

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

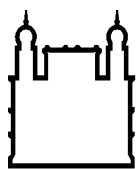


Marcos Vinicius Ferreira dos Santos

Qualidade de vida e suas relações com consumo de álcool e transtornos mentais comuns

Rio de Janeiro

2018



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Marcos Vinicius Ferreira dos Santos

Qualidade de vida e suas relações com consumo de álcool e transtornos mentais comuns

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

1ª Orientadora: Mônica Rodrigues Campos

2ª Orientadora: Sandra Fortes

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237a Santos, Marcos Vinícius Ferreira dos, 1987-
Qualidade de Vida e suas relações com Consumo de álcool e transtornos mentais comuns/ Marcos Vinícius Ferreira dos Santos. – 2018.
192 f. : il.

Orientadoras: Mônica Rodrigues Campos e Sandra Fortes.
Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde Mental 2. Consumo de álcool. 3. Qualidade de Vida 4. Atenção Primária em Saúde 5. Transtornos Mentais Comuns. I. Título.

CDD: 614

Marcos Vinicius Ferreira dos Santos

Qualidade de vida e suas relações com consumo de álcool e transtornos mentais comuns

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em 01 de Outubro de 2018.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Flávia Batista Portugal
(UFES)

Profa. Dra. Antília Januária Martins
(IFF – Fiocruz)

Profa. Dra. Joyce Mendes de Andrade Schramm
(ENSP-Fiocruz)

Profa. Dra. Vera Lucia Luiza
(ENSP-Fiocruz)

Profa. Dra. Mônica Rodrigues Campos (Orientadora)
(ENSP-Fiocruz)

Profa. Dra. Sandra Fortes(2ª Orientadora)
(UERJ)

Rio de Janeiro
2018

A *Deus*, que me permitiu alcançar este sonho, e à
minha mãe, *Maria Francisca*, pelo cuidado e
carinho.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, primeiramente, que me permitiu superar barreiras e concretizar esta etapa.

À *minha mãe*, Maria Francisca, por me incentivar sempre e me confortar nos períodos de tristeza e inquietações. À *minha irmã*, Indiamara, por me apoiar nos momentos necessários. Amo vocês!

Especialmente aos amigos *Bruno, Flávia e Marilene*, por me auxiliarem nas questões pessoais e didáticas sem hesitar. Sou grato por encontrá-los na vida acadêmica, mas principalmente por ter vocês no coração.

À *Prof.^a Dr.^a Mônica Campos* e à *Prof.^a Dr.^a Sandra Fortes*, pela orientação do trabalho, principalmente por compreenderem minhas limitações pessoais e acadêmicas. Obrigado pela oportunidade de aprender, pela compreensão e por todos os ensinamentos. Sem vocês, eu jamais teria concluído este trabalho. Pela disponibilidade, por não reproduzirem o modelo adoecedor de relação orientador-orientando: *muito obrigado!*

Agradeço ao *Prof. Dr. Marcelo Cruz* e ao *Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes*, por comporem a banca examinadora da qualificação deste trabalho. Sou grato pelas contribuições que auxiliaram o crescimento da pesquisa.

Às *Prof.^a Dr.^a Vera Luiza*, *Prof.^a Dr.^a Joyce Schramm*, *Prof.^a Dr.^a Flávia Portugal* e *Prof.^a Dr.^a Antília Martins*, pela participação na banca examinadora de defesa, contribuindo para a melhoria deste trabalho, bem como para meu crescimento científico.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública, pela contribuição na minha formação.

Às amigas do doutorado em Saúde Pública, do grupo de estudo, lazer, convivência e de apoio Monte de Vênus (*Camila, Priscila, Lidiane, Jasilaine, Melissa, Nádia e Gabriela*), por me proporcionarem, nesses quase quatro anos, a oportunidade de vivenciar a caminhada do doutorado com mais suavidade. Todos nossos momentos de lazer foram fundamentais para minha saúde mental, me fizeram viver melhor no Rio de Janeiro. Muito obrigado, meninas!

Aos profissionais e pesquisadores do *Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde* da UERJ, em especial, a *Ellen Aragão* e *Janete Araújo*, pela coleta de

dados da pesquisa que viabilizaram esta tese e por compartilharem seus conhecimentos, sempre que necessário.

Aos participantes da pesquisa “Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro”, sem os quais este trabalho não se realizaria. Obrigado por permitirem que a ciência descubra como apoiá-los e contribua com a produção de vida e de qualidade de vida.

Aos meus amigos enfermeiros da Emergência do Hospital Geral de Guarus, por me incentivarem e acreditarem em mim, em especial, à minha amiga Caroline Carvalho, por ser mais que uma colega de trabalho. Pela compreensão do meu cansaço e minha ausência nos plantões. Cada troca de plantão foi fundamental para que eu conseguisse cursar este doutorado, por isso agradeço a cada um de vocês.

Aos meus colegas docentes do Centro Universitário Católico de Vitória (Salesiano), por tornarem nossa árdua jornada de trabalho leve, pelo apoio e pelas substituições em aula, que me permitiram cumprir atividades relativas ao doutorado. Principalmente à pessoa de Rosemary Andrade, amiga e antiga coordenadora de curso, pela concessão do meu afastamento para que eu ingressasse na Escola Nacional de Saúde Pública.

É impossível citar todos os amigos que me ajudaram nesse percurso. Portanto, agradeço a todos que, de alguma maneira, contribuíram, e continuam contribuindo, para meu crescimento pessoal, profissional e científico: muito obrigado!

Marcos Vinícius Ferreira dos Santos

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.” **Johann Goethe**

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre qualidade de vida e padrões de consumo de álcool, transtornos mentais comuns (TMC) e características socioeconômicas no Brasil e especificamente na Atenção Primária em Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro (RJ).

Métodos: Trata-se de uma pesquisa composta por desenhos epidemiológicos distintos: um inquérito de base populacional, realizado com 3.070 indivíduos em 2012; um estudo transversal na APS-RJ com 624 pacientes, em 2012/2013; e um estudo de coorte APS-RJ com 102 pacientes, realizado em 2012/2013. Foram utilizados os instrumentos: *General Health Questionnaire*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, *Screening for Somatoform Symptoms*, *Alcohol Use Disorder Identification Test* e *World Health Organization Quality of Life Instrument (brief version)*. No inquérito e no estudo transversal da APS, realizaram-se regressões lineares múltiplas e, na análise da coorte, empregou-se a regressão logística. Cada domínio de QV foi considerado desfecho nas três análises.

Resultados: No inquérito, ter depressão ou ansiedade foram as condições que estiveram associadas, respectivamente, de modo mais intenso à perda de QV ($\beta=-4,48$ à $-9,61$; p-valor $<5\%$). A dependência de álcool associou-se também à perda de QV, no domínio psicológico ($\beta=-6,81$) e nas relações sociais ($\beta=-6,91$). No estudo transversal, a QV associou-se negativamente aos TMC, principalmente, no domínio psicológico ($\beta= -15,75$; p-valor=0,00), e à dependência no domínio físico ($\beta= -5,38$; p-valor=0,05). Houve associação positiva e significativa da QV com consumo de risco ($\beta= 5,77$) e nocivo ($\beta= 6,15$) no domínio meio ambiente, e com o primeiro no domínio psicológico ($\beta= 7,08$). No estudo de coorte, verificou-se que a melhora da QV foi significativa apenas nos domínios físico e psicológico. Houve associação estatisticamente significativa da melhora da QV física com redução de 5 pontos ou mais na *HADS* depressão (OR= 7,63) e da QV psicológica com redução de cinco pontos ou mais na *HADS* ansiedade (OR= 5,99) e ter ensino fundamental completo (OR= 2,30). O consumo de risco (OR= 0,25) e a dependência de álcool (OR= 0,12) foram fatores protetores da melhora da QV psicológica. **Conclusões:** O tratamento dos transtornos mentais e da dependência do álcool é estratégia essencial para melhor prognóstico dos pacientes, bem como a melhora da QV. Portanto, recomenda-se o uso da medida de QV pelo serviços de saúde como indicador para planejamento e avaliação das intervenções ofertadas aos indivíduos em sofrimento psicológico.

