

ESTUDO  
EPIDEMIOLÓGICO  
NACIONAL  
DE SAÚDE MENTAL  
1º Relatório

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 1º RELATÓRIO

COORDENAÇÃO DO ESTUDO - José Miguel Caldas de Almeida (PI), Miguel Xavier

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO - José Miguel Caldas de Almeida, Miguel Xavier, Graça Cardoso, Manuel Gonçalves Pereira, Ricardo Gusmão, Bernardo Corrêa, Joaquim Gago, Miguel Talina, Joaquim Silva

EQUIPA DO CESOP (Trabalho de campo) - Pedro Magalhães (Coordenador), Jorge Cerol, Leonor Costa, Tânia Correia, João António, M. Maia

PROJECT MANAGER - Catarina Pedro

O Estudo é parte da World Mental Health Surveys Initiative (WMHSI), coordenada por Ronald Kessler (Harvard Medical School), tendo sido realizado pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração do CESOP (Universidade Católica Portuguesa) no desenvolvimento do trabalho de campo.

ISBN: 978-989-98576-0-5

EDITOR: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Campo dos Mártires da Pátria 130, 1169-056 Lisboa, Tel – 218803000

De acordo com as regras do WMHSI não é permitida a utilização dos dados incluídos neste Relatório sem autorização prévia dos Coordenadores do estudo.

# ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

## 1º Relatório

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO  | 04 |
| ANTECEDENTES  | 08 |
| METODOLOGIA   | 11 |
| Preparação para o estudo  | 12 |
| Seleção e constituição da amostra   | 12 |
| Instrumentos de avaliação   | 15 |
| Estudo piloto   | 18 |
| Trabalho de campo   | 19 |
| Avaliação da gravidade das perturbações psiquiátricas e da adequação de cuidados                        | 22 |
| Ponderadores e análise estatística  | 22 |
| RESULTADOS  | 23 |
| Dados sociodemográficos da população do estudo  | 24 |
| Prevalência anual e gravidade   | 26 |
| Relação entre fatores sociodemográficos e ocorrência de perturbações psiquiátricas nos últimos 12 meses | 28 |
| Prevalência de vida ( <i>lifetime prevalence</i> )  | 29 |
| Utilização de serviços  | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS  | 49 |
| PUBLICAÇÕES RESULTANTES DO ESTUDO   | 54 |
| REFERÊNCIAS   | 57 |

## INTRODUÇÃO

Este é o primeiro Relatório do **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental**. Nele descrevemos os antecedentes do estudo, os seus objetivos e a metodologia utilizada, e apresentamos os resultados gerais sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas em Portugal e a utilização de serviços por parte das pessoas que sofrem destas perturbações. Um segundo relatório, dedicado à análise dos resultados específicos de cada tipo de perturbação psiquiátrica e à análise dos resultados relacionados com o impacto das doenças mentais no nosso país, será publicado no decurso do próximo ano.

O projeto que levou à realização deste estudo teve como principais objetivos avaliar as taxas de prevalência de perturbações psiquiátricas na população adulta residente em Portugal continental, determinar o grau de incapacidade associada a estas perturbações, estudar a sua história natural, identificar possíveis fatores associados a esta história, e obter dados sobre a utilização de serviços de saúde por parte das pessoas que sofrem destas perturbações psiquiátricas.

A sua finalidade última é a de contribuir para o estabelecimento de novas estratégias de prevenção e tratamento das perturbações psiquiátricas em Portugal, bem como para fundamentar a elaboração de políticas mais adequadas à realidade do país e apoiar o planeamento de serviços de saúde que respondam às necessidades das populações.

Este projeto é parte de uma iniciativa internacional, a *World Mental Health Survey Initiative (WMHSI)*, coordenada pela Universidade de Harvard e pela Organização Mundial de Saúde, que tem vindo a levar a cabo estudos epidemiológicos de morbilidade psiquiátrica em países de todos os continentes, com base numa metodologia comum. Dada esta vinculação internacional, o projeto tem ainda a finalidade adicional de contribuir para comparações transculturais entre sociedades com diferentes níveis de desenvolvimento.

A necessidade de se desenvolver um estudo epidemiológico nacional de morbilidade psiquiátrica em Portugal começou a ser reconhecida por alguns em meados dos anos 90, altura em que os resultados dos primeiros grandes estudos nacionais realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido começaram a ser conhecidos entre nós.

Os poucos estudos levados a cabo até então em Portugal tinham sido realizados em populações pouco numerosas, não garantindo uma evidência sólida de representatividade estatística. A verdade é que os dados existentes, na altura, sobre a prevalência, impacto e custos das doenças mentais eram extremamente reduzidos.

Esta escassez de dados disponíveis tornou-se particularmente evidente no decurso do grande debate nacional sobre a saúde mental em Portugal, promovido pelo Ministério da Saúde em 1995, tornando-se então óbvio que só obtendo muito mais informação sobre as necessidades das populações em termos de cuidados de saúde mental e sobre a utilização de serviços seria possível implementar com rigor uma política nacional de saúde mental.

Foi neste contexto que, em 1997, começámos a trabalhar, no Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, no desenvolvimento de um estudo epidemiológico nacional de morbilidade psiquiátrica. Desde esse momento até àquele em que, finalmente, foi possível juntar os recursos indispensáveis à sua concretização, decorreram quase dez anos. Foram tempos atravessados por muitas dificuldades

e frustrações, mas que serviram para consolidar conhecimentos e desenvolver novas parcerias que se viriam a revelar fundamentais para a dimensão internacional que o projeto acabou por ter.

As questões fundamentais que se nos colocavam, nos anos 90, ao iniciarmos o projeto, tinham a ver sobretudo com a obtenção de financiamento, a garantia de obtenção de uma amostra representativa da população portuguesa, a seleção das metodologias e instrumentos de investigação e a constituição de uma equipa capaz de realizar com segurança e rigor o trabalho de campo.

Em relação aos aspetos metodológicos, havia que optar entre dois modelos possíveis: o modelo pouco antes adotado no Reino Unido (Jenkins et al., 1997), baseado num desenho com duas fases e na utilização do GHQ e do CIS como instrumentos de *screening* e diagnóstico psiquiátrico, e o modelo usado nos Estados Unidos, baseado na utilização do WHO-CIDI numa única fase.

As vantagens do modelo inglês pareciam significativas na altura. A equipa inglesa, coordenada pela Prof. Rachel Jenkins, garantia um apoio técnico sólido, alguns profissionais do nosso Departamento tinham já sido certificados na aplicação dos instrumentos usados no estudo inglês, e parecia muito mais fácil trabalhar em conjunto com uma equipa baseada em Londres, que já conhecíamos há muitos anos, do que iniciar uma colaboração com uma equipa sediada nos Estados Unidos, com a qual não tínhamos tido qualquer colaboração anterior.

A concessão de um subsídio financeiro pelo Ministério da Saúde, embora reduzido, encorajou-nos a prosseguir os nossos esforços, pelo que se começou a trabalhar no desenvolvimento do protocolo e na procura de outras fontes de financiamento, enquanto se estabeleciam contactos com o Instituto Nacional de Estatística, a entidade que oferecia melhores garantias de colaborar na colheita de dados representativos.

No entanto, a incapacidade de angariar financiamentos adicionais acabaria por inviabilizar esta primeira tentativa, e levar-nos a concluir que seria necessário esperar por uma nova oportunidade. Esta nova oportunidade acabaria por surgir em 2002, na sequência do envolvimento de um de nós na coordenação da WMHSI nos países da Região das Américas, em representação da *Pan American Health Organization*. Nesta circunstância conjuntural, colocou-se a possibilidade de incluir Portugal no grupo dos países europeus participantes na WMHSI, o que permitiria realizar o estudo nacional com base na metodologia desenvolvida pela OMS e pela Universidade de Harvard.

As vantagens da utilização desta metodologia e da inclusão na WMHSI eram então indiscutíveis. O envolvimento da OMS e o apoio científico assegurado pela Universidade de Harvard tinham levado à adesão de um número crescente de países e criado uma dinâmica poucas vezes vista em iniciativas científicas internacionais semelhantes.

Cedo se percebeu, contudo, que a complexidade da metodologia usada na WMHSI e os padrões de qualidade exigidos por este consórcio internacional colocavam vários problemas a nível financeiro e a nível técnico-científico, para os quais não era fácil encontrar resposta em Portugal.

A resposta aos primeiros só viria ser encontrada em 2007, quando, na sequência de um primeiro apoio da Fundação Champalimaud, foi possível criar um consórcio reunindo a Fundação Champalimaud, a Fundação Calouste Gulbenkian, o Ministério da Saúde e a Fundação para a Ciência e Tecnologia, que permitiu assegurar os meios financeiros necessários. A resposta aos segundos, por seu turno, resolveu-se

também no mesmo ano, com o envolvimento no projeto do Centro de Estudos e Sondagens (CESOP), da Universidade Católica Portuguesa, que garantiu a qualidade técnico-científica e a capacidade operacional para a realização do trabalho de campo.

Esta breve descrição do longo caminho percorrido neste processo mostra que a obtenção dos dados que o leitor irá poder começar a apreciar neste primeiro Relatório só foi possível através da conjugação dos esforços de um grande número de pessoas e instituições.

O Departamento de Saúde Mental da FCM/UNL dedicou a este projeto, durante largos períodos, uma boa parte dos seus esforços na área da investigação. Enquanto coordenadores do estudo, contámos sempre com a colaboração de Catarina Pedro, *Project Manager* do estudo, que teve um papel importante na sua gestão quotidiana. Graça Cardoso, Ricardo Gusmão, Manuel Gonçalves Pereira, Bernardo Corrêa, Joaquim Gago, Miguel Talina e Joaquim Silva tiveram um papel fundamental em vários passos do estudo, nomeadamente no desenvolvimento da versão portuguesa do CIDI.

O CESOP, da Universidade Católica Portuguesa, assegurou com um rigor e um profissionalismo incedíveis à realização do trabalho de campo. Sob a coordenação geral de Pedro Magalhães e Jorge Cerol, apoiados por Leonor Costa e Tânia Correia, a equipa do CESOP executou as inúmeras tarefas relacionadas com a informatização da entrevista WMHS-CIDI, a constituição da amostra, a realização e supervisão das entrevistas, o controlo de qualidade e a gestão da base de dados.

A nível internacional, o projeto contou, em todas as fases, com o apoio incondicional da equipa da Universidade de Harvard. Tanto Ronald Kessler, chefe da equipa de Harvard, como Alison Hoffnagle e Nancy Sampson, entre outros colaboradores, prestaram uma colaboração essencial na preparação do estudo, na limpeza dos dados e na sua análise.

Carmen Lara, do Instituto de Psiquiatria do México, foi responsável pela condução dos primeiros cursos de formação de entrevistadores do estudo, enquanto Laura Andrade, da Universidade de São Paulo, e Carmen Viana, da Universidade de Espírito Santo, Brasil, conduziram as ações de formação na utilização do SCID.

Sérgio Aguilar-Gaxiola, da UCL- Davies, por seu turno, teve um papel importante como conselheiro na preparação do estudo, na fase inicial do projeto. Finalmente, Jordi Alonso, do IMIM, Barcelona, coordenador do projeto “EU Contribution to the WMHS in Europe”, teve um papel decisivo no desenvolvimento deste projeto, que permitiu a criação de uma base de dados a nível europeu.

Todos estes esforços de nada teriam servido se não tivesse sido possível contar com o apoio das instituições que reconheceram o valor do projeto e decidiram apoiá-lo financeiramente. A Dra. Leonor Beleza, Presidente da Fundação Champalimaud, e a Dra. Isabel Mota, Administradora da Fundação Calouste Gulbenkian, tiveram neste capítulo um papel decisivo, ao decidir juntar os esforços das duas Fundações no apoio ao projeto. Foi esta decisão que levou à formação do consórcio, integrando também o Ministério da Saúde, que acabaria por viabilizar o projeto.

A participação do Ministério da Saúde foi altamente facilitada pela compreensão da importância e oportunidade do projeto por parte de António Correia de Campos, Ministro da Saúde na altura, mas beneficiou também do apoio de Maria do Céu Machado, Alta Comissária da Saúde, Rita Magalhães Colaço, Alta Comissária Adjunta da Saúde, e Maria João Heitor, Diretora de Serviços de Saúde Mental. A aprovação pela FCT do projeto, finalmente, veio proporcionar a componente financeira adicional que faltava para podermos concretizar com sucesso a sua implementação.

A todos queremos aqui manifestar o nosso profundo reconhecimento, que gostaríamos de estender aos muitos outros que, de uma forma ou outra, ajudaram a realizar o primeiro estudo de morbilidade psiquiátrica a ser realizado em Portugal numa amostra probabilística da população geral, representativa a nível nacional.

Esperamos que os resultados deste estudo contribuam para um conhecimento muito mais rigoroso das necessidades reais de cuidados de saúde mental no nosso país, bem como para identificar as principais insuficiências dos nossos serviços de saúde mental. Esperamos igualmente que este novo conhecimento possa ajudar a melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de saúde mental em Portugal.

José Miguel Caldas de Almeida  
Miguel Xavier

# ANTECEDENTES



Os estudos de epidemiologia psiquiátrica têm sido fundamentais para compreendermos a distribuição, frequência e determinantes das perturbações mentais a nível das diferentes populações, assim como para avaliar a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde mental. Têm também sido extremamente úteis para a elaboração e implementação de políticas, planos e serviços de saúde mental, na medida em que permitem obter dados que ajudam a determinar as necessidades de cuidados de saúde mental das populações e fornecem informações importantes para apoiar decisões de saúde pública sobre a prevenção, tratamento e custos das doenças mentais.

A partir dos anos 70 verificaram-se avanços significativos na definição dos critérios de diagnóstico das perturbações psiquiátricas, que viriam mais tarde a ser incorporados nos dois principais sistemas de classificação das doenças mentais (ICD e DSM). Com base nestes critérios foi possível desenvolver entrevistas estruturadas, permitindo a avaliação de sintomas e a elaboração de diagnósticos através do uso de algoritmos, de uma forma padronizada.

Graças a estes progressos, a obtenção de dados que demonstram a real magnitude dos problemas de saúde mental tem vindo a registar-se com rigor crescente, sabendo-se hoje que as perturbações mentais não só têm uma prevalência muito elevada, como estão associadas a níveis de incapacidade mais altos do que a maioria das doenças físicas crónicas e afetam uma percentagem significativa das pessoas que não recebem os tratamentos de que necessitam.

A idade, o género e vários fatores sociais podem influenciar a incidência das perturbações mentais. Contudo, nenhum grupo está imune. As perturbações mentais podem afetar a vida de crianças e adultos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, causam enorme sofrimento e invalidez, e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades.

Ao mesmo tempo, passou a haver cada vez mais evidência de que a saúde mental é a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida, desempenhando um papel importante nas relações interpessoais, vida familiar e integração social. É um fator importante da inclusão social, bem como da plena participação comunitária e económica. Na verdade, a saúde mental é muito mais que a mera ausência de doença mental: é uma parte indissociável da base do bem-estar e funcionamento eficiente dos indivíduos. Refere-se à capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar crises, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e descobrir um sentido para a vida.

O *Global Burden of Disease Report* (Murray & Lopez, 1996), produzido pela OMS, o Banco Mundial e a Universidade de Harvard, veio demonstrar dois factos que mudaram radicalmente a perceção pública da real importância das doenças mentais. Primeiro, que as perturbações psiquiátricas e as relacionadas com a utilização de álcool e outras substâncias estão entre as principais causas da carga global das doenças, medida através do número de anos vividos com incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura como consequência da doença. Segundo, que entre as dez primeiras causas de incapacidade, cinco são doenças mentais - a depressão major, a esquizofrenia, a doença bipolar, as perturbações pela utilização de álcool e a perturbação obsessivo-compulsiva.

Os progressos registados a nível da classificação das doenças mentais e do desenvolvimento de novos instrumentos padronizados de diagnóstico psiquiátrico, particularmente os que possibilitaram a condução de estudos baseados em entrevistas estruturadas de amostras representativas da população geral, tiveram um papel fundamental na obtenção de toda esta informação.

A realização, nos Estados Unidos, do *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA; Robins & Regier, 1991) e do *National Comorbidity Survey* (NCS; Kessler et al., 1994), desenvolvidos com esta metodologia, mostrou que as perturbações

mentais e as perturbações relacionadas com o abuso/dependência de álcool e outras drogas afetavam, neste país, quase 30% da população. O desenvolvimento de estudos com metodologias semelhantes noutros países mostrou, por seu lado, que prevalências elevadas se encontravam também em países de outras regiões do mundo (Henderson et al., 2000; Kringlen et al., 2001).

A criação, sob a coordenação de Ronald Kessler, da Universidade de Harvard, e o apoio da OMS, do *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* (ICPE; Aguilar-Gaxiola et al., 2000), que juntou investigadores envolvidos no desenvolvimento de estudos epidemiológicos em vários países com base no mesmo instrumento de diagnóstico, o *Composite International Diagnostic Interview* – CIDI (Robins et al., 1988), permitiu a comparação de dados entre países de diferentes níveis de desenvolvimento económico.

Esta comparação, embora evidenciando algumas diferenças importantes entre países, mostrou que em todos eles se encontram prevalências elevadas de doenças mentais e percentagens elevadas de pessoas com doença mental sem acesso a qualquer tipo de tratamento. Foi possível ainda demonstrar que a maior parte das doenças mentais se manifestam geralmente antes dos 24 anos de idade (Kessler, 2005), estimando-se que 1 em cada 5 jovens apresentem perturbações mentais, o que representa elevados custos para os indivíduos e as famílias, bem como para os setores da saúde, educação, justiça e segurança social.

No final dos anos 90, a evidência disponível sobre a magnitude da prevalência e impacto das doenças mentais, em conjunto com a crescente informação sobre a escandalosa dimensão do *treatment gap*, que se pode traduzir por brecha de tratamento, destas doenças, mostravam que era urgente colocar a saúde mental entre as prioridades da agenda de saúde pública, a nível nacional e internacional. Estavam assim criadas as condições que acabariam por levar a OMS a dedicar o *World Health Day* e o *World Health Report* (WHR) de 2001 ao tema da saúde mental. O subtítulo do WHR, *Mental Health – a new understanding, a new hope* (WHO, 2001), sublinhava com clareza o reconhecimento de que só o desenvolvimento de novo conhecimento sobre a natureza, as causas e a epidemiologia das doenças mentais, e uma nova compreensão da efetividade das intervenções e serviços de saúde mental, poderia abrir caminho a uma nova esperança em relação à diminuição do *treatment gap* das doenças mentais.

A aquisição de novo conhecimento sobre a epidemiologia psiquiátrica pressupunha, no entanto, a superação de algumas insuficiências reveladas em estudos anteriores, tanto a nível do controlo da qualidade dos dados, como na medição do impacto das doenças mentais em termos de incapacidade e na avaliação da utilização de serviços.

A fim de resolver estas e outras questões que dificultavam a obtenção de dados fiáveis e comparáveis, a OMS e a Universidade de Harvard lançaram, em conjunto, no princípio do novo milénio, uma iniciativa mundial – a *World Mental Health Survey Initiative* (WHO World Mental Health Surveys Consortium, 2004; <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>), cujo principal objetivo era implementar estudos rigorosos de epidemiologia psiquiátrica a nível da população geral de países das várias regiões do mundo que permitissem: (1) estimar a prevalência das perturbações mentais, (2) avaliar os fatores de risco e os fatores de proteção associados às diferentes perturbações, (3) estudar os padrões e barreiras encontradas na utilização de serviços, e (4) validar as estimativas da carga das doenças mentais a nível mundial (Demyttenaere, 2004.) O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental nasceu e desenvolveu-se no contexto desta iniciativa mundial, tendo adotado, no essencial, os seus objetivos e a sua metodologia.

# METODOLOGIA

## I. PREPARAÇÃO PARA O ESTUDO

Com base no protocolo original, elaborado pela Universidade de Harvard, o Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM-NOVA) desenvolveu um plano de trabalho detalhado, em colaboração com o Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa (CESOP), o qual ficou responsável pela constituição da amostra e pelo trabalho de campo.

A escolha do CESOP como parceiro deveu-se à circunstância da significativa complexidade do estudo e à necessidade de manter o rigor metodológico e a padronização de condutas comum a todos os países envolvidos no projeto. Para cumprir este desiderato, considerou-se que todo o trabalho de campo, desde a seleção dos domicílios às entrevistas com os indivíduos selecionados, teria de ser realizado por uma equipa com vasta experiência na condução de estudos de base populacional, como é o caso do CESOP.

Após estabelecimento do plano geral de atividades, do modelo de coordenação e do formato de articulação entre as duas Instituições, foi efetuada uma extensa revisão bibliográfica nas áreas de epidemiologia psiquiátrica e de utilização de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal, e simultaneamente foi submetido o protocolo do estudo à Comissão de Ética da FCM-NOVA, o qual recebeu aprovação em Junho de 2008. Posteriormente, o estudo foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

## II. SELEÇÃO E CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

### POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo foi definida como o conjunto dos indivíduos de nacionalidade Portuguesa, com mais de 18 anos de idade, residentes no Continente em morada privada, não-institucionalizados. Desta forma, foram à partida excluídos os indivíduos com as seguintes características:

- Residentes em casas/apartamentos privados, mas não do próprio;
- Residentes em lares, hospitais e instituições psiquiátricas;
- Militares, residindo em instituição militar;
- Indivíduos presos;
- Indivíduos não fluentes em Português;
- Indivíduos sem capacidade de participar na entrevista;

## AMOSTRAGEM

Efetuuou-se um procedimento de amostragem de probabilidade com estratificação em quatro etapas (*stratified four-stage probability sampling*).

