UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Martin Taborda da Silva

Uso de Psicofármacos no Tratamento de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família.

Porto Alegre
2013

Martin Taborda da Silva

Uso de Psicofármacos no Tratamento de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre

Orientador: Dr.José Geraldo Vernet Taborda
Coorientador: Dr.Dinarte Prietto Ballester

Porto Alegre
2013

Catalogação na Publicação

Taborda, Martin
Uso de psicofármacos no tratamento de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família / Martin Taborda. -- 2013.
81 f. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

Orientador(a): José Geraldo Vernet Taborda ; coorientador(a): Dinarte Prietto Ballester.

1. Psicotrópicos. 2. Saúde mental. 3. Atenção primária à saúde. 4. Programa Saúde da Família. 5. Transtornos mentais. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que ajudaram, auxiliaram ou simplesmente tiveram paciência comigo nos últimos dois anos, especialmente **Karin Guimarães Taborda**, **Antoninho Juscelino Mattes**, **Maíra Taborda**, **Raíssa Simch**, **Carlos Alfredo Simch da Silva** e **André Vasconcelos de Castro**.

Aos meus avós que sempre me instigaram aos estudos e ao conhecimento científico **Wilmar Correa Taborda** (*in memorian*) e **Sônia Guimarães Taborda**.

Ao meu digníssimo professor orientador, **Dr. José Geraldo Vernet Taborda** pelas valiosas correções de rumo e à futura colega **Ísis Mendes Barbosa,** por toda colaboração e parceria desde o início da pesquisa.

RESUMO

No atual modelo técnico assistencial em saúde brasileiro, compete às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) importante papel nas ações de rastreio, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivou-se descrever o perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos em acompanhamento por equipes de ESF de um distrito sanitário. Buscou-se traçar o perfil sociodemográfico dos usuários de psicofármacos atendidos pelas equipes de saúde; estabelecer a prevalência de transtornos mentais na amostra; e verificar a adequabilidade do diagnóstico do usuário com o tratamento recebido por este. Foi realizado estudo transversal em amostra composta por 89 sujeitos cadastrados e acompanhados por seis equipes de ESF. Para obtenção de dados sociodemográficos foi utilizado questionário pré-codificado elaborado pelos autores (QSD). Foi utilizada para estimar a prevalência de transtornos mentais a entrevista semiestruturada validada para uso no Brasil em atenção primária *Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian version 5.0.0* (MINI 5.0.0). Verificou-se que maior parte dos sujeitos era do sexo feminino (71,9%), com até 8 anos de estudo (64,1%), de cor branca (71,9%) e idade média de 53,8 anos com desvio padrão (DP) de 12,7. Além disso, apenas 51,7% tinha diagnóstico prévio à avaliação e 15,7% realizava algum acompanhamento especializado em saúde mental. Os diagnósticos mais prevalentes na amostra foram Episódio Depressivo Maior (50,6%), Agorafobia sem pânico (30,3%), Síndrome Psicótica atual (28,1%) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (25,8%). Os fatores de risco que apresentaram associação significativa na análise multivariada para Transtornos Ansiosos foram tentativa de suicídio e diagnóstico prévio, com Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) em valores de 1,58 (1,08 - 2,30) e 1,65 (1,07 - 2,52), respectivamente. Para Síndromes Psicóticas, a variável tentativa de suicídio esteve associada a risco (RP 2,05; IC 95% 1,21 - 3,45). Já para Risco de Suicídio atual, a presença de tentativa prévia de suicídio mostrou-se associada a importante aumento de risco (RP 4,00; IC 95% 2,39 - 6,68).

Palavras-chave: Psicotrópicos. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

In current's technical assistance model in Brazilian healthcare, it is the duty of the Family Health Strategy teams to play an important role in screening actions, diagnosis and treatment of mental disorders in the context of Primary Healthcare. It is aimed to describe the epidemiological profile of the users of psychoactive drugs being monitored by family health teams of a sanitary district. It was attempted to trace the socio-demographic profile of users of psychoactive drugs attended by health teams; to establish the prevalence of mental disorders in the sample; and to check the suitability of the user diagnosis with the treatment received by him. Cross-sectional study was performed on sample composed of 89 registered subjects and accompanied by six teams of Family Health Strategy. A pre-coded questionnaire (Socio-demographic questionnaire) developed by the authors was used to obtain socio-demographic data. A semi structured interview validated for use in primary care in Brazil, Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian version 5.0.0 (MINI 5.0.0) was used to estimate the prevalence of mental disorders. It was found that most of the subjects were female (71.9%), with up to 8 years of education (64.1%), Caucasian (71.9%) and mean age of 53,8 years with standard deviation (SD) of 12,7. Furthermore, only 51.7% had diagnosis prior to assessment and 15.7% had some specialized mental health monitoring. The most prevalent diagnoses in the sample were Major Depressive Episode (50.6%), Agoraphobia without panic (30.3%), current Psychotic Syndrome (28.1%) and Generalized Anxiety Disorder (25.8%). The risk factors that showed significant association in the multivariate analysis for Anxiety Disorders were prior suicide attempt and prior diagnosis with respective Prevalence Ratio (PR) and 95% Confidence Interval (95% CI) values of 1.58 (1, 08 to 2.30) and 1.65 (1.07 to 2.52). For Psychotic Syndromes, prior suicide attempt was associated with risk (PR 2.05; 95% CI 1.21 to 3.45). As for current Suicide Risk, the presence of prior suicide attempt was associated with increased risk (PR 4.00; 95% CI 2.39 to 6.68).

Keywords: Psychotropic drugs. Mental Health. Primary Healthcare. Family Health Program. Mental Disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica.

AD – Antidepressivo.

AC – Anticonvulsivante.

ACH – Anticolinérgico.

AP – Antipsicótico.

APS – Atenção Primária à Saúde.

BZD – Benzodiazepínico.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CI – Confidence interval.

CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças.

DP – Desvio-padrão.

DQ – Dependência química.

DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição – texto revisado.

EDM – Episódio Depressivo Maior.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

FHE – Family Health Strategy.

GAD – Generalized Anxiety Disorder.

HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

IC – Intervalo de confiança.

ISRS – Inibidor seletivo da recaptação de serotonina.

KS – Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Max – Máximo.

MD – Mood disorders.

MDE – Major Depressive Episode.

Min – Mínimo.

MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview.

MS – Estabilizador do humor.

n – Tamanho da amostra.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

OCD – Obsessive-compulsive disorder.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

p – Nível de significância.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PSF – Programa Saúde da Família.

PTSD – Post traumatic stress disorder.

RP – Razão de prevalência.

QSD – Questionário de Dados Sociodemográficos.

SD – Standard deviation.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SSRI – Selective serotonine reuptake inhibitor.

SPSS – Statistical package for the social sciences.

TAG – Transtorno de ansiedade generalizada.

TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

TEPT – Transtorno de estresse pós-traumático.

THB – Transtornos de humor bipolar.

TOC – Transtorno obsessivo-compulsivo.

TPAS – Transtorno de personalidade antissocial.

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

VPN – Valor preditivo negativo.

VPP – Valor preditivo positivo.

WHO – World Health Organization.

X_2 – Qui quadrado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....9
1.1 HISTÓRICO.....9
1.2 REVISÃO DA LITERATURA.....10
2. JUSTIFICATIVA.....15
3. OBJETIVOS.....16
3.1 OBJETIVO GERAL.....16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....16
4. REFERÊNCIAS.....17
5. ARTIGO CIENTÍFICO.....22
6. CONCLUSÕES.....43
ANEXO A – Questionário de dados sócio demográficos.....42
ANEXO B – Mini International Neuropsychiatric Interview 43
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....69
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA.....71
ANEXO E – Instruções (Cadernos de Saúde Pública - FIOCRUZ).....73

1. INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, mas como a situação de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2009). Um equilíbrio dinâmico entre o ser e o meio que o cerca, influenciado pelas inter-relações com o ambiente em seus vários planos: físico/químico, celular, orgânico, corporal, emocional, racional, familiar, social e espiritual. Esta definição utópica de saúde é particularmente útil como um horizonte para os serviços e os profissionais de saúde por estimular a priorização das ações. Seu caráter pouco restritivo confere a liberdade necessária para ações em todos os níveis da organização social. Por outro lado, esta definição faz com que a saúde seja algo ideal, uma condição inatingível na vida da maioria das pessoas, o que dificulta seu uso como meta pelos serviços de saúde. A OMS quando foi constituída em 1948, buscou traçar uma definição positiva de saúde. Uma definição ampliada que incluísse fatores de bem-estar tais como: acesso à alimentação, atividade física, sistemas de saúde, etc. A OMS foi a primeira organização internacional de saúde a ser considerada responsável também pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo (WHO, 2008; WHO, 2000).

