a utilização de serviços de saúde mental.

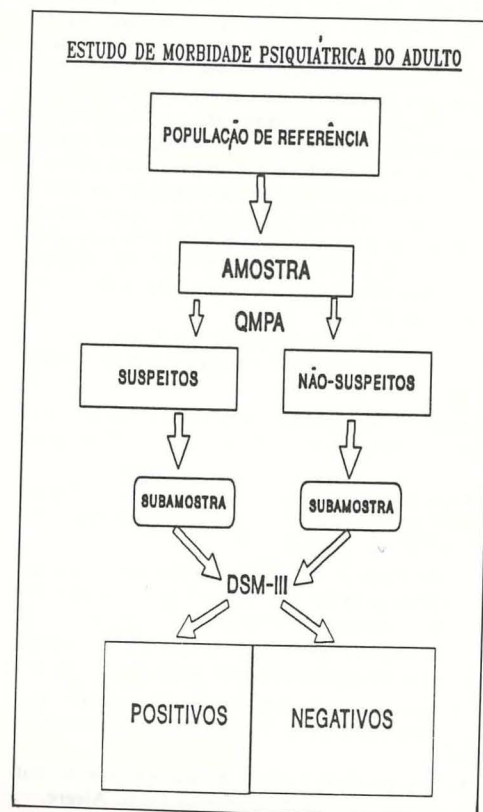


Fig. 1 — Fluxograma de coleta de dados

## Plano amostral

Para o cálculo do tamanho das amostras, assumiu-se uma prevalência esperada de 10% de casos necessitados de cuidado psiquiátrico (ALMEIDA FILHO e col., 1989) e um erro amostral de 2%, com 95% de confiança. Este cálculo implicou em um módulo de análise de 900 indivíduos, que, mantendo a precisão das estimativas para até dois estratos, resultou em um tamanho amostral base de 1.800 sujeitos. Admitindo-se uma possibilidade de perdas e recusas de até 10% das amostras, estabeleceu-se em 2.000 o número de indivíduos que seriam submetidos à entrevista na primeira fase de coleta dos dados. Para a fase de confirmação diagnóstica, previa-se a seleção aleatória de uma subamostra (n = 300) que incluía 30% dos suspeitos e 10% de não suspeitos. Estabeleceu-se como unidade de coleta o grupo familiar (definido como o conjunto de indivíduos que moram em uma mesma residência e compartilham os gastos domésticos), cuja variação em tamanho determinou o ajuste do número de domicílios para cada área da pesquisa. Cálculos do poder estatístico do desenho amostral foram realizados, a fim de determinar se o estudo proposto seria capaz de detectar os efeitos estatisticamente significativos esperados nos diversos níveis de agregação.

**Amostragem do segmento Brasília** — A amostragem realizada no Distrito Federal foi estratificada, considerando-se como estratos o Plano Piloto e as cidades satélites (Cruzeiro, Guará, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Brasília, Sobradinho, Planaltina, Gama, Taguatinga). De acordo com a distribuição demográfica, os estratos foram subdivididos em setores segundo a situação socioeconômica da população. Dentro de cada setor, estabeleceu-se um número amostral de domicílios proporcional ao tamanho da sua população. Com base em um mapeamento atualizado, foi sorteado um domicílio como ponto de partida para cada entrevistador, que prosseguia incluindo na amostra a residência de número imediatamente superior, até esgotar um número de questionários previamente determinado pelos supervisores de campo. Nos casos em que a quantidade de questionários a serem aplicados excedia o número de domicílios no setor, passava-se para a área vizinha, seguindo o critério de numeração ascendente, sem prejuízo para a aleatoriedade da amostra.

Considerando-se a média de 2,7 pessoas maiores de 15 anos por domicílio no Distrito Federal (IBGE 1987), calculou-se o tamanho amostral em 741 residências no total. Entretanto, dada a desprezível proporção de perdas verificadas, a amostra efetivamente coberta pela primeira fase do estudo superou as expectativas de tamanho amostral, totalizando 2.345 indivíduos elegíveis, em sua maioria do sexo feminino (54%), concentrando-

se em faixas etárias mais jovens (59% abaixo de 35 anos). Para a subamostra, na fase de confirmação diagnóstica, foram selecionados 285 indivíduos, com 4% de perdas. Esta subamostra incluiu 39% de suspeitos e 61% de não suspeitos pelo QMPA.

**Amostragem do segmento São Paulo** — Foram selecionados três dos 48 subdistritos que compõem a área urbana de São Paulo (Brasilândia, Vila Guilherme e Aclimação), representando respectivamente os estratos socioeconômicos inferior, médio e superior, classificados de acordo com os critérios de RAMOS e GOIHMAN (1989). De modo a reproduzir a distribuição esperada dos estratos, selecionaram-se aleatoriamente 17 setores censitários de Brasilândia, oito de Vila Guilherme e cinco da Aclimação, que foram divididos em duas subáreas com vistas a um incremento na homogeneização. Em cada subárea, foram sorteados 20 domicílios, localizados a partir do mapeamento atualizado pelo IBGE para o Censo-91, no caso de Brasilândia, e das listagens empregadas no Censo de 1980, para os outros distritos. Quando não se encontravam residentes, os domicílios eram visitados até três vezes antes de serem substituídos (ou imediatamente, no caso de recusas).

A amostra final situou-se em 600 famílias, incluindo substituições para um total de 26 recusas e 67 ausências (15% da amostra). A amostra incluiu 1.742 indivíduos, sendo 51% do sexo feminino e 55% na faixa etária abaixo de 35 anos. Para a subamostra, na fase de confirmação diagnóstica, foram selecionados 236 indivíduos. Observaram-se 11 recusas na Aclimação, cinco na Vila Guilherme e nenhuma em Brasilândia, o que resultou em uma perda global de 7%. Esta subamostra incluiu 38% de suspeitos e 62% de não suspeitos pelo QMPA.

**Amostragem do segmento Porto Alegre** — A região metropolitana de Porto Alegre engloba 740 setores censitários, com uma média de 350 unidades habitacionais e 1.750 habitantes em cada setor. Está dividida em 96 zonas de tráfego, que foram ordenadas segundo a renda média em 1986. Com esta informação, foram selecionados dez estratos socioeconômicos; em cada um dos estratos foram sorteados três domicílios que funcionaram como identificadores dos setores censitários incluídos na investigação. Dentro de cada setor censitário, foram sorteados, então, 37 domicílios, sendo 30 para a amostra e sete para eventuais reposições.

A amostra efetivamente pesquisada consistiu de 998 residências elegíveis, com 903 famílias concordando em participar do estudo, o que resultou numa perda de 9%. Obtiveram-se informações sobre 3.154 sujeitos acima de um ano de idade, sendo 2.384 maiores de 14 anos. Para a subamostra, na fase de confirmação diagnóstica,

foram selecionados 315 indivíduos, com 11% de perda. Esta subamostra incluiu 38% de suspeitos e 62% de não suspeitos pelo QMPA.

#### Instrumentos da Pesquisa

Na primeira etapa do estudo, foram aplicados os seguintes instrumentos: a) uma ficha familiar para dados demográficos e socioeconômicos; b) o QMPA, Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos. Na segunda etapa, para a confirmação da presença de morbidade psiquiátrica, utilizou-se o inventário de sintomas do DSM-III.

