

Universidade Católica de Pelotas

MARIANE LOPEZ

DEPRESSÃO E HISTÓRICO DE TRATAMENTO
PSICOLÓGICO/PSIQUIATRICO EM USUÁRIOS DE TRÊS
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

PELOTAS

2011

MARIANE LOPEZ

DEPRESSÃO E HISTÓRICO DE TRATAMENTO
PSICOLÓGICO/PSIQUIATRICO EM USUÁRIOS DE TRÊS
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação elaborada ao
Programa de Pós Graduação em
Saúde e Comportamento da
Universidade Católica de Pelotas
como requisito parcial para obtenção
do grau de mestre em Saúde e
Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

PELOTAS
2011

DEPRESSÃO E HISTÓRICO DE TRATAMENTO
PSICOLÓGICO/PSIQUIATRICO EM USUÁRIOS DE TRÊS
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1º Examinador Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

2º Examinador Prof.(a) Dr.(a) Elaine Tomasi

Pelotas, 28 de Fevereiro de 2011

Dedicatória:

A meus pais que me deram
a vida e me ensinaram a
lutar pelos meus sonhos.

A meu esposo pela compreensão
nos momentos de ausência
e pelo incentivo constante.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Ucpel.

Ao orientador Ricardo Azevedo da Silva pelo conhecimento, disponibilidade, atenção, compreensão e confiança dedicada a mim.

Aos meus colegas de pesquisa e de mestrado, em especial a Karen Jansen pelo incansável apoio e dedicação a mim e ao meu trabalho.

Aos que de alguma forma contribuíram para conclusão deste trabalho.

“Tudo posso naquele
que me fortalece.”

Filipenses 4:13

PROJETO DE PESQUISA

DEPRESSÃO E HISTÓRICO DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIATRICO EM USUÁRIOS DE TRÊS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Projeto de pesquisa elaborado para o curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, 28 de Fevereiro de 2011

SUMÁRIO

I. IDENTIFICAÇÃO _____	10
1.1. Título	10
1.2. Mestranda	10
1.3 Orientador	10
1.4 Instituição	10
1.5. Linha de Pesquisa	10
1.6 Data	10
II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA _____	11
2.1. Introdução/Justificativa	11
2.2. Objetivo	13
2.3. Hipóteses	14
III. REVISÃO DE LITERATURA _____	15
3.1. Estratégias de busca	15
3.2. Tabela de revisão	16
IV. MÉTODO _____	22
4.1. Delineamento.....	22
4.2. Amostra: tamanho e tipo	22
4.3. Definições das variáveis.....	23
4.4. Instrumentos.....	23
4.5. Seleção e treinamento da equipe.....	24
4.6. Estudo piloto.....	25
4.7. Logística da coleta dos dados.....	25
4.8. Controle de qualidade	26
4.9. Processamento e análise dos dados.....	27
4.10. Divulgação dos resultados.....	27
4.11. Considerações éticas.....	27
4.12. Cronograma.....	28
4.13. Orçamento	29

V. REFERÊNCIAS _____	30
VI. ANEXOS _____	34
Anexo 1 - Ficha de captação nas Unidades Básicas de Saúde.....	34
Anexo 2 - Termo de Consentimento.....	35
Anexo 3 - Termo de Consentimento - Responsáveis.....	36
Anexo 4 - Encaminhamento.....	37
Anexo 5 - Questionário Sócio Demográfico.....	38
Anexo 6 - Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)	45

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Depressão e histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico em usuários de três unidades de atenção primária

1.2. Mestranda: Mariane Ricardo Acosta Lopez

1.3. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

1.4. Instituição: Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5. Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde

1.6. Data: Fevereiro de 2011

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução / Justificativa

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. [1]

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é a principal causa de incapacidade medida pelo Years Lived with Disability (YLDs) e a quarto principal contribuinte para a carga global de doença, em 2000. Até o ano 2020, a depressão é projetada para alcançar o 2º lugar no ranking do Disability Adjusted Life Years (DALYs). Atualmente, a depressão é a segunda causa de incapacidade na faixa etária de 15 a 44 anos.[2] Além disso, diversos estudos apontam que a depressão é um importante problema de saúde global, causando impacto negativo sobre a vida destes indivíduos e de suas famílias, além de elevarem a demanda dos serviços de saúde[3-6].

O Transtorno Depressivo Maior, comumente chamado de depressão, caracteriza-se por um período mínimo de duas semanas, durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também pode experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, dentre os quais: alteração no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.[7, 8]

A prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 17%[9]. Sendo que esta prevalência sobe para 29,5%[6] quando trata-se de cuidados primários, confirmando a perspectiva de maior utilização dos recursos de saúde pelos indivíduos com indicativo de transtorno depressivo[3]. Embora se saiba que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença freqüente de comorbidades, pela dificuldade do corpo médico em reconhecê-la e pela falta de atenção a saúde mental no sistema de saúde primário. Estudos mostram que de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamentos adequados e específicos[3, 4].

Cabe salientar que a realização de estudos em atenção primária pode oferecer subsídios para a reorganização do sistema e melhor qualificação dos profissionais da saúde no que diz respeito à promoção da saúde mental no Brasil. Assim, este trabalho tem por objetivo verificar a prevalência de depressão em nível de atenção primária, os fatores associados bem como o histórico de tratamento psicológico/ psiquiátrico em nível de atenção primária.

2.2 Objetivos

Geral

Estimar a prevalência de depressão e o histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico em pacientes atendidos em três Unidades Básicas de Saúde (UBS's) vinculadas a Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

Específicos

- Verificar os fatores socioeconômicos e demográficos associados ao episódio depressivo maior;

- Comparar o uso de substâncias psicoativas (álcool e tabaco), os transtornos de ansiedade e o risco de suicídio entre os indivíduos com e sem depressão;

- Observar se indivíduos com histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico apresentam maior prevalência de depressão.

2.3 Hipóteses

- A prevalência de depressão nos indivíduos será de 20%;

- Os pacientes com histórico de problemas mentais procuram mais os serviços de saúde do que os sem transtornos mentais;
 - Indivíduos com menores condições econômicas apresentam maior prevalência de depressão;
 - Os indivíduos com depressão utilizam mais substâncias como álcool e tabaco;
 - O risco de suicídio e os transtornos de ansiedade são mais prevalentes nos indivíduos com depressão;
 - Indivíduos com histórico de tratamento psicológico psiquiátrico apresentam maiores prevalência de depressão quando comparados com os sem histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico.

III. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias de busca

Buscas realizadas por palavras em 15/01/2011

Pub Med

Limits Activated: Humans, English, Spanish, Portuguese, published in the last 10 years

- public health – 1001981 resumos
- public health AND depression – 43564 resumos
- depression AND public health OR primary prevention - 627 resumos
- primary prevention AND depression – 725 resumos
- primary prevention AND disorder depressive –326 resumos

Scielo

- prevalência AND transtornos AND mentais – 79 resumos
- transtornos mentais AND saúde pública – 2 resumos
- depressão AND saúde pública – 5 resumos
- depressão AND atenção primária – 2 resumos
- cuidados AND primários AND saúde – 77 resumos

Lilacs

- prevalence AND disorder depressive – 11002 resumos
- prevalence AND disorder depressive AND primary care –718 resumos