A expressão saúde mental, sua conceituação e significados merecem exame mais detalhado de suas particularidades e usos nas práticas da assistência e da pesquisa científica. A atual definição do conceito de saúde é ampla e abrangente. Procura contemplar a importância e influência de variados aspectos da vida humana no processo de adoecimento-cura de cada indivíduo. Consequentemente, um problema de saúde (enfermidade) está distante de ser definido como apenas uma entidade clínica ou conjunto de sinais e sintomas (síndrome). Por sua vez, o conceito de *mente* é igualmente amplo, impreciso e sujeito a interpretações subjetivas influenciadas por fatores como princípios religiosos, étnicos e filosóficos, além de uma série de noções derivadas do senso comum (BRASIL, 2002; COELHO, 2002; ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1999)

Essa amplitude de significados dificulta uma definição objetiva e uniforme da mente em seus estados saudáveis e patológicos. Segundo o DSM-IV-TR, um transtorno mental é definido como sendo uma "doença com

manifestações psicológicas ou comportamentais com comprometimento funcional devido a uma perturbação biológica, social, psicológica, genética, física ou química" (APA, 2000). A partir desta definição abrangente sobre os possíveis fatores determinantes ou causadores dos transtornos mentais, expandiram-se as possibilidades de intervenções terapêuticas e preventivas (SILVA *et al.*, 2007). Em âmbito geral, dados recentes revelam que cerca de 3% da população sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008; ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1997; BUSNELLO, 1993).

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade geral, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças em nosso país. Este porcentual aumenta para 23% nos países de alta renda *per capita*. Utilizando como medida uma combinação entre número de anos vividos com incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (medidos pela unidade *Disability Adjusted Life Years – DALYs*), verificou-se que transtornos depressivos e doenças cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, as complicações perinatais e as doenças infectocontagiosas como principais causas de incapacidade nos países de baixa e média renda *per capita*, onde vivem cerca de quatro quintos da população mundial (THORNICROFT *et al.*, 2002; VAZQUEZ-BARQUERO *et al.*, 1999). Das dez principais causas de incapacitação ao trabalho, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno de humor bipolar (THB) por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) por 2,8% (LOPEZ *et al.*, 1999).

Em relação à epidemiologia dos transtornos mentais, a mulher apresenta maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos. Na idade adulta, percebem-se maiores diferenças entre homens e mulheres, especialmente associados ao período reprodutivo. No mundo, o suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida

somente pela tuberculose. Além da depressão, dentre as dez principais causas de mortalidade prematura e incapacitação em mulheres nos países de alta renda *per capita* no ano de 1990, a esquizofrenia ficou em segundo lugar; THB em quarto; TOC em quinto; abuso de álcool em sexto e suicídio em nono lugar. Tabagismo, abuso de drogas ilícitas e sexo desprotegido foram outras condições que se mostraram, direta ou indiretamente, associadas a transtornos mentais da mulher e que se constituem em importantes fatores de risco para outras condições deletérias á saúde (ANDRADE *et al.*, 2006).

Pesquisas sobre saúde mental na APS vêm sendo conduzidos em diversas comunidades e populações desde a década de 80. Conforme estes estudos, estimou-se a prevalência de transtornos mentais na população geral entre 25% e 50%, dependendo da região e da metodologia empregada (FORTES *et al.*, 2011). Mais preocupante que a alta prevalência dos transtornos mentais comuns, é o expressivo número de casos não reconhecidos e não tratados, estimado em até 77% para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes são diagnosticados em um terço ou mais das pessoas que procuram atendimento em serviços de APS (KAPCZINSKI *et al.*, 2008). Quadros psiquiátricos com queixas inespecíficas, tais como preocupação e irritabilidade, podem ser de difícil diagnóstico para o profissional de saúde, uma vez que não preenchem critérios diagnósticos formais segundo as classificações do DSM ou do CID. Além disso, observam-se prevalências maiores de transtornos mentais em clínicas de APS do que aquelas encontradas na população geral, sugerindo que estes locais são cruciais na identificação e manejo deste grupo de agravos (McQUAID *et al.*, 1999). Os estudos apresentaram resultados diversos quanto à faixa etária mais acometida. Verificou-se que a maioria era do sexo feminino, em situação socioeconômica precária e com baixa escolaridade (MARAGNO *et al.*, 2006). Os transtornos mais frequentemente encontrados foram os de humor, de ansiedade e somatoformes, sendo comum a existência de mais de uma síndrome em um mesmo indivíduo. Estudo realizado na Alemanha detectou que a presença de transtorno somatoforme como único diagnóstico causava 4 vezes mais dificuldade na relação médico-paciente em comparação com as pessoas sem diagnóstico psiquiátrico. Já a coexistência de transtorno

somatoforme, EDM e TAG causava 12,2 vezes mais dificuldade (HANEL *et al.*, 2009; TOFT *et al.*, 2005). Embora os prejuízos sociais e econômicos advindos de tais quadros sejam importantes, cabe ressaltar que a maior parte dos casos não se constitui de transtornos graves ou persistentes, podendo ser manejados nos serviços de APS, conforme proposto pela OMS no último relatório sobre saúde mental e desenvolvimento (OMS, 2010).

O movimento da Reforma Sanitária engendrou gradualmente uma série de transformações na maneira de conceber e estruturar o modelo técnico assistencial em saúde do Estado Brasileiro. Segundo a diretriz pactuada na Conferencia da OMS de Alma Ata em 1978, os principais objetivos propostos incluíam a diminuição da mortalidade infantil, melhoria na assistência pré-natal, erradicação da tuberculose, hanseníase e outras doenças emergentes, que naquele momento histórico apresentavam grande magnitude (OMS, 1978). No entanto, somente a partir da promulgação da Constituição de 1988 e consequente implantação do SUS, estabeleceram-se os parâmetros político-administrativos necessários a plena regulamentação das mudanças conceituais e operativas propostas no novo modelo: acesso universal, integralidade na assistência e equidade na distribuição dos recursos em saúde. Nesse sentido, houve redirecionamento dos recursos e investimentos do Estado visando implantar uma rede de serviços e cuidados em saúde de base territorial, pautada pela APS como paradigma organizacional (STARFIELD, 2002).

Posteriormente à formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, a ESF consolidou-se como estratégia prioritária na reorientação das práticas e ações de saúde na atenção básica (BRASIL, 1998). Neste modelo assistencial, os objetos preferenciais da atenção são as necessidades em saúde da população, a detecção de fatores envolvidos na gênese dos processos de adoecimento e os determinantes sociais da produção de saúde. São características do modelo baseado na ESF alguns princípios como: territorialização; formação de vínculo; trabalho em equipe com foco multidisciplinar; ênfase na promoção de saúde; fortalecimento de ações intersetoriais e estímulo à participação da comunidade (COIMBRA *et al.*, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) descreve a orientação do processo de trabalho nas equipes da ESF enfatizando a adoção de práticas voltadas ao cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e funcionalidade das famílias, visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos e comunidades. Seguindo os mesmos preceitos adotados para a atenção básica, no campo da saúde mental também ocorreu gradual redirecionamento dos recursos técnicos e financeiros destinados à assistência para um modelo substitutivo de base territorial, visto que até então o investimento concentrava-se em serviços ambulatoriais hospitalares e manicomiais (BRASIL, 2007).