**Ficha Familiar** — Formulário sobre dados demográficos e socioeconômicos destinado ao registro de informações sobre todos os residentes no domicílio. Foi utilizado como base para a seleção de informantes e de indivíduos elegíveis para o estudo.

**QMPA** — Para detectar os casos suspeitos de doença mental foi empregado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos, instrumento de *screening* com perguntas sobre a ocorrência de queixas psicopatológicas idealizado por SANTANA (1982). A versão empregada na presente pesquisa continha 45 questões, com respostas sim/não. Para todos os indivíduos, calculou-se um escore, ou seja, um valor numérico que, comparado com um escore de corte previamente determinado, estabelece um nível de suspeita. O desempenho do instrumento foi avaliado, em estudos pilotos e testes de campo, em termos de validade (sensibilidade entre 75% e 93%; especificidade entre 53% e 94%) e confiabilidade ( $kappa$  ponderado de 0,88), revelando níveis compatíveis com os requisitos metodológicos do presente estudo (SANTANA, 1982).

**Inventário de Sintomas DSM-III** — Desenvolvido pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade de Washington, St. Louis-EUA, para checar os diagnósticos gerados pelo *Diagnostic Interview Schedule*, esse inventário estruturado de sintomas tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos principalmente nos Estados Unidos (MEZZICH, 1983). Em nosso meio, o Inventário de Sintomas DSM-III foi traduzido e adaptado por MIRANDA e col. (1987), tendo sido testado em 43 pacientes hospitalizados, para cinco diagnósticos psiquiátricos. A medida de concordância (proporção sobreposta) foi de  $K = 0,67$ , com um erro padrão de 0,07. A escolha do DSM-III (*Diagnostic Statistical Manual*, 3ª revisão) como sistema nosológico para a presente investigação justifica-se pela possibilidade de comparação com estudos epidemiológicos realizados em outros países, além de apresentar satisfatória interface com a Classificação Internacional de Doenças — 10ª revisão (CID-10), sistema diagnóstico em fase de desenvolvimento pela OMS, a ser oficialmente adotado em nosso país. A confiabilidade

de dos critérios diagnósticos do DSM-III já havia sido testada por SPITZER e WILLIAMS (1988), com resultados satisfatórios.

Esse inventário cobre 39 dos mais importantes diagnósticos do DSM-III. Aplicado por clínicos experientes em psicopatologia, pode funcionar como um padrão válido para avaliação de sintomas psiquiátricos e conseqüente identificação de "casos" em estudos na comunidade. Um diagnóstico positivo requer um número mínimo de sintomas e uma distribuição representativa dos mesmos, a um nível mínimo de severidade. Todos os diagnósticos foram feitos com base no tempo de vida do entrevistado, no último ano, no último mês e no momento presente. Quando o entrevistado preenchia os critérios para um determinado diagnóstico no último mês, o entrevistador perguntava sobre sua autopercepção da gravidade do quadro.

#### Coleta de Dados

A equipe de coordenação da pesquisa desenvolveu manuais padronizados de procedimentos para a coleta de dados e formulários para serem usados pelas equipes de campo nos diversos segmentos. Os manuais de campo incluíam procedimentos detalhados de coleta de dados para os entrevistadores, englobando os seguintes tópicos: introdução à pesquisa; procedimentos de confidencialidade; checagem dos domicílios da amostra; seleção das famílias da amostra; contato com os indivíduos sorteados, explanação do estudo e empenho em superar as objeções; condução da entrevista domiciliar; procedimentos para casos inadequados; formulários e relatórios de andamento da coleta. Os trabalhos de coleta foram precedidos por intensa divulgação dos objetivos e importância do estudo através dos meios de comunicação em cada local da pesquisa.

**Equipes de coleta** — Apenas estudantes dos últimos anos de medicina e outras profissões de saúde foram elegíveis para trabalhar como entrevistadores na primeira fase. O estudo piloto de Brasília contou com 16 entrevistadores, a coleta de São Paulo empregou um total de 15 e a de Porto Alegre envolveu 20 entrevistadores. O treinamento da equipe do estudo piloto foi supervisionado pela coordenação geral do projeto, enquanto que os treinamentos dos outros segmentos foram coordenados pela equipe de supervisão da coleta de Brasília. Os candidatos foram treinados exaustivamente para a aplicação rigorosa dos procedimentos de coleta, através de um programa mínimo de 72 horas de duração, com técnicas de dramatização e aplicação supervisionada, tornando-se aptos a interagir com grande variedade de possíveis entrevistados e resolver problemas do trabalho de campo.

O treinamento e monitoração do uso do Inventário de Sintomas do DSM-III ficou a cargo de uma equipe

da Escola Paulista de Medicina. O estudo empregou um total de 25 psiquiatras e psicólogos com treinamento clínico (seis em Brasília, oito em São Paulo e 11 em Porto Alegre) para a condução da fase de confirmação diagnóstica. O treinamento desses profissionais foi realizado em dois cursos com uma semana de duração, objetivando a familiarização com as definições e critérios diagnósticos do DSM-III. O treinamento incluiu entrevistas psiquiátricas em videotapes, aplicação supervisionada e entrevistas com pacientes. Procurou abranger toda a complexidade clínica e um espectro psicopatológico amplo. No segmento São Paulo, foi realizado um estudo da concordância diagnóstica entre psiquiatras e psicólogos, a ser publicado oportunamente.

**Pré-teste** — Antes que os trabalhos de campo fossem iniciados em cada um dos locais da pesquisa, realizou-se um pré-teste de todos os instrumentos para avaliação da operacionalidade dos procedimentos de coleta, com famílias residentes em áreas distintas das incluídas na coleta definitiva. Também, nesse momento, os procedimentos de supervisão para todo o estudo foram discutidos. Resultados do pré-teste foram avaliados e feitas as mudanças apropriadas nos instrumentos e procedimentos de campo.

**Trabalho de campo** — A duração da primeira fase do trabalho de campo variou de dois (São Paulo) a três meses (Porto Alegre). Cada entrevistador desta fase foi encarregado de aproximadamente 60 famílias, sendo instruído a fazer sua primeira visita na hora do almoço e à noite nos dias de semana, ou durante o fim de semana, dado que as chances de encontrar um informante elegível são maiores nesses horários. Após, no mínimo, três tentativas, feitas em horários e dias diferentes, definia-se a ausência de informante como perda. Uma vez identificados os participantes da amostra e os informantes de escolha, o entrevistador preenchia a ficha familiar e os QMPAs. Quando possível, a entrevista era realizada com o entrevistado a sós, administrada em uma única sessão, isto porque grande parte das residências de baixa renda possuem apenas um cômodo. Os supervisores de cada área acompanhavam o trabalho de campo, conduzindo revisitas aleatoriamente definidas destinadas ao controle de qualidade das entrevistas.