Descritores: Qualidade de vida. Transtornos relacionados ao uso de álcool. Ansiedade. Depressão. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between Quality of Life (QOL) and alcohol consumption patterns, Common Mental Disorders (CMD) and socioeconomic characteristics in Brazil and specifically in Primary Health Care (PHC) in the city of Rio de Janeiro (RJ). **Methods:** A population-based survey was carried out with 3,070 individuals in 2012, a cross-sectional study at PHC-RJ with 624 patients in 2012/2013, and an PHC-RJ cohort study with 102 patients performed in 2012/2013. The instruments were: General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Screening for Somatoform Symptoms, Alcohol Use Disorder Identification Test and World Health Organization Quality of Life Instrument (brief version). In the cross-sectional survey and the PHC study, multiple linear regressions were performed and in the cohort analysis, logistic regression was used. Each QOL domain was considered an outcome in all three analyzes. **Results:** In the population survey, depression or anxiety were the conditions that were associated, respectively, more intense loss of QoL ($\beta = -4,48$ to $-9,61$; p -value $<5\%$). Alcohol dependence was also associated with loss of QOL, also in the psychological domain ($\beta = -6,81$) and social relations ($\beta = -6,91$). In the cross-sectional study, QOL was negatively associated with CMD, mainly in the psychological domain ($\beta = -15,75$, p -value = $0,00$), and in the physical domain ($\beta = -5,38$; p = value = $0,05$). There was a positive and significant association of QoL with risk ($\beta = 5,77$) and noxious ($\beta = 6,15$) in the environmental domain, and with the first in the psychological domain ($\beta = 7,08$). In the cohort study, it was verified that the QoL was significant only in the physical and psychological domains. There was a statistically significant association of QoL with a reduction of 5 points or more in HADS depression (OR = $7,63$) and psychological QoL with reduction of five points or more in HADS anxiety (OR = $5,99$) and complete primary education (OR = $2,30$). Risk intake (OR = $0,25$) and alcohol dependence (OR = $0,12$) were protective factors for the improvement of psychological QOL. **Conclusions:** The treatment of mental disorders and alcohol dependence is an essential strategy for better patient prognosis, as well as the improvement of QoL. Therefore, it is recommended to use the QoL measure by the health services as an indicator for planning and evaluating the interventions offered to individuals in psychological distress.

Keywords: Quality of life. Alcohol-Related Disorders. Anxiety. Depression. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	21
4.1 QUALIDADE DE VIDA: A EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO	21
4.1.1 Qualidade de vida: aspectos históricos.....	21
4.1.2 Principais abordagens teóricas e conceituais de qualidade de vida.....	22
4.1.3 Como avaliar a qualidade de vida?.....	24
4.1.4 Qualidade de vida e saúde: aproximações e repercussões	26
4.1.5 Qualidade de vida como indicador de saúde: sua relevância nos serviços.....	28
4.1.6 Qualidade de vida e atenção primária em saúde.....	29
4.2 CONSUMO DE ÁLCOOL: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA	30
4.2.1 Os padrões de consumo de álcool.....	30
4.2.2 Instrumentos para detecção do consumo de álcool	34
4.2.3 Panorama do consumo de álcool no Brasil e no mundo.....	37
4.2.4 Consumo de álcool e os serviços de saúde	41
4.2.5 Consumo de álcool e a atenção primária em saúde.....	42
4.3 TRANSTORNOS MENTAIS E O SERVIÇOS DE SAÚDE	45
4.3.1 Transtornos mentais e sua contribuição para a morbi-mortalidade.....	45
4.3.2 Transtornos mentais na população geral	47
4.3.3 Transtornos mentais comuns na atenção primária em saúde.....	50
5 MÉTODOS	53
5.1 FONTES DE DADOS.....	53
5.1.1 II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD).....	53
5.1.2 Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro	54

5.2 INSTRUMENTOS	57
5.2.1 Questionários de identificação socioeconômica e demográfica	57
5.2.2 World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref)	58
5.2.3 General Health Questionnaire (GHQ-12)	61
5.2.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	63
5.2.5 Screening for Somatoform Symptoms – SOMS-2	65
5.2.6 Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT	67
5.2.7 Questionário de identificação - follow-up	69
5.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	70
5.3.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas	70
5.3.2 Variáveis de transtornos mentais comuns.....	71
5.3.3 Variáveis de consumo de álcool.....	72
5.3.4 Variáveis de qualidade de vida.....	72
5.4 ANÁLISE DE DADOS.....	73
5.4.1 Plano de análise de dados referente aos objetivos 1 e 2	73
5.4.2 Plano de análise de dados referente ao objetivo 3	74
5.5 QUESTÕES ÉTICAS	76
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
6.1 ARTIGO 1.....	77
6.2 ARTIGO 2.....	100
6.3 ARTIGO 3.....	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
8 REFERÊNCIAS	156
ANEXOS	161

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CCIC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DSM-IV edição	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª
GHQ-12	<i>General Health Questionnaire</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida relacionada à Saúde
SF-36	<i>36-Item Short-Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TMC	Transtorno Mental Comum
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios para uso nocivo e dependência de álcool na CID-10.	3
Quadro 2: Fluxograma de composição da amostra do estudo.	6
Quadro 3: Domínios e Facetas do WHOQOL-bref.	600
Quadro 4: Confiabilidade teste/reteste do GHQ12..	63
Quadro 5: Coeficientes de Validação para a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) com ponto de corte 8/9 nas duas subescalas..	65
Quadro 6: Classificação do provável padrão de consumo de álcool pelo AUDIT.....	68
Quadro 7: Variáveis contínuas categorizadas.	70
Quadro 8: Variáveis categóricas posteriormente dicotomizadas.	71
Quadro 9: Variáveis criadas para análise bivariada no pós- <i>follow up</i>	75

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Tabela 1:** Caracterização socioeconômica e escores de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012. 85
- Tabela 2:** Escores de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* segundo desfechos em Saúde Mental. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012. 86
- Tabela 3:** Padrão de consumo de álcool segundo desfechos em Saúde Mental. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012..... 88
- Tabela 4:** Resultados do modelo de regressão linear múltipla (*stepwise backward*) para os domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012..... 89

ARTIGO 2

- Tabela 1:** Distribuição de frequências da amostra de pacientes atendidos na área programática 2.2, médias e desvios padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*, segundo características socioeconômicas. Município do Rio de Janeiro, 2012..... 117
- Tabela 2:** Distribuição de frequência dos desfechos em Saúde Mental (SM), médias e desvios padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* por desfechos. Município do Rio de Janeiro, 2012..... 118
- Tabela 3:** Resultados do modelo de regressão linear múltipla (*stepwise backward*) para os domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*. Rio de Janeiro, 2012..... 119

ARTIGO 3

- Tabela 1 e 2:** Frequências da amostra de pacientes no pré-*follow up*. Médias dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* no pré e pós-*follow up*, segundo características socioeconômicas e de saúde mental. Município do Rio de Janeiro, 2013..... 141
- Tabela 3:** Melhora de qualidade de vida física e psicológica após 12 meses, segundo características socioeconômicas e de saúde mental. Município do Rio de Janeiro, 2013. 144
- Tabela 4:** Redução de 5 pontos ou mais no Hospital Anxiety Depression (HAD), segundo condições de saúde mental pré-*follow up*. Município do Rio de Janeiro, 2013..... 146
- Tabela 5:** Resultados do modelo de regressão logística multivariada (*stepwise backward*) para o desfecho aumento da qualidade de vida (QV) nos domínios físico e psicológico do *WHOQOL-Bref*. Rio de Janeiro, 2013.....147

1 APRESENTAÇÃO

Sabe-se que a transição epidemiológica é um fenômeno que mudou o padrão de morbimortalidade em diversos países, entre eles, o Brasil. Esforços no âmbito político, social e econômico colaboraram para avanços, sobretudo na área da saúde, contribuindo para o aumento da expectativa de vida. Esse quadro apresenta uma nova demanda para os serviços de saúde – a questão das doenças crônicas. Tais doenças podem levar os indivíduos à incapacidade, ocasionar sofrimento e trazer impacto financeiro para os doentes e seus familiares, bem como agravar o quadro clínico de algumas doenças transmissíveis.

O consumo nocivo/dependência do álcool e os transtornos mentais comuns, condições crônicas, emergem neste cenário como grande causa de adoecimento no Brasil e no mundo, principalmente nas últimas décadas. Essas doenças têm um grande peso na geração de incapacidade, causam importante perda de qualidade de vida (QV) e demandam diversas ações de assistência pelos serviços de saúde.

Assim, faz-se necessário investigar como os indivíduos portadores dessas condições percebem seu estado de saúde, para melhor estruturação de serviços e práticas assistenciais. Sendo a QV uma medida capaz de sistematizar essa avaliação subjetiva do usuário sobre sua saúde, pesquisas que valorizem sua investigação em pacientes com transtornos mentais e consumo nocivo/dependência de álcool, além de identificar a percepção dos indivíduos doentes quanto a distintas dimensões de suas vidas, podem colaborar na priorização de novos focos para o tratamento que não sejam limitados exclusivamente às doenças.

Durante minha graduação em Enfermagem, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), tive experiências acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão no Centro de Estudos e Pesquisas sobre álcool e outras Drogas (CEPAD-UFES) e no Programa de Atendimento ao Alcoolista no hospital universitário da UFES. Estas vivências me

fizeram ingressar, em 2012, no mestrado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação da mesma instituição, desenvolvendo a dissertação intitulada ‘Satisfação de Familiares com um Serviço de Dependência Química Capixaba’, na qual pude refletir como os usuários e seus familiares se sentiam frente às condutas dos serviços de saúde.