No atual modelo assistencial brasileiro, compete às equipes da ESF importante papel na atenção à saúde mental pelo SUS. Preconiza-se que grande parcela das ações de rastreio, diagnóstico e tratamento sejam realizadas no âmbito da APS pelos profissionais da ESF, com suporte e colaboração dos profissionais especializados nos níveis secundário e terciário (OLIVEIRA *et al.,* 2006; COSTA-NETO, 2000). No campo da atenção básica, a detecção de transtornos mentais e seu tratamento adequado tornam-se ainda mais relevantes, quando se leva em consideração a presença de comorbidades que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas (THORNICROFT *et al.*, 1999). Os transtornos mentais costumam ser diagnosticados através de entrevistas clínicas com o paciente, orientadas e interpretadas por critérios nosológicos estabelecidos por convenções internacionais e manuais estatísticos de diagnóstico (OMS, 2006; APA, 2000). Exames complementares e marcadores biológicos ainda têm importância diagnóstica modesta em psiquiatria. O diálogo entre o profissional de saúde e o paciente constitui a principal ferramenta propedêutica, sob a forma do exame do estado mental. A anamnese dirigida às funções da mente desempenha papel central na construção diagnóstica, fornecendo material básico para organizar a avaliação e orientar o tratamento (SHEEHAN *et al.,* 1998; AMORIM, 2000). Quando se trata de saúde mental é necessário, além do treinamento diagnóstico, o desenvolvimento de determinadas habilidades de comunicação e reconhecimento de outros tipos de intervenções psicossociais efetivas, como a terapia cognitivo comportamental. Ademais, no que tange ao

emprego dos recursos de saúde, com o correto diagnóstico dos transtornos mentais, evitam-se encaminhamentos equivocados a especialistas, realização de exames desnecessários e, sobretudo, a prescrição inapropriada de psicofármacos (AZEVEDO MARQUES, 2009).

2. JUSTIFICATIVA

Existem muitas abordagens terapêuticas comprovadamente eficazes no tratamento dos diversos transtornos mentais. Contudo, aos usuários do SUS estão disponíveis, de modo geral, duas modalidades de tratamento: a farmacoterapia e as psicoterapias. Destas, a mais amplamente difundida e acessível é com certeza a psicofarmacologia clínica. Baseia-se no emprego de medicamentos psicotrópicos ou assim chamados psicofármacos (KAPLAN, *et al.*, 1997). No ano de 2009, iniciou uma proposta de reorganização da rede de assistência à saúde mental no município de Porto Alegre com a implantação da primeira equipe de matriciamento em saúde mental no distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro.

Conceitualmente, matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, estruturando assim um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (CHIAVERINI *et al.*, 2011). A configuração hierárquica da rede de serviços de atenção à saúde mental, organizada a partir dos princípios de territorialidade e adscrição da clientela, determina que o vínculo primário do usuário se dê junto a equipe básica onde é cadastrado. O acesso aos serviços de apoio matricial, bem como a regulação local dos encaminhamentos a níveis assistenciais especializados passam, impreterivelmente, pela avaliação dos profissionais da ESF (BRASIL, 2009).

O trabalho conjunto de consultoria e apoio entre a equipe matricial e as unidades básicas apontou para a necessidade de melhor conhecer o perfil dos usuários que acessam as equipes de ESF para tratamento de questões relativas a saúde mental, da demanda encontrada pelas equipes, assim como da relação entre estas e os profissionais da assistência especializada (DIMENSTEIN *et al.*, 2009; ATHIÉ *et al.*, 2013). Levantamentos preliminares realizados nas equipes ESF Pitoresca I e II indicaram elevado número de usuários que renovavam receitas de psicofármacos sem acompanhamento regular, que em alguns casos não existia registro ou definição clara da necessidade de determinados tratamentos e, não raramente, faltavam construções diagnósticas bem fundamentadas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos em acompanhamento por seis equipes de ESF do distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sócio demográfico dos usuários de psicofármacos atendidos pelas equipes de saúde.

- Estabelecer a prevalência de transtornos mentais na população estudada.

- Verificar a adequabilidade do diagnóstico do usuário com o tratamento recebido por este.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry**, 171: 524-9; 1997.

ALMEIDA-FILHO, N., *et al.* O conceito de saúde mental. **Revista USP,** 43: 100-125, 1999.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** 22(3): 106-15, 2000.

ANDRADE, L. S. G. *et al.* Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín**. 33(2): 43-54, 2006.

APA. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. - Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: **Artmed**, 2000.

APA. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. - Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: **Artmed**, 2000.

ATHIÉ, K. *et al*. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 8(26): Jan-Mar, 2013.

AZEVEDO MARQUES, J. M. Detecção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe do Programa de Saúde da Família [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: **Universidade de São Paulo,** 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. – Textos Básicos de Saúde – Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde mental no SUS - acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2007.

BUSNELLO, E. D. Morbidade psiquiátrica na população urbana de P. Alegre. **J. Bras. Psiquiatria**, 42: 555-605, 1993.

CHIAVERINI, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília: **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

COELHO, M. T. A. & ALMEIDA-FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos: 9(2):315-33, 2002.

COIMBRA, V. *et al.* A atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** 07(01): 113- 117, 2005.

COSTA-NETO, M. M. Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família – Médico e Enfermeiro. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2000.

DIMENSTEIN, M. *et al*. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, 3(5): Barbacena, 2005.

FORTES, S. *et al.* Common mental disorders in Petropolis - RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** vol. 33(2), 2011.

HANEL, G. *et al.* Depression, anxiety and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. **Journal of Psychosomatic Research,** 67:189- 197, 2009.

KAPCZINSKI, F. & GONÇALVES, D. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (9):2043- 2053, 2008.

KAPLAN, H. I. et al. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1997.

LOPEZ, A. D. & MURRAY, C. C. The global burden of disease, 1990-2020. **Am. J. Public Health,** 89, 1309-1311Lopez, 1999.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro 22(8): 1639- 1648, 2006.

McQUAID, J. *et al.* Depression in Primary Care Clinic: the Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder. **Journal of Affective Disorders,** 55: 1-10, 1999.

OLIVEIRA, A. G. *et al.* Saúde Mental na Saúde da Família. **Editora Olho D'Água**, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. **OMS,** 2006.

____. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Alta. Alma-Alta: **OMS,** 1978.

____. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre saúde mental e desenvolvimento. Genebra: **OMS**, 2010.

____. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, 47.ed. Ginebra: **OMS**, 2009.

SEGRE, M. & FERRAZ F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, Oct; 31(5): 538-542; 1997.

SHEEHAN, D. V. *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. **Journal of Clinical Psychiatry,** 59(20):22-33, 1998.

SILVA, F. C. F. *et al.* A Formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. **Boletim da Saúde**. vol.2:1; Jan/Jun, 2007.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, **Ministério da Saúde,** 2002.

THORNICROFT, G. & MAINGAY, S. The global response to mental illness. **BMJ**, 21:325(7365): 608-9, 2002.

THORNICROFT, G. *et. al*. Co-ordinating primary care with mental health services. In: Tansella, M. and Thornicroft, G. (eds). Common Mental Disorders in Primary Care. London (UK): **Routledge,** 1999.

TOFT, T. *et al.* Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary Care (FIP) study. **Psychological Medicine,** 35:1175- 1184; 2005.

VAZQUEZ-BARQUERO, J. L. *et al.* Epidemiology of mental disorders in the community and primary care. In: Tansella, M. and Thornicroft, G. (eds). **Common Mental Disorders in Primary Care**. London (UK): Routledge; pp 03-16, 1999.

WHO. World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bulletin of the World Health Organization,** 78(4): 413-26, 2000.

____. World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care more than ever. Geneva (Switzerland): **World Health Organization,** 2008.

5. ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO

Uso de Psicofármacos no Tratamento de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família

(Artigo Formatado conforme *Cadernos de Saúde Pública*)

Fator de Impacto: 0,987

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária engendrou gradualmente uma série de transformações na maneira de conceber e estruturar o modelo técnico assistencial em saúde do Estado Brasileiro. Seguindo a diretriz pactuada na Conferencia da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Alma Ata em 1978[1], os principais objetivos e metas propostos incluíam a diminuição da mortalidade infantil, melhoria na assistência pré-natal, erradicação da tuberculose, hanseníase e outras doenças, principalmente as infectocontagiosas, que naquele momento histórico apresentavam grande magnitude. No entanto, somente a partir da promulgação da Constituição de 1988 e consequente implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceram-se os parâmetros político-administrativos necessários a plena regulamentação das mudanças conceituais e operativas propostas no novo modelo: acesso universal, integralidade na assistência, equidade na distribuição dos recursos em saúde. Nesse sentido houve redirecionamento dos recursos e investimentos do Estado visando implantar um modelo substitutivo de assistência a saúde, que tem como princípio a criação de uma rede de cuidados e serviços de base territorial pautada pela APS como estratégia garantidora dos atributos e princípios preconizados[2].

No atual modelo técnico-assistencial brasileiro, compete às equipes de ESF importante papel na atenção à saúde mental pelo SUS. Preconiza-se que grande parcela das ações de rastreio, diagnóstico e tratamento sejam realizadas no âmbito da APS pelos profissionais da ESF, com suporte dos profissionais especializados nos níveis secundário e terciário[3,4]. A Política Nacional de Atenção Básica[5] descreve a orientação do processo de trabalho nas equipes da ESF enfatizando a adoção de práticas voltadas ao cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e funcionalidade das famílias, visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos e comunidades. Seguindo os mesmos preceitos de reorientação no modelo assistencial adotados para a atenção básica no Brasil, no campo da saúde mental também ocorreu gradual redirecionamento dos recursos técnicos e financeiros destinados à assistência para um modelo substitutivo de base territorial, visto que até então o

investimento concentrava-se em serviços ambulatoriais hospitalares e manicomiais[6].

Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade geral, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. Este porcentual aumenta para 23% nos países desenvolvidos. Utilizando como medida uma combinação entre número de anos vividos com incapacidade e consequente deterioração da qualidade de vida, e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (medidos pela unidade *Disability Adjusted Life Years – DALYs*), verificou-se que agravos como transtornos depressivos e doenças cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, as complicações perinatais e as doenças infectocontagiosas como principais causas de incapacidade. Das dez principais causas de incapacitação ao trabalho, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, THB por 3,3% e TOC por 2,8%[7,8]. Tais fatos ocorreram primeiramente nos países desenvolvidos industrializados, porém hoje atingem, com consequências mais graves, países em desenvolvimento de média e baixa renda per capita, onde vivem cerca de quatro quintos da população do mundo[9]. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, o suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente pela tuberculose[10].

Estudos recentes, realizados em diferentes locais do Brasil, estimaram a prevalência de transtornos mentais na população geral em valores entre 25% e 50%, dependendo da região e da metodologia empregada[11,12]. Sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes são diagnosticados em um terço ou mais das pessoas que procuram atendimento em serviços de APS[13]. Além disso, observam-se prevalências maiores de transtornos mentais em clínicas de atenção primária do que aquelas encontradas na população geral, sugerindo que estes locais são cruciais na identificação e manejo deste grupo de agravos[14]. Mais preocupante que a alta prevalência dos transtornos mentais é o expressivo número de casos não reconhecidos e não tratados, estimado em 77% para TAG[15]. Estudo realizado na Alemanha detectou que a presença

de transtorno somatoforme como único diagnóstico causava 4 vezes mais dificuldade na relação médico-paciente em comparação às pessoas sem diagnóstico psiquiátrico. Já a coexistência de transtorno somatoforme, EDM e TAG causava 12,2 vezes mais dificuldade[16]. Embora os prejuízos sociais e econômicos advindos de tais quadros sejam importantes, ressalta-se que a maior parte dos casos não se constitui de transtornos graves e persistentes, podendo ser manejados nos serviços de APS, conforme proposto pela OMS em seu último relatório sobre saúde mental[17].

De forma geral, o presente estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos em acompanhamento por equipes de ESF de um distrito sanitário, onde ocorreu a implantação da primeira equipe de apoio matricial em saúde mental no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Buscou-se traçar perfil sociodemográfico dos usuários de psicofármacos; estabelecer a prevalência de transtornos mentais na amostra e verificar a adequabilidade do diagnóstico do usuário com o tratamento recebido por este.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal, de caráter quantitativo do tipo inquérito, em amostra consecutiva composta por 89 sujeitos cadastrados e acompanhados por seis equipes de ESF de um distrito sanitário no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Foram incluídos na amostra pacientes em tratamento farmacológico para transtornos mentais que renovavam receitas de psicotrópicos nas unidades participantes da pesquisa, empregando os seguintes critérios: ser morador do território de atuação das equipes; estar cadastrado nas unidades de saúde; estar em uso de psicofármaco; renovar receitas de psicofármacos nas unidades de saúde. Foram excluídos sujeitos com idade inferior a quinze anos e portadores de retardo mental ou estados demenciais.

Em relação aos instrumentos de coleta de dados, foi utilizada para estimar a prevalência de transtornos mentais a entrevista *Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian version 5.0.0* (MINI 5.0.0), validada para uso no Brasil em APS[18]. A MINI consiste de uma entrevista semiestruturada

que explora 17 transtornos específicos do Eixo-I empregando critérios diagnósticos do DSM-IV, além de possuir um módulo para Síndrome Psicótica e um para Risco de Suicídio. Em diversos estudos, os resultados obtidos com a aplicação da MINI por profissionais de APS mostraram boa concordância quando comparados àqueles obtidos através de entrevistas semiestruturadas (GHQ-12, SCID-I e CIDI) aplicadas por especialistas. Em ambos os casos a acurácia diagnóstica da MINI foi equivalente às demais entrevistas[19]. Quanto aos três diagnósticos mais frequentes, a concordância foi de 0,68 para EDM; 0,62 para TAG e 0,66 para a Fobia Social. Sensibilidade e especificidade da MINI foram, respectivamente, 94,1 e 62,2 para EDM; 92,3 e 64,6 para TAG; 100 e 84,2 para Fobia Social. As perguntas de triagem dos diferentes módulos foram capazes de predizer a existência de diagnóstico completo em cerca de 2/3 dos casos. Os valores preditivos positivos (VPP) e preditivos negativos (VPN) para estes transtornos foram de 41,0 e 97,4 para EDM; 34,2 e 97,6 para TAG; e 14,2 e 100 para Fobia Social, respectivamente[20]. Para obtenção de dados sociodemográficos e história médica pregressa foi utilizado questionário pré-codificado elaborado pelos autores (QSD). As entrevistas foram realizadas por profissionais e acadêmicos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Para aplicação da MINI, os entrevistadores receberam treinamento no serviço de psiquiatria do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), sob supervisão de profissionais médicos e psicólogos. Tendo em vista a necessidade de renovação mensal das receitas de psicofármacos, os pacientes foram entrevistados na ocasião em que compareceram às unidades para consulta ou renovação de receita. A aplicação da MINI ocorreu na sede das equipes Santa Helena I e II (unidade A); Pitoresca I e II (unidade B); Lomba do Pinheiro I e II (unidade C). Os dados foram colhidos durante o mês de outubro de 2011. Os sujeitos da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA sob o parecer n. 625/10 em 08/07/2010.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. A presença de distribuição normal dos mesmos foi verificada utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. As

variáveis contínuas foram descritas em termos de média e desvio padrão (DP) quando apresentaram distribuição normal e valores de mediana, máximo e mínimo quando não apresentaram distribuição normal. As variáveis categóricas foram descritas em valores relativos (%) e absolutos (n). Na análise univariada dos dados foi aplicado o teste qui-quadrado de Fischer. Para análise multivariada foi empregada a regressão de Poisson modificada, utilizando variáveis que obtiveram valores de $p < 0,2$ para os seguintes diagnósticos obtidos da MINI, agrupados por tipo de síndrome psiquiátrica: transtornos depressivos; transtornos ansiosos; síndromes psicóticas e risco de suicídio. Foi considerado nível de significância de 5% (valores de $p < 0,05$).