O intervalo entre a entrevista da primeira fase e o exame de confirmação diagnóstica variou entre uma e quatro semanas. Nessa fase, foi utilizada uma subamostra aleatória de suspeitos e não suspeitos identificados pelo QMPA, utilizando o escore de corte 7/8 pontos. Os escores da primeira fase não eram conhecidos pelos entrevistados nem pelos examinadores. Os resultados do exame de confirmação diagnóstica eram registrados

de acordo com nível de certeza da presença de patologia, duração do transtorno e grau de severidade.

Esforços razoáveis foram feitos para converter recusas, desde que não corresse o risco de molestar ou forçar os entrevistados. As seguintes estratégias de recuperação de recusas foram empregadas no estudo: a) o supervisor transferiu o caso para outro entrevistador, se apropriado; b) telefonemas pessoais aos entrevistados (de condição socioeconômica elevada, localizados pelo endereço) foram dados pelo coordenador da coleta ou pelos entrevistadores que tinham se mostrado eficientes em converter recusas.

#### Análise de Dados

Os indicadores de morbidade psiquiátrica considerados no presente artigo foram: a) Estimativa de Prevalência Global — EPG, calculada com base no somatório de casos de transtornos mentais detectados pelo QMPA e ajustada pelo Inventário de Sintomas da DSM-III (conforme abaixo); b) Demanda Potencial Estimada — DPE, definida como prevalência de casos potencialmente necessitados de assistência, estabelecida através da auto-referência do entrevistado.

QUADRO 1 — Lista de grupos diagnósticos

DSM-III
1. Síndrome cerebrogênica
2. Abuso e dependência de álcool
3. Abuso e dependência de drogas
4. Dependência do tabaco
5. Esquizofrenias
6. Distúrbios afetivos — depressão
7. Distúrbios afetivos — mania e ciclotímias
8. Distúrbios delirantes, psicóticos e outros
9. Distúrbios conversivos e somatodissociativos
10. Distúrbios do pânico, ansiedade e outros
11. Distúrbios obsessivo-compulsivos
12. Fobias — agora, social, simples
13. Distúrbios do ajustamento
14. Fatores psicológicos que afetam o físico
15. Retardo mental

A fim de facilitar a comparação das prevalências global e de demanda potencial nas diferentes áreas do estudo e entre diferentes países, a extensa lista de diagnósticos (totalizando 39 itens) do DSM-III foi condensada, de acordo com sua frequência e semelhança, em um número menor de grupos. Essa lista, tal como consta do quadro 1, obedeceu aos critérios de hierarquização dos problemas de saúde mental adotados quando da elaboração da CID-10. Para a presente investigação, dispensaram-se alguns dos diagnósticos do DSM-III que não encontraram ressonância com o contexto cultural e socio-

econômico da pesquisa, tais como transtornos da alimentação e distúrbios factícios. Síndrome cerebrogênica, fatores psicológicos associados ao físico, tabagismo e abuso e dependência de drogas, apesar de também comporem o sistema nosológico adotado, foram excluídos da análise porque a metodologia não foi adequada para sua identificação.

As estimativas de prevalência foram calculadas corrigindo-se pelo desempenho diferencial do instrumento de *screening*, tomando como padrão o Inventário de Sintomas do DSM-III. A sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo foram calculados em cada área estudada e dentro de cada estrato das variáveis sexo e idade. Essas correções foram feitas de acordo com a seguinte fórmula:

$$Pe = Ps (VP+) + Pn (1 - VP-)$$

em que *Pe* é a estimativa de prevalência, *Ps* equivale à proporção de suspeitos pelo QMPA na amostra, *Pn* à proporção de não suspeitos, *VP+* e *VP-* ao valor preditivo positivo e negativo do instrumento de *screening*.

As estimativas de prevalência por categoria diagnóstica foram calculadas considerando as proporções de cada grupo diagnóstico na subamostra de casos confirmados, multiplicado pela prevalência global ou pela prevalência de demanda potencial, ajustadas por idade, de acordo com a seguinte fórmula:

$$PGD = Pe (Fd / Tc)$$

em que *PGD* é a prevalência por grupo diagnóstico, *Pe* equivale à estimativa de prevalência (conforme acima), *Fd* é a frequência de casos portadores do diagnóstico em questão e *Tc* corresponde ao total de casos confirmados na segunda fase do estudo.

Considerando os objetivos da presente análise, restrita à comparação de estimativas entre as diferentes regiões metropolitanas, não se indica a realização de testes de inferência estatística. Não obstante, as estimativas de prevalência global e de demanda potencial foram ajustadas usando-se o método indireto, tendo como padrão a distribuição por faixa etária da amostra do estudo piloto do segmento Brasília.

## RESULTADOS

**Composição das amostras** — As tabelas 1 e 2 revelam padrões peculiares de distribuição por idade para as amostras referentes a cada região metropolitana (RM) envolvida na pesquisa. Enquanto que a amostra de Brasília concentra-se, para ambos os gêneros, nas faixas etárias inferiores (quase 60% abaixo de 35 anos), o

mesmo padrão repete-se apenas para o gênero masculino na amostra de São Paulo. A amostra de Porto Alegre revela um padrão demográfico oposto, com mais de 50% com idades acima de 34 anos. Em contrapartida, a razão masculino:feminino em todas as amostras foram similares, em torno de 1:1,2. Esses achados, referentes à composição etária, indicam a necessidade de padronizar por idade as taxas de prevalência para as comparações interamostras.

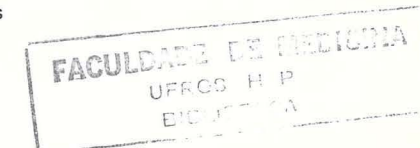
**TABELA 1** — Distribuição demográfica por idade na amostra e proporção de prováveis casos na amostra e subamostra para sexo masculino em três capitais brasileiras. Brasil, 1990-1991

Cidade	Brasília			São Paulo			Porto Alegre		
	N	%	+ %	N	%	+ %	N	%	+ %
Idade									
15-24	375	(34,5)	4,3	242	(28,6)	3,3	272	(25,3)	2,9
25-34	255	(23,4)	6,7	227	(26,9)	13,7	235	(21,9)	8,1
35-44	194	(17,9)	3,6	136	(16,1)	15,4	215	(20,0)	7,0
45-54	149	(13,7)	11,4	112	(13,2)	15,2	140	(13,0)	9,3
55 +	113	(10,4)	12,4	128	(15,1)	17,2	213	(19,8)	9,9
Amostra	1.086	(100,0)	6,5	845	(100,0)	11,7	1.075	(100,0)	7,1
Subamostra	106		21,7	71		22,5	97		24,7

**TABELA 2** — Distribuição demográfica por idade na amostra e proporção de prováveis casos na amostra e subamostra para sexo feminino em três capitais brasileiras. Brasil, 1990-1991

Cidade	Brasília			São Paulo			Porto Alegre		
	N	%	+ %	N	%	+ %	N	%	+ %
Idade									
15-24	426	(33,9)	10,3	217	(24,2)	12,9	276	(21,1)	12,3
25-34	329	(26,2)	21,0	228	(25,4)	25,4	277	(21,2)	21,3
35-44	218	(17,9)	15,1	150	(16,7)	32,0	254	(19,4)	22,4
45-54	152	(13,7)	21,1	135	(15,1)	27,4	202	(15,4)	21,8
55 +	133	(10,4)	19,5	167	(18,6)	29,9	300	(22,9)	16,0
Amostra	1.258	(100,0)	16,2	897	(100,0)	24,6	1.309	(100,0)	18,5
Subamostra	168		50,0	151		45,0	182		48,9