Meu ingresso no doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional em Saúde Pública (ENSP), em 2015, foi com a intenção de continuar trabalhando na temática consumo de álcool. Este desejo e as reflexões não respondidas na conclusão do meu mestrado fizeram com que eu escolhesse um objeto de pesquisa que também estivesse relacionado à percepção dos indivíduos. Daí então, a escolha pela temática ‘qualidade de vida’.

Ao iniciar o curso de doutorado, conheci investigações epidemiológicas já com a coleta de dados concluída, mas não analisada no tocante a qualidade de vida, transtornos mentais e consumo nocivo/ dependência de álcool. São elas: “Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro” e “II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas”.

Com isso, o presente projeto objetiva identificar as associações entre transtornos mentais, consumo nocivo/dependência de álcool e a qualidade de vida em pacientes atendidos na Atenção Primária do Rio de Janeiro, bem como na população geral brasileira. Além disso, será verificada a associação da qualidade de vida com aspectos socioeconômicos e demográficos nos dois cenários.

Esta tese apresenta, inicialmente, uma revisão da literatura acerca de aspectos teóricos, conceituais e metodológicos sobre qualidade de vida. Em seguida, analisa dados epidemiológicos sobre consumo de álcool e transtornos mentais a fim de demonstrar o impacto destes para o adoecimento da população.

E, finalmente, discute a associação entre QV, transtornos mentais e consumo nocivo/dependência de álcool, com ênfase para a realidade da Atenção Primária em Saúde. Para tanto, os resultados serão apresentados na forma de três artigos, a saber:

Artigo 1: “Qualidade de Vida e Consumo de Álcool no Brasil: Dados do Inquérito Nacional de Álcool e Drogas, 2012”.

Artigo 2: “Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na Atenção Primária em Saúde.”

Artigo 3: “Influência da diminuição da intensidade da ansiedade e depressão na melhora da qualidade de vida de pacientes da Atenção Primária em Saúde”.

2 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TMs) configuram-se como importante parcela da morbimortalidade na população brasileira e mundial, principalmente nas últimas décadas, conforme apontado pelos estudos de carga de doença no Brasil, realizados em 1998 (SCHRAMM et al., 2004) e 2008 (LEITE et al., 2015). Estudos mundiais de *Global burden of disease*, desenvolvidos em 2010 (MURRAY et al., [s.d.]), concluíram que a maior fração, cerca de 75%, do DALY (*disability-adjusted life years* - “anos de vida perdidos por morte prematura ou por viver com incapacidades”), no Brasil, é atribuída ao grande grupo II de doenças crônicas não transmissíveis; e, em particular, às doenças neuropsiquiátricas (34%), como a depressão, principal causa entre as mulheres, e as doenças cardiovasculares, entre os homens.

Os TMs geram alto custo social e econômico devido à geração de incapacidades nos indivíduos portadores, demandando tanto considerável suporte e cuidado familiar quanto diversas ações de assistência pelos serviços de saúde (BARBOSA-BRANCO; BÜLTMANN; STEENSTRA, 2012; JUNIOR et al., 2014; LIMA, 1999; SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Essa problemática foi subestimada durante muito tempo, principalmente porque a avaliação do seu impacto na saúde valorizava apenas os índices de mortalidade. Apesar de assumirem valores baixos de mortalidade, os TMs têm um grande peso na geração de incapacidade, acarretando a redução da qualidade de vida (QV) dos indivíduos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Somado a isso, sabe-se que o problema do uso nocivo de álcool é um dos principais fatores de risco associados ao crescimento da taxa de mortalidade e morbidade, devido ao seu potencial de causar doenças como dependência, cirrose hepática, câncer e outros, além de estar relacionado à geração de incapacidade e perda de QV (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2014a). De acordo com Portugal e colaboradores (2015), considerando-se as dez primeiras causas de DALY, ou perda de QV, para homens no Brasil, em 2008, o abuso/dependência de álcool ocupou a segunda, terceira e sexta posições nas idades de 15-29, 30-44 e 45-59 anos, respectivamente.

Na Atenção Primária em Saúde (APS), é comum que se encontrem, no cotidiano da assistência, pacientes que usam álcool e/ou sejam portadores de algum transtorno

mental (principalmente quadros depressivos e ansiosos: Transtornos Mentais Comuns - TMC). Essa constatação se deve ao princípio de a APS possibilitar o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL, 2013). Com isso, o cuidado com os usuários de álcool e portadores de TMC na APS é estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários. Além disso, é na APS que se realiza a assistência das condições mais prevalentes na população, como é o caso dos transtornos mentais comuns e do consumo patológico de álcool (STARFIELD, 2002).

Face ao exposto, estudar QV em serviços de atenção primária é relevante tanto pelo aspecto epidemiológico quanto pelo clínico, pois esse nível de atenção tem papel significativo na prevenção e no tratamento dos agravos supracitados. Ademais, a avaliação da qualidade de vida em pacientes na APS é útil no planejamento de estratégias de intervenção, já que (1) fornece informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades; (2) subsidia o planejamento de intervenções cujo foco não é simplesmente a doença e sua cura; e (3) auxilia no monitoramento das ações de saúde ofertadas aos indivíduos, a partir da avaliação subjetiva do estado de saúde feito por eles (AZEVEDO et al., 2013; CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Pode-se constatar, na literatura científica recente, que a questão dos transtornos mentais e do uso de álcool em relação à QV vem sendo abordada em vários estudos (JANSEN et al., 2011; LEITE et al., 2015; MOREIRA et al., 2013; PORTUGAL et al., 2015). Contudo, mesmo que seja conhecida a relevância da avaliação da QV na saúde, ainda há insuficiência destes estudos em populações específicas, tais como entre usuários de substâncias psicoativas ou portadores de transtornos mentais (MOREIRA et al., 2013).

Nesse sentido, torna-se relevante gerar conhecimento acerca da relação entre transtornos mentais e uso/abuso de álcool, bem como sua associação com a QV, a fim de que sejam implementadas intervenções relativas às necessidades individuais e coletivas dos pacientes portadores dessas morbidades.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a associação entre Qualidade de Vida e Transtornos Mentais Comuns, padrões de consumo de álcool e características socioeconômicas e demográficas no Brasil, no ano de 2012, e especificamente na Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2012 e 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Objetivo específico 1:** Verificar a associação entre padrões de consumo de álcool (uso de risco, uso nocivo e dependência), aspectos socioeconômicos e qualidade de vida (domínios físico e psicológico, relações sociais e meio ambiente) na população brasileira;
- **Objetivo específico 2:** Mensurar a qualidade de vida de uma população atendida em serviços de APS no município do Rio de Janeiro e verificar sua associação com TMC (depressão, ansiedade e somatização crônica), padrões de consumo de álcool e aspectos socioeconômicos;
- **Objetivo específico 3:** Mensurar a influência do tratamento da ansiedade e depressão, e das condições socioeconômicas na melhora da qualidade de vida de pacientes atendidos em serviços da APS no município do Rio de Janeiro.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

4.1 QUALIDADE DE VIDA: A EMERGÊNCIA DE UM CONCEITO

4.1.1 *Qualidade de vida: aspectos históricos*

A qualidade de vida (QV) é evidenciada na literatura científica como uma temática de difícil compreensão. É preciso atenção nas delimitações conceituais e metodológicas para seu uso em análises científicas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Devido à dificuldade de consenso na conceituação de QV, o termo tem sido empregado com frequência na atualidade com diversas conotações (FARQUHAR, 1995).

A QV têm duas raízes históricas, sendo uma oriental e outra ocidental, com diferenças consideráveis entre ambas. Na antiga filosofia chinesa, o equilíbrio das forças positivas e negativas, representadas pelas definições de Yin e Yang, representa boa QV. A raiz ocidental está relacionada com a visão aristotélica, em que a qualidade de vida, de forma incipiente, era relacionada à felicidade, como certo tipo de atividade íntegra da alma, algo como sentir-se realizado (ZHAN, 1992).

Conforme uma revisão de estudos que objetivam sua definição, o surgimento do termo "qualidade de vida" é datado na década de 30, na literatura médica (SEIDL; ZANNON, 2004). Todavia, os estudos sobre a temática aumentaram significativamente a partir da década de 60 (NETO; ARAÚJO, 2001).

O termo "qualidade de vida" surgiu pela primeira vez em 1920, quando foi citado no livro *The Economics of Welfare* sobre economia e bem-estar, da autoria de Arhuth Cecil Pigou. Porém, o termo não foi valorizado e caiu no esquecimento, só se tornando conhecido amplamente em 1960 (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Registros demonstram que o termo ganhou grande repercussão quando foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, na Universidade de Michigan. Johnson,

presidente dos Estados Unidos na época, declarou que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al., 1999b).