RESULTADOS

O total da amostra foi composto de 89 indivíduos, sendo 67 do sexo feminino e 22 do sexo masculino. A média de idade foi de 53,8 anos com DP de 12,7. Em relação à cor/raça autodeclaradas, verificou-se que a maioria era de cor branca. O maior percentual de brancos foi encontrado na unidade B e o menor na unidade C.

Quando se analisou a variável escolaridade, os dados mostraram que grande maioria dos indivíduos concluiu no máximo 8 anos de estudo. Percentuais semelhantes foram encontrados nas 3 unidades.

Cerca de 50% dos indivíduos tinha diagnóstico psiquiátrico prévio à avaliação, fosse ele manifesto pelo paciente, registrado em prontuário médico ou de conhecimento da equipe de ESF. Menos de um quinto dos sujeitos mantinha algum acompanhamento especializado em saúde mental, incluindo atendimento psiquiátrico, ambulatórios, psicoterapia ou grupos terapêuticos.

Com relação ao tempo de uso de psicofármacos, menos de 20% dos entrevistados relatou uso em período inferior a 1 ano, enquanto que quase metade referiu uso há mais de 5 anos. Quando indagados sobre a presença de familiares em uso atual de psicofármacos, mais da metade respondeu positivamente. Observou-se que cerca de um quinto dos indivíduos apresentava histórico de internação psiquiátrica prévia. Além disso, verificou-se significativa prevalência de tentativas prévias de suicídio na amostra e que

aproximadamente um terço relatou ocorrência na família de tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

A Tabela 1 resume os resultados relativos ao perfil sócio demográfico, histórico médico e familiar dos sujeitos da pesquisa.

Inserir Tabela 1.

Quanto a prevalência de transtornos mentais, verificou-se que aproximadamente metade dos sujeitos fechava critérios para transtornos depressivos, principalmente EDM, que foi o diagnóstico mais frequente na amostra.

No grupo dos transtornos ansiosos, Agorafobia sem pânico foi o mais prevalente, seguido de TAG, Transtorno do Pânico, Fobia Social e TOC, respectivamente.

Considerável número de sujeitos fechou critérios diagnósticos para síndromes psicóticas, alcançando mais de um terço da amostra, sendo que a maioria encontrava-se em Síndrome Psicótica atual. Além disso, observou-se significativo percentual de indivíduos que apresentou diagnóstico de Transtorno do Humor com sintomas psicóticos. Com relação a estimativa do risco de suicídio, verificou-se que mais de 30% dos entrevistados apresentava risco de suicídio em algum grau. Quando estratificado, o risco leve foi o mais prevalente, seguido de risco alto. Não foi relatado abuso e dependência de álcool ou substâncias por nenhum dos sujeitos da pesquisa.

Inserir Tabela 2.

Inserir Tabela 3.

No que se refere à análise multivariada, foram encontradas associações estatisticamente significativas em três dos quatro grupos ou síndromes psiquiátricas consideradas. No grupo dos Transtornos Depressivos, nenhuma das variáveis selecionadas apresentou associação significativa ao desfecho em questão, em que pese a alta prevalência desses transtornos na amostra. No

grupo dos Transtornos Ansiosos, duas variáveis (tentativa de suicídio e diagnóstico prévio) mostraram associação estatisticamente significativa ao desfecho e uma delas (sexo feminino) apresentou valor de p em nível limítrofe, porém, não atingindo o nível de significância considerado para o estudo. Quanto às variáveis analisadas no grupo das síndromes psicóticas, observou-se que apenas a tentativa prévia de suicídio apresentou associação estatisticamente significativa ao desfecho, com baixo valor de p (0,007) e elevada RP. Em relação ao grupo do Risco de Suicídio, uma das variáveis (sexo feminino) apresentou valor de p limítrofe (0,059) sem, contudo, atingir o nível de significância de forma inequívoca. Já a variável tentativa de suicídio mostrou excepcional força de associação ao desfecho, apresentando valores de $p < 0,001$ e a maior RP encontrada no estudo. Internação psiquiátrica prévia não se mostrou significativamente associada ao desfecho em questão.

A Tabela 4 descreve o percentual de uso de cada classe de psicofármaco por síndrome psiquiátrica.

Inserir Tabela 4.

DISCUSSÃO

Esses dados são inovadores no campo de pesquisa da saúde mental em APS. Além do enfoque claramente diagnóstico, a característica de auditoria em relação à adequabilidade dos tratamentos com o diagnóstico dos transtornos mentais confere a pesquisa também o enfoque de vigilância epidemiológica para este grupo de agravos. A literatura é unânime ao afirmar que entrevistas diagnósticas, sejam elas semiestruturadas ou abertas, aplicadas por especialistas ou profissionais da atenção básica, necessitam de adequada pré-seleção da população em que são aplicados para que seus resultados sejam fidedignos. Nosso estudo partiu de uma amostra de sujeitos que já utilizavam psicofármacos, residiam no território e eram cadastradas pelas equipes de ESF. No que se refere ao perfil sócio demográfico, os dados obtidos confirmaram evidências e padrões descritos na literatura sobre a clientela que acessos serviços de saúde devido a problemas relativos a saúde mental. O estudo que validou a MINI na Espanha utilizou a entrevista GHQ-12 aplicada

por psiquiatras como padrão de diagnóstico em amostra de pacientes oriundos de clínicas de APS. Os sujeitos que obtiveram escore superior a 2 no GHQ-12 em avaliação preliminar foram avaliados a seguir por meio da MINI e após um período de 3 dias foram entrevistados por um psiquiatra. Verificou-se que a maioria era do sexo feminino, em situação socioeconômica precária e com baixa escolaridade. A média de idade foi de 47,8 (DP 16,4), 71,8% eram do sexo feminino, 66,7% eram casados e 74,4% estavam desempregados. Os transtornos mais frequentemente encontrados foram os de humor (EDM e distimia) e de ansiedade (TAG, Fobia Social), sendo comum a coexistência de mais de uma síndrome em um mesmo indivíduo[20].

Os principais achados deste estudo são a falta de diagnóstico dos indivíduos que utilizam psicofármacos e o uso crônico dessas medicações sem que se mantivesse acompanhamento especializado ou reavaliações periódicas. A maior parte dos transtornos mentais detectados não é do tipo grave e persistente, predominando os transtornos depressivos e ansiosos. Além disso, verificou-se, em mais da metade dos casos, a presença de algum familiar em uso atual de psicofármacos, ressaltando o aspecto sistêmico das questões de saúde mental e sofrimento psíquico no contexto familiar. Entretanto, a causalidade reversa dificulta a interpretação desta e outras associações entre as variáveis.

Em relação a análise dos possíveis fatores de risco ou proteção para os transtornos mentais pesquisados, verificou-se que no grupo dos Transtornos Ansiosos, as variáveis diagnóstico prévio (RP 1,65 IC 95% 1,07 - 2,52) e tentativa de suicídio (RP 1,58 IC 95% 1,08 - 2,30) estiveram associadas a risco aumentado. Para as Síndromes Psicóticas, observou-se maior risco associado em indivíduos que apresentavam tentativa prévia de suicídio (RP 2,05 IC 95% 1,21 - 3,45). No que se refere ao Risco de Suicídio atual, verificou-se que presença de tentativa de suicídio prévia esteve associada a risco 4 vezes maior para este desfecho (RP 4,00 IC 95% 2,39 - 6,68).