Inicialmente foi feita a seleção das localidades, que constituíram as unidades primárias de amostragem. As localidades são delimitações territoriais definidas pelo Instituto Nacional de Estatística, consistindo em agrupamentos populacionais com um número mínimo de 10 moradas e com uma denominação própria. De acordo com o Censo de 2001, existiam em Portugal continental 27.960 localidades, com uma população residente de 7.719.986 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Deste universo, 262 localidades foram selecionadas de forma aleatória, com uma probabilidade proporcional à dimensão populacional. A seleção foi estratificada por região (Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve) e por dimensão populacional (1- <2.000 habitantes; 2- 2.000-9.999 habitantes; 3- 10.000 – 19.999 habitantes; 4- 20.000 – 99.999 habitantes; 5- ≥ 100.000 habitantes.).

**ETAPA 1:** Seleção de 262 localidades. As localidades com menos de 20.000 habitantes foram selecionadas aleatoriamente de forma proporcional à dimensão populacional. As localidades com mais de 20.000 habitantes foram todas incluídas.

### QUADRO 1 – NÚMERO DE LOCALIDADES SELECIONADAS POR DIMENSÃO POPULACIONAL

| REGIÃO       | NÚMEROS DE RESIDENTES NA LOCALIDADE |           |               |               |            |
|--------------|-------------------------------------|-----------|---------------|---------------|------------|
|              | <2000                               | 2000-9999 | 10.000-19.999 | 20.000-99.999 | ≥100.000   |
| NORTE        | 53                                  | 15        | 9             | 20            | 2          |
| CENTRO       | 48                                  | 9         | 5             | 6             | 1          |
| LISBOA       | 12                                  | 18        | 11            | 17            | 2          |
| ALENTEJO     | 10                                  | 8         | 2             | 2             |            |
| ALGARVE      | 6                                   | 2         | 2             | 2             |            |
| <b>TOTAL</b> |                                     |           |               |               | <b>262</b> |

**ETAPA 2:** Seleção dos pontos de partida da “*random-route*”. Através de mapas aéreos, foram aleatoriamente selecionadas cinco coordenadas em cada localidade, que constituíram os pontos iniciais do passo (trajetória pré-definida que os angariadores de moradas/entrevistadores tiveram de percorrer e ao longo da qual selecionaram as residências).

### QUADRO 2 - PONTOS DE PARTIDA DA “RANDOM-ROUTE”.

| REGIÃO   | POPULAÇÃO DA LOCALIDADE |           |               |               |          |
|----------|-------------------------|-----------|---------------|---------------|----------|
|          | <2000                   | 2000-9999 | 10.000-19.999 | 20.000-99.999 | ≥100.000 |
| NORTE    | 4                       | 4         | 4             | 4             | 22       |
| CENTRO   | 4                       | 4         | 5             | 4             | 12       |
| LISBOA   | 4                       | 4         | 4             | 5             | 43       |
| ALENTEJO | 4                       | 4         | 6             | 5             |          |
| ALGARVE  | 4                       | 6         | 4             | 4             |          |

**ETAPA 3:** Seleção inicial das residências. Utilizando a informação do Censo 2001 sobre o número de residências existente em cada localidade, estas foram selecionadas aplicando intervalos proporcionais à dimensão populacional, divididos pelo número de coordenadas de “*random-route*” definidos para cada localidade. Ao longo da “*random-route*”, foi recolhida de forma sistemática informação sobre a morada, contactos telefónicos e composição dos residentes (género, idade) de cada residência selecionada. Foram selecionadas 10.067 moradas.

### QUADRO 3 – NÚMERO DE INDIVÍDUOS POR LOCALIZAÇÃO

| POPULAÇÃO DA LOCALIDADE |       |           |               |               |             |
|-------------------------|-------|-----------|---------------|---------------|-------------|
| REGIÃO                  | <2000 | 2000-9999 | 10.000-19.999 | 20.000-99.999 | ≥100.000    |
| NORTE                   | 1540  | 448       | 254           | 532           | 308         |
| CENTRO                  | 1316  | 252       | 140           | 168           | 84          |
| LISBOA                  | 336   | 476       | 308           | 525           | 602         |
| ALENTEJO                | 307   | 224       | 42            | 70            |             |
| ALGARVE                 | 166   | 42        | 56            | 56            |             |
| <b>TOTAL</b>            |       |           |               |               | <b>8253</b> |

**ETAPA 4:** Seleção da amostra. Com base na informação coletada na etapa 3, os constituintes da amostra foram selecionados pela ausência de critérios de exclusão e pelo método do último aniversário. **Selecionaram-se 8.253 indivíduos, pressupondo uma taxa de recusa não superior a 50%.**

A proporção de indivíduos selecionados para o estudo era sobreponível à distribuição de residentes da localidade, de acordo com os dados do Censo 2001, como se pode constatar no quadro seguinte.

### QUADRO 4 - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS POR LOCALIZAÇÃO (ESTUDO versus CENSO 2001, >18 ANOS)

| POPULAÇÃO DA LOCALIDADE |        |           |               |               |          |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|---------------|----------|
| ESTUDO                  | <2.000 | 2000-9999 | 10.000-19.999 | 20.000-99.999 | ≥100.000 |
| NORTE                   | 18.7%  | 5.4%      | 3.1%          | 6.4%          | 3.7%     |
| CENTRO                  | 15.9%  | 3.1%      | 1.7%          | 2.0%          | 1.0%     |
| LISBOA                  | 4.1%   | 5.8%      | 3.7%          | 6.4%          | 7.3%     |
| ALENTEJO                | 3.7%   | 2.7%      | 0.5%          | 0.8%          |          |
| ALGARVE                 | 2.0%   | 0.5%      | 0.7%          | 0.7%          |          |

| POPULAÇÃO DA LOCALIDADE |        |             |               |               |          |
|-------------------------|--------|-------------|---------------|---------------|----------|
| CENSO                   | <2.000 | 2.000-9.999 | 10.000-19.999 | 20.000-99.999 | ≥100.000 |
| NORTE                   | 18.6%  | 5.2%        | 3.2%          | 6.5%          | 3.9%     |
| CENTRO                  | 16.1%  | 2.9%        | 1.7%          | 2.0%          | 1.0%     |
| LISBOA                  | 4.1%   | 5.8%        | 3.6%          | 5.9%          | 7.5%     |
| ALENTEJO                | 3.8%   | 2.6%        | 0.5%          | 0.9%          |          |
| ALGARVE                 | 2.1%   | 0.5%        | 0.8%          | 0.6%          |          |

### III. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

As entrevistas aos participantes no estudo foram realizadas com a versão computadorizada (CAPI) do Instrumento de Avaliação do *World Mental Health Survey (IA-WMHS)*, constituído pelos seguintes componentes:

#### A. MÓDULO DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

A parte diagnóstica da entrevista, que avaliou a morbilidade psiquiátrica, era composta por módulos desenvolvidos a partir do *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela divisão de saúde mental do *National Institute of Health (NIMH, USA)*. Este instrumento permite a classificação nosológica de acordo com os critérios da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10; OMS, 1993) e da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1994)*, gerando índices de prevalência no último mês, nos últimos 12 meses e na vida prévia (*lifetime*). O CIDI é um instrumento estruturado, construído para ser aplicado por entrevistadores leigos, adequadamente treinados no seu manuseio. A versão preparada para o protocolo *World Mental Health Survey*, e que foi utilizada no estudo em Portugal, é uma expansão da versão original do CIDI 2.1, designado por WHO-CIDI 3.0 (*World Health Organization Composite International Diagnostic Interview*).

O WHO-CIDI é constituído por um módulo inicial de rastreio e por um conjunto de secções específicas (ver Quadro 5), que procuram identificar a ocorrência de morbilidade psiquiátrica.

O módulo de rastreio permite recolher informação básica acerca do entrevistado, e de acordo com as respostas a diversas questões sobre elementos psicopatológicos, determina o formato posterior da entrevista, no sentido de uma entrevista mais longa ou mais curta (a opção é feita automaticamente pelo algoritmo informático do sistema CAPI, não dependendo da vontade do entrevistado nem do entrevistador).

Relativamente às secções específicas, que são respondidas por todos os entrevistados com algum item positivo no rastreio, assim como por 25% dos entrevistados com rastreio negativo (selecionados aleatoriamente), foram avaliadas as seguintes entidades:

#### QUADRO 5 – ENTIDADES NOSOLÓGICAS AVALIADAS

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b>                   |                                       |
| PERTURBAÇÃO DE PÂNICO                              | AGORAFOBIA SEM PERTURBAÇÃO DE PÂNICO  |
| PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE GENERALIZADA              | PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO     |
| FOBIA SOCIAL                                       | PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA      |
| FOBIAS ESPECÍFICAS                                 | PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO |
| <b>PERTURBAÇÕES DO HUMOR</b>                       |                                       |
| DISTÍMIA   | PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR          |
| <b>PERTURBAÇÃO BIPOLAR</b>                         |                                       |
| <b>PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS</b>       |                                       |
| PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO                            | DÉFICE DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE    |
| PERTURBAÇÃO DA CONDUTA                             | PERTURBAÇÃO EXPLOSIVA INTERMITENTE    |
| <b>PERTURBAÇÕES PELA UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b> |                                       |
| ABUSO DE ÁLCOOL                                    | DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL                 |
| <b>PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR</b>     |                                       |
| <b>PSICOSES NÃO-ORGÂNICAS</b>                      |                                       |

## B. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES ('WHO DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE/WHO-DAS')

É um instrumento desenvolvido pela OMS para operacionalizar os critérios diagnósticos da versão revista da '*Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*' (WHO, 1980; 1999; 2001). O WHO-DAS avalia o estado de saúde geral, autonomia de movimentação, capacidade de relacionamento, capacidade de realização de tarefas da vida diária e de participação em atividades sociais, caracterizando o grau de incapacidade ou deficiência. O módulo utilizado no estudo recebeu a denominação de "30-Day Functioning", e permitiu avaliar o impacto dos problemas de saúde de cada indivíduo no seu funcionamento cotidiano nos 30 dias anteriores à data da entrevista. Todos os indivíduos entrevistados foram submetidos a este módulo, incluindo os que não reportaram qualquer problema de saúde.

## C. MÓDULO DE DOENÇAS CRÓNICAS

Questões padronizadas sobre uma lista de problemas crônicos de saúde, visando a obtenção de informação sobre a sua prevalência, idade de início e recorrência nos últimos 12 meses. Foram investigadas doenças que ocorrem com alguma frequência na população geral na faixa etária do estudo (ex: neoplasias, doenças cardiovasculares, diabetes, cólon irritável, fadiga crônica, etc.).

## D. MÓDULO DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E DE FÁRMACO-EPIDEMIOLOGIA

O IA-WMHS fornece dois diferentes tipos de avaliação de serviços de saúde. O primeiro é específico para cada perturbação psiquiátrica identificada, enquanto que o segundo é uma investigação global e detalhada da utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses. Este módulo explora também as barreiras à obtenção de cuidados de saúde e tratamento adequado, e permite identificar padrões de abandono do tratamento. O módulo de fármaco-epidemiologia faz uma caracterização do consumo individual de fármacos, fornecendo informações potencialmente importantes para a aferição da prática de prescrição corrente com as guidelines baseadas na evidência científica.

## E. MÓDULO SOBRE A INFÂNCIA

O IA-WMHS inclui uma avaliação retrospectiva detalhada sobre experiências ocorridas durante a infância, com o intuito de investigar o papel de vivências traumáticas na ocorrência de perturbação psiquiátrica. Foram coletados dados sobre eventos adversos na infância, relacionamento com os pais e entre eles, assim como a eventual doença mental nos pais.

## F. MÓDULO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Dirigido para a recolha de informações detalhadas sobre diversas dimensões tais como matrimónio, atividade laboral, filhos, aspetos financeiros, para além das informações sociodemográficas básicas sobre o sexo, idade, escolaridade, etc.

## G. MÓDULOS PARA AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO E DE CONSEQUÊNCIAS DE DOENÇA MENTAL

Para além dos módulos já mencionados, foram utilizados outros módulos para a investigação de fatores eventualmente determinantes de doença mental, tais como rede de suporte social e personalidade. Foram igualmente avaliadas as consequências da ocorrência de doença mental sob diferentes aspetos, através do seu impacto em esferas como a vida familiar e conjugal, o trabalho, os aspetos financeiros, e ainda a sobrecarga familiar causada pela perturbação psiquiátrica.



## H. DESENVOLVIMENTO DA VERSÃO PORTUGUESA DO IA-WMHS

A versão portuguesa do IA-WMHS resultou de um processo de adaptação da versão previamente desenvolvida pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Hospital das Clínicas, Brasil), tendo sido utilizada como referência padrão a versão original em inglês. A adaptação baseou-se em cinco dimensões orientadoras de equivalência: semântica, de conteúdo, técnica, conceptual e de critério. A metodologia desenrolou-se em sete passos sucessivos, executados por um comité de peritos com conhecimentos de português e de inglês, todos com experiência clínica na área da psiquiatria.

1º Passo – revisão global de todas as secções da versão brasileira, identificando as palavras, frases e expressões idiomáticas não utilizadas habitualmente em Portugal, elaborando uma tabela com sugestões de equivalentes de linguagem.

2º Passo – revisão especializada de cada secção por dois peritos, de acordo com a sua área de maior experiência clínica. Foi realizado um aprofundamento do processo efetuado no 1º passo, incluindo já as recomendações de modificação do texto, de acordo com os princípios consensualizados de equivalência, utilizando também a versão original como fonte de referência.

3º Passo – todas as secções foram revistas (item por item) por um grupo formado pelos coordenadores (JCA + MX) e pelo perito responsável por cada secção particular, com o objetivo de alcançar consensos acerca das modificações propostas.

4º Passo – o mesmo grupo reviu novamente todas as secções, tendo os peritos avaliados em *cross-check* as secções previamente revistas por outros membros do comité.

5º Passo – com base em todos os contributos, foi elaborada uma nova versão consensualizada do IA-WMHS.

6º Passo – esta nova versão foi aplicada no estudo piloto a 71 participantes, de modo a caracterizar as reações, dificuldades e problemas surgidos no terreno.

7º Passo – elaboração da versão final, incorporando as modificações decorrentes da análise dos resultados do estudo-piloto.

## I. FORMAÇÃO NA ENTREVISTA DOS FUTUROS COORDENADORES E SUPERVISORES

O primeiro curso de formação na entrevista foi dirigido aos candidatos a coordenadores e supervisores do trabalho de campo, num total de 18 pessoas. O treino, com uma carga de 30 horas, decorreu na FCM-UNL, coordenado pela Dra. Carmen Lara, do Instituto de Psiquiatria do México. Os materiais de treino incluíram os manuais e apresentações do protocolo original, a versão portuguesa do IA-WMHS, em suporte computadorizado (CAPI), assim como as apresentações dos procedimentos sobre o trabalho de campo.

A metodologia de treino incluiu seminários teóricos e sessões práticas com entrevistas. Nos seminários teóricos foi apresentado o protocolo do estudo, descritos os procedimentos do trabalho de campo e abordadas detalhadamente todas as secções do CAPI. Foram também aprofundados vários aspetos relativos ao recrutamento de casos, à técnica de entrevista e à utilização do programa informático, este último a cargo de elementos do CESOP. A seguir a cada seminário realizou-se uma sessão prática em pequenos grupos, coordenados por elementos da equipa de investigação e do CESOP, para rever e consolidar os conteúdos teóricos.

No último dia de treino, os treinandos, divididos em grupos de dois elementos, realizaram a primeira entrevista completa (simulada), sob observação dos formadores respetivos, ficando com a incumbência de realizar mais 3 entrevistas nas 2 semanas seguintes, para posterior supervisão.

## IV. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto teve como objetivos gerais testar a adequação dos instrumentos, a compreensibilidade dos itens e a deteção de problemas informáticos; simultaneamente, permitiu obter uma estimativa do tempo médio de duração da entrevista, obter o *feedback* dos participantes e testar os procedimentos de seleção e recrutamento.

Os participantes foram selecionados no distrito de Lisboa, tendo em atenção o sexo, a idade e o grau de escolaridade (ver quadro 6). A distribuição dos participantes na amostra foi baseada na distribuição da população portuguesa descrita no Censo 2001.

QUADRO 6 – AMOSTRA DO ESTUDO PILOTO

|       | GÉNERO               |         |          |            |                      |         |          |            |
|-------|----------------------|---------|----------|------------|----------------------|---------|----------|------------|
|       | MASCULINO            |         |          |            | FEMININO             |         |          |            |
|       | GRAU DE ESCOLARIDADE |         |          |            | GRAU DE ESCOLARIDADE |         |          |            |
|       | ≤ 4.º ANO            | 9.º ANO | 12.º ANO | > 12.º ANO | ≤ 4.º ANO            | 9.º ANO | 12.º ANO | > 12.º ANO |
| 18-24 | 0                    | 2       | 3        | 1          | 0                    | 2       | 3        | 1          |
| 25-34 | 2                    | 3       | 2        | 2          | 2                    | 3       | 2        | 2          |
| 35-44 | 4                    | 4       | 2        | 2          | 5                    | 3       | 2        | 2          |
| 45-60 | 6                    | 3       | 1        | 0          | 8                    | 3       | 1        | 1          |
| +60   | 10                   | 1       | 0        | 0          | 12                   | 0       | 0        | 0          |
| TOTAL | 22                   | 13      | 8        | 5          | 27                   | 11      | 8        | 6          |

As entrevistas foram conduzidas pelos futuros coordenadores e supervisores do trabalho de campo (10 elementos), previamente treinados na FCM. Foram realizadas 71 entrevistas completas, tendo sido identificados os seguintes aspetos:

**A.** A duração média das entrevistas foi de aproximadamente 3 horas. Ainda que esse tempo se possa parcialmente explicar em função da relativa inexperiência dos entrevistadores na utilização do CAPI, tal facto suscitou desde logo uma tomada de atenção especial para aspetos como o recrutamento, a motivação e concentração durante a entrevista, a fidedignidade das respostas nas entrevistas mais demoradas, assim como a eventual necessidade de mais que um contacto para completar a entrevista, com o risco associado de *drop-outs*.

**B.** Alguns participantes reportaram dificuldades na compreensão de algumas questões, distribuídas ao longo do CAPI. Algumas questões foram consideradas confusas, repetitivas ou demasiado longas (frequentemente foi necessário repetir questões, uma vez que o participante não conseguia seguir a pergunta na sua totalidade).

O ficheiro de dados foi posteriormente enviado para a Universidade de Harvard, para a realização do primeiro exercício de *data cleaning*, o qual permitiu aferir em detalhe o funcionamento do sistema CAPI e detetar erros em alguns saltos entre questões, tanto na mesma como em diferentes secções. Com base no relatório recebido de Harvard, foram introduzidas várias modificações no sistema, de que resultou a versão portuguesa final do CAPI.

## V. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo começou em Outubro de 2008, e terminou em Novembro de 2009, com uma amostra final de 3.849 entrevistas completas (taxa de resposta: 57,3%).

Os ficheiros intermédios com as entrevistas foram enviados para a Universidade de Harvard em Dezembro de 2008 e Abril de 2009, para *data cleaning*, tendo sido certificadas como válidas em Maio de 2009.

Em seguida, descrevem-se os componentes e passos que constituíram a implementação do protocolo no terreno.

**A. TREINO DOS ENTREVISTADORES** – O processo de treino dos investigadores foi programado como uma sequência de passos, com um formato suficientemente flexível para poder ser replicado sempre que necessário (por exemplo, em situações de saída inesperada de entrevistadores, algo que é sempre expectável em projetos desta natureza, complexidade e duração).

O primeiro passo correspondeu à formação dos formadores, os quais foram escolhidos a partir do *pool* de coordenadores e supervisores de campo. Esta formação, com duração de cinco dias, teve como objetivos dotar os futuros coordenadores e supervisores de perícias de treino e monitorização de entrevistadores, assim como na gestão da recolha e processamento das entrevistas informatizadas.

O passo seguinte correspondeu à formação dos entrevistadores, em cursos intensivos de 5 dias, com um limite de 15 candidatos por curso. Neste treino, os futuros entrevistadores adquiriram informação detalhada sobre o protocolo do estudo, e desenvolveram perícias na técnica de entrevista estruturada, no levantamento das unidades residenciais através da ‘*random-route*’, no estabelecimento de contacto com os potenciais entrevistados, nos métodos de maximização do recrutamento e no manuseio do sistema informático.

O treino foi dividido em duas partes sequenciais. Nos primeiros dias, foi feita toda a formação em técnica geral de entrevista, abordando tópicos como a colocação das questões, o processo de exploração do contraditório (*cross-examination*), o manejo de situações difíceis na entrevista e o retorno de informação ao entrevistado (*feedback*). Simultaneamente, foi feita toda a formação sobre a utilização do sistema CAPI, sobre a gestão de ficheiros e as normas de envio dos dados para o CESOP.

No fim da 1ª fase, os candidatos foram avaliados, como condição para prosseguir para a segunda fase do treino, através dos seguintes métodos: cotação individual de uma entrevista-padrão (em que o ‘caso’ era o treinador ou um dos supervisores), observação direta da técnica de entrevista, testes escritos e exercícios de *role-playing*.