Ainda conforme as tabelas 1 e 2, as proporções globais de casos suspeitos foram mais elevadas na amostra de São Paulo, mais de 1,5 vezes maior que nas outras amostras, para ambos os gêneros. Observam-se menores proporções de casos suspeitos na faixa etária mais jovem em todas as amostras, em ambos os gêneros (em torno de 3% para os homens e pouco acima de 10% para as mulheres). As frequências mais elevadas encontradas para as faixas etárias superiores não parecem indicar um padrão consistente de elevação com a idade. No que se refere a gênero, destaca-se notável estabilidade no achado de maiores frequências para o sexo feminino, em todos os subgrupos de idade, em todas as amostras estuda-



das. Dado que as subamostras da fase de confirmação diagnóstica foram selecionadas por sorteio, essa diferença de proporcionalidade entre gêneros resultou em um menor número de suspeitos do sexo masculino.

**Desempenho do QMPA** — Os indicadores de desempenho do QMPA se mostraram muito abaixo dos obtidos em validações anteriores, com proporções de classificação incorreta acima de 33% em todas as subamostras, conforme se pode observar na tabela 3. Para a identificação de qualquer nível de morbidade, a sensibilidade situou-se em torno de 50% e a especificidade variou de 70 a 80% nas três subamostras estudadas. O instrumento revelou uma validade preditiva positiva aceitável em Brasília (83%) e em Porto Alegre (em torno de 70%) e apresentou fraco desempenho nesse indicador em São Paulo (abaixo de 50%). No que se refere ao valor preditivo negativo, observaram-se valores insatisfatórios em todos os segmentos da pesquisa: cerca de 53% em Brasília, 62% em Porto Alegre, 70% em São Paulo.

Note-se, ainda na tabela 3, marcante desempenho diferencial por gênero, em todas as subamostras do estudo: a sensibilidade foi maior no sexo feminino (em torno de 60%) em comparação com o sexo masculino (entre 34 e 39%); o oposto foi encontrado para a especificidade, maior entre os homens (85 a 90%) e menor entre as mulheres (61 a 75%). Tais diferenciais, no entanto, não foram observados em relação aos indicadores de validade preditiva. Para ambos os gêneros, os valores preditivos positivos foram maiores que os valores preditivos negativos em Brasília e em Porto Alegre, observando-se a tendência oposta na subamostra de São Paulo.

**TABELA 3** — Indicadores de desempenho do QMPA com o Inventário de Sintoma do DSM-III por gênero em três capitais brasileiras. Brasil, 1990-1991

Cidade	Brasília			São Paulo			Porto Alegre		
	MAS	FEM	TOT	MAS	FEM	TOT	MAS	FEM	TOT
Indicadores									
Sensibilidade	0,34	0,63	0,53	0,35	0,57	0,50	0,39	0,64	0,57
Especificidade	0,92	0,75	0,83	0,84	0,61	0,68	0,85	0,71	0,77
Valor preditivo positivo	0,83	0,83	0,83	0,56	0,44	0,46	0,67	0,75	0,73
Valor preditivo negativo	0,55	0,51	0,53	0,69	0,73	0,72	0,66	0,59	0,62
Classificação incorreta	0,39	0,33	0,35	0,34	0,40	0,38	0,34	0,33	0,33

**Estimativas de prevalência** — As prevalências de demanda potencial (tabela 4), padronizada por idade, situaram-se em torno de 34% para Brasília e Porto Alegre e de 19% para São Paulo. Em termos de distribuição por gênero, observa-se uma modificação nas posições relativas para o sexo masculino, com a RM de Porto Alegre em primeiro lugar (34%), seguida de Brasília (27%) e São Paulo (19%). Para o sexo feminino, a RM de Brasília

revela as maiores prevalências (41%), cerca de 25% maior que Porto Alegre e mais de 100% maior que São Paulo. Nota-se claro excesso de demanda potencial referida entre as mulheres em Brasília (razão de prevalência de 1,5), enquanto que as prevalências por gênero nas RMs de São Paulo e Porto Alegre foram praticamente equivalentes.

**TABELA 4** — Demanda potencial estimada e prevalência global de transtornos mentais por gênero, padronizada por idade, em três capitais brasileiras. Brasil, 1990-1991

Cidade	Brasília			São Paulo			Porto Alegre		
	N	EPG %	DPE %	N	EPG %	DPE %	N	EPG %	DPE %
Gênero									
Masculino	1.086	47,0	27,0	845	33,0	18,8	1.075	35,0	34,5
Feminino	1.258	54,0	41,2	897	29,0	20,0	1.309	50,0	33,0
Total	2.344	50,5	34,1	1.742	31,0	19,0	2.384	42,5	33,7

As prevalências globais (ainda tabela 4), padronizadas por idade, mostraram-se elevadas nas três regiões metropolitanas pesquisadas: a RM de Brasília apresentou as maiores taxas, em torno de 51%, seguida de Porto Alegre, com 43%, e São Paulo, com pouco mais de 30%. A estratificação por gênero evidencia que, apesar da manutenção das posições relativas, os perfis de morbidade mostram-se distintos em cada área: para o sexo masculino, a prevalência de morbidade psiquiátrica em Brasília é 42% maior que em São Paulo e 34% maior que em Porto Alegre; para o sexo feminino, ainda encontram-se maiores prevalências em Brasília, agora apenas quatro pontos percentuais à frente de Porto Alegre, porém com valores quase duas vezes maiores que aqueles observados em São Paulo. Note-se ainda que, na RM de Porto Alegre, o sexo feminino apresentou maiores prevalências que o masculino (com razões de prevalência de 1,4), enquanto que em Brasília e São Paulo isso não ocorreu, com prevalências bastante aproximadas para ambos os gêneros.

Nas prevalências de demanda potencial por idade para o sexo masculino (figura 2), observa-se que as mais altas taxas foram registradas em Porto Alegre, 60% na faixa etária de 25-35 anos e 76% na de 55 anos ou mais. Em Brasília, as maiores taxas ocorreram na faixa etária de 25 a 44 anos, pouco acima de 30%. Na RM de São Paulo, nota-se uma tendência de aumento da demanda potencial com a idade, da menor prevalência (10%) no grupo mais jovem até à maior taxa (37%) na faixa etária de 45 a 54 anos, seguindo-se uma redução para 14% na faixa acima de 55 anos.