Outro dado importante é sobre internação prévia. Verificou-se que cerca de 20% dos sujeitos relatou episódio de internação hospitalar psiquiátrica prévia, corroborando a prevalência majoritária de transtornos mentais comuns na amostra, dado que podem e devem ser manejados nos serviços de atenção APS. Entretanto, o caráter substitutivo do modelo proposto para a assistência à

saúde mental pelo SUS, contemplou serviços que embora sejam parte integrante da rede da APS, tem como função essencial o apoio e suporte especializado as equipes da ESF. Desta forma, ainda que a rede de serviços proposta pela Reforam Psiquiátrica (CAPS, hospitais dia, residenciais terapêuticos, etc.) esteja implantada em sua totalidade e operando com plena capacidade, somente será possível garantir a integralidade do cuidado se os profissionais da ESF estiverem instrumentalizados e aptos a acolher, avaliar e tratar os usuários de forma criteriosa, sistemática através de instrumentos validados, amparados por critérios objetivos baseados em evidências.

Por fim, ressaltamos o caráter eminentemente de apoio de serviços e recursos em saúde mental como os CAPS, NASF e equipes de matriciamento, uma vez que os NASF não constituem porta de entrada do sistema de saúde e o acesso direto aos CAPS apresenta indicações e bastante específicas. Por conseguinte, a demanda por tais serviços é determinada pelas características locais de cada território sob responsabilidade da ESF.

Como pontos negativos ou limitações do estudo, elencamos o fato de se tratar de estudo transversal, não permitindo estabelecer nexos temporais de causa e efeito entre os eventos pesquisados; o fato da amostra não ter sido selecionada probabilisticamente (amostra consecutiva de conveniência) e também o fato de que não houve relato por nenhum dos sujeitos entrevistados de abuso ou dependência de álcool ou substâncias ilícitas, denotando viés de aferição. Este viés pode dever-se tanto à limitações do instrumento de avaliação empregado, quanto à falta de vínculo terapêutico entre os sujeitos da pesquisa e entrevistadores.

CONCLUSÕES

A partir do dados obtidos, conclui-se que a vasta maioria dos sujeitos pesquisados tem a ESF como único recurso terapêutico e de acompanhamento em SM reitera o papel da atenção primária na assistência aos portadores de transtornos mentais no âmbito do SUS. Além disso, reforça a necessidade de ações que capacitem os profissionais no sentido de aumentar a acurácia diagnóstica e também a correta prescrição de psicofármacos. Como já foi

destacado em outros estudos, há uma dificuldade grande em realizar diagnóstico por parte dos profissionais não psiquiatras, tendo em vista a baixa qualificação dos profissionais da atenção primária para diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, confirmada pelo dado que metade dos usuários de psicofármacos não tinha diagnóstico algum prévio a avaliação.

Tendo em vista que uma terapêutica bem indicada depende de adequada formulação diagnóstica, é extremamente recomendável a adoção sistemática de entrevistas diagnosticas objetivas, confiáveis e sobretudo, validadas para uso no contexto da atenção básica. Neste sentido, o emprego da MINI mostrou-se ferramenta eficaz e efetiva no que se refere a detecção de transtornos mentais e orientação da terapêutica farmacológica no contexto da ESF e APS em geral. Ademais, no que tange ao emprego dos recursos de saúde, com o correto diagnóstico dos transtornos mentais, evitam-se encaminhamentos equivocados a especialistas, realização de exames desnecessários e, sobretudo, a prescrição inapropriada de psicofármacos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Alta. Alma-Alta: OMS, 1978.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

3. De Oliveira, A. G. B.; Vieira, M. A. M.; Andrade, S.M.R.; Saúde Mental na Saúde da Família, Editora Olho D'Água. Outubro de 2006.

4. Costa-Neto MM (organ.). Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família – Médico e Enfermeiro. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2000.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

6. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 dedezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

7. Thornicroft G.; Maingay. S. - The global response to mental illness. BMJ 21:325(7365): 608-9, 2002.

8. Vazquez-Barquero JL, Herran A and Simon JA. Epidemiology of mental disorders in the community and primary care. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). Common Mental Disorders in Primary Care. London (UK): Routledge; 1999.pp 03-16.

9. Lopez, A. D. & Murray, C. C. (1998c). The global burden of disease, 1990-2020. Am J.Public Health, 89, 1309-1311Lopez, 1999.

10. Andrade Laura Helena S. G. de, Viana Maria Carmen, Silveira Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. psiquiatr. clín. 2006; 33(2): 43-54.

11. Maragno L, Goldbaum M, Gianini R, Novaes H, César H. Prevalência de transtornos mentais comuns atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 22(8): 1639- 1648, ago 2006.

12. Fortes S, Lopes C, Villano L, Campos M, Gonçalves D, Mari J. Common mental disorders in Petrópolis- RJ: a challenge to integrate mental health into

primary care strategies. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 33, número 2, jun 2011.

13. McQuaid J, Stein M, Laffaye C, McCahill M. Depression in Primary Care Clinic: the Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder. Journal of Affective Disorders 55 (1999) 1- 10.

14. Kapczinski F, Gonçalves D. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (9):2043- 2053, set 2008.

15. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary Care (FIP) study. Psychological Medicine, 2005. 35, 1175- 1184.

16. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schafert R, Szecsenyi J, Lowe B. Depression, anxiety and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. Journal of Psychosomatic Research 67 (2009) 189- 197.

17. WHO (World Health Organization). The World Health Report 2008: primary health care more than ever. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

18. Amorim, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(3): 106-15, 2000.

19. Azevedo Marques, J. M. Detecção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe do Programa de Saúde da Família [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo**,** 2009.

20. Sheehan, D. V. *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. Journal of Clinical Psychiatry**,** 59(20):22-33, 1998.

Tabela 1. Perfil sócio demográfico, histórico médico e familiar

		Total Amostra % (n)	Unidade A % (n)	Unidade B % (n)	Unidade C % (n)
Sexo	Feminino	75,3 (67)	79,5 (31)	68,8 (11)	73,5 (25)
Masculino		24,7 (22)	20,5 (8)	31,3 (5)	23,5 (9)
Cor/Raça	Branca	71,9 (64)	74,4 (29)	87,5 (14)	61,8 (21)
Parda		10,1 (9)	10,3 (4)	6,3 (1)	11,8 (4)
Preta		18,0 (16)	15,4 (6)	6,3 (1)	26,5 (9)
Escolaridade	Analfabeta	7,9 (7)	7,7 (3)	6,3 (1)	8,8 (3)
Fundamental incompleto		56,2 (50)	64,1 (25)	43,8 (7)	52,9 (18)
Fundamental completo		16,9 (15)	7,7 (3)	25,0 (4)	23,5 (8)
Médio completo		16,9 (15)	17,9 (7)	25,0 (4)	11,8 (4)
Superior completo		2,2 (2)	2,6 (1)	0,0 (0)	2,9 (1)
Tempo de uso psicofármaco					
	< 1 ano	19,1 (17)	17,9 (7)	25,0 (4)	17,6 (6)
	1 a 5 anos	34,8 (31)	28,2 (11)	25,0 (4)	47,1 (16)
	> 5 anos	46,1 (41)	53,8 (21)	50,0 (8)	35,3 (12)
Diagnóstico prévio a avaliação		51,7 (46)	51,3 (20)	50,0 (8)	52,9 (18)
Acompanhamento especializado		15,7 (14)	15,4 (6)	18,8 (3)	14,7 (5)
Internação psiquiátrica prévia		21,3 (19)	20,5 (8)	12,5 (2)	26,5 (9)
Tentativa prévia de suicídio		14,6 (13)	17,9 (7)	6,3 (1)	14,7 (5)
Familiar em uso de psicofármaco		56,2 (50)	61,5 (24)	50,0 (8)	52,9 (18)
Suicídio ou tentativa na família		29,2 (26)	28,2 (11)	25,0 (4)	32,4 (11)