Aos candidatos admitidos para a segunda fase do treino foi dada informação específica sobre o projeto WMHS, sobre os procedimentos do consentimento informado, sobre o processo de seleção das unidades residenciais e sobre o recrutamento das pessoas a entrevistar. Para além da apresentação dos conteúdos, todos estes aspetos foram extensamente praticados em exercício de grupo, predominantemente através de *role-playing*.

Os entrevistadores tiveram de obter um certificado final de aproveitamento para poderem ir para o terreno. Para os indivíduos que não lograram obter o certificado, foi dada a possibilidade de frequência de nova formação.

Em termos quantitativos, foram efetuadas 11 ações de formação durante todo o tempo de duração do projeto, nas quais foram certificados como entrevistadores 171 candidatos – destes, 145 foram integrados no trabalho de campo, tendo os restantes desistido pelos mais diversos motivos, nomeadamente pela obtenção de um emprego remunerado.

**B. PROCESSO DE RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES** – Como se referiu na secção ‘Amostragem’, as unidades residenciais foram selecionadas através do método de ‘*random-route*’, supervisionado pelo CESOP. Nas unidades residenciais selecionadas em que não se conseguiu um contacto direto com pelo menos um dos moradores, foi estabelecido um número mínimo de 9 visitas até se catalogar a unidade residencial com a designação de “com ocupação desconhecida”.

Nas unidades em que se estabeleceu contacto com os moradores, foram entregues folhetos com informação sobre o estudo, incluindo os objetivos gerais, descrição da equipa de investigação e número telefónico gratuito para contacto com coordenador/supervisor de trabalho de campo, assim como uma carta de apresentação, assinada pelo investigador principal, solicitando a participação no estudo. Em seguida, foi recolhida informação sociodemográfica sobre todos os moradores, através de ficha individualizada.

O objetivo de recolher informação, a um nível pessoal, de todos os membros do agregado familiar, foi o de alargar a unidade do agregado familiar à população de indivíduos elegíveis. Para tal, foi necessário garantir que cada uma das pessoas elegíveis dentro de cada agregado familiar tivesse uma hipótese igual de ser selecionada e entrevistada, através de processo de aleatorização conduzido pelo CESOP.

Uma vez selecionado o residente a entrevistar, o contacto para marcação da entrevista foi efetuado pelos coordenadores de trabalho de campo. Para os casos em que não se conseguiu falar com a pessoa selecionada, foi estabelecido um número mínimo de 5 contactos telefónicos e 4 visitas domiciliárias até se desistir desse recrutamento (não sendo possível qualquer substituição por outro morador da mesma unidade residencial, independentemente da sua disponibilidade). Nas entrevistas que ficaram acordadas com a pessoa selecionada, foi estabelecido um limite de 3 não-comparências até se considerar o caso como uma ‘recusa’.

**C. REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS** – Do ponto de vista informático, o sistema CAPI disponibiliza duas formas de conduzir a entrevista, designadas respetivamente por ‘entrevista longa’ e ‘entrevista curta’. A existência de duas versões procura otimizar a alocação de recursos em termos de tempo útil de entrevista, sem impor limitações metodológicas ao estudo, nem perda de informação relevante.

A entrevista longa, com uma duração média de 2 horas, é composta pela secção inicial de rastreio, por todos os módulos diagnósticos centrais a cujas perguntas de rastreio o entrevistado respondeu afirmativamente na secção de rastreio, pelos módulos diagnósticos não-centrais e ainda por todos os módulos não-diagnósticos (sociodemográficos, utilização de serviços, fármaco-epidemiologia). O sistema CAPI seleciona automaticamente esta entrevista sempre que na secção de rastreio o entrevistado preenche critérios de diagnóstico de qualquer uma das perturbações psiquiátricas consideradas centrais.

Nos casos em que na secção de rastreio não são preenchidos tais critérios, o sistema informático seleciona a versão curta da entrevista, com uma duração média de 45 minutos, que não inclui os módulos diagnósticos não-centrais e alguns dos módulos não-diagnósticos. No entanto, para corrigir eventuais enviesamentos de seleção, o sistema redireciona para a versão mais longa 25% dos casos com rastreio negativo.

Os ficheiros eletrónicos com as entrevistas foram posterior e regularmente enviados aos coordenadores do trabalho de campo, e depois de revistos foram analisados em reunião para codificação das questões em aberto e para identificação de possível causalidade orgânica para os sintomas reportados.

**D. CODIFICAÇÃO DAS QUESTÕES EM ABERTO E DE EXCLUSÃO ORGÂNICA** – O CAPI recolhe e armazena dados em diferentes formatos. Um desses formatos, designado por ‘dados de respostas abertas’ (a partir do original ‘*open-ended data*’), decorre da resposta a questões não previamente codificadas, as quais se encontram distribuídas por diversas secções do instrumento (o exemplo mais comum ocorre na resposta a uma questão que inclui a opção “Outros – especifique”). Nestas situações, foi necessário em reuniões periódicas de coordenação recodificar as respostas em categorias

pré-codificadas, ou criar novos códigos de resposta, segundo as diretrizes da Universidade de Harvard. No primeiro caso, os programadores do CESOP atualizaram os ficheiros das entrevistas, enquanto que as novas categorias, criadas sob orientação da equipa da FCM, foram incluídas num ficheiro à parte, em inglês, para posterior envio para os EUA.

Para além da codificação das questões em aberto, foi necessário igualmente identificar nas entrevistas os dados relacionados com os critérios de exclusão orgânica que constam nas classificações DSM-IV/ICD-10. Para clarificar a atribuição diagnóstica, foi necessário rever esses dados de forma a determinar se o entrevistado preenchia ou não critérios de exclusão orgânica, usando para tal critérios de plausibilidade previamente convencionados (uma vez que a confirmação de diagnóstico somático estava fora do âmbito do projeto). Esta metodologia indireta de exclusão orgânica orientou a codificação final de acordo com três vias possíveis:

- Nas entrevistas em que a presença de sintomas se associava de forma plausível a uma potencial causa orgânica, não foi colocado qualquer diagnóstico psiquiátrico baseado nesses sintomas;
- Os casos onde existiam dúvidas fundadas sobre a plausibilidade da associação orgânica foram codificados como “não plausíveis”;
- Nas situações em que existiam múltiplos dados em diversas áreas a favor da plausibilidade, consideraram-se como ‘plausíveis’ as associações que ocorriam num mesmo episódio de doença, e como ‘não plausíveis’ as associações que ocorriam espuriamente em episódios cronologicamente diferentes.

A informação resultante de todo este processo não foi introduzida diretamente nas entrevistas em Lisboa, mas sim em ficheiros Excel que se exportaram regularmente para a Universidade de Harvard, onde foram analisados e depois integrados nas entrevistas.

**E. SUPERVISÃO** – Os entrevistadores tiveram um período mínimo de 2 horas semanais de supervisão durante toda a duração do estudo. Nas reuniões, os supervisores faziam uma revisão dos procedimentos, e abordavam em detalhe as questões surgidas no terreno, nomeadamente no que se referia a questões técnicas da entrevista e ao manuseio do sistema CAPI.

Em cada duas semanas realizou-se uma reunião com todos os entrevistadores para distribuição de materiais, análise de problemas gerais (dificuldades na concretização de entrevistas previamente marcadas, manejo do tempo, problemas na utilização do CAPI) e planeamento para as duas semanas seguintes.

Uma vez por mês, um dos coordenadores do estudo realizou uma reunião com todos os supervisores e entrevistadores, para identificação de problemas comuns e revisão do progresso do trabalho de campo.

**F. CONTROLO DE QUALIDADE** – O controlo de qualidade envolveu vários aspetos, a diferentes níveis. Logo a seguir à finalização de cada entrevista, os entrevistadores tinham de editar a entrevista completa, de modo a garantir que todas as áreas requeridas estavam completas, esclarecer quaisquer respostas ou notas pouco claras, registar anotações à margem, fazer correções de conteúdo, melhorar a legibilidade da informação escrita, completar a secção de observação do entrevistador e finalmente elaborar o resumo global da entrevista. Por seu turno, o CESOP contactou telefonicamente 25% de todos os entrevistados, para avaliar determinados aspetos referentes às entrevistas (data exata da realização, opinião sobre a postura do entrevistador, dificuldades surgidas, tempo aproximado de duração), o que permitiu uma verificação não presencial da atividade dos entrevistadores.

A manutenção dos padrões de exigência de qualidade técnica de entrevista foi assegurada pelos supervisores, através de reuniões regulares com os entrevistadores. O cumprimento dos requisitos para a qualidade das bases de dados a enviar para a Universidade de Harvard foi assegurado pela equipa de coordenação do CESOP, com a colaboração de elementos da FCM. Na Universidade de Harvard foi desenvolvido todo o processo de limpeza e análise estrutural dos dados (*data cleaning*): identificação de ‘missing data’, de erros sistemáticos em saltos, de padrões inadequados de preenchimento, de incongruências factuais (ex. datas), e ainda da congruência dos itens de resposta em aberto e de exclusão orgânica.

## VI. AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E DA ADEQUAÇÃO DE CUIDADOS

O estudo foi desenhado de modo a se poder avaliar o grau de gravidade das perturbações psiquiátricas identificadas, bem como a estimar em que medida os cuidados recebidos pelas pessoas com perturbações mentais eram adequados às suas necessidades.

A definição da **gravidade das perturbações mentais** baseou-se nos critérios utilizados pela SAMHSA dos Estados Unidos (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 1993), considerando-se que as perturbações **Graves** são as que cumprem os seguintes critérios: perturbação bipolar I ou dependência de substâncias com síndrome de dependência fisiológica ou tentativa de suicídio, em conjugação com qualquer tipo de perturbação da DSM-IV nos últimos 12 meses, incapacidade severa devida a uma perturbação mental em pelo menos duas áreas de funcionamento medidas pela *Sheehan Disability Scale*, ou incapacidade funcional global consistente com um *score* de 50 ou menos no GAF (*Global Assessment of Functioning*) (Endicott et al., 1976). Consideram-se perturbações **Moderadas** as das pessoas que têm uma perturbação DSM-IV nos últimos 12 meses ou uma dependência de substâncias sem síndrome de dependência fisiológica, com uma interferência moderada em algum dos domínios da *Sheehan Disability Scale*. Todas as outras perturbações são consideradas **Ligeiras**.

Para a definição de **cuidados adequados** foram considerados os seguintes critérios: inclusão de psicofarmacoterapia (2 ou mais meses de medicação apropriada à perturbação focal em conjunto com 4 ou mais consultas com qualquer tipo de médico) ou psicoterapia (8 ou mais sessões de pelo menos 30 minutos com um profissional).

Os medicamentos apropriados incluíram antidepressivos para perturbações depressivas, estabilizadores de humor ou anti psicóticos para perturbações bipolares, antidepressivos e ansiolíticos para perturbações de ansiedade, antagonistas ou agonistas (dissulfiram, naltrexone, ou metadona) para perturbações de dependência de álcool e outras substâncias, e qualquer tipo de psicofármaco para perturbações de controlo de impulsos.

## VII. PONDERADORES E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Apesar das estratégias desencadeadas para garantir a representatividade da amostra a estudar, não se pode excluir a possibilidade de determinadas características (e.g., idade, educação, género) poderem ficar acidentalmente sobre ou sub-representadas. Por esse motivo, procedeu-se à determinação de ponderadores, que foram aplicados às taxas encontradas na sequência do trabalho de campo.

Foram calculados dois ponderadores, designados por WT1 e WT2: WT1 foi utilizado nos cálculos envolvendo a amostra total (n=3.849), enquanto que WT2 se aplicou apenas aos indivíduos que responderam à entrevista longa (n=2.060). A comparação entre a distribuição não-ponderada da amostra e a distribuição estimada pelo Instituto Nacional de Estatística justifica plenamente a aplicação destes ponderadores. Como se pode constatar mais adiante no Quadro 7, na amostra não-ponderada ficaram sobre-representados o género feminino e alguns escalões etários nas diferentes regiões, os quais foram posteriormente corrigidos pelos ponderadores.

A análise estatística teve de levar em linha de conta a complexidade do método de amostragem e a necessidade de aplicação de ponderadores. Com base no programa estatístico SUDAAN (versão 8.0.1), a estimação do erro padrão das proporções foi efetuado através do método de linearização de séries de Taylor. Os correlatos sociodemográficos foram explorados através de análise de regressão logística (Hosmer & Lemeshow, 2000). A idade de início e o risco de ocorrência projetado para os 75 anos foi estimado por métodos atuariais, através do *software* SAS. Foi convencionado um nível de significância de .05 (para *'two-sided' tests*).

# RESULTADOS

## I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A comparação da distribuição das características sociodemográficas da amostra com as da população portuguesa (dados do Censo de 2001), que se pode ver no Quadro 7, mostra que os dados ponderados têm valores muito próximos dos apresentados pela população portuguesa.

QUADRO 7 – CARACTERÍSTICAS (GÉNERO E IDADE) DA AMOSTRA E DA POPULAÇÃO PORTUGUESA (%)

|                 | DADOS NÃO PONDERADOS | DADOS PONDERADOS | CENSO INE 2001 |
|-----------------|----------------------|------------------|----------------|
| <b>GÉNERO</b>   |                      |                  |                |
| MASCULINO       | 36.8                 | 48.1             | 48.3           |
| FEMININO        | 63.2                 | 51.9             | 51.7           |
| <b>IDADE</b>    |                      |                  |                |
| <b>ALENTEJO</b> |                      |                  |                |
| 18-29           | 11.2                 | 18.1             | 18.1           |
| 30-39           | 13.4                 | 18.0             | 18.0           |
| 40-49           | 18.7                 | 17.5             | 17.5           |
| 50-59           | 23.1                 | 16.0             | 16.0           |
| 60+             | 33.6                 | 30.4             | 30.4           |
| <b>ALGARVE</b>  |                      |                  |                |
| 18-29           | 22.1                 | 21.6             | 18.4           |
| 30-39           | 19.5                 | 22.7             | 19.4           |
| 40-49           | 22.1                 | 16.1             | 18.6           |
| 50-59           | 23.4                 | 19.4             | 16.5           |
| 60+             | 13.0                 | 20.2             | 27.0           |
| <b>CENTRO</b>   |                      |                  |                |
| 18-29           | 19.1                 | 19.2             | 19.2           |
| 30-39           | 18.9                 | 18.7             | 18.7           |
| 40-49           | 20.3                 | 18.0             | 18.0           |
| 50-59           | 17.2                 | 16.1             | 16.1           |
| 60+             | 24.4                 | 28.0             | 28.0           |
| <b>LISBOA</b>   |                      |                  |                |
| 18-29           | 19.0                 | 17.9             | 17.9           |
| 30-39           | 27.3                 | 20.9             | 20.9           |
| 40-49           | 19.1                 | 18.0             | 18.0           |
| 50-59           | 15.5                 | 16.7             | 16.7           |
| 60+             | 19.1                 | 26.5             | 26.5           |
| <b>NORTE</b>    |                      |                  |                |
| 18-29           | 19.9                 | 20.7             | 20.7           |
| 30-39           | 20.9                 | 20.3             | 20.3           |
| 40-49           | 20.8                 | 19.6             | 19.6           |
| 50-59           | 15.6                 | 16.4             | 16.4           |
| 60+             | 22.8                 | 23.0             | 23.0           |



No Quadro 8 apresentam-se as características sociodemográficas da população do estudo, de acordo com o género, sendo de realçar a baixa taxa de desemprego, consistente com a situação existente no país na altura das entrevistas.

**QUADRO 8** - DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO DE ACORDO COM O GÉNERO (%)

|   | FEMININO (1301) | MASCULINO (759) |
|---|-----------------|-----------------|
| <b>IDADE</b>                                  |                 |                 |
| ≤34   | 28.2            | 31.2            |
| 35-49   | 27.7            | 28.8            |
| 50-64   | 24.0            | 23.6            |
| ≥65   | 20.1            | 16.5            |
| <b>RENDIMENTO</b>                             |                 |                 |
| BAIXO   | 7.4             | 9.3             |
| MÉDIO BAIXO                                   | 20.9            | 26.0            |
| MÉDIO ALTO                                    | 29.7            | 27.5            |
| ALTO  | 42.0            | 37.2            |
| <b>SITUAÇÃO DE EMPREGO</b>                    |                 |                 |
| EMPREGADO                                     | 43.0            | 48.4            |
| TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA                 | 11.7            | 16.6            |
| DESEMPREGADO                                  | 7.4             | 5.7             |
| REFORMADO                                     | 21.1            | 22.3            |
| DOMÉSTICA                                     | 8.2             | 0.2             |
| ESTUDANTE                                     | 5.0             | 6.0             |
| COM BAIXA/LICENÇA MATERNIDADE INCAPACITADO(A) | 0.9             | 0.2             |
| OUTRO   | 2.6             | 0.5             |
| ≤12-ANOS DE EDUCAÇÃO                          | 80.7            | 80.2            |
| CASADO/UNIÃO DE FACTO                         | 67.0            | 72.3            |

## II. PREVALÊNCIA ANUAL E GRAVIDADE

Os dados sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas (Quadro 9) mostram que mais de um quinto das pessoas entrevistadas (22.9 % da amostra) apresenta uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo. Isto significa que Portugal tem, em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas na Europa, mostrando um padrão muito diferente do encontrado nos outros países do sul da Europa (Quadro 10).

Como se pode ver também no Quadro 10, as prevalências encontradas na população portuguesa encontram-se entre as mais altas da Europa, em todos os grupos de perturbações. No entanto, onde Portugal mais se destaca dos outros países europeus é no grupo das perturbações de ansiedade (Wang et al., 2011).

Como se pode ver no Quadro 9, o grupo das perturbações de ansiedade é o que apresenta uma prevalência mais elevada (16.5%), seguido do grupo das perturbações do humor, com uma prevalência de 7.9%. Com valores muito inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias, respetivamente com 3.5% e 1.6% de prevalência.

As fobias específicas (8.6%), a perturbação depressiva major (6.8%), a perturbação obsessivo-compulsiva (4.4%), a fobia social (3.1%) e a perturbação pós-stress traumático (2.3%) são as perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na população estudada.

As perturbações fóbicas, no seu conjunto, constituem uma parte importante das perturbações de ansiedade, enquanto a depressão major representa a larga maioria das perturbações do humor. No grupo das perturbações de controlo de impulsos, a perturbação explosiva intermitente ocupa uma posição destacada, com uma prevalência de 1.8%. As perturbações de abuso e dependência de álcool apresentam uma prevalência de 1.6%.

A comorbilidade entre doenças psiquiátricas tem uma dimensão significativa: 5.3% dos entrevistados apresentam duas perturbações psiquiátricas e 2.9% cumprem os critérios de diagnóstico de 3 ou mais perturbações.

No que se refere ao grau de gravidade (ver Quadro 9), as perturbações psiquiátricas, no seu conjunto, distribuem-se maioritariamente pelos grupos de gravidade ligeira e moderada (31.9% e 50.6% respetivamente), correspondendo os casos graves a 17.5% do total de todos os casos. Em termos de percentagem da população geral adulta, 4% da população apresenta uma perturbação psiquiátrica grave, 11.6% uma perturbação de gravidade moderada e 7.3% uma perturbação de gravidade ligeira.

As perturbações depressivas, com respetivamente 11.7%, 59% e 29.3% de gravidade ligeira, moderada e grave, apresentam um padrão de maior gravidade que os outros grupos. Entre as perturbações que apresentam uma maior percentagem de casos graves destacam-se a perturbação de deficit de atenção/hiperatividade (68.4%), a perturbação bipolar e a perturbação de oposição – desafio, ambas com 45%, a agorafobia sem pânico (39.9%) e a dependência de álcool (39.2%).

A comorbilidade está associada a uma maior percentagem de casos graves: enquanto nos casos com um só diagnóstico se encontram 10.2% de casos graves, nos casos com dois diagnósticos os casos graves são 20% e nos casos com 3 ou mais diagnósticos a percentagem sobe para 50.2%.