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

Autor, ano e país	Objetivo	Método	Resultados / Conclusão
<p>Fleck et al (2002)[3]. Brasil</p> <p>Rev. de Saúde Pública</p>	<p>Avaliar a associação entre sintomas depressivos, funcionamento social, qualidade de vida e utilização de recursos médico-hospitalares, assim como verificar se essa associação é também encontrada em outros serviços de cuidados primários no Brasil.</p>	<p>Delineamento: estudo transversal. Indivíduos selecionados foram todos que chegaram na sala de espera</p> <p>População: usuários de atenção primária, com idades entre 18 e 75 anos</p> <p>Amostra: 2201</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mental Health Index 5 (MHI-5) Centers for Epidemiologic Studies ^{3/4} Depression (CES-D) - World Health Organization Quality of Life, versão abreviada (WHOQOL-bref) - Medical Outcomes Study Short-Forms 12 (SF-12) 	<p>Os resultados mostraram que a intensidade de sintomas depressivos (medidos pelo CES-D) está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde em indivíduos que buscam um serviço de cuidados primários de saúde no Brasil.</p> <p>Os pacientes com mais sintomas depressivos tinham mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico e avaliavam sua qualidade de vida como pior.</p> <p>Além disso, os indivíduos com mais intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estavam menos satisfeitos com ela do que aqueles com menos sintomas depressivos.</p>
<p>Maragno et al (2006)[1] Brasil</p> <p>Cad. Saúde Pública</p>	<p>Investigar a prevalência de TMC segundo a cobertura PSF-QUALIS e analisar a sua distribuição segundo determinadas variáveis sócio-demográficas.</p>	<p>Delineamento: estudo transversal realizado em dois distritos de São Paulo atendidos pelo PSF</p> <p>População: idade superior 15 anos</p> <p>Amostra: 2337 indivíduos</p> <p>Instrumento: Self Report Questionnaire (SRQ-20)</p>	<p>A prevalência de TMC se manteve maior no sexo feminino e nos indivíduos entre 45 e 54 anos.</p> <p>Para estado civil, os casados, em relação aos solteiros passam a apresentar menor prevalência de TMC.</p> <p>Quanto menor a escolaridade maior a prevalência de TMC ($p < 0,01$).</p> <p>Na variável renda <i>per capita</i>, observou-se RP crescentes quanto menor a renda ($p < 0,01$). E não houve diferenças na prevalência de TMC segundo a cobertura PSF.</p>

<p>Fortes S. Villano LAB. Lopes CS. (2008)[10]</p> <p>Brasil</p> <p><i>Cad. Saúde Pública</i></p>	<p>Determinar a prevalência de TMC entre os pacientes atendidos no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Peirópolis, Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Delineamento: primeiramente responderam ao GHQ12 caso fosse atingido o ponto de corte passavam para uma segunda entrevista com o CIDJ</p> <p>População: participaram do estudo pacientes atendidos em 5 unidades de PSF de Petrópolis com idade entre 18 e 65 anos</p> <p>Amostra: 714 pacientes</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - General Health Questionnaire 12 itens (GHQ 12); - Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 	<p>A prevalência de TMC foi de 56% (02/03) quando ponto corte (05/04) cai para 37%.</p> <p>Maior prevalência de TMC entre o sexo feminino.</p> <p>Entre os que retornaram para o CIDI, 16% apresentaram apenas um diagnóstico durante a vida.</p> <p>Os demais (56% do total) apresentaram mais de um diagnóstico, atingindo um máximo de nove (9) diagnósticos.</p> <p>A média da amostra foi de 2,2 diagnósticos por paciente.</p>
<p>Anseau et al (2008)[11]</p> <p>Bélgica</p> <p>Depress Anxiety</p>	<p>Verificar a prevalência de Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e depressão maior (DM) entre os pacientes da atenção primária e avaliar o papel dos fatores socioeconômicos sobre esses diagnósticos.</p>	<p>Delineamento: estudo transversal realizado em grupos de 40 pacientes de 377 médicos de atenção primária da Bélgica e Luxemburgo</p> <p>População: idade superior a 18 anos</p> <p>Amostra: 13.699 pacientes</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mini Neuropsychiatric Interview (MINI) – módulo depressão maior e transtorno de ansiedade generalizada. - Sheehan Disability Scale Leon – para avaliar o prejuízo causado pelos transtornos. 	<p>Pontuaram para depressão ou TAG 17,8% da amostra;</p> <p>A prevalência de depressão foi de 11% enquanto que a de TAG foi 13,4%.</p> <p>As mulheres tiveram um risco significativamente maior de apresentar tais transtornos quando comparadas aos homens ($p < 0,0001$), com risco relativo variando entre 1,4 e 1,8.</p> <p>Os fatores socioeconômicos associados aos diagnósticos foram: viver só, um baixo nível de educação e desemprego</p> <p>O estudo confirma a alta prevalência de TAG e DM nos cuidados primários e o papel dos fatores socioeconômicos e regionais nas doenças.</p>

<p>Gonçalves e Kapczinski (2008)[12]</p> <p>Brasil</p> <p><i>Cad. Saúde Pública</i></p>	<p>Estimar a prevalência de transtornos mentais em pacientes que buscam atendimento na unidade de referência de um PSF de Santa Cruz do Sul.</p>	<p>Delineamento: estudo transversal</p> <p>População: maiores de 14 anos que procuraram atendimento na unidade</p> <p>Amostra: 754 indivíduos</p> <p>Instrumento: - Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-IV-TR)</p>	<p>Apresentaram um ou mais diagnósticos psiquiátricos 51,1% (IC95%: 47,5-54,7) (385) dos entrevistados.</p> <p>Os três diagnósticos mais comuns foram transtorno depressivo maior (17,6%; IC95%: 15,0-20,5), transtorno de ansiedade generalizada (11,5%; IC95%: 9,4-14,0) e distímia (11,3%; IC95%: 9,2-13,8).</p> <p>Os indivíduos que apresentaram transtornos mentais utilizavam mais os recursos de saúde.</p>
<p>Rombaldi et al (2010)[13]</p> <p>Brasil</p> <p><i>Rev. Bras. Epidemiol.</i></p>	<p>Verificar a prevalência e os fatores associados a sintomas depressivos em uma população adulta da zona urbana do município de Pelotas, RS, Brasil.</p>	<p>Delineamento: estudo transversal de base populacional</p> <p>População: maiores de 18 anos residentes em 40 setores censitários</p> <p>Amostra: 972 indivíduos</p> <p>Instrumento: - questionário padronizado - para mensurar os sintomas depressivos foi feita uma adaptação de um questionário idealizado por Gazalle et al.</p>	<p>A prevalência dos sintomas depressivos tristeza, ansiedade, falta de energia, falta de disposição, pensar no passado e ficar em casa, na população de Pelotas, foi, respectivamente, de 29,4%, 57,6%, 37,4%, 40,4%, 33,8% e 54,3%.</p> <p>O estudo encontrou uma elevada prevalência de sintomas depressivos em amostra representativa de adultos residentes da cidade de Pelotas.</p> <p>A análise multivariável indicou que, em geral, indivíduos do sexo feminino, com idades mais avançadas, de baixo nível econômico, fumantes atuais e inativos, estão em maior risco de apresentarem os sintomas em estudo.</p>

Estudos apontam que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta. Entretanto, apenas uma pequena parte deles é identificada e tratada, aumentando o sofrimento individual e com implicações socioeconômicas significativas. Pois tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.[1]

O transtorno depressivo maior comumente chamado de depressão é caracterizado por diversos sinais e sintomas, dentre os quais dois são essenciais: humor persistentemente rebaixado, apresentando-se como tristeza, angústia ou sensação de vazio e redução na capacidade de sentir satisfação e prazer pela vida[10, 11].

A prevalência média de depressão na população geral no último ano e ao longo da vida é de 7% e 10% respectivamente, conforme a revisão de cinco estudos de base populacional[10].

Pacientes com transtornos mentais têm alta probabilidade de recorrer a serviços de atendimento primário. Vários estudos, inclusive em outros países, têm mostrado que usuários freqüentes de serviços de saúde apresentam comorbidades entre doenças físicas e mentais [12, 13].