4.1.2 Principais abordagens teóricas e conceituais de qualidade de vida

A noção de QV é polissêmica e engloba muitos significados, que, por sua vez, associam-se a conhecimentos, experiências e valores em diversas épocas, espaços e histórias, sendo portanto uma construção social com forte relativismo. A relatividade do construto "qualidade de vida" tem, pelo menos, três fóruns de referência: o histórico, o cultural e o das estratificações/ classes sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000a).

O aspecto histórico considera a relação que a QV guarda com o desenvolvimento econômico, social e tecnológico. Também assinala como cada sociedade, em distintos momentos históricos, possuem parâmetros diversos de qualidade de vida. O segundo aspecto é cultural, em que residem a construção da hierarquização dos valores e necessidades pelos povos. Por último, o aspecto das estratificações ou classes sociais remete à ideia de que a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à transição de um nível social para outro superior. Isso é devido à estratificação dos padrões e das concepções de bem-estar, presentes nas sociedades nas quais as desigualdades e heterogeneidades são traços marcantes (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000a).

Portanto, entende-se que QV é uma construção cultural que necessita de revisão, discussão e transformação constantes, acompanhando a evolução do conhecimento e da sociedade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Os estudos sobre qualidade de vida podem ser classificados em quatro abordagens (DAY; JANKEY, 1996): econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística.

As abordagens **socioeconômicas** têm os indicadores sociais como principal elemento. Nesta abordagem, a QV se popularizou como parte integrante da plataforma política dos políticos norte-americanos na década de 60. Inicialmente, a qualidade de vida era

avaliada pelos indicadores econômicos e, posteriormente, os indicadores sociais foram considerados também para sua avaliação. Nas abordagens **psicológicas**, para os pesquisadores desta área, os indicadores sociais ou objetivos são limitados e servem como indicadores indiretos de qualidade de vida. Assim, há busca de indicadores que tratam das reações subjetivas de um indivíduo às suas vivências. Porém, a principal limitação deste tipo de abordagem é a não valorização do contexto ambiental no qual os indivíduos se inserem.

As **abordagens médicas** fundamentam-se na cura e sobrevivência das pessoas enfermas. Então, avaliações da qualidade de vida foram usadas para justificar ou contraindicar tratamentos. Embora prolonguem a vida, muitas intervenções de saúde podem reduzir sua qualidade, portanto considerar a qualidade de vida durante o tratamento também é relevante. Essas constatações fizeram com que os profissionais englobassem a qualidade de vida como um dos parâmetros a serem analisados no estabelecimento e no estudo das intervenções na área de saúde. Por fim, as abordagens **gerais ou holísticas** baseiam-se na multidimensionalidade da qualidade de vida, entendendo-a como uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes. Essas abordagens consideram as diferenças individuais e ambientais/contextuais para a compreensão da qualidade de vida.

A preocupação com as numerosas e inconsistentes definições de QV levou Farquhar (1995) a desenvolver um trabalho amplo que analisou as definições de qualidade de vida. O fruto de sua pesquisa foi a organização de uma taxonomia de definições que emergiram da literatura. O autor encontrou quatro tipologias de definições para o termo: globais, por componentes, focalizadas e combinadas. A seguir, são sucintamente descritas as características de cada tipologia (FARQUHAR, 1995):

- **Definições globais (Tipo I):** O conceito de QV destaca-se como subjetivo e individual em decorrência da centralidade na satisfação/insatisfação dos indivíduos com a vida. São definições gerais que não operacionalizam o conceito, pois não abordam as dimensões do construto. São as definições mais comuns e apareceram mais fortemente nas décadas de 60 e 70;

- **Definições por componentes (Tipo II):** Grupo de definições muito comuns na área da saúde. São definições com melhor operacionalização por abordarem o conceito de forma destrinchada em componentes ou dimensões que contribuem para a qualidade de vida. Identificam, na maior parte das vezes, um ou mais componentes como essencial sem deixar de definir o conceito global. Abrangem tanto questões objetivas como subjetivas. Porém, sempre haverá componentes que não estão incluídos nas definições deste tipo, pois sua escolha acontece de acordo com a área de interesse de determinada área.
- **Definições focalizadas (Tipo III):** Consideradas um subtipo de definições por componentes, em que há maior foco ou detalhamento de um componente específico, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Estão presentes nas pesquisas que estudam a “qualidade de vida relacionada à saúde”, nas quais sua avaliação privilegia a análise da QV em indivíduos com quadros patológicos específicos.
- **Definições combinadas (Tipo IV):** Definições que não são classificadas nas tipologias anteriormente citadas. Normalmente trata-se de definições globais que abrangem uma ou diversas dimensões que compõem o construto.

Uma análise da literatura, realizada por Seidl e Zanon (2004), concluiu que existe uma tendência no uso de definições focalizadas e combinadas e que estas podem contribuir cientificamente para o avanço do conceito.

Farquhar (1995) recomenda a explicitação do conceito de qualidade de vida pelos autores, bem como, para operacionalizar o conceito, a utilização da expressão do conceito '*Health related quality of life*', ao se referirem apenas às dimensões saúde e estado funcional.

4.1.3 Como avaliar a qualidade de vida?

Existem variadas formas de avaliação da qualidade de vida, não havendo métodos padrão-ouro (FARQUHAR, 1995). Além disso, as dificuldades na avaliação da QV podem limitar sua inclusão na prática clínica, principalmente devido à falta de

informação das possibilidades existentes para sua investigação pelos profissionais de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Nesse sentido, foram desenvolvidas diversas formas para mensurá-la, destacando-se a criação de instrumentos para a padronização das medidas de QV, permitindo comparação entre estudos e culturas (FLECK et al., 1999b; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Tais instrumentos classificam-se, basicamente, em genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos são questionários que não especificam patologias, sendo assim mais apropriadas para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000a).

Um bom exemplo de instrumento genérico é o WHOQOL, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOOQL-Group) em um estudo multicêntrico. O grupo construiu o instrumento visando avaliar a qualidade de vida das pessoas em diferentes culturas. Este instrumento possui duas versões: uma longa - composta por 100 questões -, WHOQOL-100, que avalia seis domínios de QV (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) e uma curta (composta por 26 questões), *WHOQOL-bref*, que considera quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) para análise da qualidade de vida. A criação do *WHOQOL* é baseada na multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida (FLECK et al., 1999b).

O *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) também é um instrumento do tipo genérico, composto por 36 questões, que avalia oito dimensões da qualidade de vida (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Os instrumentos específicos, por sua vez, avaliam a qualidade da vida a partir da experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. Em geral, referem-se a

doenças crônicas (câncer, diabetes, doença cardiovasculares, entre outras) ou a consequências crônicas de doenças ou agravos agudos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000b).

4.1.4 Qualidade de vida e saúde: aproximações e repercussões

O discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, campo da saúde, existe desde os séculos XVIII e XIX, embora bastante inespecífico e generalizante (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). As relações da saúde com as condições e a qualidade de vida vêm ganhando espaço em muitos cenários. Isso se deve, principalmente, à melhoria das condições de vida e saúde das populações em muitos países, em decorrência dos avanços políticos, econômicos, sociais e ambientais, bem como dos avanços na área da saúde (BUSS, 2000).

Contudo, ainda há o crescimento de determinados agravos, o aparecimento de novos problemas de saúde e o surgimento de questões antes não identificadas ou consideradas importantes, como questões de saúde. Em outras palavras, o predomínio das doenças crônicas, surgido pela transição epidemiológica, requer novas maneiras de se pensar e planejar a saúde e sua assistência (BUSS, 2000). Nesse sentido, as ciências humanas e biológicas, a partir de um paradigma ampliado de saúde, têm encontrado na qualidade de vida uma forma de valorização de parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999b).

Mesmo que se relacionem, qualidade de vida e condições de saúde não são sinônimos. Essa questão conceitual é apontada por muitos pesquisadores que enfatizam o uso da qualidade de vida como sinônimo de estado de saúde em diversos estudos publicados sobre o tema (BUSS, 2000; FLECK et al., 1999b; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SEIDL; ZANNON, 2004). Buscando evitar conflitos semânticos e dificuldades metodológicas, a clarificação do conceito de QV é indispensável para aprofundar a discussão de suas relações com a saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Seidl e Zanon (2004) sinalizam para duas tendências de conceituação do termo na área de saúde. São elas: qualidade de vida como um conceito genérico e qualidade de vida relacionada à saúde (*Health-related quality of life*). Este último, de acordo com Fleck (1999b), é um conceito afim do termo “Estado subjetivo de saúde” (*Subjective health status*) e ambos se associam ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente. Guitera e Bayés (1993), citados por Seidl e Zanon (2004), definem qualidade de vida relacionada à saúde como “[...] valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”.