**QUADRO 9 – PREVALÊNCIA ANUAL DE PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E GRAVIDADE (%)**

|   | GRAVIDADE                        |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
|---|----------------------------------|------|-------|-----------------------|-------|------------------------|-------|---------------------|-------|--|
|   | PREVALÊNCIA NOS ÚLTIMOS 12 MESES |      |       | PERTURBAÇÕES LIGEIRAS |       | PERTURBAÇÕES MODERADAS |       | PERTURBAÇÕES GRAVES |       |  |
|   | N                                | %    | %(SE) | %                     | %(SE) | %                      | %(SE) | %                   | %(SE) |  |
| <b>PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b>                      |                                  |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
| Perturbação de pânico*                                | 32                               | 0.9  | 0.2   | 25.7                  | 8.8   | 52.4                   | 8.4   | 21.9                | 6.4   |  |
| Perturbação da ansiedade generalizada*                | 92                               | 2.1  | 0.2   | 9.3                   | 3.4   | 57.5                   | 5.7   | 33.2                | 5.6   |  |
| Fobia social*   | 124                              | 3.1  | 0.4   | 11.7                  | 3.9   | 59.4                   | 5     | 28.9                | 3.8   |  |
| Fobias específicas*                                   | 370                              | 8.6  | 0.5   | 30.5                  | 3.3   | 46.1                   | 3.3   | 23.4                | 2.7   |  |
| Agorafobia sem perturbação de pânico*                 | 33                               | 0.7  | 0.1   | 14.3                  | 5.9   | 45.8                   | 8.2   | 39.9                | 8.3   |  |
| Perturbação pós-stress traumático***                  | 77                               | 2.3  | 0.3   | 19.7                  | 4.8   | 45.8                   | 7.2   | 34.5                | 7.5   |  |
| Perturbação obsessivo-compulsiva****                  | 35                               | 4.4  | 0.9   | 25.4                  | 7.2   | 47.5                   | 10.3  | 27.1                | 8.6   |  |
| Perturbação de ansiedade de separação***              | 45                               | 1.2  | 0.3   | 8.5                   | 5.5   | 65                     | 7.5   | 26.5                | 6.4   |  |
| Qualquer perturbação de ansiedade****                 | 535                              | 16.5 | 1     | 31.9                  | 2.7   | 48.7                   | 2.6   | 19.4                | 2     |  |
| <b>PERTURBAÇÕES DO HUMOR</b>                          |                                  |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
| Distímia*   | 43                               | 1    | 0.2   | 8.7                   | 5.1   | 58.4                   | 7.3   | 32.9                | 8.4   |  |
| Perturbação depressiva major*                         | 293                              | 6.8  | 0.5   | 13                    | 2.7   | 60.5                   | 3.2   | 26.5                | 2.6   |  |
| Perturbação bipolar*                                  | 45                               | 1.1  | 0.2   | 4.2                   | 2.7   | 50.2                   | 8.3   | 45.5                | 7     |  |
| Qualquer perturbação do humor*                        | 341                              | 7.9  | 0.6   | 11.7                  | 2.3   | 59                     | 2.9   | 29.3                | 2.6   |  |
| <b>PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS</b>          |                                  |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
| Perturbação de oposição**                             | 7                                | 0.4  | 0.2   | 7.1                   | 7.2   | 47.4                   | 21.7  | 45.5                | 21.4  |  |
| Perturbação da conduta**                              | 2                                | 0.1  | 0.1   | 0                     | 0     | 70.6                   | 29.4  | 29.4                | 29.4  |  |
| Défice de atenção / Hiperatividade**                  | 5                                | 0.4  | 0.2   | 20.7                  | 16    | 10.9                   | 11.3  | 68.4                | 20.5  |  |
| Perturbação explosiva intermitente*                   | 68                               | 1.8  | 0.2   | 22.4                  | 3.9   | 62                     | 4.8   | 15.7                | 4.4   |  |
| Qualquer perturbação de controlo dos impulsos**       | 57                               | 3.5  | 0.4   | 17.4                  | 4.4   | 62                     | 7.6   | 20.6                | 7.3   |  |
| <b>PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b>     |                                  |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
| Abuso de álcool***                                    | 39                               | 1.6  | 0.3   | 53.8                  | 10    | 40.6                   | 9.9   | 5.6                 | 2.9   |  |
| Dependência de álcool***                              | 6                                | 0.3  | 0.1   | 0                     | 0     | 60.8                   | 21.8  | 39.2                | 21.8  |  |
| Qualquer perturbação por utilização de substâncias*** | 40                               | 1.6  | 0.3   | 52.7                  | 9.9   | 39.8                   | 9.8   | 7.5                 | 3.5   |  |
| <b>QUALQUER PERTURBAÇÃO</b>                           |                                  |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
| Qualquer perturbação***                               | 769                              | 22.9 | 1     | 31.9                  | 1.9   | 50.6                   | 2     | 17.5                | 1.5   |  |
| 0 perturbações***                                     | 1291                             | 77.1 | 1     | 0                     | 0     | 0                      | 0     | 0                   | 0     |  |
| 1 perturbação***                                      | 460                              | 14.7 | 0.7   | 44.9                  | 2.7   | 44.9                   | 2.5   | 10.2                | 1.3   |  |
| 2 perturbações***                                     | 201                              | 5.3  | 0.5   | 12.8                  | 2.2   | 67.2                   | 3.2   | 20                  | 2.8   |  |
| 3+ perturbações***                                    | 108                              | 2.9  | 0.3   | 0.6                   | 0.6   | 49.2                   | 5.3   | 50.2                | 5.4   |  |
| <b>GRAVIDADE</b>                                      |                                  |      |       |                       |       |                        |       |                     |       |  |
| Grave***  | 153                              | 4    | 0.4   | 0                     | 0     | 0                      | 0     | 100                 | 0     |  |
| Moderada***   | 416                              | 11.6 | 0.6   | 0                     | 0     | 100                    | 0     | 0                   | 0     |  |
| Leve***   | 200                              | 7.3  | 0.5   | 100                   | 0     | 0                      | 0     | 0                   | 0     |  |

As percentagens nas colunas da gravidade são repetidas como proporções de todos os casos e somam até 100% em cada linha  
 Dimensão total da amostra Parte 1 = 3849, Dimensão total da amostra Parte 2 = 2060, amostra Parte 2 e Idade <= 44 Dimensão total da amostra = 1070  
 A Gravidade foi calculada usando medidas da amostra Parte 2  
 \* - Amostra Parte 1, prevalência calculada usando medidas da amostra Parte 1  
 \*\* - Amostra Parte 2 e Idade <=44, prevalência calculada usando medidas da amostra Parte 2  
 \*\*\* - Amostra Parte 2, prevalência calculada usando medidas da amostra Parte 2  
 \*\*\*\* - Prevalência calculada utilizando a Parte 2 ponderada (n=539 total)

### QUADRO 10 – PREVALÊNCIA ANUAL DE PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM PORTUGAL E EM OUTROS PAÍSES EUROPEUS (%)

| PAÍS             | PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE | PERTURBAÇÕES DO HUMOR | PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS | PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS | TODAS |
|------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|-------|
| PORTUGAL         | 16,5                      | 7,9                   | 3,5                                   | 1,6  | 22,9  |
| ALEMANHA         | 6,2                       | 3,6                   | 0,3                                   | 1,1  | 9,1   |
| BÉLGICA          | 6,9                       | 6,2                   | 1,0                                   | 1,2  | 12,0  |
| BULGARIA         | 7,6                       | 3,2                   | 0,8                                   | 1,2  | 11,2  |
| ESPANHA          | 5,9                       | 4,9                   | 0,5                                   | 0,3  | 9,2   |
| FRANÇA           | 12,0                      | 8,5                   | 1,4                                   | 0,7  | 18,4  |
| HOLANDA          | 8,8                       | 6,9                   | 1,3                                   | 3,0  | 14,9  |
| IRLANDA DO NORTE | 14,6                      | 9,6                   | 3,4                                   | 3,5  | 23,1  |
| ITÁLIA           | 5,8                       | 3,8                   | 0,3                                   | 0,1  | 8,2   |
| ROMÉNIA          | 4,9                       | 2,5                   | 1,9                                   | 1,0  | 8,2   |

### III. RELAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E OCORRÊNCIA DE PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

O Quadro 11 mostra a relação encontrada entre os diferentes fatores sociodemográficos e a ocorrência de perturbações psiquiátricas nos últimos 12 meses, medidas a partir dos *odds-ratios* (OR).

As mulheres apresentam um risco maior que os homens de sofrer de perturbações depressivas (OR = 2.30) e perturbações de ansiedade (OR = 2.89), enquanto os homens têm uma maior probabilidade de sofrer de perturbações do controlo dos impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias.

O grupo dos mais idosos apresenta menor risco, em relação aos grupos de menor idade, de sofrer de perturbações depressivas, de ansiedade e por abuso de substâncias.

O grupo de pessoas anteriormente casadas (separados/divorciados/viúvos) apresenta um risco mais elevado de sofrer de perturbações depressivas e por abuso de substâncias, enquanto os que nunca casaram estão associados a maior risco de perturbações por abuso de substâncias e de controlo dos impulsos.

No que respeita à influência do nível de educação, encontra-se uma associação do nível médio-baixo com as perturbações de controlo dos impulsos e as perturbações por abuso de substâncias.

O nível de rendimento, tal como foi estimado no estudo, não mostra associações significativas com as variáveis de morbilidade psiquiátrica.

**QUADRO II - CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS COM PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (DSM-IV) NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

| VARIÁVEL            | CATEGORIAS                | PERTURBAÇÕES DO HUMOR | PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE | PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS | PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
|                     |                           | OR                    | OR                        | OR                                    | OR   |
| <b>GÊNERO</b>       |                           |                       |                           |                                       |  |
|                     | M                         | 1.00                  | 1.00                      | 1.00                                  | 1.00                                       |
|                     | F                         | 2.30                  | 2.89                      | 0.77                                  | 0.21                                       |
|                     | X <sup>2</sup> /DF/ p     | 24.27                 | 73.65                     | 0.57                                  | 9.63                                       |
| <b>IDADE</b>        |                           |                       |                           |                                       |  |
|                     | 18-34                     | 2.18                  | 1.52                      | 2.26                                  | 5011.20                                    |
|                     | 35-49                     | 2.11                  | 1.17                      | .                                     | 1706.40                                    |
|                     | 50-64                     | 1.82                  | 1.21                      | .                                     | 699.65                                     |
|                     | 65 <=                     | 1.00                  | 1.00                      | 1.00                                  | 1.00                                       |
|                     | X <sup>2</sup> /DF/ p     | 11.62                 | 2.79                      | 6.46                                  | 108.65                                     |
| <b>SALÁRIO</b>      |                           |                       |                           |                                       |  |
|                     | Baixo                     | 1.07                  | 1.03                      | 0.59                                  | 0.50                                       |
|                     | Médio-baixo               | 1.34                  | 0.91                      | 0.46                                  | 1.29                                       |
|                     | Médio-alto                | 1.34                  | 1.29                      | 1.04                                  | 1.09                                       |
|                     | Alto                      | 1.00                  | 1.00                      | 1.00                                  | 1.00                                       |
|                     | X <sup>2</sup> /DF/ p     | 4.29                  | 3.58                      | 4.21                                  | 3.55                                       |
| <b>ESTADO CIVIL</b> |                           |                       |                           |                                       |  |
|                     | Casado/União de Facto     | 1.00                  | 1.00                      | 1.00                                  | 1.00                                       |
|                     | Separado/Viúvo/Divorciado | 2.39                  | 0.94                      | 0.00                                  | 1.90                                       |
|                     | Nunca casou               | 1.02                  | 1.21                      | 1.91                                  | 2.90                                       |
|                     | X <sup>2</sup> /DF/ p     | 16.21                 | 1.15                      | 1103.80                               | 5.52                                       |
| <b>ESCOLARIDADE</b> |                           |                       |                           |                                       |  |
|                     | Primária                  | 0.85                  | 0.75                      | 0.80                                  | 0.75                                       |
|                     | Básica                    | 1.29                  | 1.40                      | 2.31                                  | 1.62                                       |
|                     | Secundária                | 0.91                  | 1.39                      | 1.01                                  | 0.99                                       |
|                     | Superior                  | 1.00                  | 1.00                      | 1.00                                  | 1.00                                       |
|                     | X <sup>2</sup> /DF/ p     | 5.80                  | 7.83                      | 5.48                                  | 2.57                                       |

#### IV. PREVALÊNCIA DE VIDA (*LIFETIME PREVALENCE*)

Embora a estimativa da prevalência de vida (*lifetime prevalence*) seja um elemento consolidado na investigação em epidemiologia psiquiátrica, existem limitações importantes na sua quantificação, que de acordo com a literatura implicam habitualmente uma subvalorização das taxas reais. Em primeiro lugar, é frequente a existência de um viés na referência explícita, durante a entrevista, a experiências psicopatológicas passadas, nomeadamente se estas se associaram a perturbações do comportamento, internamentos em unidades psiquiátricas e contactos com o sistema de justiça. Em segundo lugar, existe uma subestimação idade-dependente de reporte de episódios de doença anterior, tanto física como mental (*recall bias*). Por esse motivo, as perturbações que requeriam por definição um início na infância (perturbação de oposição, perturbação do comportamento, perturbação de hiperatividade e deficit de atenção) foram limitadas aos indivíduos até aos 49 anos de idade.

Em terceiro lugar, a entrevista não investiga em profundidade determinados grupos de patologia nos quais o reporte exato dos antecedentes de doença poderá estar plausivelmente mais comprometido, como é o caso das perturbações psicóticas. Em último lugar, a probabilidade de participação num estudo de âmbito comunitário é menor quer para os indivíduos que se encontram institucionalizados, quer para os indivíduos sem-abrigo, os quais apresentam habitualmente uma história psiquiátrica mais grave, tanto do ponto de vista da intensidade dos sintomas como da própria duração e evolução da doença.

De acordo com a literatura, estes fatores, isoladamente ou em conjunto, podem induzir em maior ou menor grau uma subvalorização das taxas reais de prevalência de vida, pelo que os resultados do estudo devem ser analisados também à luz desta perspetiva.

## A. RESULTADOS

As entidades nosológicas com maior estimativa de prevalência de vida na amostra estudada (Quadro 12) foram a perturbação depressiva major (16.7%), as fobias específicas (10.6%) e o abuso de álcool (10%). As perturbações da ansiedade foram o grupo com maior prevalência estimada (25.8%), imediatamente seguido pelo grupo das perturbações afetivas (19.3%). A prevalência estimada de ocorrência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica durante a vida foi de 42.7%, decrescendo para 19.9% nas situações de ocorrência de 2 perturbações, e para 8.9% nos casos com 3 ou mais perturbações. Estes valores poderão estar subestimados pelo facto de em Portugal não ter sido feita a avaliação do abuso de substâncias, para além do álcool.

Quando se faz uma comparação com os resultados já publicados de outros países participantes no WMHSI, verifica-se que a prevalência de vida de pelo menos uma perturbação psiquiátrica em Portugal só foi ultrapassada pela cifra encontrada nos EUA (47.4%). Todos os outros países da Europa Ocidental apresentaram valores de prevalência mais baixos, nomeadamente Espanha (19.4%) e Itália (18.1%).

Em Portugal, as estimativas de prevalência de vida apresentaram diferenças significativas de acordo com a variável 'idade', emergindo um padrão de maior expressão quantitativa no escalão mais jovem (18-34 anos), com uma prevalência de 50.1% de pelo menos uma perturbação psiquiátrica. Neste grupo etário, as entidades mais referidas foram as perturbações da ansiedade, seguidas das afetivas e do abuso de álcool – no entanto, é importante relevar que retirando da análise as fobias específicas, que estão habitualmente associadas a um menor impacto no funcionamento global, a depressão major isoladamente tem maior expressão numérica que todas as restantes perturbações da ansiedade somadas.

O escalão de indivíduos acima dos 65 anos apresenta prevalências estimadas para os diferentes grupos nosológicos significativamente mais baixas que nas restantes faixas etárias, aspeto a que poderá estar eventualmente associado um componente de 'recall bias'. No entanto, é importante salientar que a depressão major, apesar da descida relativamente aos escalões etários mais jovens, manteve aqui uma estimativa de 12%, estatisticamente muito superior a qualquer outra entidade nosológica referida nos indivíduos com mais de 65 anos.

Em algumas entidades nosológicas não se encontrou qualquer associação significativa com a idade (perturbação de pânico, agorafobia, perturbação pós-stress traumático, POC, distímia), o mesmo acontecendo marginalmente no grupo da patologia associada ao controlo dos impulsos.

**QUADRO 12 – PREVALÊNCIA DE VIDA (LIFETIME PREVALENCE) NA AMOSTRA ESTUDADA, ESTRATIFICADA POR ESCALÃO ETÁRIO**

|  | N    | GRUPOS DE IDADES |     |       |     |       |      |       |     |      |     | X <sup>2</sup> | DF | P VALUE |  |
|--|------|------------------|-----|-------|-----|-------|------|-------|-----|------|-----|----------------|----|---------|--|
|  |      | TOTAL            |     | 18-34 |     | 35-49 |      | 50-64 |     | +65  |     |                |    |         |  |
| GRUPO DE PERTURBAÇÕES                              |      | %                | se  | %     | se  | %     | se   | %     | se  | %    | se  |                |    |         |  |
| <b>PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b>                   |      |                  |     |       |     |       |      |       |     |      |     |                |    |         |  |
| Perturbação de pânico                              | 65   | 1.7              | 0.3 | 2.2   | 0.5 | 1.3   | 0.4  | 2.0   | 0.5 | 1.2  | 0.5 | 3.5            | 3  | .336    |  |
| Perturbação da ansiedade generalizada              | 182  | 4.3              | 0.4 | 4.2   | 0.7 | 4.3   | 0.6  | 5.8   | 0.9 | 2.6  | 0.6 | 11.5           | 3  | .017    |  |
| Fobia social                                       | 188  | 4.7              | 0.5 | 6.5   | 0.8 | 5.3   | 0.9  | 4.3   | 0.8 | 1.2  | 0.4 | 30.9           | 3  | .000    |  |
| Fobias específicas                                 | 448  | 10.6             | 0.6 | 13.4  | 1.0 | 12.1  | 0.9  | 8.7   | 1.1 | 6.3  | 1.1 | 32.3           | 3  | .000    |  |
| Agorafobia sem perturbação de pânico               | 49   | 1.0              | 0.1 | 1.0   | 0.3 | 1.2   | 0.3  | 1.2   | 0.3 | 0.5  | 0.2 | 4.1            | 3  | .265    |  |
| Perturbação pós-stress traumático                  | 180  | 5.3              | 0.5 | 5.2   | 0.8 | 5.0   | 0.7  | 4.9   | 1.1 | 6.3  | 1.7 | 0.6            | 3  | .889    |  |
| Perturbação obsessivo-compulsiva                   | 41   | 5.3              | 1.1 | 4.6   | 1.3 | 6.8   | 2.1  | 5.9   | 2.6 | 3.9  | 2.3 | 1.8            | 3  | .621    |  |
| Perturbação de ansiedade de separação              | 197  | 6.4              | 0.8 | 6.8   | 1.0 | 7.2   | 1.1  | 5.8   | 1.5 | 5.6  | 3.5 | 0.5            | 3  | .913    |  |
| Qualquer perturbação de ansiedade                  | 792  | 25.8             | 1.2 | 30.5  | 1.5 | 26.9  | 2.2  | 23.2  | 2.6 | 20.0 | 3.9 | 11.6           | 3  | .017    |  |
| <b>PERTURBAÇÕES DO HUMOR</b>                       |      |                  |     |       |     |       |      |       |     |      |     |                |    |         |  |
| Distímia   | 63   | 1.4              | 0.2 | 1.1   | 0.2 | 1.3   | 0.4  | 2.1   | 0.6 | 1.5  | 0.5 | 2.5            | 3  | .478    |  |
| Perturbação depressiva major                       | 706  | 16.7             | 0.7 | 17.9  | 1.1 | 18.1  | 1.11 | 17.1  | 1.4 | 12.0 | 1.7 | 10.3           | 3  | .027    |  |
| Perturbação bipolar                                | 98   | 2.6              | 0.3 | 4.7   | 0.6 | 2.5   | 0.5  | 1.4   | 0.5 | 1.0  | 0.3 | 31.4           | 3  | .000    |  |
| Qualquer perturbação do humor                      | 806  | 19.3             | 0.9 | 22.2  | 1.3 | 20.6  | 1.3  | 18.6  | 1.5 | 13.2 | 1.8 | 17.2           | 3  | .002    |  |
| <b>PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS</b>       |      |                  |     |       |     |       |      |       |     |      |     |                |    |         |  |
| Perturbação de oposição                            | 33   | 1.8              | 0.3 | 2.2   | 0.5 | 1.2   | 0.3  |       |     |      |     | 2.5            | 1  | .123    |  |
| Perturbação da conduta                             | 29   | 2.2              | 0.5 | 2.4   | 0.6 | 1.9   | 0.8  |       |     |      |     | 0.3            | 1  | .603    |  |
| Défice de atenção / Hiperatividade                 | 22   | 1.5              | 0.4 | 1.5   | 0.5 | 1.4   | 0.6  |       |     |      |     | 0.0            | 1  | .907    |  |
| Perturbação explosiva intermitente                 | 137  | 3.7              | 0.3 | 6.7   | 0.7 | 3.4   | 0.5  | 2.2   | 0.5 | 1.0  | 0.4 | 62.7           | 3  | .000    |  |
| Qualquer perturbação de controlo dos impulsos      | 157  | 10.0             | 1.0 | 11.3  | 1.2 | 8.0   | 1.3  |       |     |      |     | 3.8            | 1  | .056    |  |
| <b>PERTURBAÇÕES PELA UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b> |      |                  |     |       |     |       |      |       |     |      |     |                |    |         |  |
| Abuso de álcool                                    | 221  | 10.0             | 1.0 | 16.2  | 1.3 | 10.2  | 2.1  | 7.5   | 2.0 | 3.2  | 2.1 | 36.7           | 3  | .000    |  |
| Dependência de álcool                              | 40   | 1.3              | 0.3 | 1.0   | 0.3 | 2.4   | 0.7  | 1.5   | 0.7 | 0.0  | 0.0 | 24.9           | 3  | .000    |  |
| Qualquer perturbação por utilização de substâncias | 221  | 10.0             | 1.0 | 16.2  | 1.3 | 10.2  | 2.1  | 7.5   | 2.0 | 3.2  | 2.1 | 36.7           | 3  | .000    |  |
| <b>QUALQUER PERTURBAÇÃO</b>                        |      |                  |     |       |     |       |      |       |     |      |     |                |    |         |  |
| Qualquer perturbação                               | 1300 | 42.7             | 1.7 | 50.1  | 1.9 | 44.0  | 3.3  | 39.5  | 3.4 | 32.9 | 4.1 | 18.6           | 3  | .002    |  |
| 2 perturbações***                                  | 706  | 19.9             | 1.0 | 26.6  | 1.5 | 21.6  | 1.8  | 17.0  | 1.6 | 10.3 | 1.5 | 55.6           | 3  | .000    |  |
| 3+ perturbações***                                 | 335  | 8.9              | 0.6 | 12.4  | 1.3 | 9.8   | 1.1  | 7.7   | 1.2 | 3.5  | 1.1 | 34.8           | 3  | .000    |  |

## B. IDADE DE INÍCIO E PROJEÇÃO DE RISCO

O estudo da distribuição da idade estimada de início é uma das estratégias mais utilizadas para a caracterização de padrões epidemiológicos sobre a história natural das perturbações psiquiátricas. Como se pode constatar no Quadro 13 (em que as distribuições estão estandardizadas para facilitar a interpretação), a mediana da idade de início de uma doença qualquer (ou seja, o percentil 50 na distribuição) foi de 21 anos (contra 14 anos nos EUA, 19 anos no Líbano ou 26 anos na África do Sul, por exemplo).