O aumento no consumo de antidepressivos na última década vem sendo observado e pode estar relacionado com o crescimento das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas destes medicamentos[14]. Apesar da melhora nos tratamentos disponíveis, os pacientes com depressão, muitas vezes continuam subdiagnosticados e tratados de forma inadequada. Pois, apenas 1/3 dos indivíduos que reconhecem estar deprimidos procuram os serviços de saúde para os seus sintomas[5]

Estudos que identifiquem sintomas ou episódios depressivos em atenção primária são escassos. Na literatura, grande parte dos estudos busca avaliar os transtornos mentais de forma geral ou a ocorrência de depressão em populações específicas. Foram encontrados apenas três estudos que utilizaram entrevistas diagnósticas em atenção primária, um na Bélgica[15] e os outros dois no Brasil[13, 16].

Na Bélgica, através da entrevista diagnóstica padronizada breve - Mini[17] Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) aplicada em maiores de 18 anos, foi encontrada uma prevalência de 11% em usuários de atenção primária[15]. No Brasil, em um estudo que buscou avaliar os transtornos mentais nos pacientes que procuraram atendimento em uma unidade de referência do Programa de Saúde da Família (PSF), a depressão esteve entre os transtornos mais comuns com uma prevalência de 17,6%[13]. Neste estudo, cabe considerar foi utilizado outro instrumento (CIDI) e que ocorreu em apenas uma unidade de PSF. Estas diferenças entre as prevalências de depressão

encontradas na literatura podem ser justificadas pelas formas de avaliação, pelo local de atendimento e por questões culturais.

Quanto as características dos indivíduos com depressão diversos achados confirmam maior prevalência de depressão entre as mulheres[3, 5, 13, 15, 18], sujeitos de menor classificação socioeconômica[1, 5, 15] e que faziam uso diário de tabaco[19].

Outro estudo na atenção primária, afirma que a depressão é responsável por riscos significativos de morte, pois cerca de 15% dos pacientes com transtorno de humor cometem suicídio e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos por depressão[20]. Apresentar transtorno de ansiedade também mostrou-se associado com a depressão, pois esta é considerada a comorbidade mais prevalente entre os transtornos de ansiedade[21].

No Brasil, existem autores que relatam a prevalência e fatores associados à depressão, porém, não se encontrou estudos que relatem a história de tratamento psicológico ou psiquiátrico em cuidados primários. Apenas foi encontrado um estudo internacional cujas prevalências de consulta e tratamento psicoterapêutico para depressão foram 19,6% e 5,3% respectivamente[15].

A psicoterapia, enquanto um serviço de atendimento a saúde mental, tem como finalidade resolver crises vitais e remover sintomas agudos em quadros de transtornos mentais, propiciando melhor adaptação do indivíduo na sociedade e trabalho e fornecer apoio para o melhor enfrentamento das situações desadaptativas[22]. Para isso, é necessário que o sistema de saúde esteja preparado para a realização de uma avaliação completa do paciente evitando assim a superutilização dos serviços de saúde.

Por isso, estudos envolvendo o histórico de tratamento da depressão e até mesmo dos demais transtornos mentais em atenção primária, resultaria em benefícios para uma reorganização do sistema de saúde pública. O que possibilitaria a inserção de propostas breves de atendimento psicoterapêutico e a conseqüente diminuição da procura por serviços gerais de saúde.

IV. MÉTODO

4.1 Delineamento

Foi realizado um estudo transversal em três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a UCPel no Município de Pelotas-RS, para a identificação de pacientes com depressão. O estudo foi conduzido em duas etapas: na primeira os indivíduos que procuraram atendimento nas UBS's foram identificados e após preencherem os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Na segunda etapa os indivíduos foram visitados em seus domicílios por entrevistadores previamente treinados para aplicação dos instrumentos.

4.2 Amostra: tamanho e tipo

As unidades escolhidas atendem a uma população da zona periférica urbana do município, constituída por 31000 pessoas, sendo 18000 com idade superior a 14 anos. Calculou-se o tamanho da amostra utilizando o programa EpiInfo 6.04d[25], com parâmetros de confiabilidade de 95%, poder de 80%, estimando-se uma prevalência de depressão entre os usuários de UBS's de 22 a 25%. Incluiu-se mais 30% do valor amostral para compensar as perdas e recusas, perfazendo um total de 915 indivíduos.

A amostra foi formada por todos indivíduos que procuraram atendimento em uma das três UBS's vinculadas a UCPel. A captação da amostra foi realizada através de visitas diárias as UBS's pelos pesquisadores para buscar a relação de pacientes atendidos.

Critérios de inclusão:

- Indivíduos com idade superior a 14 anos;
- Atendidos em uma das unidades no período de 29 de junho a 21 de setembro de 2009;
- Moradores da área de abrangência da UBS.

Critério de exclusão:

Indivíduos incapazes de responderem os instrumentos, por problemas físicos ou cognitivos.

4.3 Definição das variáveis

▪ Variável dependente

- Depressão (sim/ não) – dicotômica – Mini International Neuropsychiatric Interview

▪ Variáveis independentes

- Sexo (feminino/ masculino) – dicotômica
- Idade (14-19 anos/ 20-59 anos/ 60 ou mais) – ordinal
- Classificação econômica (A+B/ C/ D+E) – ordinal – Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- Escolaridade (0-3 anos/ 4-7 anos/ 8-16 anos) – ordinal
- Vive com companheiro (sim/ não) – dicotômica
- Transtornos de ansiedade (sim/ não) – dicotômica
- Uso de psicofármaco (sim/ não) – dicotômica
- Uso de álcool, tabaco e/ou outras substâncias psicoativas nos últimos três meses (sim/ não) – dicotômica
- História de tratamento e hospitalizações (sim/ não) – dicotômica

4.4 Instrumentos

Características da amostra, fatores associados à depressão e histórico de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico

Os fatores associados à depressão foram avaliados através de um questionário sócio-demográfico constituído pelas variáveis: idade, sexo, vive companheiro, escolaridade, uso diário de tabaco, abuso ou dependência de álcool, histórico de problema psiquiátrico, consulta com psiquiatra/psicólogo, tratamento psicoterapêutico, hospitalização por problemas psiquiátricos e uso de psicofármaco no último mês. A avaliação socioeconômica dos participantes foi realizada através da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)[26], que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, este instrumento classifica em a situação socioeconômica em “A, B, C, D e E”, sendo “A” a situação socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Entrevista diagnóstica padronizada breve - Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)

A depressão, o risco de suicídio e os transtornos de ansiedade foram avaliados por uma entrevista diagnóstica padronizada breve - Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)[19]. Esta entrevista é de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV[8] e CID-10[27]. A versão utilizada aqui é a MINI 5.0 em português[19] que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos. As características psicométricas da MINI para o diagnóstico de depressão são: sensibilidade de 96%, especificidade de 88%, valor preditivo positivo de 87%, valor preditivo negativo de 97% e eficiência de 91%.

4.5 Seleção e treinamento de pessoal

O treinamento do estudo consistiu na apresentação da equipe e explicação dos aspectos metodológicos e logísticos do estudo, assim como da leitura e discussão do questionário, manual do entrevistador e da entrevista diagnóstica padronizada. A equipe responsável pela identificação dos domicílios foi orientada sobre a forma de proceder na chegada às residências, a importância de identificar-se, como solicitar permissão para realização da entrevista, o local da casa adequado para a mesma, modo de abordagem no domicílio, bem como sobre os procedimentos éticos da investigação.

Os entrevistadores foram alunos da Universidade Católica de Pelotas. A seleção dos entrevistadores ocorreu de acordo com a prática realizada no treinamento, histórico acadêmico e a disponibilidade de tempo para execução das entrevistas. Os mesmos passaram por um treinamento com o objetivo de familiarização com o questionário e suas fases de aplicação (com a participação do entrevistador e sem seu auxílio).