Tabela 2. Prevalência de transtornos mentais na amostra

Síndrome Psiquiátrica	**Total Amostra**	**Unidade A (Sta.Helena)**	**Unidade B (Lomba)**	**Unidade C (Pitoresca)**
Transtorno mental	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Transtornos depressivos	**57,3 (51)**	**61,5 (24)**	**56,3 (9)**	**52,9 (18)**
Episódio Depressivo Maior	50,6 (45)	48,7 (19)	56,3 (9)	50,0 (17)
Distimia	6,7 (6)	12,8 (5)	0,0 (0)	2,9 (1)
Transtornos ansiosos	**52,8 (47)**	**53,8 (21)**	**43,7 (7)**	**55,8 (19)**
Transtorno do Pânico	20,2 (18)	30,8 (12)	6,3 (1)	14,7 (5)
Agorafobia sem Pânico	30,3 (27)	25,6 (10)	31,3 (5)	35,3 (12)
Fobia Social	16,9 (15)	20,5 (8)	6,3 (1)	17,6 (6)
Transtorno Obsessivo Compulsivo	11,2 (10)	7,7 (3)	6,3 (1)	17,6 (6)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	25,8 (23)	20,5 (8)	25,0 (4)	32,4 (11)
Síndromes Psicóticas	**38,2 (34)**	**41,0 (16)**	**12,5 (2)**	**47,0 (16)**
Síndrome Psicótica Atual	28,1 (25)	33,3 (13)	12,5 (2)	29,4 (10)
Transtorno do Humor com sintomas psicóticos	10,1 (9)	7,7 (3)	0,0 (0)	17,6 (6)
Risco de suicídio	**31,5 (28)**	**41,0 (16)**	**25,0 (4)**	**23,5 (8)**
Risco leve	18,0 (16)	20,5 (8)	18,8 (3)	14,7 (5)
Risco moderado	1,1 (1)	2,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)
Risco alto	12,4 (11)	17,9 (7)	6,3 (1)	8,8 (3)
Episódio Hipomaníaco	10,1 (9)	10,3 (4)	6,3 (1)	11,8 (4)
Transtorno de personalidade Anti social	2,2 (2)	5,1 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)
Bulimia nervosa	3,4 (3)	5,1 (2)	0,0 (0)	2,9 (1)
Total	**100 (89)**	**N=(39)**	**N=(16)**	**N=(34)**

Tabela 3. Resultados da regressão de Poisson modificada

Síndromes Psiquiátricas	n (%)	p	RP	IC 95%	
				min	max
Transtornos depressivos					
Sexo Feminino	67 (75,3)	,140	1,560	,864	2,817
Diagnóstico prévio	46 (51,7)	,179	1,328	,878	2,010
Transtornos ansiosos					
Sexo Feminino	67 (75,3)	,055	1,876	,987	3,568
Tentativa de suicídio	13 (14,6)	,017	1,580	1,084	2,303
Diagnóstico prévio	46 (51,7)	,021	1,650	1,078	2,525
Síndromes psicóticas					
Cor/raça Branca	64 (71,9)	,435	,805	,468	1,387
Tentativa de suicídio	13 (14,6)	,007	2,051	1,219	3,450
Internação psiquiátrica	19 (21,3)	,086	1,675	,929	3,017
Risco de suicídio					
Sexo Feminino	67 (75,3)	,059	1,990	,974	4,064
Tentativa de suicídio	13 (14,6)	,000	4,002	2,397	6,682
Internação psiquiátrica	19 (21,3)	,519	1,204	,684	2,118

Tabela 4. Psicofármacos em uso conforme síndrome psiquiátrica e classe farmacológica.

Síndrome Psiquiátrica	Classe Farmacológica % (n)					
	AD	**AP**	**MS**	**BZD**	**AC**	**ACH**
Transtornos Depressivos	80,3 (41)	15,6 (8)	13,7 (7)	37,2 (19)	5,8 (3)	3,9 (2)
Transtornos Ansiosos	82,9 (39)	21,2 (10)	12,7 (6)	42,5 (20)	2,1 (1)	4,2 (2)
Síndromes Psicóticas	67,6 (23)	35,2 (12)	11,7 (4)	35,2 (12)	2,9 (1)	8,8 (3)
Risco de Suicídio	78,5 (22)	28,5 (8)	10,7 (3)	25,0 (7)	3,5 (1)	7,1 (2)
Sem transtorno atual	52,3 (11)	4,7 (1)	19,0 (4)	28,5 (6)	14,2 (3)	4,7 (1)
Total na amostra	73,0 (65)	16,9 (15)	15,7 (14)	33,7 (30)	6,7 (6)	4,5 (4)

AD:antidepressivo **AP:**antipsicótico **MS:**estabilizador humor **BZD:**benzodiazepínico **AC:**anticonvulsivante **ACH:**anticolinérgico

6. CONCLUSÕES

A partir do dados obtidos, conclui-se que a vasta maioria dos sujeitos pesquisados tem a ESF como único recurso terapêutico e de acompanhamento em SM reitera o papel da atenção primária na assistência aos portadores de transtornos mentais no âmbito do SUS. Além disso, reforça a necessidade de ações que capacitem os profissionais no sentido de aumentar a acurácia diagnóstica e também a correta prescrição de psicofármacos. Como já foi destacado em outros estudos, há uma dificuldade grande em realizar diagnóstico por parte dos profissionais não psiquiatras, tendo em vista a baixa qualificação dos profissionais da atenção primária para diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, confirmada pelo dado que metade dos usuários de psicofármacos não tinha diagnóstico algum prévio a avaliação.

Tendo em vista que uma terapêutica bem indicada depende de adequada formulação diagnóstica, é extremamente recomendável a adoção sistemática de entrevistas diagnosticas objetivas, confiáveis e sobretudo, validadas para uso no contexto da atenção básica. Neste sentido, o emprego da MINI mostrou-se ferramenta eficaz e efetiva no que se refere a detecção de transtornos mentais e orientação da terapêutica farmacológica no contexto da ESF e APS em geral. Ademais, no que tange ao emprego dos recursos de saúde, com o correto diagnóstico dos transtornos mentais, evitam-se encaminhamentos equivocados a especialistas, realização de exames desnecessários e, sobretudo, a prescrição inapropriada de psicofármacos.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

1. Prontuário número: 2. Data de registro:

3. Nome:

4. Data de nascimento: 5. Sexo ( ) M ( ) F

6. Cor/ Raça:

( ) branca ( ) parda ( )preta ( ) amarela ( ) indígena

7. Escolaridade:

( ) analfabeta ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo

( ) ensino médio completo ( ) ensino superior completo

8. Quais fármacos está em uso?

( ) 00- Monoterapia.

Qual nome da droga e dose:_____

( ) 01- Associação de fármacos (nome de cada droga e dose)

_____

_____

9. Porque usa este medicamento? (indicação para o tratamento ou, problema que está sendo tratado)

_____

10. Qual o tempo de uso?

( ) 00- até um ano ( ) 01- de um a cinco anos ( ) 02- mais de cinco anos

11. Faz acompanhamento especializado? (psiquiatra, grupos, CAPS,etc)

( ) 00 - não

( ) 01 -sim

Onde?_____

12. Já teve internação psiquiátrica?

( ) 00- não

( ) 01-sim Quantas vezes?_____

13. Já houve tentativa de suicídio ?

( ) 00 não ( ) 01-sim Quantas vezes? _____

14. Família com mais de 01 membro em uso de psicofármacos ?

( ) 00-não ( ) 01-sim Qual familiar? _____

15. Houve tentativa ou suicídio confirmado na família?

( ) 00-não ( ) 01-sim Qual familiar? _____

16. Tem diagnóstico firmado? (DSM IV ou CID 10)

( ) 00- não

( ) 01- sim. Qual? _____

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.'	EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	Opcional
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)	Opcional
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	Opcional

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 Salpétrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

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

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

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

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

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

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

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

NÃO **SIM**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

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

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

A5b É COTADA **SIM** ?