Existem múltiplas definições para qualidade de vida, mas não há uma definição amplamente aceita. No entanto, é consenso que seu conceito não inclui apenas fatores relacionados à saúde, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas, como satisfação, relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, lazer, felicidade, solidariedade, liberdade, entre outros (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Observa-se concordância quanto a aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida, no início da década de 90, são eles: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade considera como o indivíduo avalia a sua qualidade de vida e a multidimensionalidade é o reconhecimento de que o construto QV é composto por diferentes dimensões (FLECK et al., 1999b; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Esses aspectos compõem a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO), a partir da formação do grupo voltado aos estudos de QV (*The World Health Organization Quality of Life Assessment – WHOQOL Group*), que a definiu como “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995). Este conceito adotado pela OMS está centrado na definição de qualidade de vida relacionada à saúde (SEIDL; ZANNON, 2004a).

4.1.5 Qualidade de vida como indicador de saúde: sua relevância nos serviços

A melhora significativa das condições de saúde no país, a redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade e seu impacto sobre a estrutura etária são fenômenos conhecidos e registrados pela literatura. Outro fato importante e conhecido é o perfil epidemiológico atual, em que enfermidades infecto-parasitárias coexistem com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas. Este cenário produz consequências de várias ordens - demográficas, socioeconômicas e políticas. Uma das mais importantes diz respeito às demandas e aos custos dos serviços e sistemas de saúde (NUNES, 2004).

Os custos dos sistemas de saúde têm se tornado cada vez maiores. Ao invés de condições agudas que se “resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam a maior utilização dos serviços de saúde (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Diante de uma situação clínica em que cura não é uma possibilidade alcançável, melhorar a satisfação do paciente com seu tratamento e bem-estar é um dos objetivos dos serviços de saúde. As medidas de qualidade de vida apresentam-se como uma alternativa essencial para o monitoramento desse propósito, uma vez que levam em consideração a perspectiva do indivíduo em relação ao seu estado de saúde/qualidade de vida (FLECK, 2009).

De acordo com diversos autores, as medições de QV são relevantes no contexto dos serviços e sistemas de saúde e têm variados propósitos (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006; EBRAHIM, 1995). Ao nível da população, são:

- Investigação de tendências temporais e espaciais na saúde da população;
- Avaliação dos efeitos das políticas sociais e de saúde;
- Alocação de recursos em relação às necessidades de saúde.

Já em nível individual são objetivos da utilização da medida de QV:

- Diagnóstico quanto à gravidade da doença;

- Avaliação do prognóstico;
- Avaliação dos efeitos do tratamento;
- Descoberta dos fatores etiológicos.

A utilização da qualidade de vida como indicador de saúde é essencial para embasar o argumento de que a melhora da saúde contribui para a qualidade de vida e o bem-estar; mas o contrário também é verdadeiro. É uma medida que pode ser aferida separadamente de outros desfechos de saúde, possibilitando avaliar intervenções na saúde, os sistemas de saúde e as políticas públicas de saúde. De forma operacional, a medida de QV torna possível comparar intervenções diretas com intervenções mais indiretas na saúde, auxiliando assim a alocação de recursos para investimentos com repercussões mais significativas e eficazes no estado de saúde (FLECK, 2009).

4.1.6 Qualidade de vida e atenção primária em saúde

Em face da mudança no perfil de morbimortalidade, com um aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas consequências, os objetivos da atenção à saúde passaram por mudança de enfoque, em que os objetivos têm deixado de ser simplesmente a “cura” e passado a ser a “melhoria da vida” dos pacientes (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Nesse sentido, fazem-se necessários os serviços de atenção primária, os quais têm uma importante contribuição. Estes, segundo Starfield (2002, p. 28) são pertencentes a um:

“[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras”.

Segundo a mesma autora, entre os objetivos das intervenções da Atenção Primária em Saúde, encontra-se a saúde como um dos principais focos, diferindo-a do modelo médico convencional cujo foco principal é a doença e sua cura (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária em Saúde (APS), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Na APS, os problemas e necessidades são muito pouco definidos e diferenciados, enquanto, em outros níveis de atenção, eles são mais bem definidos (STARFIELD, 2002). Sobre este aspecto, a medida de QV poderia auxiliar na descoberta de necessidades de saúde dos indivíduos, uma vez que ela trata de um indicador subjetivo e multidimensional do estado de saúde e se relaciona com diversos fatores relacionados à vida (sociais, econômicos, psicológicos e físicos, dentre outros). Sua mensuração também pode ser útil na APS, pois permite estabelecer metas a partir da perspectiva do usuário e colabora para resultados mais proveitosos no que diz respeito ao sucesso das intervenções, por permitir a tomada de decisão de forma compartilhada (HIGGINSON; CARR, 2001).

Em outras palavras, o uso da medida de qualidade de vida na APS como indicador subjetivo de saúde, reforça a valorização do usuário e de suas condições de vida enquanto foco das intervenções. Na APS, a utilização deste indicador, de modo sistematizado, auxilia na caracterização da saúde (sob a perspectiva do usuário) e da doença (fatores etiológicos e de risco), que, conforme Starfield (2002), tem como propósitos administrar recursos de acordo com a extensão da necessidade e medir o impacto (resultados) dos serviços de saúde.

4.2 CONSUMO DE ÁLCOOL: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

4.2.1 Os padrões de consumo de álcool

O consumo de álcool atinge a população mundial em todos os níveis etários, econômicos e sociais, e indubitavelmente se configura como um problema de Saúde Pública. Sabe-se que entre as drogas mais consumidas, no Brasil e no mundo, o álcool se encontra em primeiro lugar (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2014; GALDURÓZ; CAETANO, 2004; LARANJEIRA et al., 2007; 2012; WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2014). Pesquisadores que têm investigado o consumo de drogas afirmam que o álcool contribui fortemente para a etiologia e a manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

Conhecer o padrão de consumo de álcool das populações, bem como seus fatores relacionados, contribui significativamente para desenvolvimento de ações de promoção e prevenção (GALDURÓZ; CAETANO, 2004). No entanto, a mensuração do padrão de consumo é um desafio, embora tenha sido definido há décadas, representando uma dificuldade frequentemente relatada pelos profissionais de saúde (GIGLIOTTI; BESSA, 2004)

O presente trabalho não objetiva esgotar toda a discussão sobre os padrões de consumo definidos na literatura da área. Contudo abordam-se adiante os padrões mais comumente presentes nas pesquisas e na prática clínica, o uso nocivo e a dependência de álcool.

Em relação ao diagnóstico relacionado ao consumo de drogas, existem dois sistemas classificatórios que definem critérios para o diagnóstico da dependência de drogas: a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Esses sistemas são úteis por proverem uma linguagem comum entre os profissionais de saúde e distinguem padrões de consumo distintos com vistas a uma assistência mais eficaz. Ambos utilizam os conceitos propostos por Edward e Gross, em 1976, para definição de Síndrome de Dependência do Álcool (GIGLIOTTI; BESSA, 2004; SILVA; LARANJEIRA, 2006).

Como a décima revisão da CID é a classificação utilizada pelo sistema de saúde pública brasileiro, o presente trabalho usará os critérios por ela utilizados para o diagnóstico de uso nocivo e dependência de bebidas alcoólicas. O Quadro 1 apresenta os critérios descritos por esse sistema de classificação.

Quadro 1 - Critérios para uso nocivo e dependência de álcool na CID-10

Uso Nocivo	Dependência
- Evidência clara que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento; - A natureza do dano é claramente identificável; - O padrão de uso tem persistido por, pelo menos, um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de doze meses; - Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).	Ocorrência de três ou mais num período de doze meses: - Forte desejo ou compulsão para consumir a substância; - Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente; - Estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas; - Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade; - Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo, por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos; - Uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciado pelo uso continuado.

Fonte: Adaptado de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993)

O uso nocivo é definido na presença de prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Já a dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada droga, e seu diagnóstico é estabelecido por sinais e sintomas característicos (EDWARDS, 1999).

A avaliação do padrão de consumo não visa exclusivamente ao diagnóstico do uso nocivo ou da dependência de bebidas alcoólicas, mas também tem o propósito de identificar se o modo de consumir o álcool está relacionado a algum risco para o indivíduo. Assim, existem diversos tipos de uso que podem ser identificados, como: o uso experimental, o uso recreativo, o uso social, o *binge drinking* e o beber pesado (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2010).

- **Uso Experimental:** Primeiro episódio do uso do álcool na vida do indivíduo;
- **Uso Recreativo:** Maneira de uso que visa ao relaxamento e à interação sem apresentar qualquer implicações relacionadas à dependência ou outros problemas;
- **Uso Social:** É o consumo de álcool na companhia de outras pessoas e de forma socialmente aceitável. Por vezes, é empregado como sinônimo dos padrões acima definidos (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2010);
- **Binge Drinking:** Significa beber pesado episódico. É um modo de beber em grandes quantidades, em episódios isolados. Definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens e quatro ou mais doses de bebidas por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas (LARANJEIRA et al., 2007);
- **Beber pesado:** Conceito mais amplo, que engloba o padrão *Binge Drinking*, definido como o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens e de até uma dose para mulheres. É um consumo que excede os padrões de uso de álcool socialmente aceitos (HECKMANN; SILVEIRA, 2009)

Outro padrão frequentemente descrito na literatura é o consumo de risco. A OMS o define como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para os usuários e para quem os cerca. Embora ainda não existam danos reais ao usuário, é uma forma de uso de suma importância para a saúde pública (BABOR et al., 2001).