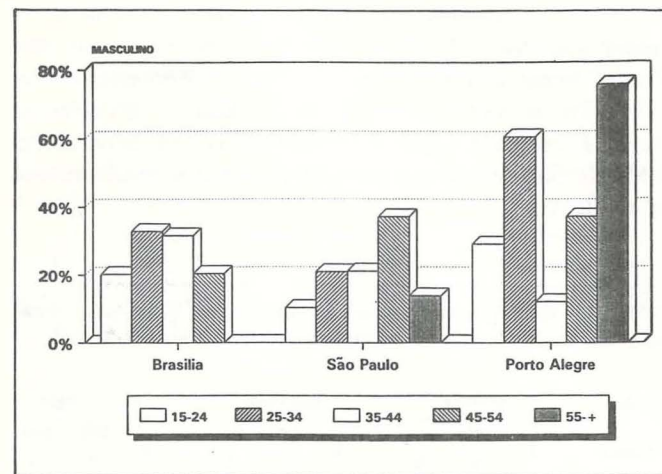


Fig. 2 - Demanda potencial de distúrbios mentais por idade para o sexo masculino

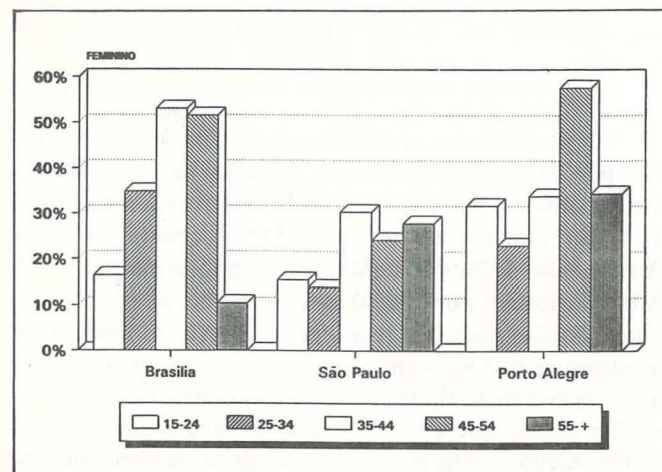


Fig. 3 - Demanda potencial de distúrbios mentais por idade para o sexo feminino

As prevalências globais de morbidade psiquiátrica por idade para o sexo masculino apresentam comportamentos diferentes nas três cidades (figura 4). Na RM de Brasília, encontraram-se maiores taxas nas faixas etárias jovens, em torno de 50%, decrescendo para menos de 30% nos grupos acima de 45 anos. São Paulo, por outro lado, mostrou taxas parecidas nas diferentes faixas etárias, variando entre 30% e 40%, exceto na faixa etária de 45-54 anos, com 19%. Porto Alegre apresentou prevalência bastante elevada (48%) na faixa de 25-34 anos, além de taxas relativamente altas nas faixas etárias mais velhas, em torno de 40%.

As prevalências de demanda potencial por idade para o sexo feminino (figura 3) repetem, nas RMs de Brasília e de São Paulo, os padrões observados acima para morbidade psiquiátrica geral. Em Brasília, encontraram-se taxas mais elevadas nas faixas etárias de 35 a 54 anos (em torno de 50%), com prevalências mais reduzidas

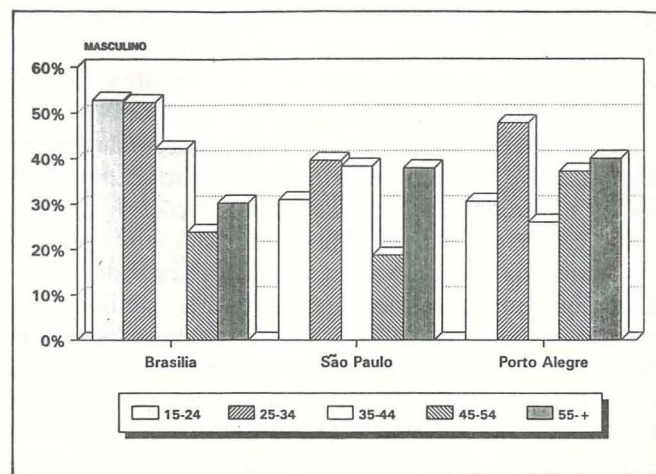


Fig. 4 - Prevalência global de distúrbios mentais por idade para o sexo masculino

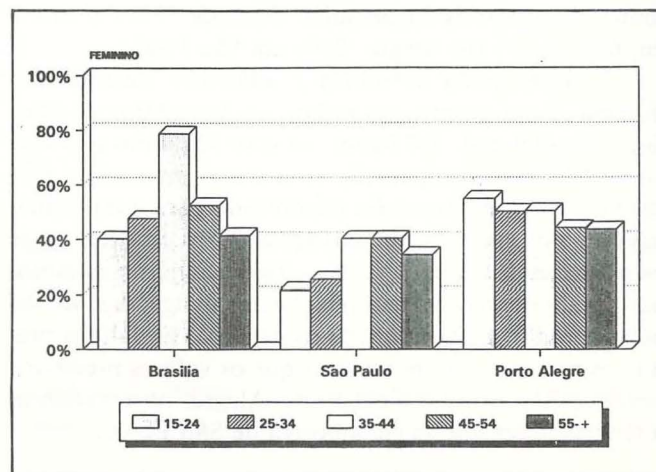


Fig. 5 - Prevalência global de distúrbios mentais por idade para o sexo feminino

nos extremos etários (16 e 10%, respectivamente). A tendência de incremento da prevalência com a idade foi novamente observada em São Paulo, com prevalências de demanda potencial em torno de 15% no grupo abaixo de 35 anos, duplicando-se nas faixas etárias superiores. Em Porto Alegre, a faixa etária de 45 a 54 anos apresentou uma taxa bastante elevada (58%), enquanto que as prevalências referentes aos outros grupos etários situaram-se em torno de 30%.

As prevalências globais por idade para o sexo feminino (figura 5) revelam padrões de morbidade completamente distintos para cada RM considerada. Enquanto que Porto Alegre mantém altas taxas em todas as faixas etárias, decrescendo da mais jovem (55%) para a mais velha (44%), São Paulo apresenta o perfil oposto, com taxas menores na faixa etária mais jovem (22%) e uma tendência de incremento para as mais velhas (até 40%). Na RM de Brasília, encontram-se maiores prevalências

nas faixas etárias intermediárias, com taxas de morbidade extremamente elevadas (quase 80%) entre as mulheres de 35 a 44 anos.

**Prevalências específicas por diagnóstico** — Na tabela 5, encontram-se as estimativas de prevalência global de acordo com diagnósticos DSM-III, indicando a natureza dos principais problemas de saúde mental nas amostras estudadas. Os distúrbios de ansiedade (incluindo em menor escala a chamada “doença do pânico”) ocupam o primeiro lugar em Brasília (18%) e em São Paulo (11%). Em seguida, aparecem os quadros fóbicos: 17% em Brasília e 8% em São Paulo. O perfil nosográfico da amostra de Porto Alegre é bastante distinto: a patologia mais prevalente são os distúrbios fóbicos, com 14%, seguindo-se as depressões e os quadros de ansiedade, em torno de 10%. O abuso/dependência do álcool comparece também em posição de destaque dentre os diagnósticos considerados, ocupando a quarta colocação em Porto Alegre (com 9%), dividindo o terceiro lugar com distúrbios conversivos em Brasília e o segundo lugar com distúrbios fóbicos em São Paulo (com aproximadamente 8%). A prevalência global de retardo mental mantém-se em torno de 3% em todas as RMs estudadas. O conjunto de distúrbios delirantes (incluindo ciclotimias, manias, esquizofrenias e outros quadros psicóticos), que geralmente implicam condições de maior nível de severidade, atingem prevalências em torno de 1% para Brasília e São Paulo e 4% em Porto Alegre.