4.6 Estudo-Piloto

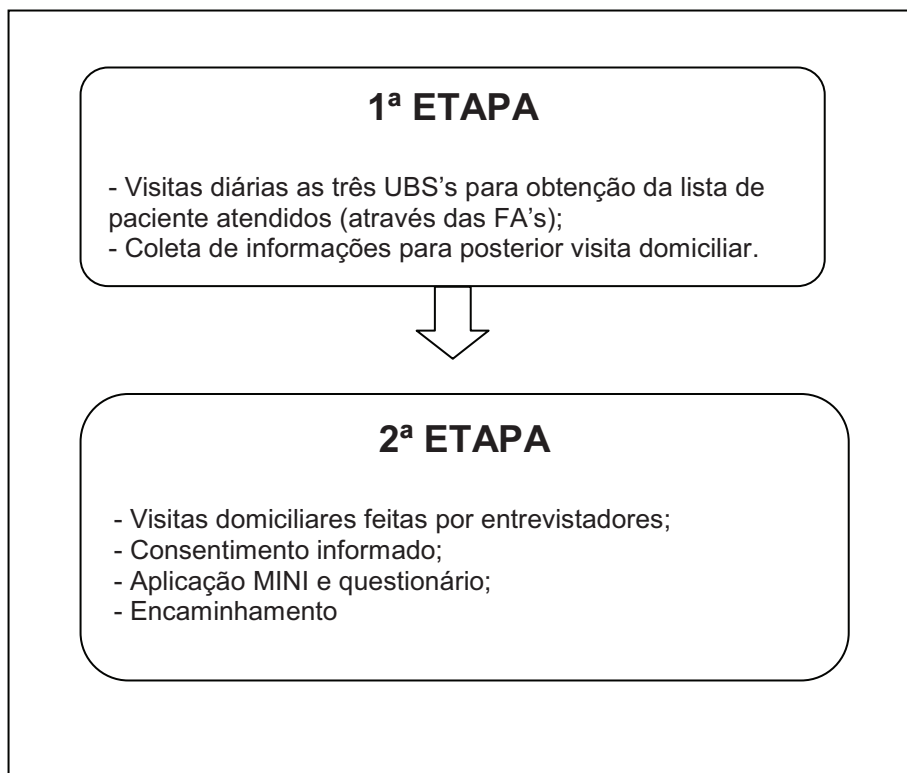
Realizado nos meses de maio e junho de 2009. Nesta etapa, 10% da amostra (96 indivíduos, 24 em cada uma das unidades) foi entrevistada com objetivo de verificar a adequação dos questionários, inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, testar a logística do estudo e

promover as modificações necessárias. Os dados obtidos no estudo-piloto não foram incluídos na amostra final.

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, como podemos observar no fluxograma abaixo:

Figura 1 – Fluxograma coleta de dados



Após a conclusão do estudo-piloto e as devidas correções, membros da equipe dirigiram-se as UBS's para levantamento da lista de pacientes e seus endereços, atendidos no período de 29 de junho a 30 de setembro de 2009.

Posteriormente os entrevistadores dirigiram-se aos domicílios destes pacientes a fim de identificar a presença de episódio depressivo maior. Nesta etapa os entrevistados responderam aos instrumentos da pesquisa, descritos no item 4.3, após assinatura do termo de consentimento informado.

4.8 Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi realizado através de sorteio em 10% das pessoas entrevistadas onde uma pesquisadora entrou em contato telefônico refazendo algumas perguntas para verificar se realmente a entrevista foi feita pelo pesquisador.

4.9 Processamento e Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos, o processamento dos dados foi realizado através de dupla entrada no programa Epi-Info 6.04d[28] com checagem automática no momento da digitação. Além disso, foi testado no mesmo software a consistências da digitação comparando as duas entradas de dados. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa Stata 9.0[29], no qual se procedeu à análise inicial com objetivo de obter a prevalência de depressão, além de caracterizar a amostra do estudo. O teste estatístico qui-quadrado foi utilizado na análise bivariada dos dados, visando descrever associações entre a ocorrência de depressão e as variáveis independentes investigadas. Foram consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluam a unidade.

4.10 Divulgação dos Resultados

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigo sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, à população participante e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.11 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

4.13 Orçamento

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual	Valor Total (R\$)
Material de Consumo			
Deslocamento do entrevistador (valetransporte)	2138	2,20	4703,00
Questionários aplicados nas entrevistas	1069	2,00	2138,00
		Sub-total →	6841,00
Recursos Humanos			
Entrevistas	1069	15,00	16035,00
		Sub-total →	16035,00
Total (R\$) →			22876,00

Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado “Detecção e tratamento de transtornos mentais em atenção primária: Estudo de intervenção em médicos, estudantes e demais profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde” financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

V. REFERÊNCIAS

- [1] Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006:1639-48.
- [2] World Health Organization. Acessado em janeiro de 2011. <http://www.who.com.br>
- [3] Fleck MPdA, Lima AFBdS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde pública*. 2002:431-8.
- [4] Fleck MPdA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev. Bras Psiquiatria*. 2003:114-22.
- [5] Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, Silva DGVd, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care. *Texto contexto - enferm*.2009:155-64.
- [6] Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AdAFd, Mello MFd, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Pública*. 2004:523-8.
- [7] Lopez M, Ribeiro J, Jansen K, Silva R. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos, Pelotas-RS. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul*. 2011.
- [8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Ed 4 (DSM-IV)*. Washington .1994.
- [9] Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:316-25.
- [10] Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiq*. 2008:32-7.

- [11] Anseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (Generalized anxiety and depression impact survey II). *Depress Anxiety*. 2008;25:506-13.
- [12] Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;20:43-53.
- [13] Rombaldi AJ, Silva MCd, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010; 6:20-9.
- [14] Vorcaro CMR, Uchoa E, Lima-Costa MF. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. *J bras psiquiatr.* 2002;51(3):167-82.
- [15] Bahls S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr.* 2002;359-66.
- [16] Mendoza-Sassi R BJ, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública* 2003:372-8.
- [17] Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MSd. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2006:107-14.
- [18] Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006:97-103.
- [19] Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiq* 2000. 2000;22(3):106-15.
- [20] Andrade LHSGd, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev psiquiatr Clin.* 2006:43-54.

- [21] Rondina RdC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Rev. psiquiatr clín. 2003;221-8.
- [22] Arantes VD. Depressão na atenção primária a saúde. Rev Bras Med Fam e Com. 2007;2(8):261-70.
- [23] Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2009;86-94.
- [24] Zimerman D. Psicanálise em perguntas e respostas: verdades, mitos e tabus. Porto Alegre: Artmed 2005.
- [25] Dean AG DJ CD, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Center of disease control and prevention. Epi-Info version 6.04d. A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers Atlanta, Georgia, U.S.A 1994.
- [26] ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). 2003. Acessado em janeiro de 2011. <http://www.ibge.gov.br>
- [27] Saúde OMD. Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas 1993.
- [28] Dean AG DJ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A. 1994.
- [29] STATA. Data Analysis and Statistical Software. Version 9.0. StataCorp LP 1996–2009. Acessado através do site: <http://www.stata.com>.

Anexo 2 – Termo de Consentimento Pacientes

QUEST _ _ _ _ _

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTA
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

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

PACIENTES DAS

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

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

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

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

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

Declaração do Participante

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

Participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

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

Investigador Responsável: _____

Anexo 3 – Termo de Consentimento Responsáveis

QUEST _ _ _ _ _

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

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

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

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

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

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

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

Declaração do Ciente

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

Responsável: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

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

Investigadores Responsáveis:

_____/_____/_____

Anexo 4 – Encaminhamento

ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS PACIENTES DA UBSs DA UCPel

ENCAMINHAMENTO

Pelotas, ____ de _____ de 200__ .

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

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

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

Observação: _____.