Desagregando por grupos de perturbações, a mediana da idade de início foi mais precoce nas perturbações de impulsividade (13 anos) e nas perturbações ansiosas (14 anos), ainda que nestas se deva levar em conta o peso relativo da fobia específica (mediana aos 8 anos, sendo quantitativamente a mais frequente). A mediana foi mais tardia no abuso de álcool com/sem dependência (23 anos) e nas perturbações afetivas (33 anos), tendo o seu valor mais elevado ocorrido na perturbação pós-stress traumático (36 anos).

Outro aspeto interessante prende-se com a frequência com que a idade de início das diferentes perturbações surge concentrada entre valores não muito afastados. Entre grupos, as distâncias interquartil (número de anos entre os percentis 25 e 75) variaram entre 8 anos (9-17) nas perturbações de impulsividade, até 25 anos (21-46) nas perturbações afetivas; o mesmo ocorreu entre entidades nosológicas particulares, com variações muito estreitas em todas as perturbações da impulsividade, nas fobias social e específica e no abuso de álcool com dependência, e distâncias interquartil significativamente alargadas a surgirem apenas na perturbação de pânico (37 anos) e na POC (45 anos).

Projetando para os 75 anos o risco de ocorrência de uma perturbação psiquiátrica durante a vida (*lifetime risk*), foi estimado que 51.4% dos indivíduos avaliados preencheriam os critérios DSM-IV necessários para a colocação de um diagnóstico (Quadro 13). Este valor encontra-se imediatamente a seguir aos resultados obtidos nos EUA (55.3%) e na Colômbia (55.2%), e é claramente maior que o risco projetado encontrado em outros países do sul da Europa, como Espanha (29%) e Itália (26%).

## C. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Foram estudados o nível de escolaridade, o género e a idade como potenciais fatores preditivos do risco (*lifetime risk*) – ver dados no Quadro 14. As mulheres apresentaram maior risco significativo de ocorrência de perturbações da ansiedade e do humor, e menor risco (igualmente com significância) de aparecimento de perturbações de impulsividade e de abuso de álcool. Este padrão de associação entre a prevalência das perturbações psiquiátricas e o género é consistente com os resultados obtidos na maior parte dos países participantes no WMHSI, independentemente do seu grau de desenvolvimento económico. Ainda assim, a associação entre género feminino e perturbação afetiva só foi estatisticamente significativa nos escalões etários até aos 49 anos, enquanto que nas perturbações da ansiedade essa associação foi mais homogénea e constante.

Relativamente à associação com o grau de escolaridade, as pessoas com menores níveis evidenciaram um risco menor de ocorrência de patologia, estatisticamente significativo nas perturbações afetivas e da ansiedade (ORs abaixo de 1).

A pertença ao escalão entre os 18 e os 34 anos associou-se a um risco muito elevado de ocorrência de perturbação em todos os grupos nosológicos, particularmente no que se refere ao abuso de substâncias (álcool), com um OR de 19.2.



**QUADRO 13** – DISTRIBUIÇÃO DAS ESTIMATIVAS DA IDADE DE INÍCIO DAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA AMOSTRA ESTUDADA

| GRUPO DE PERTURBAÇÕES                               | PERCENTIL<br>5 | PERCENTIL<br>10 | PERCENTIL<br>25 | PERCENTIL<br>50 | PERCENTIL<br>75 | PERCENTIL<br>90 | PERCENTIL<br>95 | PERCENTIL<br>99 | % RISCO<br>PROJETADO<br>75 ANOS | % RISCO<br>PROJETADO<br>75 ANOS<br>SE |
|---|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <b>PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b>                    |                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                                 |                                       |
| Perturbação de pânico                               | 7              | 13              | 19              | 33              | 57              | 60              | 61              | 64              | 2.5                             | 0.5                                   |
| Perturbação da ansiedade generalizada               | 14             | 14              | 23              | 31              | 46              | 56              | 60              | 64              | 6.2                             | 0.5                                   |
| Fobia social  | 5              | 5               | 9               | 14              | 18              | 29              | 43              | 61              | 5.2                             | 0.5                                   |
| Fobias específicas                                  | 5              | 5               | 5               | 8               | 13              | 31              | 47              | 59              | 11.5                            | 0.7                                   |
| Agorafobia sem perturbação de pânico                | 5              | 5               | 11              | 20              | 33              | 49              | 49              | 66              | 1.2                             | 0.2                                   |
| Perturbação pós-stress traumático                   | 9              | 13              | 23              | 36              | 54              | 63              | 72              | 72              | 8.7                             | 1.4                                   |
| Perturbação obsessivo-compulsiva                    | 12             | 14              | 17              | 27              | 62              | 62              | 62              | 62              | 8.5                             | 2.6                                   |
| Perturbação de ansiedade de separação               | 5              | 7               | 14              | 25              | 41              | 44              | 50              | 57              | 8.3                             | 1.3                                   |
| Qualquer perturbação de ansiedade                   | 5              | 5               | 6               | 14              | 28              | 43              | 57              | 72              | 29.8                            | 1.8                                   |
| <b>PERTURBAÇÕES DO HUMOR</b>                        |                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                                 |                                       |
| Distímia  | 13             | 16              | 23              | 34              | 48              | 62              | 67              | 73              | 25.7                            | 1.7                                   |
| Perturbação depressiva major                        | 10             | 16              | 22              | 35              | 45              | 57              | 65              | 66              | 2.2                             | 0.4                                   |
| Perturbação bipolar                                 | 14             | 14              | 18              | 25              | 37              | 47              | 50              | 61              | 3.3                             | 0.4                                   |
| Qualquer perturbação do humor                       | 13             | 16              | 21              | 33              | 46              | 60              | 65              | 73              | 28.3                            | 1.8                                   |
| <b>PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS</b>        |                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                                 |                                       |
| Perturbação de oposição                             | 7              | 7               | 9               | 13              | 14              | 16              | 19              | 20              | 1.8                             | 0.3                                   |
| Perturbação explosiva intermitente                  | 8              | 10              | 13              | 16              | 29              | 38              | 49              | 63              | 4.4                             | 0.4                                   |
| Qualquer perturbação de controlo dos impulsos       | 6              | 7               | 9               | 13              | 17              | 27              | 33              | 38              | 10.5                            | 1.0                                   |
| <b>PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b>   |                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                                 |                                       |
| Abuso de álcool                                     | 17             | 19              | 21              | 23              | 37              | 61              | 61              | 61              | 11.5                            | 1.2                                   |
| Dependência de álcool                               | 16             | 17              | 20              | 22              | 27              | 38              | 51              | 51              | 1.6                             | 0.3                                   |
| Qualquer perturbação pela utilização de substâncias | 17             | 18              | 20              | 23              | 37              | 61              | 61              | 61              | 11.5                            | 1.2                                   |
| <b>QUALQUER PERTURBAÇÃO</b>                         |                |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                                 |                                       |
| Qualquer perturbação                                | 5              | 5               | 11              | 21              | 38              | 57              | 63              | 73              | 51.4                            | 2.2                                   |

**QUADRO 14** – FATORES PREDITIVOS DAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA AMOSTRA ESTUDADA, ESTRATIFICADOS POR ESCALÃO ETÁRIO

| PERTURBAÇÃO                      | LABEL                                 | TOTAL<br>OR | 18-34<br>OR | 35-49<br>OR | 50-64<br>OR | +65<br>OR |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| <b>PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b> |                                       |             |             |             |             |           |
|                                  | <b>Nível Educação</b>                 |             |             |             |             |           |
|                                  | Estudante                             | 1.020       | 0.975       | 1.538       | 0.997       | 0.712     |
|                                  | Baixo                                 | 0.553*      | 0.150       | 0.452       | 0.602       | 0.392     |
|                                  | Médio /Baixo                          | 0.897       | 0.578       | 1.347       | 1.357       | 0.265     |
|                                  | Médio                                 | 0.693       | 0.502       | 1.054       | 1.019       | 0.285     |
|                                  | Elevado                               | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000     |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p                 | 11.523      | 7.182       | 7.187       | 3.824       | 5.579     |
|                                  | <b>Género</b>                         |             |             |             |             |           |
|                                  | Feminino                              | 1.929*      | 1.828*      | 2.023*      | 1.567       | 3.289*    |
|                                  | Masculino                             | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000     |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p                 | 25.562      | 6.666       | 15.546      | 2.963       | 8.139     |
|                                  | <b>Grupos de Idade</b>                |             |             |             |             |           |
|                                  | 18-34                                 | 2.133*      | --          | --          | --          | --        |
|                                  | 35-49                                 | 1.590*      | --          | --          | --          | --        |
|                                  | 50-64                                 | 1.231*      |             |             |             |           |
|                                  | 65+                                   | 1.000       |             |             |             |           |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p                 | 27.269      |             |             |             |           |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade*Educação |             |             |             |             | 12.596    |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade*Género   |             |             |             |             | 2.233     |
| <b>PERTURBAÇÕES DO HUMOR</b>     |                                       |             |             |             |             |           |
|                                  | <b>Nível Educação</b>                 |             |             |             |             |           |
|                                  | Estudante                             | 0.976       | 1.014       | 1.296       | 0.914       | 0.924     |
|                                  | Baixo                                 | 0.448*      | 0.185*      | 0.588       | 0.485       | 0.633     |
|                                  | Médio /Baixo                          | 1.065       | 0.901       | 1.330       | 1.458       | 0.978     |
|                                  | Médio                                 | 1.426*      | 1.439       | 1.297       | 1.751       | 2.111     |
|                                  | Elevado                               | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000     |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p                 | 28.490      | 8.593       | 5.440       | 13.917      | 3.570     |
|                                  | <b>Género</b>                         |             |             |             |             |           |
|                                  | Feminino                              | 1.574*      | 1.280       | 2.536*      | 1.726       | 1.310     |
|                                  | Masculino                             | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000       | 1.000     |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p                 | 22.261      | 3.520       | 13.896      | 2.885       | 0.644     |
|                                  | <b>Grupos de Idade</b>                |             |             |             |             |           |
|                                  | 18-34                                 | 3.160*      | --          | --          | --          | --        |
|                                  | 35-49                                 | 1.260       | --          | --          | --          | --        |
|                                  | 50-64                                 | 0.881       | --          | --          | --          | --        |
|                                  | 65+                                   | 1.000       | --          | --          | --          | --        |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p                 | 101.85      | --          | --          | --          | --        |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade*Educação | --          | --          | --          | --          | 14.249    |
|                                  | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade*Género   | --          | --          | --          | --          | 6.292     |

(CONT.)

|   |  | TOTAL   | 18-34  | 35-49  | 50-64  | +65    |
|---|--|---------|--------|--------|--------|--------|
| PERTURBAÇÃO                                       | LABEL                                  | OR      | OR     | OR     | OR     | OR     |
| <b>PERTURBAÇÕES DE CONTROLO DOS IMPULSOS</b>      |  |         |        |        |        |        |
| <b>Nível Educação</b>                             |  |         |        |        |        |        |
|   | Estudante                              | 2.284   | 2.279  | 2.019  | --     | --     |
|   | Baixo                                  | 0.668   | --     | 1.005  | --     | --     |
|   | Médio /Baixo                           | 1.694   | 1.587  | 1.926  | --     | --     |
|   | Médio                                  | 1.146   | 1.021  | 1.459  | --     | --     |
|   | Elevado                                | 1.000   | 1.000  | 1.000  | --     | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p                  | 7.338   | 3.249  | 3.269  | --     | --     |
| <b>Género</b>                                     |  |         |        |        |        |        |
|   | Feminino                               | 0.578*  | 0.491* | 0.863  | --     | --     |
|   | Masculino                              | 1.000   | 1.000  | 1.000  | --     | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p                  | 6.126   | 7.270  | 0.159  | --     | --     |
| <b>Grupos de Idade</b>                            |  |         |        |        |        |        |
|   | 18-34                                  | 1.517*  | --     | --     | --     | --     |
|   | 35-49                                  | 1.000   | --     | --     | --     | --     |
|   | 50-64                                  | 1.000   | --     | --     | --     | --     |
|   | 65+                                    | 1.000   | --     | --     | --     | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p                  | 4.777   | --     | --     | --     | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade* Educação | --      | --     | --     | --     | 0.389  |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade* Género   | --      | --     | --     | --     | 1.564  |
| <b>PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b> |  |         |        |        |        |        |
| <b>Nível Educação</b>                             |  |         |        |        |        |        |
|   | Estudante                              | 1.414   | 1.698  | 0.834  | --     | --     |
|   | Baixo                                  | 0.564   | 1.555  | 0.133* | 2.423  | 0.158  |
|   | Médio /Baixo                           | 1.058   | 1.078  | 0.572  | 7.289  | --     |
|   | Médio                                  | 1.241   | 1.536  | 0.681  | 2.141  | 1.000  |
|   | Elevado                                | 1.000   | 1.000  | 1.000  | 1.000  | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p                  | 13.770  | 2.707  | 9.283  | 3.019  | 2.631  |
| <b>Género</b>                                     |  |         |        |        |        |        |
|   | Feminino                               | 0.143*  | 0.146* | 0.142* | 0.108* | --     |
|   | Masculino                              | 1.000   | 1.000  | 1.000  | 1.000  | 1.000  |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p                  | 139.64  | 42.233 | 27.268 | 4.499  | --     |
| <b>Grupos de Idade</b>                            |  |         |        |        |        |        |
|   | 18-34                                  | 19.278* | --     | --     | --     | --     |
|   | 35-49                                  | 8.648*  | --     | --     | --     | --     |
|   | 50-64                                  | 4.112*  | --     | --     | --     | --     |
|   | 65+                                    | 1.000   | --     | --     | --     | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p                  | 38.049  | --     | --     | --     | --     |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade* Educação | --      | --     | --     | --     | 34.122 |
|   | X <sup>2</sup> /DF/ p/ Idade* Género   | --      | --     | --     | --     | 40.667 |

## V. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

### A. ACESSO A SERVIÇOS

A proporção dos membros da amostra total que receberam cuidados de saúde mental nos 12 meses anteriores à realização da entrevista foi de 15%, o que significa que um pouco mais que um sexto da população utilizou serviços prestadores de cuidados de saúde mental. A enorme maioria (14.4% da amostra) recebeu estes cuidados através dos serviços de saúde, tendo os serviços fora do âmbito da saúde assegurado cuidados apenas a 1.6% da amostra (Quadro 15).

QUADRO 15 – TRATAMENTO POR GRAU DE GRAVIDADE

| TRATAMENTO                       | P. GRAVES |      | P. MODERADAS |      | P. LIGEIRAS |      | NENHUMA PERTURBAÇÃO |      | TOTAL |      |
|----------------------------------|-----------|------|--------------|------|-------------|------|---------------------|------|-------|------|
|                                  | %         | (se) | %            | (se) | %           | (se) | %                   | (se) | %     | (se) |
| MEDICINA GERAL E FAMILIAR        | 47.1      | 4.8  | 23.8         | 2.5  | 10.2        | 2.3  | 5.7                 | 0.7  | 9.8   | 0.7  |
| SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL         | 38.9      | 5.3  | 14.9         | 1.8  | 8.3         | 1.9  | 3.6                 | 0.5  | 6.6   | 0.6  |
| CUIDADOS DE SAÚDE                | 66.1      | 4.5  | 33.8         | 2.5  | 16.2        | 2.7  | 8.6                 | 0.9  | 14.4  | 0.8  |
| CUIDADOS FORA DO ÂMBITO DA SAÚDE | 6.0       | 1.8  | 3.2          | 0.9  | 2.5         | 0.7  | 1.0                 | 0.3  | 1.6   | 0.3  |
| QUALQUER TIPO DE TRATAMENTO      | 66.4      | 4.6  | 35.1         | 2.5  | 18.2        | 2.9  | 9.0                 | 0.8  | 15.0  | 0.8  |
| SEM TRATAMENTO                   | 33.6      | 4.6  | 64.9         | 2.5  | 81.8        | 2.9  | 91.0                | 0.8  | 85.0  | 0.8  |

Cuidados fora do âmbito da saúde incluem Cuidados de Aconselhamento (prestados por conselheiros religiosos ou espirituais ou por outro tipo de conselheiro fora dos serviços de saúde) bem como Medicina Alternativa e Complementar.  
Dimensão total da parte 2 da amostra, n=2060

Como se pode também ver no Quadro 15, a maior utilização de serviços verifica-se nos serviços de medicina geral e familiar, que atenderam 9.8% da população da amostra, enquanto os serviços especializados de saúde mental atenderam 6.6% da amostra. Naturalmente, muitas destas pessoas foram vistas nos dois níveis de serviços.

A percentagem dos pacientes que receberam cuidados é proporcional à gravidade das perturbações psiquiátricas: a percentagem de casos que receberam algum tipo de tratamento é de 18.2% nos casos ligeiros, 35.1% nos casos de gravidade moderada e 66.4% nos casos de maior gravidade. Estes números representam um *treatment gap* significativo em todos os graus de gravidade, que vai de 81.8% de casos sem tratamento nas perturbações ligeiras até 33.6% nas perturbações graves.

Um número importante de pessoas que não preencheram os critérios mínimos para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica (9% da amostra estudada) recebeu cuidados de saúde mental, tendo 5.7% sido seguidos a nível da medicina geral e familiar e 3.6% nos serviços especializados de saúde mental. Muitas das pessoas incluídas neste grupo, embora não cumpram os critérios requeridos para o diagnóstico de uma perturbação mental de acordo com a DSM-IV, poderão ter queixas emocionais de tipo ansioso ou depressivo que justifiquem a necessidade de cuidados. No entanto, a magnitude deste grupo aponta para a existência não só de um *treatment gap* significativo, como também para uma utilização pouco racional dos recursos existentes.

A comparação dos dados sobre acesso a tratamento de Portugal com os de outros países europeus (Wang et al. 2011) mostra que, no que diz respeito aos casos de maior gravidade, a percentagem de casos tratados no nosso país se encontra entre os valores mais altos encontrados na Europa: Irlanda do Norte, Portugal e Espanha têm percentagens de 72,8%, 66,1%, e 64,5% de casos tratados, respetivamente, enquanto outros países apresentam valores em redor dos 50%. No que diz respeito, contudo, aos casos ligeiros, verifica-se uma situação inversa, com Portugal apresentando uma prevalência tratada inferior à maioria dos outros países da Europa, enquanto que, relativamente aos casos moderados, Portugal tem valores sensivelmente iguais aos dos outros países. Tal como nos outros países europeus, em Portugal uma percentagem significativa de indivíduos sem qualquer perturbação da DSM-IV identificada nos últimos 12 meses (8,6%) recebeu tratamento a nível dos serviços, o que mostra existir também no nosso país uma utilização pouco racional dos serviços.