O uso nocivo e a dependência têm critérios claros de definição, desde 1976, mas apresentavam dificuldades metodológicas para serem adotados nos inquéritos epidemiológicos populacionais. Por este motivo, com o propósito de padronizar a mensuração do uso de drogas em estudos de prevalência, a Organização Mundial da

Saúde (SMART et al., 1980) propôs uma tipologia que definiu os padrões de uso de drogas, dentre elas o álcool, da seguinte forma:

- Uso na vida – uso de determinada droga, pelo menos, uma vez na vida;
- Uso no ano – uso de determinada droga, pelo menos, uma vez nos últimos doze meses;
- Uso no mês – uso de determinada droga, pelo menos, uma vez nos últimos trinta dias;
- Uso frequente – uso de determinada droga por seis ou mais vezes nos últimos trinta dias;
- Uso pesado – uso diário de determinada droga nos últimos trinta dias.

Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo. O novo conceito dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas fundamenta-se na existência de padrões individuais de consumo, que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua, rejeitando a noção da dicotomia dependência X não dependência (EDWARDS, 1999). A definição do padrão de consumo de bebidas alcoólicas é um processo multidimensional. Esse processo deve englobar aspectos relacionados ao contexto de beber, à cultura, às bebidas preferidas, à frequência de consumo, à quantidade, ao local da ingestão de álcool, bem como às características individuais do bebedor (biológicas ou genéticas, sociodemográficas, entre outras) (ANDRADE; ANTHONY, 2009).

4.2.2 Instrumentos para detecção do consumo de álcool

Embora exista a tendência de preocupação por grande parte dos profissionais somente quando o usuário já é dependente da droga, ressalta-se que os padrões de uso do álcool (uso nocivo e dependência) considerados patológicos não ocorrem subitamente (DE MICHELI et al., 2014). Investigar o padrão de consumo de álcool é relevante na

avaliação inicial de qualquer paciente e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças (LARANJEIRA et al., 2003).

No intuito de monitorar o padrão de ingestão do álcool, foram desenvolvidos e vêm sendo estudados diversos instrumentos para este fim, entre os quais se destacam: o CAGE (*Cutdown /Annoyed /Guilty /Eye-opened*); o *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*; e o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*.

O CAGE é a abreviação em inglês para as quatro perguntas do instrumento: C (*cut down*): sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?; A (*annoyed*): as pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?; G (*guilty*): sente-se culpado(a) pela maneira como costuma beber?; E (*eye opened*): costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (MASUR; MONTEIRO, 1983).

Cada uma das quatro questões tem pontuação variando de zero (resposta negativa) a um (resposta positiva), e consideram-se duas respostas afirmativas ou mais como indicativo de problemas relacionados ao álcool. O estudo de validação versão brasileira do CAGE concluiu que o ponto de corte para duas respostas positivas confere ao instrumento sensibilidade de 88% e especificidade de 83%. Mesmo que seja um instrumento de aplicação simples, sua principal limitação é detectar somente padrões de consumo mais graves (MASUR; MONTEIRO, 1983).

De forma contrária ao CAGE, o *AUDIT* é um questionário que identifica diversos padrões de consumo de álcool com capacidade de identificar pessoas que ainda não se encontram dependentes ou em uso nocivo. Sua criação, pela OMS, teve como principal objetivo intervir preventivamente, a partir da detecção precoce, na atenção primária (BABOR et al., 2001). Foi validado no Brasil, apresentando boa sensibilidade e especificidade (MÉNDEZ, 1999). O *AUDIT* é composto por dez questões, cada uma com valores que variam de zero a quatro, as quais investigam três domínios conceituais (uso de risco, sintomas de dependência e uso nocivo) com referência aos últimos doze meses de aplicação. O ponto de corte 8 é indicativo de consumo de risco (BABOR et al., 2001).

O ASSIST é um questionário estruturado, desenvolvido para triagem do uso de drogas, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além do uso de álcool, avalia o uso de outras drogas (tabaco, maconha, cocaína/crack, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides) (DE MICHELI et al., 2014).

É composto por oito questões que abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal-sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. A pontuação total do questionário varia de 0 a 20 e cada questão tem opções de resposta com pontuações entre 0 e 4. A interpretação do escore total é dada pela soma das respostas e considera-se indicativo de uso ocasional uma pontuação entre 0 e 3 pontos; de 4-15 pontos, indicação de abuso; e maior que 16 pontuações, há suspeita de dependência (HENRIQUE et al., 2004).

Foi traduzido e validado no Brasil, em 2003, considerando o *Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus* (MINI-Plus) como instrumento padrão-ouro de diagnóstico de uso nocivo/ dependência atual. O ASSIST mostrou bons índices de sensibilidade (91%), especificidade (79%), valores preditivo positivo (80%) e negativo (91%), bem como correlação significativa entre seus escores (para uso de álcool) e os escores do *AUDIT* ($r= 0,73$ $p<0,001$). A confiabilidade do instrumento foi boa (alfa de Cronbach de 0,80). Assim, suas propriedades psicométricas se mostraram satisfatórias, justificando sua recomendação para uso com pacientes de serviços de atenção primária (HENRIQUE et al., 2004).

Tais instrumentos facilitam o estabelecimento de estratégias de ação e servem como passo inicial para prevenção de danos à saúde dos indivíduos ou da dependência do álcool (DE MICHELI et al., 2014; LARANJEIRA et al., 2003). Apesar desses instrumentos apresentarem características psicométricas e práticas que estimulem seu uso, a escolha do *AUDIT* tem aumentado e sido difundida na literatura devido a suas peculiaridades, como: (1) Detecção precoce de transtornos relacionados ao álcool ainda em estágios iniciais (não patológicos); (2) Avaliação recente e detalhada do consumo de álcool; (3) Fácil aplicação e autoadministração; (4) Indicação do seu uso na Atenção

Primária; e (5) Subsidio às estratégias de prevenção – educação em saúde, aconselhamento, monitoramento e encaminhamento para tratamento (MÉNDEZ, 1999).

4.2.3 Panorama do consumo de álcool no Brasil e no mundo

Os estudos epidemiológicos permitem estimar e identificar os fatores relacionados ao consumo de álcool, colaborando para a efetividade das ações de prevenção. Além disso, auxiliam no mapeamento de regiões com alta prevalência e incidência, permitindo melhor planejamento de ações no âmbito coletivo (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011; MEDINA, 2011).

Foi com esse intuito que os esforços mundiais para a redução dos problemas atribuíveis ao consumo de álcool resultaram na publicação do "*Global status report on alcohol and health*", pela OMS em 2014. Dados desse relatório revelaram que, em termos globais, o consumo de álcool puro foi igual a 6,2 litros consumidos por pessoa, com 15 anos ou mais, em 2010 (o que equivale a 13,5 gramas de álcool puro por dia). O Brasil superou a média mundial, pois se estimou que houve consumo de 8,7 litros por pessoa. Em todas as regiões pesquisadas pela OMS, há maior proporção de mulheres abstêmias do que homens e existe cerca de 16,0% dos bebedores com 15 anos ou mais fazendo consumo pesado de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O beber pesado episódico (ingestão de 5 doses ou mais em uma única ocasião, ao menos, uma vez no último mês) foi observado, no mundo, em 16% dos bebedores; e, no Brasil, em 22%, em 2010 (mulheres: 11%; homens: 30%). Esse padrão é associado a diversos problemas agudos, como acidentes e violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A OMS (2014) ainda registrou que, em 2012, cerca de 3,3 milhões de mortes, ou 5,9%, de todas as mortes globais foram devidas ao consumo de álcool., com diferenças entre os gêneros, pois 7,6% das mortes entre os homens e 4,0% das mortes entre as mulheres

foram atribuídas ao álcool. Também foi notada que, quanto maior a riqueza econômica de um país, maior é a quantidade álcool consumido e menor frequência de abstinências. Por isso, os países de alta renda têm o maior consumo de álcool *per capita* (APC) e a maior prevalência de beber episódico pesado entre bebedores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O relatório registrou 139 milhões de DALY (anos de vida ajustados por incapacidade) atribuídos ao consumo de álcool (5,1% da carga global de doenças e lesões), com maior fração atribuível ao álcool sendo detectada na Europa.