**Anexo 5 – Questionário sócio-d
PESQUISA SOBRE UNIDADES BÁ**

QUEST _____

UBS de Origem: _____ Data _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____

1. Sexo do entrevistado:

- (1) feminino
- (2) masculino

sexo __

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

dnasc ___ / ___ / ___

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

- (0) não
- (1) sim → Em que série tu estás? ___ série do ___ grau

estano __

serie ___

grau __

SE NÃO:

4. Tu já estudaste na escola alguma vez?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 5
- (1) sim → Até que série completaste (foste aprovado)? ___ série do ___ grau
- (8) NSA

estvez __

nserie ___

ngrau __

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

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 6
- (1) sim

trabdin __

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

idtrab ___

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

- (0) não
- (1) sim
- (8) NSA

trab12 __

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

trabatu __

d) Qual sua ocupação? _____

ocup__

6. Na tua casa tem: (LER AS OPÇÕES)

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

tv __

radio __

banh __

aut __

mens __

aspir __

maqlav __

vidvd __

gelad __

freez __

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

- (0) analfabeto / primário incompleto
- (1) primário completo / ginásial incompleto
- (2) ginásial completo / colegial incompleto
- (3) colegial completo / superior incompleto
- (5) superior completo

Primário = 1ª a 5ª série
 Ginásial = 6ª a 8ª série
 Colegial = 2º grau
 Superior = graduação

eschef __

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

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

mpai __
 mmae __
 mcomp __
 nirmaos __ __
 nfilhos __ __
 noutros __ __

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

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



faces __

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

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

Wh1 __

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

Wh2 __

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física)	1	2	3	4	5

Wh3 __

	Impede você de fazer o que você precisa ?						Wh4__
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diárias?	1	2	3	4	5	Wh5__
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	Wh6__
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	Wh7__
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	Wh8__
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	Wh9__
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	

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

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente	
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Wh10__
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	Wh11__
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	Wh12__
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Wh13__
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5	Wh14__

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom	
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	Wh15__

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	Wh16__
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Wh17__
18	Quão satisfeito(a) você está com sua	1	2	3	4	5	Wh18__

	capacidade para o trabalho?						Wh19__
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	Wh20__
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	Wh21__
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	Wh22__
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	Wh23__
23	Quão satisfeito(a) você está com as Condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	Wh24__
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	Wh25__
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	

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

		nunca	algumas vezes	Frequen- temente	muito frequente mente	Sempre	
26	Com que frequência você tem Sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	Wh26__

❖ **Agora vamos falar sobre seu nível de estresse.**

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?				JSSa__
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?				JSSb__
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	
c) Seu trabalho exige demais de você?				JSSc__
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?				JSSd__
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?				JSSe__

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

❖ **Agora vamos falar sobre tua saúde.**

9. Tu tens alguma doença importante?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 11
(1) sim

SE SIM:

10. Qual a doença? _____
Qual a doença? _____
Qual a doença? _____

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

- (0) não
(1) sim

12. Tu já consultaste com psiquiatra ou psicólogo?

JSSf

JSSg

JSSh__

JSSI__

JSSj

JSSk__

JSSI__

JSSm__

JSSn__

JSSo__

JSSp__

JSSq__

doença__

quald1__

quald2__

quald3__

probner__

cons__

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

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

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

SE SIM:

→ Gostaríamos que tu PENSASSES no último tratamento que fizeste.

14. Qual o local que tu fizeste esse tratamento?

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

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

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

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

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

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

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

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

SE SIM:

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

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

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

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

trat __

loct1 __ __

loct2 __ __

loct3 __ __

acessot __ __

satisftr __

interr __

aband1 __ __

aband2 __ __

aband3 __ __

hospner __

qhosp __ __

SE SIM:

20. Quantas vezes? ___ vezes

(88) NSA

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

(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 23

(1) sim

medic ___

SE SIM:

22. Qual?

(01) haldol

(02) ampicil

(03) anafranil

(04) aropax

(05) diazepam

(06) valium

(07) lexotan

(08) tofranil

(09) fluoxetina

(10) imipramina

(11) triptanol

() outro. Qual? _____

(12) não sabe

(88) NSA

tmediq1 ___

tmediq2 ___

tmediq3 ___

❖ Agora vamos falar sobre teus familiares.

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

a) mãe (0) não (1) sim

b) pai (0) não (1) sim

c) irmão(a) (0) não (1) sim

d) avós (0) não (1) sim

e) filho(a) (0) não (1) sim

f) outro. Quem? _____

fmae ___

fpai ___

firmao ___

favo ___

ffilho ___

foutro ___

Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.

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

qlusoua ___

qlusoub ___

qlusouc ___

qlusoud ___

qlusoud1 ___

qlusoue ___

qlusouf ___

qlusoug ___

qlusouh ___

qlusoui ___

qlusouj ___

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

freqa ___

freqb ___

freqc ___

freqd ___

freqd1 ___

freqe ___

freqf ___

freqg ___

freqh ___

h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

freqi ___
freqj ___

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

Encaminhamento: (0) não
(1) sim, Campus da Saúde

encam ___

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

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

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

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

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

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO NÚMERO:** _____
DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____
NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____
DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

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

INSTRUÇÕES GERAIS

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

- **Entrevista:**

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

- **Apresentação:**

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

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

- **Convenções:**

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

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

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

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

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

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

- **Instruções de cotação :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR			
A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM 1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM 2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	SIM
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:		
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM 3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM 4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM 5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM 6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM 7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM 8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM 9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	
SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:			
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	SIM 10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM 11
A5b É COTADA SIM ?		NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

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

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

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

***EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL***

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

B. DISTIMIA

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

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

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

***DISTIMIA
ATUAL***

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

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

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO SIM

**RISCO DE SUICÍDIO
ATUAL**

LEVE

MODERADO

ELEVADO

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

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
		NÃO	SIM	
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	NÃO	SIM	

D SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

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

NÃO SIM

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

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	†
Passado	†

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	†
Passado	†

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

F. AGORAFOBIA

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

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

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

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

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

G. FOBIA SOCIAL

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

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

**FOBIA SOCIAL
ATUAL**

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

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

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO AT	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:				
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?		NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO		NAO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?		NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?		NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?		NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?		NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?		NÃO	SIM	8
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?			NÃO	SIM	
		<p>NÃO SIM</p> <p>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</p>			
O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL?			NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	
J3	Durante os últimos 12 meses:				
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS		NÃO	SIM	9

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

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM

*ABUSO DE ÁLCOOL
ATUAL*

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

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

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

↑
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

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

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

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

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

Solventes voláteis: “cola”, éter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM

**DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL**

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

NÃO **↑**
SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?

COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO SIM

**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL**

L. SÍNDROME PSICÓTICA

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

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

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

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

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

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

			BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM <input type="checkbox"/> L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM <input type="checkbox"/> L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM <input type="checkbox"/> L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM <input type="checkbox"/> L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO SIM	SIM <input type="checkbox"/> L8a	12

L7a Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? NÃO SIM 13
COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.

b SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês? NÃO SIM 14

OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:

L8b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ? NÃO SIM 15

L9b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO? NÃO SIM 16

L10b OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? NÃO SIM 17

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

~~NÃO SIM~~
SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL

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

~~NÃO SIM~~
SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA

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

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

~~Í~~
NÃO SIM

b SE L13a É COTADA “SIM”:
Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?

~~Í~~
NÃO SIM 18

SE L13a É COTADA “SIM”:

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

~~NÃO SIM~~
TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL

d L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DO HUMOR
 com Sintomas Psicóticos VIDA
 INTEIRA**

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

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		1
Durante os últimos 3 meses:				
M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM		7

**PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
 PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?**

NÃO SIM
**ANOREXIA NERVOSA
 ATUAL**

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

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

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

N. BULIMIA NERVOSA

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

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

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

I

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

NÃO SIM

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

Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

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

**Depressão e histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico em usuários
de três unidades de atenção primária**

Depression and history of treatment psychological/psychiatric in users of three
units of primary care

Autores

Mariane Lopez

Karen Jansen

Ricardo Azevedo da Silva

Instituição

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Autor Correspondente

Mariane Lopez

Endereço: Rua Almirante Barroso, 1202, sala 109G. Centro. Pelotas-RS, Brasil.