QUADRO 16 – TRATAMENTO PELO GRAU DE GRAVIDADE NA EUROPA (WANG ET AL. 2011) - % DE CASOS TRATADOS

| PAÍS             | P. LIGEIRAS | P. MODERADAS | P. GRAVES | NENHUMA PERTURBAÇÃO | TOTAL |
|------------------|-------------|--------------|-----------|---------------------|-------|
| PORTUGAL         | 16,2        | 33,8         | 66,1      | 8,6                 | 14,4  |
| ALEMANHA         | 27,9        | 30,5         | 49,7      | 5,4                 | 7,8   |
| BÉLGICA          | 28,2        | 50,0         | 53,9      | 7,2                 | 11,0  |
| BULGÁRIA         | 16,5        | 21,4         | 31,0      | 3,6                 | 5,6   |
| ESPAÑA           | 35,2        | 37,9         | 64,5      | 4,0                 | 7,3   |
| FRANÇA           | 22,3        | 35,7         | 63,3      | 7,8                 | 12,4  |
| HOLANDA          | 26,5        | 35,0         | 50,2      | 6,9                 | 10,7  |
| IRLANDA DO NORTE | 17,4        | 34,5         | 72,8      | 6,7                 | 14,2  |
| ITÁLIA           | 18,9        | 30,5         | ...       | 2,4                 | 4,5   |
| ROMÉNIA          | 14,4        | 17,4         | 36,4      | 1,8                 | 3,4   |

QUADRO 17 – PERCENTAGEM DE CASOS TRATADOS PELOS DIFERENTES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

|  | PSIQUIATRA     | OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL | MÉDICO DE FAMÍLIA | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE | PROFISSIONAIS DE ACONSELHAMENTO | MEDICINA COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA | QUALQUER PROFISSIONAL | QUALQUER TRATAMENTO |
|--|----------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| TIPO DE PERTURBAÇÃO                                  |                |                                    |                                       |                   |                                |                                 |                                     |                       |                     |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**                  | 11.996 (1.355) | 8.240 (1.290)                      | 16.691 (1.756)                        | 21.950 (1.731)    | 31.484 (2.171)                 | 1.860 (0.568)                   | 1.859 (0.524)                       | 3.475 (0.632)         | 32.633 (2.255)      |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DO HUMOR*                       | 21.741 (3.023) | 11.652 (1.827)                     | 28.809 (3.037)                        | 37.411 (2.116)    | 55.248 (2.445)                 | 3.117 (1.077)                   | 3.231 (0.926)                       | 5.963 (1.375)         | 57.056 (2.368)      |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS** | 7.067 (3.336)  | 6.998 (4.860)                      | 11.767 (5.444)                        | 16.998 (7.422)    | 26.111 (8.751)                 | 4.670 (2.855)                   | 2.398 (2.375)                       | 7.068 (3.746)         | 27.575 (7.988)      |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO**                               | 12.790 (1.356) | 7.622 (1.029)                      | 17.389 (1.680)                        | 23.742 (1.663)    | 34.491 (1.955)                 | 2.058 (0.564)                   | 1.665 (0.396)                       | 3.535 (0.595)         | 35.807 (1.959)      |
| SEM PERTURBAÇÃO**                                    | 2.173 (0.380)  | 1.560 (0.395)                      | 3.604 (0.510)                         | 5.840 (0.693)     | 8.676 (0.859)                  | 0.537 (0.162)                   | 0.491 (0.166)                       | 1.028 (0.267)         | 9.124 (0.811)       |
| TOTAL AMOSTRA PARTE II**                             | 4.513 (0.413)  | 2.896 (0.413)                      | 6.642 (0.571)                         | 9.786 (0.711)     | 14.365 (0.831)                 | 0.872 (0.193)                   | 0.750 (0.147)                       | 1.580 (0.264)         | 15.005 (0.796)      |

Os valores apresentados são percentagens com o erro padrão entre parênteses.

\* Indica Parte I ponderada  
\*\* Indica Parte II ponderada

O papel dos diferentes tipos de profissionais de saúde e dos diferentes níveis de cuidados no seguimento das pessoas com perturbações psiquiátricas pode ser melhor compreendido através dos dados incluídos no Quadro 17, que mostra as percentagens de doentes tratados por cada tipo de profissional e de nível de cuidados.

A percentagem de pessoas com qualquer tipo de perturbação psiquiátrica que recebeu algum tipo de tratamento é de 35.8%. Destes, a esmagadora maioria (34.5%) é tratada a nível dos serviços de saúde, enquanto apenas uma pequena parte (3.5%) é tratada noutro tipo de serviços, o que confirma a tendência já anteriormente mostrada através dos dados incluídos no Quadro 15. Comparando a percentagem de doentes tratados a nível da medicina geral e familiar (23.7%) com a percentagem tratada a nível dos cuidados especializados de saúde mental (17.4%), verifica-se que o primeiro nível trata uma parte mais significativa de doentes que o segundo. Por sua vez, comparando as percentagens de doentes tratados por psiquiatras e por outros profissionais de saúde mental, constatamos que os psiquiatras são responsáveis pelo seguimento de uma maior percentagem de doentes.

Esta distribuição relativa observa-se nos vários tipos de perturbação psiquiátrica. No entanto, o grupo dos doentes com perturbações depressivas é aquele em que se verificam percentagens mais elevadas de tratamento em todos os níveis de cuidados, seguidos pelas perturbações de ansiedade e as perturbações de abuso/dependência de álcool.

## B. NÚMERO DE CONSULTAS

O número de consultas realizadas nos 12 meses anteriores à entrevista é um indicador importante da qualidade de cuidados. Nos Quadros 18 e 19 podem ver-se a média e a mediana do número de consultas realizadas no ano anterior em relação aos diferentes tipos de perturbação psiquiátrica. O número médio das consultas no conjunto dos casos com perturbação mental (Quadro 18) é de 5,9 consultas nos últimos 12 meses. Este número é ligeiramente mais elevado nos casos de perturbações de ansiedade (6,6) que nos casos de perturbações depressivas (6,3). A nível da medicina geral e familiar encontrou-se uma média de 3,2 consultas, enquanto a nível dos serviços especializados de saúde mental encontrou-se uma média de 7,3 consultas.

QUADRO 18 – NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS NO ANO ANTERIOR POR TIPO DE PROFISSIONAL

| TIPO DE PERTURBAÇÃO                                  | PSIQUIATRA                  | OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL | MÉDICO DE FAMÍLIA           | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE | PROFISSIONAIS DE ACONSELHAMENTO | MEDICINA COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA | QUALQUER PROFISSIONAL      | QUALQUER TRATAMENTO         |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**                  | 4.253 (se = 0.446, n = 81)  | 9.787 (se = 2.169, n = 54)           | 7.888 (se = 1.353, n = 112)           | 3.479 (se = 0.425, n = 153) | 6.607 (se = 0.943, n = 218)    | -(se = -, n = 15)               | -(se = -, n = 14)                   | -(se = -, n = 26)          | 6.481 (se = 0.906, n = 226) |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DO HUMOR*                       | 3.993 (se = 0.447, n = 72)  | 11.744 (se = 3.123, n = 44)          | 7.764 (se = 1.445, n = 98)            | 3.346 (se = 0.326, n = 132) | 6.314 (se = 0.910, n = 192)    | -(se = -, n = 12)               | -(se = -, n = 11)                   | -(se = -, n = 21)          | 6.219 (se = 0.854, n = 199) |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS** | -(se = -, n = 5)            | -(se = -, n = 4)                     | -(se = -, n = 7)                      | -(se = -, n = 8)            | -(se = -, n = 13)              | -(se = -, n = 3)                | -(se = -, n = 1)                    | -(se = -, n = 4)           | -(se = -, n = 14)           |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO**                               | 3.883 (se = 0.357, n = 110) | 10.052 (se = 1.956, n = 68)          | 7.262 (se = 1.081, n = 151)           | 3.249 (se = 0.311, n = 213) | 5.898 (se = 0.702, n = 305)    | -(se = -, n = 20)               | -(se = -, n = 17)                   | 6.685 (se = 1.817, n = 34) | 5.780 (se = 0.669, n = 318) |
| SEM PERTURBAÇÃO**                                    | 4.782 (se = 1.147, n = 49)  | 6.401 (se = 1.668, n = 30)           | 5.654 (se = 1.070, n = 75)            | 2.227 (se = 0.134, n = 130) | 3.848 (se = 0.412, n = 186)    | -(se = -, n = 14)               | -(se = -, n = 12)                   | -(se = -, n = 26)          | 3.772 (se = 0.402, n = 201) |
| TOTAL AMOSTRA PARTE II**                             | 4.220 (se = 0.535, n = 159) | 8.519 (se = 1.364, n = 98)           | 6.582 (se = 0.633, n = 226)           | 2.774 (se = 0.178, n = 343) | 4.933 (se = 0.359, n = 491)    | 4.636 (se = 1.650, n = 34)      | -(se = -, n = 29)                   | 5.933 (se = 1.471, n = 60) | 4.828 (se = 0.342, n = 519) |

Os valores apresentados são médias com o erro padrão entre parênteses.

As perturbações com n não ponderado inferior a 30 não têm média.

\* Indica Parte I ponderada

\*\* Indica Parte II ponderada

## QUADRO 19 - MEDIANA DE CONSULTAS NO ANO ANTERIOR POR TIPO DE PROFISSIONAL

| TIPO DE PERTURBAÇÃO                                  | PSIQUIATRA                  | OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL | MÉDICO DE FAMÍLIA           | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE | PROFISSIONAIS DE ACONSELHAMENTO | MEDICINA COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA | QUALQUER PROFISSIONAL      | QUALQUER TRATAMENTO         |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**                  | 2.171 (se = 0.263, n = 81)  | 3.603 (se = 0.644, n = 54)           | 2.694 (se = 0.453, n = 112)           | 1.535 (se = 0.128, n = 153) | 2.270 (se = 0.238, n = 218)    | -(se = -, n = 15)               | -(se = -, n = 14)                   | -(se = -, n = 26)          | 2.179 (se = 0.249, n = 226) |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DO HUMOR*                       | 1.964 (se = 0.282, n = 72)  | 2.980 (se = 1.669, n = 44)           | 2.279 (se = 0.309, n = 98)            | 1.636 (se = 0.151, n = 132) | 1.988 (se = 0.243, n = 192)    | -(se = -, n = 12)               | -(se = -, n = 11)                   | -(se = -, n = 21)          | 1.941 (se = 0.223, n = 199) |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS** | -(se = -, n = 5)            | -(se = -, n = 4)                     | -(se = -, n = 7)                      | -(se = -, n = 8)            | -(se = -, n = 13)              | -(se = -, n = 3)                | -(se = -, n = 1)                    | -(se = -, n = 4)           | -(se = -, n = 14)           |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO**                               | 2.032 (se = 0.240, n = 110) | 3.648 (se = 0.637, n = 68)           | 2.498 (se = 0.529, n = 151)           | 1.471 (se = 0.102, n = 213) | 1.991 (se = 0.267, n = 305)    | -(se = -, n = 20)               | -(se = -, n = 17)                   | 2.875 (se = 0.515, n = 34) | 1.945 (se = 0.235, n = 318) |
| SEM PERTURBAÇÃO**                                    | 1.954 (se = 0.553, n = 49)  | 1.865 (se = 1.103, n = 30)           | 1.966 (se = 0.418, n = 75)            | 1.314 (se = 0.123, n = 130) | 1.645 (se = 0.110, n = 186)    | -(se = -, n = 14)               | -(se = -, n = 12)                   | -(se = -, n = 26)          | 1.614 (se = 0.119, n = 201) |
| TOTAL AMOSTRA PARTE II**                             | 1.996 (se = 0.233, n = 159) | 2.654 (se = 0.663, n = 98)           | 2.273 (se = 0.248, n = 226)           | 1.388 (se = 0.082, n = 343) | 1.799 (se = 0.004, n = 491)    | 1.850 (se = 0.402, n = 34)      | -(se = -, n = 29)                   | 2.576 (se = 0.439, n = 60) | 1.767 (se = 0.002, n = 519) |

Os valores apresentados são mediana com o erro padrão entre parênteses.

As perturbações com n não ponderado inferior a 30 não têm média.

\* Indica Parte I ponderada

\*\* Indica Parte II ponderada

As medianas são, respetivamente, 2.2, 1.9 e 1.9 em relação às perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e qualquer tipo de perturbação psiquiátrica (Quadro 19). O facto de as médias serem francamente superiores às medianas mostra que existe um pequeno grupo de grandes utilizadores, e um grupo, de muito maior dimensão, com um número modesto de consultas.

## C. QUALIDADE DOS CUIDADOS

As percentagens de casos que receberam cuidados adequados, de acordo com os critérios descritos na parte dedicada à metodologia, podem ver-se no Quadro 20.

Do conjunto das pessoas diagnosticadas com um qualquer tipo de perturbação psiquiátrica, 33.1% receberam cuidados adequados a nível do conjunto dos serviços de saúde. Analisando separadamente os casos seguidos a nível da medicina geral e familiar e a nível dos serviços especializados de saúde mental, constata-se que, no primeiro nível, 31.4% das pessoas receberam cuidados adequados, enquanto que, no segundo, esta percentagem foi de 48.6%.

Os valores encontrados no grupo das perturbações depressivas - 34.2%, 33.6% e 47.3% de cuidados adequados, respetivamente, no conjunto dos serviços de saúde, na medicina geral e familiar e nos serviços especializados de saúde mental - não se afastam muito dos valores relativos ao conjunto de todas as perturbações psiquiátricas. O mesmo sucede com as perturbações de ansiedade - com 36%, 35% e 52% - embora neste grupo se verifique um valor ligeiramente mais elevado de casos com tratamento adequado.

## QUADRO 20 – PERCENTAGEM DE CASOS COM TRATAMENTO ADEQUADO ENTRE PESSOAS SEGUIDAS POR PROFISSIONAIS

| TIPO DE PERTURBAÇÃO                                  | PSIQUIATRA     | OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL | MÉDICO DE FAMÍLIA | QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE | PROFISSIONAIS DE ACONSELHAMENTO | MEDICINA COMPLEMENTAR E ALTERNATIVA | QUALQUER PROFISSIONAL | QUALQUER TRATAMENTO |
|--|----------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**                  | 57.050 (6.584) | 64.139 (6.998)                       | 52.031 (5.588)                        | 34.998 (3.875)    | 35.970 (3.920)                 | - (-)                           | - (-)                               | - (-)                 | 34.705 (3.755)      |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO DO HUMOR*                       | 48.309 (5.716) | 64.266 (5.574)                       | 47.278 (4.707)                        | 33.578 (4.326)    | 34.169 (3.857)                 | - (-)                           | - (-)                               | - (-)                 | 33.087 (3.675)      |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS** | - (-)          | - (-)                                | - (-)                                 | - (-)             | - (-)                          | - (-)                           | - (-)                               | - (-)                 | - (-)               |
| QUALQUER PERTURBAÇÃO**                               | 51.062 (5.526) | 63.871 (6.532)                       | 48.613 (4.861)                        | 31.375 (3.484)    | 33.098 (3.423)                 | - (-)                           | - (-)                               | 41.954 (7.594)        | 31.881 (3.317)      |
| SEM PERTURBAÇÃO**                                    | 39.192 (8.906) | 37.874 (11.179)                      | 37.434 (7.133)                        | 18.639 (2.770)    | 22.214 (2.860)                 | - (-)                           | - (-)                               | - (-)                 | 21.123 (2.736)      |
| TOTAL AMOSTRA PARTE II**                             | 46.606 (4.981) | 52.953 (6.095)                       | 43.884 (4.098)                        | 25.449 (2.445)    | 27.974 (2.417)                 | 32.420 (12.374)                 | - (-)                               | 34.352 (6.867)        | 26.781 (2.354)      |

Os valores apresentados são mediana com o erro padrão entre parênteses.

As perturbações com n não ponderado inferior a 30 não têm média.

\* Indica Parte I ponderada

\*\* Indica Parte II ponderada

### D. FATORES PREDITIVOS DE TRATAMENTO E DE TRATAMENTO ADEQUADO

Alguns fatores sociodemográficos e alguns tipos de perturbação mental estão associados a uma maior ou menor probabilidade de tratamento. Conforme se pode ver no Quadro 21, no que respeita à idade, a probabilidade de receber tratamento é significativamente maior no grupo dos 50 - 64 anos de idade do que nos outros grupos etários.

Relativamente aos diferentes tipos de perturbação mental analisados – perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e perturbações por abuso/dependência de substâncias – todos eles estão associados a uma maior probabilidade de tratamento. Esta maior probabilidade é particularmente significativa no caso das pessoas com perturbações depressivas, que têm uma probabilidade 5,7 maior de receber tratamento do que as que não têm este diagnóstico.

As pessoas do grupo etário de 50-64 anos têm maior probabilidade de aceder a tratamento; por seu turno, as pessoas com mais de 50 anos de idade apresentam resultados mais favoráveis que as pessoas mais jovens no acesso a tratamento adequado, mas esta diferença não é estatisticamente significativa.

As pessoas com nível de educação elevado têm uma maior probabilidade de aceder a tratamento e de ter tratamento adequado, embora no que respeita à qualidade mínima do tratamento os resultados não atinjam significância estatística. Em relação ao nível de rendimento, não se apura qualquer influência na probabilidade de acesso a tratamento. No entanto, as pessoas com nível baixo e nível alto/médio têm menor probabilidade de tratamento adequado que os outros grupos.

Por seu turno, as pessoas que nunca casaram têm uma probabilidade particularmente baixa de ter qualquer tipo de tratamento e tratamento adequado. Pelo contrário, as pessoas separadas, viúvas e divorciadas têm uma probabilidade mais elevada de aceder a qualquer tipo de tratamento do que os outros grupos.



**QUADRO 21 - PREDITORES DE QUALQUER TIPO DE TRATAMENTO E DE TRATAMENTO ADEQUADO**

|   | QUALQUER TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS 12 MESES | QUALQUER TRATAMENTO MINIMAMENTE ADEQUADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES |
|---|--|---|
| <b>IDADE</b>  | <b>OR</b>                                | <b>OR</b>   |
| 18-34   | 0.9 (0.5, 1.6)                           | 0.4 (0.1, 2.0)  |
| 35-49   | 1.3 (0.7, 2.5)                           | 0.4 (0.1, 1.8)  |
| 50-64   | 2.2 (1.1, 4.5)                           | 1.2 (0.3, 5.1)  |
| 65+   | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 3 df = 13.2, P-Value = .004     | Wald-Chi 3 df = 4.5, P-Value = .210                           |
| <b>QUALQUER PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE</b>                  |  |   |
| SIM   | 1.6 (1.0, 2.5)                           | 2.2 (0.7, 6.6)  |
| NÃO   | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 1 df = 3.7, P-Value = .056      | Wald-Chi 1 df = 2.2, P-Value = .139                           |
| <b>QUALQUER PERTURBAÇÃO DO HUMOR</b>                      |  |   |
| SIM   | 5.7 (3.7, 8.7)                           | 0.7 (0.2, 2.2)  |
| NÃO   | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 1 df = 69.6, P-Value = .000     | Wald-Chi 1 df = 0.4, P-Value = .510                           |
| <b>QUALQUER PERTURBAÇÃO POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b> |  |   |
| SIM   | 3.0 (1.0, 8.6)                           | 0.8 (0.1, 4.4)  |
| NÃO   | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 1 df = 4.3, P-Value = .037      | Wald-Chi 1 df = 0.1, P-Value = .776                           |
| <b>EDUCAÇÃO</b>   |  |   |
| BAIXO   | 0.6 (0.3, 1.2)                           | 0.6 (0.2, 1.9)  |
| MÉDIO BAIXO   | 0.5 (0.3, 0.7)                           | 2.5 (0.7, 8.6)  |
| MÉDIO ALTO  | 0.3 (0.2, 0.6)                           | 1.0 (0.4, 3.1)  |
| ELEVADO   | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 3 df = 25.8, P-Value = .000     | Wald-Chi 3 df = 3.6, P-Value = .311                           |
| <b>RENDIMENTO</b>   |  |   |
| BAIXO   | 0.9 (0.5, 1.5)                           | 0.4 (0.1, 1.4)  |
| MÉDIO BAIXO   | 0.7 (0.4, 1.3)                           | 0.8 (0.2, 3.7)  |
| MÉDIO ALTO  | 0.9 (0.6, 1.3)                           | 0.2 (0.0, 0.9)  |
| ELEVADO   | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 3 df = 1.8, P-Value = .609      | Wald-Chi 3 df = 6.4, P-Value = .092                           |
| <b>ESTADO CIVIL</b>                                       |  |   |
| SOLTEIRO  | 0.5 (0.3, 0.9)                           | 0.5 (0.2, 1.3)  |
| SEPARADO/VIÚVO/DIVORCIADO                                 | 1.7 (1.0, 2.9)                           | 0.8 (0.3, 2.4)  |
| CASADO/UNIÃO DE FACTO                                     | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 2 df = 11.0, P-Value = .004     | Wald-Chi 2 df = 2.0, P-Value = .364                           |
| <b>GÉNERO</b>   |  |   |
| MASCULINO   | 0.7 (0.5, 1.1)                           | 0.5 (0.2, 1.2)  |
| FEMININO  | 1.0 (1.0, 1.0)                           | 1.0 (1.0, 1.0)  |
| SIGNIF.   | Wald-Chi 1 df = 2.7, P-Value = .100      | Wald-Chi 1 df = 2.7, P-Value = .103                           |

## QUADRO 22 – PERCENTAGEM DE HOMENS E MULHERES QUE UTILIZAM SERVIÇOS

|  | MULHERES    | HOMENS      |
|--|-------------|-------------|
| N                                      | 2217        | 1632        |
| <b>UTILIZAÇÃO AO LONGO DA VIDA</b>     | <b>48.8</b> | <b>27.6</b> |
| Psiquiatra                             | 19.1        | 10.9        |
| Outro Profissional de Saúde Mental     | 12.6        | 8.1         |
| Clínico Geral                          | 31.7        | 14.9        |
| Outro Médico                           | 6.2         | 2.9         |
| Não Convencional                       | 2.6         | 1.9         |
| Conselheiro Religioso ou Espiritual    | 2.4         | 1.0         |
| <b>UTILIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b> | <b>18.8</b> | <b>8.4</b>  |
| Psiquiatra                             | 6.3         | 3.1         |
| Outro Profissional de Saúde Mental     | 3.8         | 1.5         |
| Clínico Geral                          | 11.7        | 4.5         |
| Outro Médico                           | 2.2         | 1.2         |
| Não Convencional                       | 1.0         | 0.4         |
| Conselheiro Religioso ou Espiritual    | 0.8         | 0.3         |

As mulheres apresentam percentagens de tratamento muito superiores que os homens em todos os tipos de perturbação psiquiátrica (Quadro 22), apresentando também uma maior probabilidade que os homens de terem um tratamento adequado (Quadro 21).

### E. PRECOCIDADE DE TRATAMENTO

O tratamento precoce tem provado ter uma influência significativa na evolução da maior parte das perturbações mentais. Por esta razão, a avaliação do tempo que medeia entre o início das manifestações clínicas destas perturbações e o início do seu tratamento é um dado importante para a avaliação da acessibilidade aos cuidados e para o planeamento da melhoria da sua qualidade.