No ano posterior, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) expandiu as análises publicadas no "*Global status report on alcohol and health*", visando ao melhor entendimento da situação do continente, pelo poder público e pesquisadores, em relação ao consumo nocivo de álcool. Fruto dessa análise é o relatório "*Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas*", que faz análise dos dados relacionados ao álcool em 36 países da América (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A OPAS (2015) constatou que, em 2012, o consumo médio de álcool nas Américas foi maior que no resto do mundo, como também o aumento das taxas de episódios de consumo excessivo de álcool nos cinco últimos anos (de 4,6 para 13,0% entre as mulheres; e de 17,9 para 29,4% entre os homens). Com relação à mortalidade, o álcool contribuiu com mais de 300.000 mortes na região, das quais mais de 80.000 não teriam ocorrido na ausência do seu consumo. Ainda no ano de 2012, o álcool foi responsável por mais de 274.000.000 anos de vida saudável perdidos (DALY 2) nas Américas. O Brasil ficou em 3º lugar no índice de mortalidade atribuível ao álcool entre homens (74 por 100 mil habitantes) e em 11º lugar entre mulheres (12 por 100 mil habitantes).

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre o uso de álcool são escassos e sem regularidade, sobretudo pelo pouco financiamento. No entanto, têm sido realizados diversos estudos em decorrência da necessidade crescente de subsídios para geração e

aperfeiçoamento de políticas públicas (GALDURÓZ; CAETANO, 2004; GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011; MEDINA, 2011).

Em 2007, foi publicado um inquérito populacional que detalhou os padrões de consumo do álcool, a fim de subsidiar ações governamentais. Assim o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira entrevistou 3.007 pessoas de 14 municípios brasileiros. Esse levantamento demonstrou que: 52% dos brasileiros acima dos 18 anos bebem, pelo menos, uma vez por ano; que os mais jovens bebem mais que os adultos com mais de 60 anos; que a cerveja é a bebida mais consumida pela população brasileira (61%), seguida pelo vinho (25%); e que 28% dos brasileiros beberam no padrão *binge drinking* no último ano (LARANJEIRA et al., 2007).

O II Levantamento Nacional sobre Álcool e outras Drogas (LENAD), publicado em 2012, é um inquérito recente que também divulgou resultados relevantes acerca do consumo de álcool pela população brasileira. O LENAD entrevistou 4607 participantes, detectando que: 50% dos participantes com 18 anos ou mais consumiram álcool no último ano; com frequência de 59% para o padrão *binge drinking* entre os bebedores, quando realizada análise por classe socioeconômica, este valor foi de 71% para classe E; prevalência de 6,8% de dependência de álcool (10,5% entre homens e 3,6% entre mulheres) (LARANJEIRA et al., 2012). Na Tabela 1, são apresentados os dados dos principais resultados dos inquéritos epidemiológicos realizados no Brasil que analisaram o consumo de álcool.

Tabela 1: Principais resultados sobre consumo de álcool presentes nos inquéritos epidemiológicos brasileiros entre 2002 e 2012

Nome do levantamento	Ano de publicação	População	Principais resultados
I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil	2002	Pessoas na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos de idade	Uso de álcool no ano: 49,8% Dependentes de álcool: 11,2% 5,2% bebia, pelo menos, de três a quatro dias por semana
II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil	2005	Pessoas na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos de idade	Uso de álcool no ano: 49,8% Dependentes de álcool: 12,3% 7,9% se referiram a algum problema emocional ou psicológico devido ao uso do álcool
I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira	2007	Pessoas com mais de 14 anos	48% bebem, ao menos, uma vez ao ano 19% bebem de uma a quatro vezes por semana 45% dos adultos bebedores tiveram problemas decorrentes do consumo do álcool 6% bebem todos os dias 28% beberam em <i>binge</i> no último ano
I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras	2009	Universitários de instituições públicas e privadas	72% consumiram álcool no último ano 35,7% beberam em <i>binge</i> no último ano 21,8% preencheram critérios do ASSIST para consumo de risco moderado ou alto no último ano
II Levantamento Nacional sobre Álcool e outras Drogas	2012	Pessoas com mais de 14 anos	50% consumiu álcool, pelo menos, uma vez no último ano 71% beberam quatro doses em dia regular de consumo 59% beberam em <i>binge</i> no último ano (entre os bebedores) 6,8% preencheram os critérios de dependência

Adaptado de Siqueira (2016)

4.2.4 Consumo de álcool e os serviços de saúde

Dada a problemática do consumo de álcool no Brasil, o Ministério da Saúde, buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, apresentou suas diretrizes para uma Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (PAIUD), no sentido de reafirmar que o uso de álcool é um grave problema de saúde pública. A rede de assistência pensada por tal política deve ter ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2004).

Os problemas relacionados ao consumo de álcool variam ao longo de um *continuum* de gravidade. Essa característica demanda a organização de serviços de saúde que atendam às necessidades em cada uma dessas situações. Desse modo, serviços de atendimento foram criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química. Há variados tipos de ambientes de tratamento e cada um deles possui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio aos usuários de álcool. Não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço (RIBEIRO, 2004).

A PAIUD destaca a necessidade de uma atenção ao usuário fundamentada na comunidade e associada à rede de saúde e social, em que o cuidado deve ser prestado, preferencialmente, em serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial, com enfoque na reabilitação e reinserção social dos usuários (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, em função da necessidade de um serviço de saúde que operasse nela, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde nas diretrizes da PAIUD, os CAPS AD são serviços de atenção psicossocial que se caracterizam pelo cuidado e atenção diária e articulação de toda a rede de atenção. Os CAPS AD têm a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de

atuação, quando são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação (BRASIL, 2004, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em seus diferentes níveis, compõem a rede de atenção psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Essa rede também é composta por outros serviços: Estratégia de Saúde da Família com equipes de saúde mental, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Saúde Mental, Prontos-socorros Psiquiátricos, Leitos Psiquiátricos Hospitalares Gerais, Serviços de Referências em Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-AD) e Hospitais Especializados em Psiquiatria em processo de desativação progressiva e Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

4.2.5 Consumo de álcool e a Atenção Primária em Saúde

No Brasil, alguns estudos investigaram o consumo alcoólico entre pacientes atendidos na APS. Os resultados sugerem taxas de consumo significativas, que sinalizam para a atenção dos profissionais sobre o assunto. Contudo, há escassez de estudos que se dedicam a avaliar o consumo de álcool na APS. Assim sendo, as informações sobre o assunto na literatura científica brasileira são insuficientes para subsidiar a elaboração de práticas nesse nível de atenção à saúde, direcionados ao consumo de álcool e suas consequências (ABREU et al., 2012; AMATO et al., 2008; VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009).

Segundo Magnabosco (2007), o conhecimento dos padrões de uso de álcool dos diferentes grupos possibilita a elaboração de estratégias e políticas públicas de controle e prevenção de tal uso para grupos específicos. Portanto, o uso do álcool por pacientes da APS torna-se relevante para o planejamento de estratégias nesse nível de atenção.

Em 2006, Amato e outros autores (2008) investigaram o uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em 371 pacientes da atenção primária

à saúde em Juiz de Fora – Minas Gerais. Através da aplicação do *AUDIT*, detectaram que 12,7% faziam uso de risco; 1,1%, uso nocivo; 4,3% eram prováveis dependentes; e 19,4% beberam no padrão *binge*.

Estudo realizado em 2012 no Rio de Janeiro concluiu que o padrão de consumo alcoólico entre pacientes dos serviços de APS analisados era elevado (31%) (ABREU et al., 2012). Corroborando esses resultados, a pesquisa conduzida em uma unidade de saúde da família concluiu que 40,6% consumiram em padrão nocivo (DA SILVA et al., 2014).

Vargas, Bittencourt e Barroso, em 2014, avaliaram o padrão de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde no município de Bebedouro, em São Paulo, e encontraram como principais resultados que 22% faziam uso problemático do álcool, dos quais 10% com uso de risco; 2%, uso nocivo/ e 10%, provável dependência.

Mesmo que sejam poucos os estudos nacionais sobre o padrão de consumo de álcool de pacientes da APS, os resultados sinalizam às equipes de atenção primária para o acolhimento dos usuários no âmbito dos serviços (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

Os serviços de APS são excelentes espaços para combinar oportunidades de rastreamento e utilização de estratégias para redução dos prejuízos relacionados ao uso problemático do álcool, portanto as equipes devem estar preparadas para o atendimento dessa demanda (VARGAS et al., 2014).

Tabela 2: Consumo de álcool em serviços de Atenção Primária brasileiros entre 2006 e 2016

Autores	Ano	Metodologia				Resultados
		Amostra	Local	Local da coleta de dados	Instrumento	
Amato et al.	2006	371	Juiz de Fora - Minas Gerais (MG)	Serviço	AUDIT	- 12,7% fizeram uso de risco; 1,1%, uso nocivo/ e 4,3% eram prováveis dependentes; padrão <i>binge</i> de 19,4%.
Magnabosco, Formigoni e Ronzani	2007	921	Rio Pomba e Juiz de Fora	Serviço	AUDIT	- 18,3% faixa de uso de risco e 3,8% pontuaram na faixa sugestiva de dependência.
Abreu et al.	2012	1.015	Rio de Janeiro (RJ)	Serviço	AUDIT	- Elevada prevalência de consumo nocivo (31%).
Silva et al.	2014	207	Pernambuco	Inquérito	AUDIT	- 40,6% apresentaram consumo abusivo de álcool.
Taufick et al.	2014	932	Uberlândia (MG)	Serviço	AUDIT e CAGE	- 20,5% faziam consumo alcoólico de risco; 5,9%, uso nocivo e 3,9% eram prováveis dependentes do álcool.
Vargas, Bittencout e Barroso	2014	755	Bebedouro (SP)	Serviço	AUDIT	- 22% faziam uso problemático do álcool, dos quais 10% de uso de risco; 2%, uso nocivo; e 10%, provável dependência.
Bortoluz, Lima e Nedel	2016	2.482	Porto Alegre (RS)	Serviço	CAGE	- 5% afirmaram uso problemático do álcool.