E-mail: mariane_lop@hotmail.com

Telefone: +55 53 21288404

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de depressão e fatores associados bem como o histórico de tratamento psicológico e psiquiátrico em indivíduos com idade superior a 14 anos que buscaram atendimento na atenção primária.

Método: Foi realizado um estudo transversal nas três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas. A presença de depressão foi avaliada através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Além disso, foram avaliados os fatores associados ao episódio depressivo maior: uso de substâncias psicoativas, transtornos de ansiedade, risco de suicídio e histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico.

Resultados: Entre os 1069 pacientes da atenção primária avaliados, a prevalência de depressão foi de 23,9%, entretanto, apenas 29% já consultaram com psicólogo ou psiquiatra, enquanto 21,5% fizeram ou fazem atualmente tratamento psicoterapêutico. Para os adultos com depressão, a percepção do transtorno psiquiátrico esteve presente em 36,8% dos entrevistados. Foram hospitalizados por problemas psiquiátricos 40% dos indivíduos com depressão e 39,4% utilizaram psicofármacos no mês anterior a entrevista.

Conclusão: A prevalência de depressão é elevada, entretanto, poucos recebem tratamento adequado. Por isso devem ser inseridos cuidados em saúde mental na atenção primária através de avaliações diagnósticas assim como propostas breves de psicoterapia para os transtornos mentais.

Palavras-chave: Depressão, atenção primária, fatores associados, histórico de tratamento psiquiátrico

ABSTRACT

Objective: Asses the prevalence of depression and associated factors as well as the history of psychological or psychiatric treatment in individuals older than 14 years seeking care in primary care

Method: We conducted a cross-sectional study in three Basic Health Units are linked to the Catholic University of Pelotas. The presence of depression was assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). In addition, we assessed the factors associated with major depressive episode, substance abuse, anxiety disorders, suicide risk and a history of psychological / psychiatric treatment.

Results: Among the 1069 primary care patients evaluated, the prevalence of depression was 24%, however, only 29% had consulted a psychologist or psychiatrist, while 21.5% have been or are currently psychotherapeutic treatment. For adults with depression, perceptions of psychiatric disorder was present among 36.8%, the remainder reported not suffer or have suffered at some time in life for such problems. Were hospitalized for psychiatric problems 40% of individuals with depression and 39.4% used psychotropic drugs in the month preceding the interview.

Conclusion: The prevalence of depression is high, however, few receive adequate treatment. For this reason should be inserted in mental health care in primary care through diagnostic evaluations and proposals brief psychotherapy for mental disorders.

Keywords: Depression, primary care, factors associated, history of psychiatric treatment

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número tem aumentado progressivamente, principalmente nos países em desenvolvimento [1].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é a principal causa de incapacidade medida pelo Years Lived with Disability (YLDs) é o quarto fator contribuinte para a carga global de doença, em 2000. Até o ano 2020, a depressão alcançará o 2^o lugar no ranking do Disability Adjusted Life Years (DALYs). Atualmente, a depressão é a segunda causa de incapacidade na faixa etária de 15 a 44 anos[2]. Além disso, diversos estudos apontam que a depressão é um importante problema de saúde global, causando impacto negativo sobre a vida dos indivíduos e de suas famílias, além de elevar a demanda dos serviços de saúde[3-6].

O Transtorno Depressivo Maior, comumente chamado de depressão, caracteriza-se por um período mínimo de duas semanas, durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também pode experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, dentre os quais: alteração no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio[7, 8].

A prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 17%[9]. Sendo que esta prevalência aumenta para 29,5%[6] quando trata-se de pacientes em cuidados primários, confirmando a perspectiva de maior utilização dos recursos de saúde pelos indivíduos com indicativo de transtorno depressivo[3], embora se saiba que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença freqüente de comorbidades, pela dificuldade do corpo médico em reconhecê-la e pela falta de atenção a saúde mental no sistema de saúde primário. Estudos mostram que de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamentos adequados e específico[3, 4].

Cabe salientar que a realização de estudos em atenção primária pode oferecer subsídios para a reorganização do sistema e melhor qualificação dos profissionais da saúde no que diz respeito à promoção da saúde mental no Brasil. Assim, este trabalho tem por objetivo verificar a prevalência de depressão e fatores associados, bem como o histórico de tratamento psicológico/ psiquiátrico em nível de atenção primária.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal nas três Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade Católica de Pelotas no Município de Pelotas-RS, no período de 29 de junho a 21 de setembro de 2009 para a identificação de pacientes com depressão.

O cálculo de tamanho amostral foi realizado através do programa Epi-Info 6.04d[13], com o objetivo de verificar a prevalência de depressão, para tal foi estimada uma prevalência de 25%, menor prevalência esperada de 22% e uma população alvo de 18.000 indivíduos com idade superior a 14 anos atendida nas UBS's. Tendo como base um nível de confiança de 95% e poder de 80%, estimou-se um total de 704 pacientes. Incluiu-se mais 30% do valor amostral para compensar as perdas e recusas chegando a um N esperado de 915 indivíduos.

A amostra foi formada por todos os indivíduos que procuraram atendimento em uma das três UBS's vinculadas a UCPel no período de junho a setembro de 2009. A captação da amostra foi realizada através de visitas diárias as UBS's para obter a relação de pacientes atendidos que logo após eram procurados em seus domicílios.

Após aceitarem participar do estudo os entrevistados assinaram um termo consentimento e neste momento foram incluídos, enquanto os que não residiam na área de abrangência da UBS ou manifestaram incapacidade de compreender ou responder o questionário foram excluídos do estudo. Os instrumentos foram aplicados na residência do paciente, por graduandos previamente treinados para manuseio da entrevista.

A depressão, o risco de suicídio e os transtornos de ansiedade foram avaliados por uma entrevista diagnóstica padronizada breve - Mini[10] Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI). Esta entrevista é de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV[8] e CID-10[11]. A versão utilizada aqui é a MINI 5.0 em português[10] que foi desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em

ensaios clínicos. As características psicométricas da MINI para o diagnóstico de depressão são: sensibilidade de 96%, especificidade de 88%, valor preditivo positivo de 87%, valor preditivo negativo de 97% e eficiência de 91%.

Os fatores associados à depressão foram avaliados através de um questionário sócio-demográfico constituído pelas variáveis: idade, sexo, vive com parceiro, escolaridade, uso diário de tabaco, abuso ou dependência de álcool, histórico de problema psiquiátrico, consulta com psiquiatra/psicólogo, tratamento psicoterapêutico, hospitalização por problemas psiquiátricos e uso de psicofármaco no último mês. A avaliação socioeconômica dos participantes foi realizada através da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)[12], que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, este instrumento classifica em a situação socioeconômica em “A, B, C, D e E”, sendo “A” a situação socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Após a codificação dos instrumentos, o processamento dos dados foi realizado através de dupla entrada no programa Epi-Info 6.04d. com checagem automática no momento da digitação, além disso, foi testado no mesmo software a consistências da digitação comparando as duas entradas de dados. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa Stata 9.0[14], no qual se procedeu a análise inicial com objetivo de obter a prevalência de depressão, além de caracterizar a amostra do estudo. O teste estatístico qui-quadrado foi utilizado na análise bivariada dos dados, visando descrever associações entre a ocorrência de depressão e as variáveis independentes investigadas. Foram consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluiu a unidade.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e todos os entrevistados com algum transtorno mental diagnosticado pela MINI foram encaminhados para atendimento no ambulatório de psiquiatria do Campus da Saúde da UCPel.