Os resultados incluídos no Quadro 23 revelam que, no primeiro ano após o início da doença, menos de metade dos casos inicia o tratamento, em todos os tipos de perturbação mental. A perturbação de pânico, a depressão major, a distímia e a perturbação de ansiedade generalizada são as perturbações em que se verifica uma maior percentagem de início de tratamento no primeiro ano (45.8%, 37.8%, 37.5% e 34.3%, respetivamente). As fobias e as perturbações ligadas a abuso/dependência de substâncias são as que apresentam percentagens menores. Aos cinquenta anos, o tratamento foi iniciado em cerca de 90% dos casos, com exceção dos casos de fobias específicas, fobia social e abuso de álcool, em que o tratamento foi iniciado em apenas cerca de 60% dos casos.

**QUADRO 23** – PERCENTAGEM DE INÍCIO DE TRATAMENTO NO 1º ANO E MEDIANA DO ATRASO NOS CASOS QUE INICIARAM TRATAMENTO

|   | % DE TRATAMENTO NO ANO DE INÍCIO | % DE TRATAMENTO AOS 50 ANOS | MEDIANA DO ATRASO (ANOS) | N   |
|---|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----|
| <b>I. PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b>                             |                                  |                             |                          |     |
| Perturbação de pânico   | 45,8                             | 93,8                        | 2                        | 64  |
| Perturbação de ansiedade generalizada                           | 34,3                             | 88,6                        | 3                        | 265 |
| Fobias específicas  | 3,8                              | 65,0                        | 34                       | 445 |
| Fobia social  | 7,5                              | 60,8                        | 18                       | 182 |
| Qualquer perturbação de ansiedade                               | 12,7                             | 82,6                        | 23                       | 748 |
| <b>II. PERTURBAÇÕES DO HUMOR</b>                                |                                  |                             |                          |     |
| Episódio depressivo major                                       | 37,8                             | 93,9                        | 4                        | 744 |
| Distímia  | 37,5                             | 89,0                        | 3                        | 115 |
| Perturbação bipolar   | 27,1                             | 84,2                        | 6                        | 96  |
| Qualquer perturbação do humor                                   | 35,3                             | 93,7                        | 5                        | 796 |
| <b>III. PERTURBAÇÕES POR UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS</b>          |                                  |                             |                          |     |
| Abuso de álcool <sup>1</sup>                                    | 3,0                              | 55,2                        | 29                       | 215 |
| Abuso de álcool com dependência <sup>1</sup>                    | 4,3                              | 90,3                        | 21                       | 40  |
| Qualquer perturbação por utilização de substâncias <sup>1</sup> | 2,1                              | 59,6                        | 29                       | 221 |

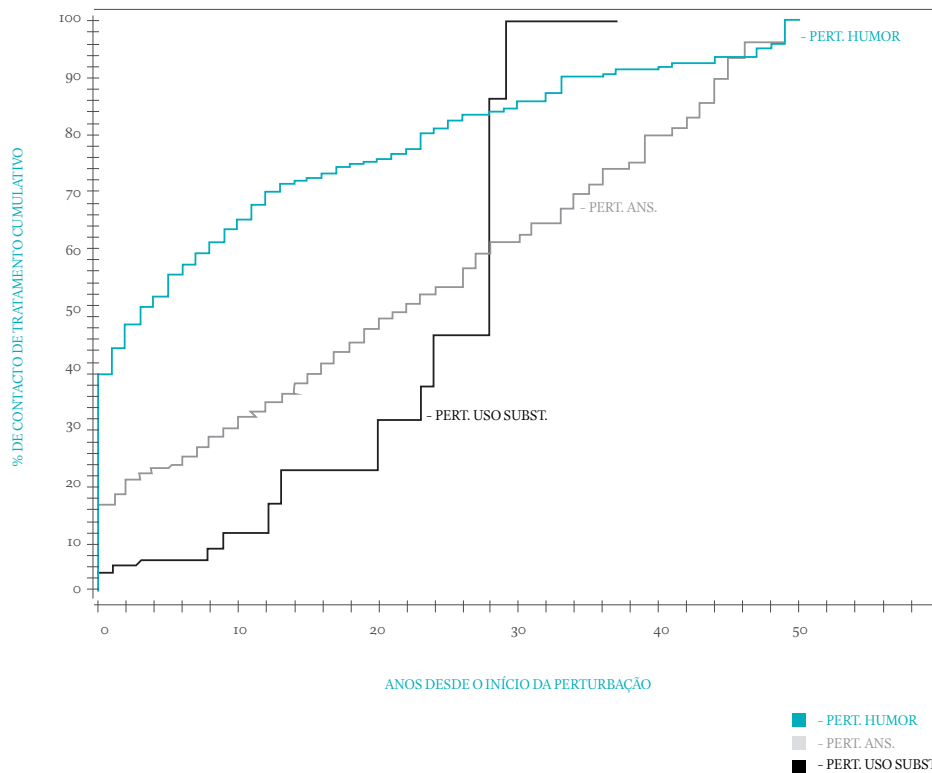
<sup>1</sup> Avaliado na amostra Parte II

A mediana do atraso verificado no início de tratamento, também incluída no Quadro 23, mostra bem a dimensão deste problema. Se o atraso verificado nos casos de fobia, e, embora em menor escala, nos casos de perturbações por abuso/dependência de substâncias, não surpreendem, já atrasos de 2 e 3 anos nos casos de perturbação de pânico e de perturbação de ansiedade generalizada não podem deixar de constituir motivo de preocupação. O mesmo se pode dizer dos atrasos verificados nos casos de perturbações depressivas: 3, 4 e 6 anos, respetivamente, na distímia, depressão major e perturbação bipolar.

Na Figura 1 pode observar-se a evolução do início de tratamento dos diferentes tipos de perturbação psiquiátrica ao longo do tempo. As perturbações depressivas são as que começam o tratamento em maior percentagem no início da doença, seguidas das perturbações de ansiedade e, mais abaixo, das perturbações por uso de substâncias.

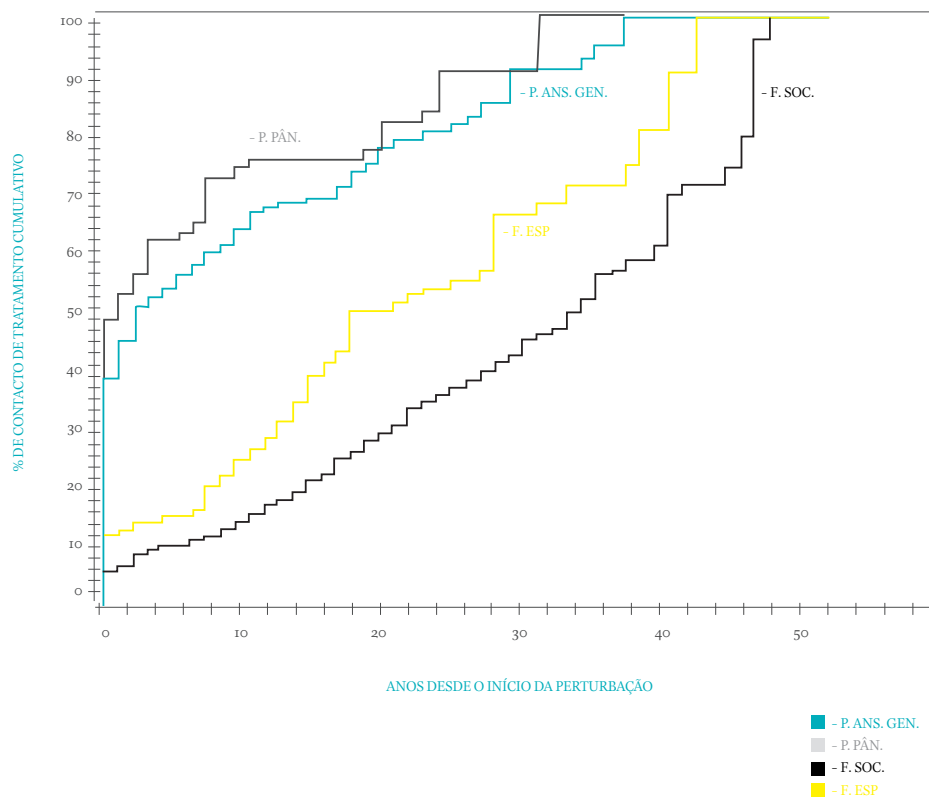
Tanto o grupo das perturbações de ansiedade como o grupo das perturbações depressivas vão aumentando progressivamente a percentagem de casos tratados ao longo do tempo, só se aproximando dos 100% de casos tratados aos 50 anos. No entanto, as perturbações depressivas vão tendo uma maior percentagem de casos tratados que os casos de ansiedade ao longo de praticamente todo o tempo.

**FIGURA 1** – PERCENTAGEM CUMULATIVA DE CONTACTO DE TRATAMENTO DE QUALQUER TIPO DE PERTURBAÇÃO A PARTIR DO ANO DE COMEÇO



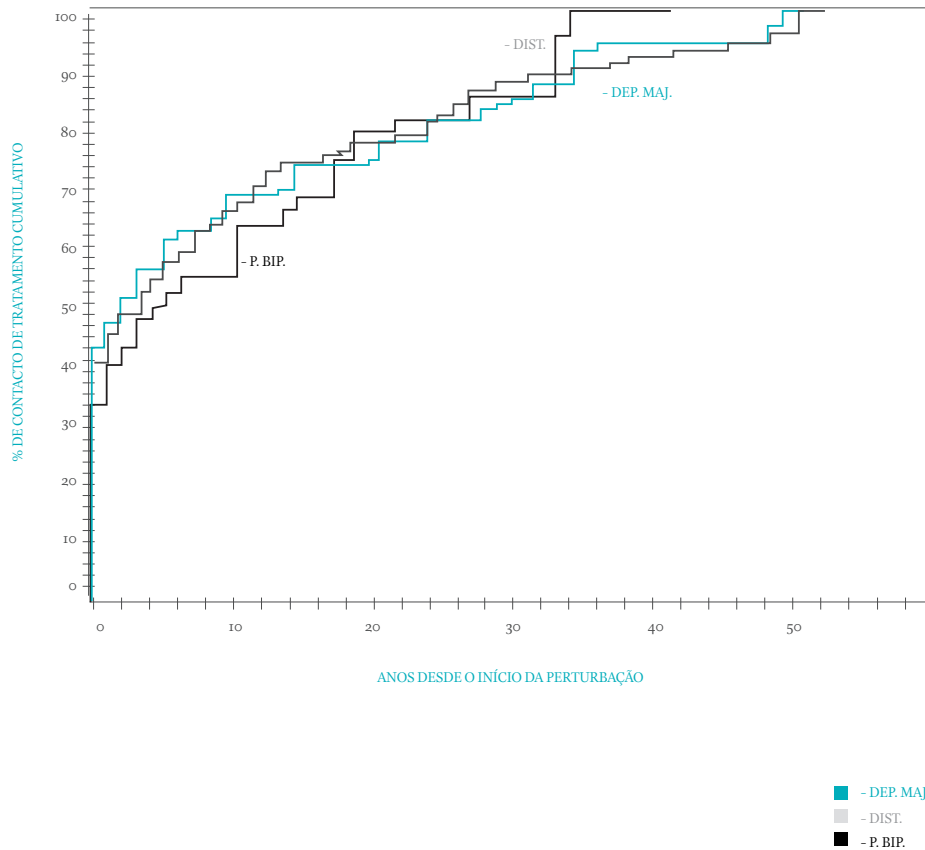
A Figura 2 mostra a evolução verificada nas perturbações de ansiedade, verificando-se, como seria de esperar, um atraso do início de tratamento progressivamente maior a partir da perturbação de pânico, passando pela perturbação de ansiedade generalizada, as fobias específicas e finalmente a fobia social.

**FIGURA 2** – PERCENTAGEM CUMULATIVA DE CONTACTO DE TRATAMENTO DE PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE A PARTIR DO ANO DE COMEÇO

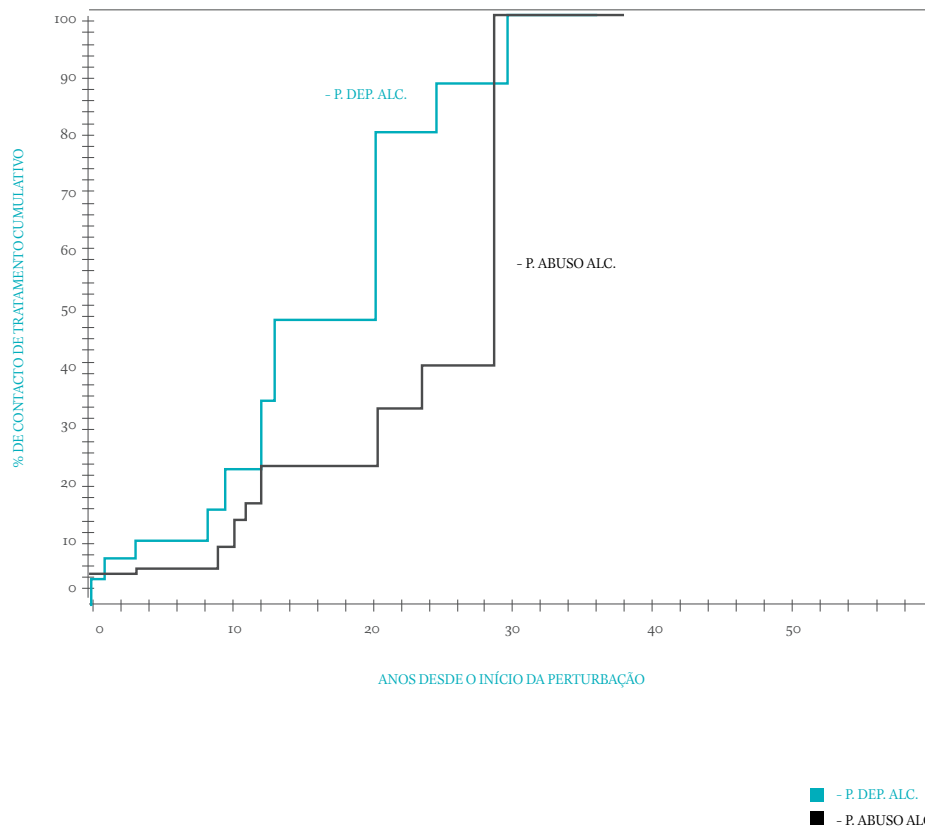


Já no caso das perturbações depressivas (Figura 3), a evolução é muito semelhante, embora a perturbação bipolar comece com uma percentagem de casos tratados um pouco inferior, mas acabe por se aproximar mais cedo dos 100% de casos tratados.

**FIGURA 3** – PERCENTAGEM CUMULATIVA DE CONTACTO DE TRATAMENTO DE PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS A PARTIR DO ANO DE COMEÇO



**FIGURA 4** – PERCENTAGEM CUMULATIVA DE CONTACTO DE TRATAMENTO DE PERTURBAÇÕES POR USO DE SUBSTÂNCIAS A PARTIR DO ANO DE COMEÇO



## F. USO DE PSICOFÁRMACOS

Os dados sobre uso de psicofármacos (Quadro 24) confirmam a existência de um elevado consumo de psicofármacos em Portugal. Nos 12 meses anteriores à realização da entrevista, quase um quarto (23,4 %) das mulheres e um décimo (9,8 %) dos homens da população geral tinham tomado ansiolíticos, números que, no caso das mulheres, são os mais altos na Europa e, no caso dos homens, se encontram entre os três mais altos (Kovess et al., em publicação).

Os ansiolíticos foram tomados por 33,1% das mulheres e 24,7% dos homens com diagnóstico de perturbações de ansiedade. Curiosamente, estas percentagens são mais elevadas entre as pessoas com diagnósticos de perturbações depressivas: 50% das mulheres e 31,8% dos homens com este tipo de perturbações referem tomar ansiolíticos.

O uso de antidepressivos verificou-se em 13,2% das mulheres e 3,9% dos homens da população geral nos 12 meses anteriores. Entre as pessoas com perturbações depressivas, o uso de antidepressivos verificou-se em 38,2 % das mulheres e 24,5 % dos homens, enquanto nas pessoas com perturbações de ansiedade o uso de antidepressivos se registou em 22,4 % das mulheres e 11,8% dos homens.

As percentagens de uso de antipsicóticos são naturalmente muito mais baixas do que as de uso de ansiolíticos e antidepressivos. Mesmo assim, na população geral, 3,0% de mulheres e 1,7% dos homens, respetivamente, tomaram antipsicóticos nos 12 meses antes da entrevista. Por seu turno, entre as pessoas com perturbações depressivas estes valores subiram para 9,0% e 6,4%, enquanto entre as pessoas com perturbações de ansiedade se verificaram valores de 6,3% e 5,9%. Finalmente, os estabilizadores de humor foram consumidos por 0,7% das mulheres e 0,5% dos homens da população geral, 4,1% das mulheres e 0,9% dos homens com perturbações depressivas, e 1,2% das mulheres e 1,0% dos homens com perturbações de ansiedade.

**QUADRO 24** – PERCENTAGEM DE MULHERES E HOMENS QUE USARAM PSICOFÁRMACOS NOS 12 MESES ANTERIORES À ENTREVISTA

|   | MULHERES<br>(N=2217) | HOMENS<br>(N=1632) |
|---|----------------------|--------------------|
| <b>POPULAÇÃO GERAL*</b>                                       |                      |                    |
| Antidepressivos   | 13,2                 | 3,9                |
| Antipsicóticos  | 3,0                  | 1,7                |
| Benzodiazepinas   | 24,3                 | 9,8                |
| Estabilizadores do humor                                      | 0,7                  | 0,5                |
| <b>ENTREVISTADOS COM QUALQUER PERTURBAÇÃO DO HUMOR**1</b>     |                      |                    |
|   | (n=255)              | (n=71)             |
| Antidepressivos   | 38,2                 | 24,5               |
| Antipsicóticos  | 9,0                  | 6,4                |
| Benzodiazepinas   | 50,0                 | 31,8               |
| Estabilizadores do humor                                      | 4,1                  | 0,9                |
| <b>ENTREVISTADOS COM QUALQUER PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**2</b> |                      |                    |
|   | (n=439)              | (n=136)            |
| Antidepressivos   | 22,4                 | 11,8               |
| Antipsicóticos  | 6,3                  | 5,9                |
| Benzodiazepinas   | 33,1                 | 24,7               |
| Estabilizadores do humor                                      | 1,2                  | 1,0                |

Os dados apresentados são da amostra da Parte I do estudo

<sup>1</sup>Qualquer perturbação do humor inclui: episódio depressivo maior e distímia com hierarquia.

<sup>2</sup>Qualquer perturbação de ansiedade inclui: perturbação de pânico, fobias específicas, fobia social, agorafobia, ansiedade generalizada com hierarquia, e perturbação de stress pós-traumático.



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental foi o primeiro estudo a avaliar a epidemiologia das perturbações psiquiátricas numa amostra representativa da população adulta de Portugal.

Os resultados do estudo mostram que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada: mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar. Neste aspeto, Portugal distingue-se significativamente de todos os outros países do sul da Europa, que, sem exceção, apresentam prevalências muito mais baixas que os países do norte (Wang et al., 2011).

As perturbações de ansiedade são o grupo que apresenta uma prevalência mais elevada no nosso país (16.5%) e que mais contribuem para que, em conjunto com a Irlanda do Norte, nos distingamos dos outros países da Europa em relação à prevalência das perturbações psiquiátricas. Seguem-se as perturbações depressivas, as perturbações de controlo de impulsos e por abuso de substâncias, todas elas com valores mais próximos dos encontrados nos outros países europeus.

As mulheres, os grupos de menor idade, e as pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior frequência de perturbações psiquiátricas. Enquanto as mulheres apresentam mais perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, os homens apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias. As pessoas com nível médio-baixo de educação apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias.

Relativamente à prevalência da vida prévia, a comparação com os resultados já publicados de outros países participantes no WMHSI evidencia que a taxa em Portugal só foi ultrapassada pelos EUA (47.4%), sendo superior a todos os outros países da Europa Ocidental envolvidos no projeto, nomeadamente Espanha (19.4%) e Itália (18.1%).

As mulheres beneficiam mais frequentemente de cuidados de saúde mental. O mesmo acontece com as pessoas separadas e viúvas, que apresentam igualmente uma associação mais frequente com perturbações de maior gravidade.

De sublinhar ainda que, no nosso país, o nível de rendimento, tal como foi estimado no estudo, não mostra associações significativas com as variáveis de morbilidade psiquiátrica.

Uma das inovações importantes deste estudo é o facto de incluir a avaliação da utilização de serviços e do uso de psicofármacos, e de permitir cruzar estes dados com os dados do diagnóstico psiquiátrico e de gravidade. Os resultados mostram que, no ano anterior às entrevistas, 15% da população da amostra recebeu cuidados de saúde por queixas do foro psiquiátrico. Estes cuidados foram prestados na grande maioria dos casos pelos serviços de saúde, desempenhando os outros tipos de prestadores de cuidados (conselheiros religiosos ou espirituais ou outro tipo de conselheiros fora dos serviços de saúde; medicina alternativa e complementar) um papel muito pouco significativo. Com seria de esperar, os cuidados de medicina geral e familiar têm um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde mental, assegurando o seguimento de um número maior de casos do que os cuidados especializados.