TABELA 5 — Estimativa de morbidade psiquiátrica por diagnóstico (DSM-III) em três cidades brasileiras. Brasil, 1990-1991

Região metropolitana DSM-III	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
	DPE	EPG	DPE	EPG	DPE	EPG
• Distúrbios de ansiedade	12,1	17,6	6,9	10,6	5,4	9,6
• Distúrbios fóbicos	11,6	16,7	5,0	7,6	7,1	14,1
• Distúrbios conversivos	5,8	8,1	1,9	2,8	2,8	4,8
• Dist. obsessivo-compulsivo	0,5	0,7	—	—	1,2	2,1
• Distúrbios de ajustamento	1,3	2,0	0,4	0,6	1,0	1,6
• Depressão	1,5	2,8	1,3	1,9	6,7	10,2
• Manias e ciclotimias	0,3	0,4	0,2	0,3	1,0	1,1
• Psicoses	0,2	0,3	0,6	0,9	2,0	2,9
• Abuso/dependência de álcool	4,7	8,0	4,3	7,6	8,7	9,2
• Retardo mental	1,9	3,0	1,6	2,6	1,8	3,4
Global*	34,1	50,5	19,0	31,0	33,7	42,5

\* A prevalência global não corresponde ao somatório das prevalências específicas por grupo diagnóstico devido à presença de co-morbidade.

A mesma tabela 5 apresenta as estimativas de demanda potencial por grupo diagnóstico. Na amostra de Brasília, por exemplo, cerca de 12% da população representa uma demanda potencial para serviços de saúde

mental por distúrbios de ansiedade e/ou distúrbios fóbicos; em seguida, aparecem distúrbios conversivos em segundo lugar, com aproximadamente 6%, alcoolismo em terceiro (quase 5%) e depressões, com 1,5%. Em São Paulo, observa-se um perfil de demanda potencial semelhante, com distúrbios de ansiedade e distúrbios fóbicos em primeiro e segundo lugares (7% e 5%, respectivamente), e alcoolismo na terceira posição (com 4% de prevalência). Em ambas as RMs, a demanda potencial por quadros delirantes em geral não alcança o patamar de 1%. Também em relação ao perfil de demanda potencial, os achados de Porto Alegre indicam um padrão diferenciado: a patologia de maior expressão, nesta amostra, é o alcoolismo, com 9% de prevalência, seguido de distúrbios fóbicos e de depressões, com prevalências de demanda em torno de 7%. Outros quadros de base neurótica, como distúrbios de ansiedade e somatodissociativos, aparecem em seguida, com prevalências de 5% e 3%, respectivamente. Em todas as RMs, a prevalência de demanda potencial pelos diversos tipos de oligofrenias mostrou-se notavelmente similar, situando-se em pouco menos de 2%.

Na tabela 6, podemos observar a distribuição de acordo com o gênero da prevalência global de diagnósticos DSM-III. Chama a atenção o achado de que, para o gênero masculino, o alcoolismo constitui-se no principal problema de saúde mental, com níveis de prevalência em torno de 15% nas três amostras. Outro dado notavelmente consistente nas diferentes áreas do estudo diz respeito ao predomínio do gênero feminino em relação aos distúrbios de ansiedade (razões de prevalência entre 1,6 e 2,7), fóbicos (RPs em torno de 2,5), somatodissociativos (RPs entre 3,3 e 4,7) e depressões (RPs em torno de 2,0). Para o retardo mental, observa-se maior prevalência para o gênero feminino (4,5% comparada com 2,4%) apenas na amostra de Porto Alegre, ocorrendo o inverso para distúrbios psicóticos em geral, em que o excesso de prevalência naquela amostra corresponde ao gênero masculino (RP = 1,70). No que se refere a grupos de gênero, é ainda digna de nota, somente no segmento Porto Alegre, a elevada prevalência de depressões entre as mulheres (mais de 14%) e de distúrbios delirantes e psicóticos entre os homens (acima de 5%).

Na tabela 6, podemos observar a distribuição DPE de diagnósticos DSM-III, de acordo com o gênero. Para o gênero masculino, o alcoolismo constitui o principal problema de saúde mental, com níveis de prevalência de DPE em torno de 9% nas amostras de São Paulo e Brasília, alcançando 16% em Porto Alegre, repetindo o padrão encontrado para as estimativas de prevalência global. Outro dado notavelmente consistente nas diferentes áreas é o predomínio do gênero feminino em relação

aos distúrbios de ansiedade, somatodissociativos e quadros fóbicos. Para o retardo mental, observa-se uma maior prevalência para o gênero feminino (2,4% comparada com 1,3%) apenas na amostra de Porto Alegre. No que se refere a grupos de gênero, é ainda digna de nota a elevada prevalência de depressões em ambos os gêneros (entre 6% e 7%) e de distúrbios delirantes e psicóticos entre os homens (acima de 3%) somente no segmento Porto Alegre.

TABELA 6 — Estimativas de prevalência global por diagnóstico (DSM-III), de acordo com o gênero, em três regiões metropolitanas. Brasil, 1990-1991

Região metropolitana	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
• Distúrbios de ansiedade	13,6	21,6	7,3	13,9	5,2	14,0
• Distúrbios fóbicos	10,8	22,7	4,9	10,4	7,7	20,5
• Distúrbios somatodissociativos	3,3	13,0	1,3	4,3	1,7	8,0
• Depressão	1,9	3,8	—	3,8	5,9	14,5
• Quadros psicóticos	0,9	0,5	—	2,4	5,1	3,0
• Abuso/dependência de álcool	15,0	1,1	15,2	—	16,0	2,5
• Retardo mental	3,3	2,7	3,6	1,7	2,4	4,5

TABELA 7 — Estimativas de demanda potencial por diagnóstico (DSM-III), de acordo com o gênero, em três regiões metropolitanas. Brasil, 1990-1991

Região metropolitana	Brasília		São Paulo		Porto Alegre	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
• Distúrbios de ansiedade	7,8	16,4	4,3	9,6	5,2	5,6
• Distúrbios fóbicos	6,0	17,2	2,8	7,2	7,6	6,6
• Distúrbios somatodissociativos	1,9	9,8	0,7	3,0	1,7	3,9
• Dist. obsessivo-compulsivo	0,5	0,4	—	—	1,7	0,7
• Dist. ajustamento	1,1	1,6	—	0,8	1,7	0,3
• Depressões	1,1	2,9	—	2,6	5,9	7,6
• Mania e ciclotimias	0,5	—	—	0,4	1,7	0,3
• Psicoses	—	0,4	—	1,2	3,4	0,7
• Abuso/dependência de álcool	8,6	0,8	8,6	—	15,9	1,6
• Retardo mental	1,9	2,0	2,1	1,2	2,4	1,3

## DISCUSSÃO

As prevalências de demanda potencial estimada (DPE) têm especial interesse para o planejamento global das necessidades de serviços de saúde mental. Estas variaram de 20 a 35%, enquanto que as taxas de prevalência global de transtornos mentais, incluindo qualquer nível de sintomatologia, estimadas para as três capitais estudadas, situaram-se entre 30 e 50%. Comparando-se as taxas padronizadas por idade, Brasília apresentou a prevalência global mais elevada, cerca de 1,4 vezes maior do que a média das outras áreas. Esse diferencial pode ser

explicado por uma maior ocorrência de casos leves e transitórios, já que o indicador de demanda potencial estimada, que se refere a distúrbios permanentes e de maior gravidade, mostra-se praticamente idêntico (em torno de 35%) para as RMs de Brasília e Porto Alegre. A RM de São Paulo apresentou as menores prevalências em todos os indicadores e em praticamente todos os subgrupos populacionais considerados (no caso, as únicas exceções foram os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 35-44 anos).