RESULTADOS

Foram identificados 1331 pacientes atendidos em uma das três UBS's, destes 51 (3,8%) se recusaram a participar do estudo, 209 (15,7%) domicílios não foram encontrados e dois (0,1%) indivíduos foram a óbito, totalizando 1069 indivíduos. A amostra em sua maioria foi constituída por adultos com idades entre 20 e 59 anos (63,3%), do gênero feminino (71,3%) e pertencente à classificação econômica C (60,7%), dos quais 40,4% tinham de quatro a sete anos de estudo e 54% viviam com companheiro. Quanto ao uso de substâncias 24,1% dos entrevistados faziam uso diário de tabaco e 1,9% abusavam ou eram dependentes de bebida alcoólica. Os transtornos de ansiedade estiveram presentes em 27,9% dos entrevistados e 14,9% apresentaram risco de suicídio.

A prevalência de depressão entre os usuários de UBS's foi de 23,9% (N=256).

As mulheres apresentaram quase o dobro de prevalência de depressão quando comparadas ao sexo masculino (RP=1,73; IC=1,31-2,29). Com relação à classificação econômica os indivíduos da classe D+E estavam mais deprimidos do que os indivíduos das outras classes econômicas (RP=1,97; IC=1,23-3,15). Quanto à escolaridade, observou-se maior prevalência de depressão entre os indivíduos com 4 a 7 anos de estudo em comparação aos indivíduos com 8 a 16 anos de estudo (RP=1,38; IC=1,05-1,81). Foi encontrada maior prevalência de depressão entre os participantes que faziam uso diário de tabaco (RP=1,30; IC=1,04-1,64). Apresentar algum transtorno de ansiedade mostrou uma prevalência quase 6 vezes maior de depressão (RP=5,80; IC=4,61-7,29) e uma prevalência 5 vezes maior de risco de suicídio entre os entrevistados com depressão (RP=5,00; IC=4,18-5,98) (Tabela 1).

Entre os entrevistados, 481 (45%) apresentam histórico de problema psiquiátrico, 309 (29%) alguma vez na vida consultaram com Psicólogo ou Psiquiatra, enquanto 230 (21,5%) fizeram ou fazem tratamento psicoterápico. Daqueles que fizeram psicoterapia, as principais formas de acesso ao serviço de saúde mental foram: Sistema Único de Saúde (85%), Particular (9,7%) e Convênios (5,3%). Estiveram hospitalizados por problemas psiquiátricos 8,9%

(95) e utilizavam psicofármacos no mês anterior a entrevista 29,2% (312) dos participantes do estudo.

Os participantes com histórico de problema psiquiátrico apresentaram quase três vezes mais prevalência de depressão do que os entrevistados sem problemas psiquiátricos. Dos pacientes em atenção primária que apresentaram diagnóstico positivo para o transtorno depressivo maior, 33,3% (103) já consultaram com psicólogo ou psiquiatra, enquanto que 37,4% (86) fizeram ou fazem atualmente tratamento psicoterapêutico ($p < 0,001$). Entre os participantes que fizeram tratamento psicoterapêutico, 28,7% interromperam o tratamento antes de ter terminado. Mas 86,5% dos entrevistados que fizeram tratamento se sentiram satisfeitos ou muito satisfeitos com o último tratamento que fizeram. Quem esteve hospitalizado por problemas psiquiátricos apresentou quase o dobro de prevalência de depressão quando comparados aos que nunca foram hospitalizados. Também foi encontrada maior prevalência de depressão entre os indivíduos que utilizavam psicofármacos no mês anterior a entrevista ($p < 0,001$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar a prevalência e avaliar fatores associados à ocorrência de depressão e verificar o histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico em 1069 pacientes da atenção primária. Neste estudo, a prevalência de depressão foi de 23,9%, já os transtornos de ansiedade estiveram presentes em 27,9% e o risco de suicídio em 14,9% da amostra. Dentre os indivíduos com depressão, 37,4% relataram já ter feito ou estar fazendo tratamento psicoterapêutico, enquanto que a maioria já havia hospitalizado por problemas psiquiátricos e utilizado psicofármacos no mês anterior a entrevista. O que já nos permite inferir a existência de grande demanda de pacientes psiquiátricos sendo atendidos nos cuidados primários de saúde.

Neste estudo podem ser observados pontos favoráveis quanto à fidedignidade dos resultados apresentados. Apesar do percentual de perdas (19,6%) ter sido maior que o esperado, a maioria se deu devido a não localização das residências, porque o sistema de cadastro das UBS's estava desatualizado ou pelo paciente ter fornecido um falso endereço para conseguir atendimento na UBS. Por outro lado, a amostra manteve-se numerosa e contou com a população de três UBS's localizadas em diferentes pontos da cidade. Além disso, a avaliação dos transtornos mentais foi realizada através de uma entrevista diagnóstica estruturada, sendo que os demais estudos utilizaram questionários de rastreamento[3, 6, 15]. De acordo com a revisão de literatura, foram encontrados apenas três estudos que utilizaram entrevistas diagnósticas em atenção primária, um na Bélgica[16] e os outros dois no Brasil[17, 18].

Estudos que identifiquem sintomas ou episódios depressivos em atenção primária são escassos, em função disso torna-se difícil a comparação dos achados deste estudo. Na literatura, grande parte dos estudos em atenção primária busca avaliar os transtornos mentais de forma geral ou a ocorrência de depressão em populações específicas. Em um estudo realizado na Bélgica, com a utilização do mesmo instrumento, porém em maiores de 18 anos, foi encontrada uma prevalência de 11% em usuários de atenção primária[16].

No Brasil, em um estudo que buscou avaliar os transtornos mentais em pacientes que procuraram atendimento em uma unidade de referência do PSF, a depressão esteve entre os transtornos mais comuns com uma prevalência de 17,6%[17]. Ao verificar a diferença entre as prevalências de depressão encontradas na literatura, deve ser considerado que a variação desses resultados citados na literatura pode ser devida às diferentes formas de avaliação, pelo local de atendimento e por questões culturais. No estudo brasileiro citado, cabe considerar que utilizou outro instrumento (CIDI) e que ocorreu em apenas uma unidade de PSF.

A alta prevalência encontrada neste estudo reflete a realidade da população estudada, esta realidade se deve pelo fato das UBS's escolhidas localizarem-se em zonas periféricas menos favorecidas, com elevados índices de violência e criminalidade. E também pela presença de comorbidades e doenças crônicas apresentadas pelos indivíduos que buscaram atendimento nas unidades estudadas.

Embora tenha se encontrado maior prevalência de depressão nesta amostra de UBS, encontrou-se fatores associados similares a literatura, assim como, maior prevalência de depressão entre as mulheres[3, 5, 16, 17, 19], sujeitos de menor classificação socioeconômica[1, 5, 16] e que faziam uso diário de tabaco[20].

Além dos fatores sócio-demográficos e uso de substâncias psicoativas, mostrou-se a relação entre transtornos de ansiedade e risco de suicídio com a ocorrência de depressão. Outro estudo na atenção primária, afirma que a depressão é responsável por riscos significativos de morte, pois cerca de 15% dos pacientes com transtorno de humor cometem suicídio e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos por depressão[21]. Apresentar transtorno de ansiedade também mostrou-se associado com a depressão, pois esta é a comorbidade mais prevalente entre os transtornos de ansiedade[22].

Pacientes com transtornos mentais têm alta probabilidade de recorrer a serviços de atendimento destinados à saúde[17, 23]. Vários estudos em outros países têm mostrado que usuários frequentes de serviços de saúde apresentam comorbidades entre doenças físicas e mentais[3]. Inclusive em nosso estudo foram encontradas elevadas prevalências de histórico e consultas psiquiátricas

assim como as hospitalizações por transtornos mentais. No Brasil, existem autores que relatam a prevalência e fatores associados à depressão, porém, não se encontrou estudos que relatem a história de tratamento psicológico ou psiquiátrico em cuidados primários. Apenas foi encontrado um estudo internacional cujas prevalências de consulta e tratamento psicoterapêutico para depressão foram respectivamente 19,6% e 5,3% sendo estas menores que o presente estudo[16].