Um número importante de pessoas (quase 65%) com uma perturbação psiquiátrica não teve qualquer tratamento nos 12 meses anteriores. A brecha de tratamento (*treatment gap*), que mede a diferença entre a percentagem de pessoas que necessitam de tratamento e a percentagem das que realmente a ele têm acesso,

é, naturalmente, mais pronunciado nos casos de menor gravidade. No entanto, mesmo nos casos mais graves há mais de um terço dos casos que não teve acesso a tratamento, o que não pode deixar de ser causa de preocupação. De referir, contudo, que a comparação com os outros países europeus (Wang et al., 2011) deixa Portugal numa posição confortável no que diz respeito ao acesso a cuidados dos casos de maior gravidade, dado ocuparmos, neste domínio específico, em conjunto com a Irlanda do Norte e Espanha, os três primeiros lugares na lista dos países europeus que realizaram um estudo semelhante. Uma situação menos favorável verifica-se nas perturbações ligeiras, em que a percentagem de casos tratados em Portugal é francamente inferior à dos outros países. Ligando estes dados com a alta prevalência das perturbações de ansiedade que nem sempre requerem cuidados (casos, por exemplo, de fobias específicas e de fobia social), poderá colocar-se a hipótese de uma parte significativa do *treatment gap* no grupo das perturbações ligeiras estar associado a estes tipos de perturbação.

Um número significativo das pessoas que recebeu cuidados no ano anterior à entrevista não apresentava qualquer perturbação psiquiátrica, de acordo com os critérios de diagnóstico do CIDI. Como já referido anteriormente, é altamente provável que muitas destas pessoas tivessem queixas de ansiedade e/ou depressão, mas sem atingir o limiar requerido para um diagnóstico de perturbação psiquiátrica da DSM - IV. Embora em alguns casos o sofrimento associado a estas queixas possa justificar a utilização de serviços, estes números apontam, de qualquer modo, para uma utilização pouco racional dos serviços disponíveis.

A medicina geral e familiar é o setor dos serviços de saúde a que mais pessoas com perturbações psiquiátricas têm acesso, e nos serviços especializados de saúde mental os psiquiatras são os profissionais que seguem um maior número de doentes. O seguimento das pessoas com perturbações psiquiátricas apresenta, no entanto, como seria de esperar, padrões diferentes na medicina geral e familiar e nos serviços especializados. Enquanto no primeiro nível de cuidados, cada doente tem, em média, cerca de 3 consultas/ano, nos serviços especializados este número é duas vezes maior.

Em termos de qualidade de cuidados, apenas cerca de um terço dos casos recebeu cuidados que cumpriam todos os critérios requeridos para os cuidados serem considerados adequados, sendo a percentagem encontrada nos serviços especializados mais alta do que a encontrada na medicina geral e familiar. Estes resultados devem ser considerados com cautela, dadas as limitações do método utilizado. No entanto, esta primeira abordagem, num estudo de epidemiologia psiquiátrica, de um problema tão complexo como é a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde mental, sugere que, além dos problemas de acesso a cuidados, poderão existir também problemas de qualidade nos cuidados prestados em Portugal.

O estudo mostra que nem todas as pessoas com perturbações psiquiátricas têm a mesma probabilidade de receber tratamento. As mulheres, as pessoas que têm entre 50 e 64 anos, as que sofrem de perturbações depressivas, as que têm um nível educacional mais alto e as que são separadas ou viúvas são as que mais frequentemente recebem algum tipo de tratamento. O nível de rendimento parece não ter influência na probabilidade de acesso a tratamento. No entanto, as pessoas com nível baixo e nível alto/médio têm menor probabilidade de tratamento adequado que os outros grupos.

De notar ainda que as pessoas que nunca casaram têm uma probabilidade particularmente baixa de ter qualquer tipo de tratamento e tratamento adequado.

Os resultados sobre o tempo que medeia entre o começo das perturbações psiquiátricas e o momento em que se inicia o seu tratamento são certamente dos mais surpreendentes e preocupantes do estudo. Um ano após o começo da doença, mais de metade dos doentes ainda não tinha tido qualquer tratamento. A mediana do tempo de espera para início de tratamento é de 4 anos nos casos de depressão major e de 2 e 3 anos nos casos de perturbação de pânico e de perturbação de ansiedade generalizada.

Os dados sobre o uso de psicofármacos revestem-se de uma importância muito grande, uma vez que, pela primeira vez, foi possível avaliar a real magnitude do uso de medicamentos numa amostra representativa da população portuguesa e compreender como se distribui este uso entre os vários diagnósticos psiquiátricos.

O estudo confirma o elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa. Quase um quarto das mulheres e um décimo dos homens da população geral referem o uso de ansiolíticos no ano anterior. Os ansiolíticos são tomados não só por pessoas com o diagnóstico de perturbações de ansiedade, mas também, e até em maior percentagem, por pessoas com o diagnóstico de perturbações depressivas.

O uso de antidepressivos é menos frequente, mas, mesmo assim, mais de um décimo das mulheres e quase 4% dos homens da população geral usou estes medicamentos nos 12 meses anteriores, quer por perturbações depressivas, quer por perturbações de ansiedade.

As percentagens de uso de antipsicóticos e de estabilizadores de humor são naturalmente muito mais baixas: 3% de mulheres e 1.7% dos homens no primeiro grupo, 0.7% das mulheres e 0.5% dos homens no segundo grupo.

A comparação dos resultados obtidos nos dez países europeus onde se realizou um estudo nacional com a mesma metodologia (Kovess et al., em publicação) mostra que Portugal é um dos países com maior uso de psicofármacos, sobretudo entre as mulheres. Na verdade, as mulheres portuguesas apresentam o valor mais alto de uso de ansiolíticos e antidepressivos e encontram-se em segundo lugar no uso de antipsicóticos e de estabilizadores de humor, enquanto os homens portugueses ocupam o segundo lugar no uso de ansiolíticos e antipsicóticos, o terceiro lugar no uso de estabilizadores de humor e o quarto no uso de antidepressivos.

Algumas limitações do estudo podem ter influenciado os resultados descritos neste relatório. Em primeiro lugar, a exclusão da amostra de residentes em lares, hospitais e instituições psiquiátricas, militares residindo em instituição militar, indivíduos presos, indivíduos não fluentes em Português e indivíduos sem capacidade de participar na entrevista pode ter contribuído para reduzir a prevalência de perturbações psiquiátricas encontrada no estudo. Uma contribuição no mesmo sentido poderá ter resultado da possibilidade de os indivíduos com perturbações psiquiátricas poderem ser mais relutantes que os outros em participar em estudos deste tipo.

Uma segunda limitação poderá estar associada à possibilidade de ter havido uma subavaliação da prevalência por dificuldades de alguns entrevistados em falar de comportamentos sentidos como embaraçosos.

Uma terceira limitação resulta do facto de o WMHS-CIDI, o instrumento utilizado, ser uma entrevista estruturada realizada por não profissionais. De notar, porém, que um estudo de reavaliação clínica com o SCID mostrou, em geral, um bom grau de concordância entre o CIDI e o SCID, bem como estimativas conservadoras de prevalência em comparação com o SCID (Kessler et al., 2004).

Uma quarta limitação, finalmente, tem a ver com o facto de o estudo não incluir o diagnóstico específico de algumas categorias nosológicas importantes da DSM-IV, nomeadamente de esquizofrenia e outras psicoses não afetivas.

A exclusão destes diagnósticos resultou dos reconhecidos problemas de validade das avaliações destes casos quando se utilizam questionários estruturados aplicados por não profissionais. Sabe-se que a grande maioria dos doentes que sofrem de esquizofrenia e outras psicoses não afetivas preenchem os critérios do CIDI para as perturbações de ansiedade, perturbações depressivas ou perturbações de uso de substâncias, pelo que é altamente provável que tenham acabado por ser considerados como casos de perturbação psiquiátrica, não afetando os dados gerais de prevalência. No entanto, a ausência de dados específicos sobre este grupo de patologia constitui uma falta importante, que importa reparar através de estudos futuros baseados em metodologias diferentes.

De qualquer forma, parece legítimo pensar que, a ter havido algum viés na avaliação da prevalência de perturbações psiquiátricas da DSM-IV, ele tenha sido mais no sentido da sub que da sobreavaliação. O facto de não existirem outros estudos da morbilidade psiquiátrica em amostras representativas da população portuguesa limita a possibilidade de comparação dos resultados obtidos com os de outros estudos. Contudo, merece ser realçado o facto de estes resultados serem, não só consistentes com a altíssima percentagem de pessoas que, no nosso país, referem o uso de psicofármacos, em comparação com a média europeia, como também altamente concordantes com a elevada prevalência de indivíduos que, de acordo com o Eurobarómetro 73.2 em 2010, referem ter consultado, no ano anterior, os serviços de saúde por queixas de ansiedade ou depressão, em Portugal ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_345\\_fact\\_pt\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_fact_pt_pt.pdf)).

Resta, ainda assim, a questão de como explicar uma prevalência tão elevada, e tão diferentes da encontrada nos outros países do sul da Europa. Estará a população portuguesa exposta a mais fatores de vulnerabilidade e/ou menos fatores de proteção em relação às doenças mentais que levem a uma maior frequência de patologia psiquiátrica entre nós? Assim sendo, qual a natureza e o papel dos fatores envolvidos? Poderão também os resultados encontrados ser explicados pela existência, na nossa cultura, de padrões específicos de perceção e manifestação das queixas do foro emocional que levem a uma maior expressão dos sintomas que estão na base dos diagnósticos de doença mental? Não temos, de momento, respostas definitivas para estas questões, o que reforça ainda mais a necessidade de se desenvolverem, no futuro, novos estudos de epidemiologia psiquiátrica em Portugal.

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental faz parte, como referimos anteriormente, da *World Mental Health Surveys Initiative* (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). No âmbito desta iniciativa mundial, estudos epidemiológicos nacionais foram desenvolvidos com base na mesma metodologia em mais de 30 países, de todos os continentes. Pela primeira vez, foi possível obter informação fiável sobre as necessidades de cuidados de saúde mental das populações de muitos destes países, o que facilita a geração de compromissos políticos por parte dos seus governantes na promoção de medidas destinadas a melhorar a saúde mental das populações. Pela primeira vez também, tornou-se possível comparar os dados de países com níveis de desenvolvimento e características sociais e culturais muito diversas, o que contribui para aumentar o nosso conhecimento sobre os fatores envolvidos na etiologia e evolução das doenças mentais.

Com financiamento da União Europeia, iniciou-se em 2009 um projeto com o objetivo de analisar os dados dos 10 países da Europa que desenvolveram estudos nacionais no âmbito da WMHSI, em torno de 3 eixos: a carga das doenças mentais na Europa, doenças mentais e género na Europa, doenças mentais e desigualdades na Europa. Muitos dos resultados deste projeto estão ainda em publicação neste momento, mas as *Fact Sheets* publicadas em 2012 (<http://www.eu-wmh.org/>) apresentam já alguns dados que mostram bem as contribuições significativas que é legítimo esperar deste projeto para a compreensão dos problemas de saúde mental a nível da Europa.

A análise dos dados obtidos no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental tem, por estas razões, sido desenvolvida a três níveis diferentes – nacional, europeu e mundial. Neste primeiro Relatório tentámos reunir as contribuições mais relevantes do Estudo para o conhecimento da morbilidade psiquiátrica, fatores associados, gravidade e utilização de serviços em Portugal. Esperamos que estas contribuições possam ser úteis para profissionais, investigadores, decisores políticos, pessoas com problemas de saúde mental, familiares e público em geral. Esperamos igualmente que aqueles que leram este Relatório se sintam interessados em ler o segundo Relatório, a publicar no próximo ano, que incluirá análises mais detalhadas sobre os aspetos específicos das diferentes perturbações psiquiátricas no nosso país, o seu impacto a nível de incapacidades, comorbilidade, vida familiar, educação e rendimentos, bem como sobre a comparação dos dados nacionais com os de outros países.

## PUBLICAÇÕES RESULTANTES DO ESTUDO

Até ao momento da publicação deste Relatório foram publicados ou submetidos para publicação artigos e capítulos de livros, onde se poderá encontrar uma análise mais aprofundada dos dados apresentados neste Relatório, bem como a comparação de dados do Estudo Nacional com os dos estudos realizados com a mesma metodologia noutros países. Estes trabalhos, que se baseiam na análise da base de dados nacionais ou na análise das bases de dados europeia e mundial da WMHSI, são os seguintes:

### ARTIGOS

1. Alonso J, Vilagut G, Adroher ND, Chatterji S, He Y, Andrade LH, Bromet E, Bruffaerts R, Fayyad J, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, Hinkov H, Hu C, Iwata N, Lee S, Levinson D, Lépine JP, Matschinger H, Medina-Mora ME, O'Neill S, Hormel J, Posada-Villa JA, Ismet Taib N, **Xavier, M**, Kessler RC. Disability mediates the impact of common conditions on perceived health. *PLoS One*. 2013 Jun 6;8 (6):e65858
2. Alonso J, Vilagut G, Bruffaerts R, Bunting B, **Xavier, M**, Florescu S, Gabilondo A, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Hinkov H, Kovess V, Ortega N. Mood Disorders and Suicidal behaviours in 10 European countries: Results of the World Mental Health (WMH) surveys (Submetido para publicação).
3. Boyd A, Van de Velde S, Villagut G, Alonso J, De Graaf R, Florescu S, **Caldas de Almeida JM**, Vivane Kovess-Masfety. Are there gender differences in services use for mental health disorders across EU countries? Results from the WMH Europe survey. (Submetido para publicação)
4. Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., Alonso, J., Alhamzawi, A., Andrade, L.H., Benjet, C., Bromet, E., Bunting, B., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E.G., Lepine, J.P., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Varghese, M., Williams, D.R., **Xavier, M**, Kessler, R.C. (2012). Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *British Journal of Psychiatry*, 200, 454-461.
5. **Cardoso G, Caldas de Almeida JM, Xavier M**, Alonso J. Days Out of Role due to Common Physical and Mental Conditions in Portugal: Results from the WHO World Mental Health Survey (submetido para publicação)
6. Fullana MA, Vilagut G, Mataix-Cols D, Adroher ND, Bruffaerts R, Bunting B, **de Almeida JM**, Florescu S, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess V, Alonso J. Is ADHD in childhood associated with lifetime hoarding symptoms? An epidemiological study. *Depress Anxiety*. 2013 Apr 19. doi: 10.1002/da.22123.
7. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, **Caldas-de-Almeida JM**, Chiu WT, de Girolamo G, de Graaf R, Fayyad J, Ferry F, Florescu S, Gureje O, Hu C, Lakoma MD, Leblanc W, Lee S, Levinson D, Malhotra S, Matschinger H, Medina-Mora ME, Nakamura Y, Oakley Browne MA, Okoliyski M, Posada-Villa J, Sampson NA, Viana MC, Kessler RC. Early-Life Mental Disorders and Adult Household Income in the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2012 Apr 20.

8. Kessler RC, McLaughlin KA, Koenen KC, Petukhova M, Hill ED; WHO World Mental Health Survey Consortium. The importance of secondary trauma exposure for post-disaster mental disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2012 Mar; 21(1):35-45.
  
9. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, **Xavier M**. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 2013 May 1;73(9):904-14.
  
10. Kovess Masfety V, Van de Velde S, Boyd A, De Graaf R, Vilagut G, Haro J, Florescu S, O'Neill S, Weinberg L, **Xavier M**, Alonso J. Gender differences in mental health disorders and suicidality: results from a large European population-based study. (Submetido para publicação)
  
11. Kovess, Van de Velde S, Boyd A, Pivette M, **Caldas de Almeida JM**, Lépine J.P. O'Neill S., Alonso J. Gender difference in psychotropic use in Europe. (Sumetido para publicação)
  
12. McDowell RD, Ryan A, Bunting BP, O'Neill SM, Alonso J, Bruffaerts R, de Graaf R, Florescu S, Vilagut G, **de Almeida JM**, de Girolamo G, Haro JM, Hinkov H, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Tomov T. Mood and anxiety disorders across the adult lifespan: a European perspective. *Psychol Med.* 2013 May 31:1-16.
  
13. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Angermeyer MC, Benjet C, Bromet EJ, Bruffaerts R, **Caldas-de-Almeida JM**, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hinkov HR, Horiguchi I, Hu C, Karam AN, Kovess-Masfety V, Lee S, Murphy SD, Nizamie SH, Posada-Villa J, Williams DR, Kessler RC. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry.* 2012 Apr; 200(4):290-9.
  
14. Pinto-Meza A, Moneta MV, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, **Caldas de Almeida JM**, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Kovess Masfety V, O'Neill S, Vassilev S, Haro JM. Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Feb; 48(2):173-81.
  
15. Shahly V, Chatterji S, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, Bruffaerts R, Bunting B, **Caldas-de-Almeida JM**, de Girolamo G, de Jonge P, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hinkov HR, Hu C, Karam EG, Lépine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Posada-Villa J, Sampson NA, Trivedi JK, Viana MC, Kessler RC. Cross-national differences in the prevalence and correlates of burden among older family caregivers in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med.* 2012 Aug 9:1-15.
  
16. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, Ruscio AM, Shahly V, Spiegel D, Borges G, Bunting B, **Caldas-de-Almeida JM**, de Girolamo G, Demyttenaere K, Florescu S, Haro JM, Karam EG, Kovess-Masfety V, Lee S, Matschinger H, Mladenova M, Posada-Villa J, Tachimori H, Viana MC, Kessler RC. Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013 Feb 15;73(4):302-12.



17. Wells JE, Oakley Browne M, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Angermeyer MC, Bouzan C, Bruffaerts R, Bunting B, **Caldas-de-Almeida JM**, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Fukao A, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Hwang I, Karam EG, Kostyuchenko S, Kovess-Masfety V, Levinson D, Liu Z, Medina-Mora ME, Nizamie SH, Posada-Villa J, Sampson NA, Stein DJ, Viana MC, Kessler R. C. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *Br J Psychiatry* 2013 Jan; 202(1):42-9.

18. **Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhães P, Caldas de Almeida JM**. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst.* 2013 Jul 9;7(1):19

## CAPÍTULOS

1. Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., Alonso, J., Alhamzawi, A., Andrade, L.H., Benjet, C., Bromet, E., Bunting, B., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E.G., Lepine, J.P., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Varghese, M., Williams, D.R., **Xavier, M**, Kessler, R.C. (2012). Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. In Alonso J, Chatterji S & He Y (eds). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press; 2013. pp: 1-319. ISBN 978-1-107-01928-7.

2. **Caldas de Almeida JM**, Aguilar-Gaxiola S & Loera G . The burden of mental disorders: Implications for Policy. In Alonso J, Chatterji S & He Y (eds). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press; 2013. pp: 1-319. ISBN 978-1-107-01928-7.

3. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Angermeyer MC, Benjet C, Bromet EJ, Bruffaerts R, **Caldas-de-Almeida JM**, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hinkov HR, Horiguchi I, Hu C, Karam AN, Kovess-Masfety V, Lee S, Murphy SD, Nizamie SH, Posada-Villa J, Williams DR, Kessler RC. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. . In Alonso J, Chatterji S & He Y (eds). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press; 2013. pp: 39-56. ISBN 978-1-107-01928-7.

4. Miller E, Breslau J, Petukhova MV, Fayyad J, Green J, Kola L, Seedat S, Viana MC, Alonso J, **Cardoso G**. Premarital mental disorders and risk for marital violence. In Alonso J, Chatterji S & He Y (eds). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press; 2013. pp: 77-86. ISBN 978-1-107-01928-7.

5. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., **Caldas de Almeida, J.M.**, Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press, 2011.



## REFERÊNCIAS

1. Aguilar-Gaxiola, S., Alegria, M., Andrade, L., Bijl, R., Caraveo-Anduaga, J.J., Dewit, D.J., Kolody, B., Kelsser, R.C., Üstun, T.B., Veja, W. & Wittchen, H.U. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology In: E. Dragomirecká, A. Palcová & H. Papezová (eds). Social Psychiatry in Changing Times. Psychiatrické Centrum, Praha, 2000, p.86-96.
2. Demyttenaere K, et al.: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004, 291(21):2581–2590.
3. Henderson, S., Andrews, G. & Hall, W. Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(2):197-205, 2000.
4. Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. *Applied Logistic Regression* (2nd edn). New York: John Wiley, 2000.
5. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain -- initial findings from the household survey. *Psychol Med*. 1997 Jul;27(4):775-89.
6. Kessler, R.C., Mcgonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19, 1994.
7. Kessler RC, Berglund P, ChiuW-T, Demler O, Heeringa S, Hiripi E, Jin R, Pennell BE, Walters EE, Zaslavsky A, Zheng H. The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004; 13:69-92.
8. Kessler RC, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62(6):593–602.
9. Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 158(7):1091-1098, 2001
10. Murray, C.L. & Lopez, A.D. World Health Organization. *The Global Burden Of Disease*. Ed. Geneva: WHO, 1996.
11. Robins, .L.N., Helzer, J.E., Cottler, L.B. & Goldring, E. *The Diagnostic Interview Schedule*. Version III-R. St. Louis: Washington University School of Medicine, 1988.

12. Robins, L.N. & Regier, D.A. Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. The Free Press, New York, 1991.

13. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H.R., Hum C.Y., Karam, E.G., Kovess, V., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), Oxford Textbook of Community Mental Health (pp.50-66). New York: Oxford University Press, 2011.

14. World Health Organization. World Health Report, 2001. Geneva: WHO, 2001.