Os achados por grupo diagnóstico confirmam que os distúrbios neuróticos, especialmente ansiedade e fobias, são em termos numéricos o principal problema de saúde mental da população urbana brasileira, com prevalências globais variando de 8% a 18% e estimativas de DPE de 5% a 12%. As depressões não psicóticas ocupam também uma posição importante no perfil nosográfico revelado, afetando particularmente o sexo feminino, com prevalências de até 14% em uma das RMs pesquisadas. Em contrapartida, o alcoolismo acomete principalmente o sexo masculino (11 vezes maiores quando comparado com o sexo feminino), alcançando prevalências globais e estimativas de demanda de até 9%.

As estimativas globais estabelecidas no presente trabalho mostram-se flagrantemente superiores às que haviam sido encontradas em outros estudos brasileiros com metodologia comparável (SANTANA, 1982; ALMEIDA-FILHO e col., 1983; AGUIAR, 1988). Os achados referentes à demanda potencial estimada são também mais elevados que os resultados das investigações brasileiras revisadas. Se considerarmos a média das estimativas e assumindo que aqueles estudos estabeleceram prevalências de demanda e não de qualquer grau de morbidade, então poderá ter ocorrido uma piora no estado de saúde da população urbana brasileira no decurso da década de 80. Por outro lado, o perfil de morbidade por grupo diagnóstico identificado no presente estudo mostra-se notavelmente similar ao encontrado na série de estudos de Salvador, observando-se apenas um incremento nas estimativas referentes a transtornos considerados reativos, ou, numa outra perspectiva, frutos de um processo de determinação social, como dependência/abuso de álcool e distúrbios de base neurótica/psicossomática.

Apesar de desenhos similares, nenhuma das pesquisas realizadas analisou seus dados corrigidos pelo desempenho diferencial do questionário de detecção, apresentando por conseguinte subestimativas de prevalência global. Na presente investigação, as prevalências globais encontradas provavelmente encontram-se superestimadas devido ao fato de que o desempenho do QMPA, conforme evidenciado na análise dos dados, mostrou-se bastante insatisfatório, inflacionando as taxas de prevalência

global. Uma explicação para esse achado pode se encontrar no fato de que o QMPA havia sido originalmente criado para a detecção de casos a serem confirmados no sistema nosográfico da CID-8, sendo portanto inadequado para a confrontação diagnóstica no âmbito do DSM-III. De todo modo, esse conjunto de objeções aplica-se à comparabilidade dos achados frente aos estudos anteriores, porém não se aplica à possibilidade de análise comparativa entre as áreas pesquisadas ou entre grupos dentro de cada amostra.

Ainda assim, a comparabilidade inter-regional desses dados poderá ser comprometida pela presença de outros problemas metodológicos que, por esse motivo, devem ser cuidadosamente considerados na avaliação dos resultados. Em primeiro lugar, quanto à técnica de detecção de casos da primeira fase, observou-se que, ao proceder à análise de validação do instrumento de *screening* usando como padrão os diagnósticos gerados a partir do inventário de sintomas do DSM-III, o QMPA revelou maior especificidade combinada com uma sensibilidade significativamente mais reduzida. Além disso, seus indicadores de desempenho mostraram baixa estabilidade, variando bastante em cada uma das áreas da pesquisa. No geral, o padrão de validade encontrado é bem distinto do relatado em estudos anteriores (SANTANA, 1982; ALMEIDA-FILHO e col., 1983; AGUIAR, 1988), conforme acentuamos acima. Isso poderia ser explicado pela diferente formação das equipes que definiram o padrão diagnóstico e pelo emprego de uma classificação nosológica distinta. Para superar tais problemas, no presente estudo, os cálculos das estimativas para cada área foram ajustados de acordo com o comportamento dos respectivos valores preditivos positivos e negativos, o que permite uma comparação de prevalências não enviesada pelo desempenho do instrumento.

O segundo grupo de objeções metodológicas diz respeito às diferenças nos desenhos amostrais das três áreas de pesquisa. Enquanto que, em Brasília e em Porto Alegre, o plano amostral original foi aplicado com sucesso, houve marcante diferença no plano amostral de São Paulo determinada pela dimensão e peculiaridade daquela área urbana. Naquela capital, foram incluídas três áreas representativas de níveis socioeconômicos distintos, sendo que posteriormente cada uma das respectivas populações foi randomicamente selecionada. A diferença essencial entre este plano amostral original encontra-se na ordem em que a estratificação por condição socioeconômica foi realizada. Uma comparação entre as estruturas demográficas das amostras e aquelas das respectivas populações de referência não revelou diferenças capazes de comprometer a comparabilidade dos achados.

A marcante consistência de achados no que se refere à maior prevalência entre sexo feminino, tanto para prevalência global quanto para demanda potencial estimada, vem confirmar resultados de estudos similares conduzidos no Brasil (SANTANA, 1982; ALMEIDA-FILHO e col., 1983; AGUIAR, 1988) e no exterior (DOHRENWEND e DOHRENWEND, 1980; LENNON, 1987; ROSENFELD, 1989; PAYKEL, 1991). Por outro lado, no que se refere à distribuição etária, apenas o segmento São Paulo mostra resultados semelhantes aos observados em outras investigações nacionais, reproduzindo, portanto, o padrão de prevalência cumulativa por idade relatado na literatura internacional (DOHRENWEND, 1980; BARRET e ROSE, 1987).

## CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia que os perfis de morbidade psiquiátrica para as capitais pesquisadas são bastante diversificados, refletindo as diferenças socioculturais e os distintos níveis de desenvolvimento de cada região. A padronização cuidadosa dos instrumentos de cada área da pesquisa e dos procedimentos de coleta de dados, juntamente com a avaliação do impacto das objeções metodológicas sobre os resultados, evidencia a aplicabilidade da metodologia desenvolvida, recomendando sua replicação em outras regiões do país. Dentre as perspectivas de uso imediato desses achados, as estimativas de demanda potencial poderão ser úteis, em conjunto com os dados do censo de 1991, na produção de projeções epidemiológicas do estado de saúde da população mais embasadas cientificamente, seguindo as indicações de THORNCROFT (1991). Dessa forma, será possível cumprir um dos objetivos mais nobres da epidemiologia psiquiátrica aplicada, qual seja, o apoio ao planejamento e organização de programas de assistência psiquiátrica. Especialmente relevante neste momento de profundas transformações no sistema de saúde mental no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, W.M. (1988). *Condições de Trabalho Feminino e Transtornos Mentais — Um Estudo de Prevalência*, dissertação de mestrado em saúde comunitária, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
2. ALMEIDA-FILHO, N. (1982). "The psychosocial cost of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil". *Latin American Research Review* 17: 407-432.
3. ALMEIDA-FILHO, N. (1985). *Epidemiologia das Desordens Mentais na Infância no Brasil*, Centro de Recursos Didáticos UFBA, Salvador.
4. ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.; COUTINHO, D.M. e col. (1983). "Prevalência de desordens mentais em uma área metropolitana de Salvador". *Univertae* 32: 59-72.
5. ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V. e PINHO, A.R. (1984). "Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população idosa — Área urbana de Salvador, Bahia". *J Bras Psiq* 33: 114-120.

6. ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V. e MARI, J. (1989). *Princípios de Epidemiologia para Profissionais de Saúde Mental*. Ministério da Saúde. Divisão de Publicações, Brasília, 89p.
7. ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.; PINTO, I. e CARVALHO-NETO, J. (1991). Is there an epidemic of drug misuse in Brazil? A review of the epidemiologic evidence. *The International Journal of the Addictions* 26: 355-369.
8. ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.; MOREIRA, E.C.; MODESTO, M.G. e OLIVEIRA, M.B. (1992). "Mental disorders in primary care in a health district of Bahia, Brazil". Em: B. Cooper e R. Eastwood (Eds.). *Primary Health Care and Psychiatric Epidemiology*, Tavistock/Routledge, London.
9. BARBOSA, J.C. e ALMEIDA-FILHO, N. (1986). *Prevalence of Emotional Disorders in a Rural Area of Bahia, Brazil*, paper presented at the 11th World Congress of Social Psychiatry, Rio de Janeiro, Brasil.
10. BARRET, J. e ROSE, R. (1986). *Mental Disorders in the Community*, Guilford, New York.
11. BASTOS, A.C. e ALMEIDA-FILHO, N. (1990). "Variables econômicas, ambiente familiar y salud mental infantil en área urbana de Salvador, Bahia". *Acta Psiquiatr Am Lat* 38: 147-154.
12. BLAY, S.L.; BICKEL, H. e COOPER, B. (1991). "Mental health in the elderly in a cross-national perspective". *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 26: 245-251.
13. BLAY, S.L.; MARI, J.J.; RAMOS, L.R. e FERREIRA, M.P.T. (1991). "The use of the clinical-interview schedule for the educator of mental health in the aged community". *Psychological Medicine* 21: 525-530.
14. BUSNELLO, E.D.; BERTOLOTE, J.M.; WILDT, M. e col. (1983). *Psychiatric Disorders in Primary Care Settings: Incidence or Prevalence?* Paper presented at the "WHO International Conference on Classification of Mental Disorders". Copenhagen, Denmark.
15. CAETANO, R. (1982). "Admissões de primer ingreso a los servicios psiquiátricos en Brasil, 1960-1974". *Bol Of Sanit Panamer* 92: 103-114.
16. CARLINI, E.A.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. e BARBOSA, M.T. (1989). *II Levantamento Nacional sobre Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1.º e 2.º Graus — 1989*, CEBRID/EPM, São Paulo, 93p.
17. COUTINHO, D.M. (1976). *Prevalência de Doenças Mentais em uma Comunidade Marginal: um Estudo do Maciel*, tese de Mestrado em Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 86p.
18. DOHRENWEND, B.P. e DOHRENWEND, B.S. (1980). *Mental illness in the United States*, Praeger Publ, New York, 347p.
19. FERREIRA, C.V. (1987). *Estudos Epidemiológicos das Doenças Mentais em Amostras Hospitalares no Sul de Santa Catarina*, tese de mestrado em psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
20. IBGE (1987). *Anuário Estatístico*, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasília.
21. LENNON, M.C. (1987). "Sex differences in distress: the impact of gender and work roles". *J Hith Soc Behav* 28: 290-306.
22. MARI, J.J. (1987). "Psychiatric morbidity in three primary medical care in the city of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor". *Soc Psychiatr* 22: 129-138.
23. MARI, J.J. e WILLIAMS, P. (1985). "A comparison of the validity of two screening questionnaires (GHQ and SRQ) in Brazil, using ROC analysis". *Psychol Med* 15: 651-659.
24. MARI, J.J. e WILLIAMS, P. (1986). "A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo". *Br J Psychiatr* 148: 23-26.
25. MASER, J.D.; KAELBER, C. e WEISE, R. (1991). "International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification". *J Abnorm Psychol* 100: 271-279.
26. MEZZICH, J. e CRENACH, M. (Eds.) (1988). *International Classification in Psychiatric — Unity and Diverlty*. Cambridge Univ. Press, 390p.
27. MIRANDA, C. e col. (1987). *Versão Brasileira do Inventário de Sintomas do DSM-III*, (mimeo) Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil.
28. MOURA-FÉ, N. e SAMPAIO, J.J. (1981). *Pesquisa sobre Epidemiologia Psiquiátrica em Messejana*, Secretaria de Saúde Pública, Fortaleza, Ceará.
29. PAYKEL, E.S. (1991). "Depression in women". *Br J Psychiatry* 158 (suppl.): 22-29.
30. RAMOS, L. e GOIHMAN, S. (1989). "Geographical stratification by socio-economic status: methodology from household survey with elderly people in São Paulo, Brazil". *Rev S Publ* 23: 479-492.
31. REICHENHEIM, M. e HARPHAM, T. (1991). "Maternal Mental Health in a squatter settlement in Rio de Janeiro". *Br J Psychiatry* 159: 683-690.
32. ROSENFELD, S. (1989). "The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health". *J Hith Soc Behav* 30: 77-91.
33. SANTANA, V. (1977). "Transtornos mentais em um centro de saúde de Salvador-Bahia". *Revista Baiana de Saúde Pública* 4: 160-167.
34. SANTANA, V. (1982). *Estudo Epidemiológico das Doenças Mentais em um Bairro de Salvador*, Série de Estudos em Saúde (Secretaria de Saúde da Bahia), 3, 122p.
35. SANTANA, V. e ALMEIDA-FILHO, N. (1987). "Prevalência de alcoolismo e consumo de álcool em um bairro de Salvador, Bahia. I — Variáveis demográficas". *Revista Brasileira de Saúde Mental* 1: 7-17.
36. SANTANA, V. e ALMEIDA-FILHO, N. (1990). Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. Em: S.P. Ramos e J.M. Bertolote (org.): *Alcoolismo Hoje*. Artes Médicas, Porto Alegre, p. 29-44.
37. SPITZER, R. e WILLIAMS, J. (1988). Basic principles in the development of DSM-III. Em: J. Mezzich e M. Cramach (eds.): *International Classification in Psychiatry*. New York, Cambridge Univ. Press, p. 81-88.
38. THORNCROFT, G. (1991). "Social deprivation and rates of treated mental disorders — Developing statistical models to predict psychiatric service utilization". *Br J Psychiatry* 158: 475-484.