Quanto ao uso de psicofármaco não foi possível comparar os resultados, pois nosso estudo avaliou a utilização deste atualmente, enquanto que o outro avaliou a utilização de psicofármaco no passado[16]. O aumento no consumo de antidepressivos na última década pode ser observado em outros estudos e pode estar relacionada com o crescimento das doenças depressivas, com o surgimento de novos medicamentos e com a ampliação das indicações terapêuticas destes medicamentos[24].

A psicoterapia, enquanto um serviço de atendimento a saúde mental, tem como finalidade resolver crises vitais e remover sintomas agudos em quadros de transtornos mentais, propiciando melhor adaptação do indivíduo na sociedade e trabalho, bem como dar apoio para o melhor enfrentamento das situações desadaptativas[25]. Para isso, é necessário que o sistema de saúde esteja preparado para a realização de uma avaliação completa do paciente evitando assim a superutilização dos serviços de saúde.

O tratamento da depressão e até mesmo dos demais transtornos mentais através de propostas breves de atendimento psicoterapêutico, possivelmente resultaria na menor procura por serviços gerais de saúde, bem como menores índices de abandono de tratamento. Por isso foi fundamental neste estudo a abordagem do histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico em nível de atenção primária.

Através deste estudo foi possível constatar que há grande demanda de pacientes com transtornos mentais utilizando os recursos de saúde pública. E apesar da melhora nos tratamentos disponíveis, os pacientes com depressão, muitas vezes continuam sub-diagnosticados e tratados de forma inadequada. Apenas 1/3 dos indivíduos que reconhecem estar deprimidos procuram os serviços de saúde para os seus sintomas[5]

Considerando que a população estudada aguardava consulta em uma Unidade Básica de Saúde para acompanhamento de doenças clínicas, verifica-se o quanto é importante inserir o cuidado em saúde mental na atenção primária. Pois através de ações específicas favorecerá um melhor diagnóstico e atendimento psicológico ou psiquiátrico aos pacientes e conseqüentemente a redução dos gastos em saúde pública.

REFERÊNCIAS

- [1] Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006:1639-48.
- [2] World Health Organization. Acessado em janeiro de 2011. <http://www.who.com.br>
- [3] Fleck MPdA, Lima AFBdS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev. Saúde pública. 2002:431-8.
- [4] Fleck MPdA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). scielo 2003:114-22.
- [5] Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, Silva DGVd, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care. Texto contexto - enferm. 2009:155-64.
- [6] Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AdAFd, Mello MFd, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev. Saúde Pública. 2004:523-8.
- [7] Lopez M, Ribeiro J, Jansen K, Silva R. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos, Pelotas-RS. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2011.
- [8] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1994.

- [9] Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37:316-25.
- [10] Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000. 2000;22(3):106-15.
- [11] Saúde OMD. Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas 1993.
- [12] ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). 2003. Acessado em janeiro de 2011. <http://www.ibge.gov.br>
- [13] Dean AG DJ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info version 6.04d A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A. 1994.
- [14] STATA. Data Analysis and Statistical Software. Version 9.0. StataCorp LP 1996–2009. Acessado através do site: <http://www.stata.com>.
- [15] Rombaldi AJ, Silva MCd, Gazalle FK, Azevedo MR, Hallal PC. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010; 620-9.
- [16] Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in

primary care: The GADIS II study (Generalized anxiety and depression impact survey II). *Depress Anxiety*. 2008;25:506-13.

[17] Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;20:43-53.

[18] Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev. Bras. Psiquiatr* .2006;97-103.

[19] Andrade LHSGd, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clin.*2006;43-54.

[20] Rondina RdC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev. psiquiatr clín.*2003;221-8.

[21] Arantes VD. Depressão na atenção primária a saúde. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2007;2(8):261-70.

[22] Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2009;86-94.

[23] Mendoza-Sassi R BJ, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública* 2003;372-8.

[24] Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MSd. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2006;107-14.

[25] Zimerman D. Psicanálise em perguntas e respostas: verdades, mitos e tabus. Porto Alegre: Artmed 2005.

Tabela 1: Descrição da amostra e fatores associados à depressão através do teste qui-quadrado.

Variável	Distribuição da amostra N (%)	Prevalência de Depressão N (%)	Razão de prevalência (IC 95%)	P-valor
Sexo				<0,001
Feminino	771 (71,3)	211 (27,4)	1,73 (1,31-2,29)	
Masculino	310 (28,7)	49 (11,8)	1,00	
Idade (anos)				0,182
14-19	82 (7,6)	16 (19,5)	1,00	
20-59	684 (63,3)	182 (26,6)	1,36 (0,86-2,15)	
> 60	315 (29,1)	62 (19,7)	1,01 (0,62-1,65)	
Classificação econômica				<0,001
A+B	111 (10,4)	17 (15,3)	1,00	
C	646 (60,7)	144 (22,3)	1,45 (0,92-2,31)	
D+E	308 (28,9)	93 (30,2)	1,97 (1,23-3,15)	
Escolaridade (anos)				0,045
0 a 3	308 (28,8)	79 (25,6)	1,34 (1,00-1,79)	
4 a 7	432 (40,4)	114 (26,4)	1,38 (1,05-1,81)	
8 a 16	329 (30,8)	63 (19,2)	1,00	
Vive com companheiro				0,740
Não	491 (46,0)	120 (24,4)	1,04 (0,84-1,28)	
Sim	577 (54,0)	136 (23,6)	1,00	
Uso diário de tabaco				0,022
Não	821 (75,9)	184 (22,4)	1,00	
Sim	260 (24,1)	76 (29,2)	1,30 (1,04-1,64)	
Abuso ou dependência de álcool				0,073
Não	1048 (98,0)	247 (23,6)	1,00	
Sim	21 (2,0)	9 (42,9)	1,82 (1,10-3,02)	
Algum transtorno de ansiedade				<0,001
Não	781 (72,1)	79 (10,2)	1,00	
Sim	298 (27,9)	177 (59,4)	5,80 (4,61-7,29)	
Risco de Suicídio				<0,001
Não	909 (85,1)	136 (15,0)	1,00	
Sim	159 (14,9)	119 (74,8)	5,00 (4,18-5,98)	
TOTAL	1069 (100)	256 (23,9)	----	-----

Tabela 2: Histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico na população geral e nos indivíduos com depressão

Variável	Distribuição da amostra N (%)	Prevalência de Depressão N (%)	Razão de prevalência (IC 95%)	P-valor
História de				
problema psiquiátrico	588 (55)	79 (13,4)	1,00	<0,001
Não	481 (45)	177 (36,8)	2,74 (2,16-3,47)	
Sim				
Consulta com os				
psiquiatra/psicólogo	700 (65,7)	129 (18,4)	1,00	<0,001
Não, nunca consultou	309 (29)	103 (33,3)	1,81 (1,45-2,26)	
Sim, mas não atualmente	56 (5,3)	23 (41,1)	2,23 (1,57-3,16)	
Sim, consulto atualmente				
Tratamento psicoterapêutico				
Não	839 (78,5)	170 (20,3)	1,00	<0,001
Sim	230 (21,5)	86 (37,4)	1,85 (1,49-2,29)	
Hospitalização por problemas psiquiátricos				
Não	974 (91,1)	218 (22,4)	1,00	<0,001
Sim	95 (8,9)	38 (40,0)	1,79 (1,36-2,35)	
Psicofármaco no último mês				
Não	757 (70,8)	132 (17,4)	1,00	<0,001
Sim	312 (29,2)	124 (39,7)	2,28 (1,85-2,80)	
TOTAL	1069 (100)	256 (23,9)	----	-----