NÃO **SIM**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO

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

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

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **A7 ?**

NÃO **SIM**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL

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

B. DISTIMIA

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

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

DISTIMIA ATUAL

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

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS **UM "SIM" DE C1 À C6 ?**

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

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

NÃO **SIM**

RISCO DE SUICÍDIO ATUAL

LEVE ❑
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 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	1 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 CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.	NÃO	SIM	3
	SE **"SIM"** b Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU **D2a** SÃO COTADAS **"SIM"** ?	➔ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = **"SIM"**: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO **ATUAL**
SE **D1b** E **D2b** = **"NÃO"** : EXPLORAR O EPISÓDIO **MAIS GRAVE**

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

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

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

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **D3**
OU **4** SE **D1a** = **"NÃO"** (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b = "NÃO"** (EPISÓDIO ATUAL) ? → NÃO SIM

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

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO — NÃO SIM 12

D4 É COTADA **"NÃO" ?**

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO HIPOMANÍACO
Atual ☐
Passado ☐

D4 É COTADA **"SIM" ?**

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO MANÍACO
Atual ☐
Passado ☐

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu **subitamente** muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
	SE **E1** = **"NÃO"**, COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.			
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
	SE **E2** = **"NÃO"**, COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.			
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
	SE **E3** = **"NÃO"**, COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.			
E4	**Durante a crise em que se sentiu pior :**			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarréia 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** ? **SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.**	NÃO	SIM ***Transtorno de Pânico Vida inteira***	
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ? SE **E6 = "SIM",** PASSAR A **F1.**	NÃO	SIM ***Transtorno de Pânico Atual***	17
E7	HÁ **1**, **2** OU **3** "**SIM**" EM **E4** ?	NÃO	SIM ***Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira***	18

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

F. AGORAFOBIA

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

SE **F1** = **"NÃO"**, COTAR "NÃO" EM F2.

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

F2 (Agorafobia atual) É COTADA **"NÃO"**
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA **"SIM" ?**

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL

F2 (Agorafobia atual) É COTADA **"SIM"**
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA **"SIM" ?**

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL

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

NÃO **SIM**

AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL

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

G. FOBIA SOCIAL

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

G4 É COTADA **"SIM"** ?

NÃO **SIM**

FOBIA SOCIAL ATUAL

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

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas? NÃO 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.	NÃO	SIM	1
	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 freqüência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
	H3 OU **H4** SÃO COTADAS **"SIM"** ?	➔ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	➔ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
	H6 É COTADA **"SIM"** ?	**NÃO**	**SIM**	

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL

→: **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...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2

I3 **Durante o último mês:**

a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
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 ?**	→ NÃO	SIM	

I4 **Durante o último mês:**

a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS **2 RESPOSTAS** "**SIM**" EM **I4**	→ NÃO	SIM	

I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA **SIM**?

NÃO	**SIM**
	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL

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

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...) ?	➔ NÃO	SIM	1

J2 **Durante os últimos 12 meses:**

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR **"SIM"**, SE RESPOSTA **"SIM"** NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS **3 RESPOSTAS "SIM"** EM **J2** ?

NÃO **SIM**

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ? NÃO ➔ SIM

J3 **Durante os últimos 12 meses:**

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

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

b Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? NÃO SIM 10

c Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? NÃO SIM 11

d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS **1 RESPOSTA "SIM"** EM **J3 ?**

NÃO **SIM**

ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL

ANFETAMINA

BRANCA

CANNABIS

BASEADO

COCAÍNA

CODEÍNA

COLA

CRACK

MACONHA

MERLA

ECSTASY

ERVA

ÉTER

GASOLINA

HAXIXE

HEROÍNA

L.S.D.

MARIJUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

ÓPIO

PCP

PÓ

RITALINA

COGUMELO

SPEEDS

TEGISEC

TOLUENO

TRICLOROETILENO

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

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas.
Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca
Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina
Alucinogéneos: 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 SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:**

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarréia, 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 ? COTAR **"SIM"**, SE RESPOSTA **"SIM"** NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	NÃO	SIM	5

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

f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6

g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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 SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8

COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS

b Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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 SELECCIONADA]? NÃO SIM 10

d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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 →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 →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 →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 →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 HIPOCONDRÍACAS 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 →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 TIPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? NÃO SIM 17

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

NÃO SIM
SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL

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

NÃO SIM
SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA

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

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

➔ NÃO SIM

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

➔ NÃO SIM 18

SE L13a É COTADA **"SIM":**

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

NÃO SIM
TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL

d **L13b OU L13c** SÃO COTADAS **"SIM"?**

NÃO SIM
TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA

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

M. ANOREXIA NERVOSA

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

Durante os últimos 3 meses:

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

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

NÃO **SIM**

ANOREXIA NERVOSA ATUAL

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

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

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

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

N. BULIMIA NERVOSA

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

N8 **N5** É COTADA **"SIM"** E **N7** COTADA **"NÃO"** (OU NÃO COTADA)?

NÃO **SIM**

BULIMIA NERVOSA ATUAL

N7 É COTADA **"SIM" ?**

NÃO **SIM**

ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL

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

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? NÃO 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)...	➔ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	➔ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? DE **O3** A **O3f** COTAR **"NÃO"** OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE	➔ NÃO	SIM	3
O3		**Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:**			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / "dar branco" ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "**SIM**" EM O3 ?

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL

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

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 **Antes dos 15 anos:**

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

HÁ PELO MENOS **2 RESPOSTAS "SIM"** EM **P1**? → NÃO SIM

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

Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS **3** RESPOSTAS **"SIM"** EM **P2 ?**

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada **"Uso de Psicofármacos no Tratamento de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família"**, desenvolvida pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Fui informado(a) que esta pesquisa é coordenada por José Geraldo Vernet Taborda, CRM/RS 13.418, a quem poderei contatar através do telefone (51) 32303600 ou e-mail jose@taborda.med.br ou com Martin Taborda da Silva, pesquisador, CRM/RS 28.634, telefone (51) 33845074 ou e-mail martintaborda@ig.com.br . Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é sobre o uso de medicamentos para pessoas com problemas de saúde mental, visando conhecer estas pessoas para melhorar o tratamento dos problemas mentais pelas equipes da Estratégia Saúde da família.

Fui esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha participação consiste na resposta a questionários, informando dados gerais e respondendo a perguntas sobre meu estado atual de saúde, bem estar físico e psíquico, sobre medicamentos atualmente em uso.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientandos(as) / colaborador(es). Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar os pesquisadores responsáveis, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre localizada na Rua Sarmento Leite 245, Programa de Pós-garduação em ciências da Saúde ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (CEP), tel.: (51) 33038804, localizado na Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre.

O pesquisador principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar deste(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Uso de psicofármacos no tratamento de transtornos mentais na estratégia saúde da família

Pesquisador Responsável José Geraldo Vernet Taborda

Data da Versão 25/05/2010 | **Cadastro 652/10** | **Data do Parecer 08/07/2010**

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto
Descrever perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos em acompanhamento por oito equipes de saúde da família do distrito sanitário Partenon-Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre.

Sumário do Projeto
Os pacientes em uso de psicofármacos e cadastrados no distrito sanitário Partenon-Lomba do Pinheiro serão avaliados através de dois instrumentos de coleta de dados, um desenvolvido pelos autores e o segundo validado internacionalmente no momento em que comparecerão a unidade de saúde para consulta ou solicitação de renovação de receita.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Os dados serão coletados no distrito sanitário Partenon-Lomba do Pinheiro da SMS - Porto Alegre.

Introdução	Adequada

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 800 Local
Cálculo do tamanho da amostra	Não calculado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção eqüitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Não se aplica
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Nâo utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

O cálculo do tamanho amostral não foi apresentado por se tratar de amostra de conveniência.

Cronograma	Adequado

Data de início prevista	01/01/2010
Data de término prevista	01/12/2011
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.
3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
b) ClinicalTrials.gov
c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
d) Nederlands Trial Register (NTR)
e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva[1]). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).
8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos naDeclaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.
10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).
10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível emhttp://www.ensp.fiocruz.br/csp/.
Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o*link* "Submeta um novo artigo".
12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.
O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível:http://decs.bvs.br/.
12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias,

fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.19 *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
12.26 *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
12.27 *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.
15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou

por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.