Fonte: Elaboração própria

Dadas a cronicidade da dependência do álcool e a complexidade de seu controle, a APS é a principal instância de atenção a esses pacientes (BORTOLUZ; LIMA; NEDEL, 2016). A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde. É princípio da APS desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita (BRASIL, 2014). Para a construção desse vínculo, é necessária uma aproximação efetiva dos profissionais com os usuários, por meio principalmente da escuta qualificada, quando é possível compartilhar e detectar condições de saúde que, na maior parte das vezes, são omitidas devido ao estigma e preconceito. Sendo assim, esse nível de atenção torna-se essencial na assistência de consumidores de álcool.

Os serviços da APS, como as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, podem desempenhar um papel fundamental na assistência e na reinserção social dos usuários de álcool, uma vez que possibilitam o acompanhamento e a melhoria do acesso ao cuidado de saúde de pacientes, sobretudo, daqueles que não procuram os Centros de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, é que o Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral aos Usuários, tem como objetivo proporcionar tratamento já na atenção primária (BRASIL, 2004).

A lógica do território existente na APS a coloca em condição privilegiada para conhecer a história de vida das pessoas, bem como com outros elementos do seus contextos biopsicossociais. Isso torna a APS um nível de atenção estratégico para a prevenção e o tratamento dos usuários de álcool (BRASIL, 2013).

4.3 TRANSTORNOS MENTAIS E O SERVIÇOS DE SAÚDE

4.3.1 Transtornos mentais e sua contribuição para a morbi-mortalidade

Os transtornos mentais configuram-se como importante parcela da morbi-mortalidade na população brasileira e mundial, principalmente nas últimas. No entanto, desde 2001, a Organização Mundial de Saúde já sinalizava para uma melhor atenção a essa questão, quando divulgou que os transtornos mentais e de comportamento respondem por 12% da carga mundial de doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Porém, mesmo que 40% destes necessitassem de políticas, serviços e ações de saúde mental, os gastos com saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. No Brasil, o orçamento de saúde mental girava em torno de 2,4% do orçamento do SUS (BRASIL, 2004).

Em 2003, estudos de carga global de doenças estimaram que cinco transtornos mentais e neurológicos (a saber: depressão grave, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, distúrbio obsessivo-compulsivo e alcoolismo) estavam entre os maiores fatores de incapacidade mundial e, assim sendo, de queda na produtividade dos países (OMS, 2003).

As grandes decisões políticas de saúde, em geral, são respaldadas por estatísticas de mortalidade. A falta de ênfase na morbidade desvaloriza o impacto global das condições prevalentes e incapacitantes com menor mortalidade, tais como os transtornos mentais (WHITEFORD et al., 2015). Nesse sentido, os estudos de carga global de doença vêm contribuindo para o melhor entendimento e manejo do adoecimento causado pelos transtornos mentais.

Um estudo brasileiro de carga de doença, ao analisar o ranking das principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade (DALY) no Brasil e macrorregiões, evidenciou que as doenças mentais englobam 10,8% do total de DALY em ambos os sexos e chamou a atenção para a ocorrência da presença do transtorno depressivo recorrente como quarta causa de DALY (3,8%). Também concluíram que as doenças mentais tradicionalmente não aparecem como uma causa relevante nas estatísticas de saúde, por assumirem valores baixos de mortalidade, mas possuem um grande peso de incapacidade e longa duração (SCHRAMM et al., 2004).

No ano de 2008, entre os principais resultados do estudo de carga global de doença no Brasil, destaca-se a preponderância das doenças crônicas não transmissíveis em todas as regiões do país, em particular os transtornos mentais, onde a depressão e o transtorno afetivo bipolar figuravam entre as quinze causas principais específicas (responsáveis por mais de 50% da carga de doença total entre homens e mulheres).

O *Global Burden of Disease Study 2010* - GBD 2010 estimou que os transtornos mentais foram responsáveis por 7,4% dos DALY (*Disability Adjusted Life Years*) mundiais e 22,9% dos YLD (*Years Lived with Disability*) mundiais, tornando-os a quinta causa principal de DALY e a principal causa de YLD. Os DALY variaram por idade e sexo, com a maior proporção do total deles ocorrendo em pessoas com idade entre 10 e 29 anos. A carga de transtornos mentais aumentou 37,6% entre 1990 e 2010, o que, para a maioria dos distúrbios, foi impulsionado pelo crescimento da população e pelo envelhecimento (WHITEFORD et al., 2013)

Todavia, apesar da contribuição dos distúrbios mentais para a carga global das doenças, a saúde mental ainda é uma área muito negligenciada quanto aos serviços de atenção à saúde, devido ao estigma e aos recursos limitados, e diversos países continuam apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais. Porém, poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços tradicionais de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema (MARAGNO et al., 2006).

Portanto, a reestruturação dos serviços, com ênfase no treinamento dos profissionais de cuidados primários para o reconhecimento de quadros mais prevalentes, tem sido a estratégia adotada por países nos quais essa questão já vem sendo abordada há mais tempo (ANDREWS; HENDERSON; HALL, 2001).

4.3.2 Transtornos mentais na população geral

Os transtornos mentais são uma das principais causas de adoecimento, demandando atenção por parte dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Viana e Andrade (2012) conduziram um dos dos primeiros estudos epidemiológicos nacionais que forneceram informação populacional sobre diversos distúrbios no Brasil, obtendo como principais resultados que os transtornos mais prevalentes (na vida) entre residentes na região metropolitana de São Paulo foram o transtorno depressivo maior (16,9%), a fobia específica (12,4%) e o abuso de álcool (9,8%).

Esses dados corroboram os apresentados numa revisão de literatura de estudos epidemiológicos com base populacional no mundo, realizado em 2002, na qual as prevalências de episódios depressivos variaram de 2,2% a 5,4% (últimos 30 dias); 3,5% a 10,3% (último ano); e 3,7% a 15,7% (na vida) (VORCARO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2002).

Uma revisão sistemática de literatura se propôs a verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira entre 1997 a 2009 e detectou que, nos estudos transversais incluídos, foram obtidos altos índices de prevalência geral

(variaram entre 20% e 56%) de transtornos mentais na população adulta (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Inquéritos do *International Consortium of Psychiatric Epidemiology* - ICPE em sete países da América do Norte (Canadá e EUA), América Latina (Brasil e México) e Europa (Alemanha, Países Baixos e Turquia) foram realizados utilizando uma versão da OMS, a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), a fim de gerar diagnósticos e estimar a prevalência para cada uma das três grandes classes de TM: ansiedade, humor e uso de substâncias. As prevalências na vida de qualquer transtorno sugerem que mais de um terço da amostra experimentou, pelo menos, um transtorno em algum momento de sua vida: Brasil (36,3%), Canadá (37,5%), Alemanha (38,4%), Holanda (40,9%) e Estados Unidos (48,6%). Com relação aos transtornos de humor, as maiores prevalências (na vida) foram encontradas no Brasil (15,5%), Alemanha (17,1%), Holanda (18,9%) e Estados Unidos (19,4%). Quando se tratou de transtornos de ansiedade, a prevalência na vida no Brasil (21,3%) também figurava entre as mais altas, assim como nos Estados Unidos (25%) e no Canadá (17,4%) (“Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology”, 2000).

A Organização Mundial de Saúde aponta a depressão como importante causa de incapacidade em todo o mundo (MURRAY; LOPEZ, 1996). Embora não existam informações diretas sobre a prevalência da depressão na maioria dos países, os dados disponíveis indicam ampla variabilidade nas taxas de prevalência. No Brasil, a prevalência de depressão na população geral, ao longo da vida, é em torno de 17%. Em estudo realizado em dezoito países ($n = 89.037$), entre os países de renda média, a maior prevalência encontrada foi no Brasil, com percentual de 18,4%. Os autores do último estudo citado afirmam que a depressão é uma preocupação significativa para a saúde pública em todas as regiões do mundo e está fortemente ligada às condições sociais (BROMET et al., 2011).

Entre as tentativas de compilar os dados acerca da depressão, cabe salientar o estudo de Kohn e colaboradores, que analisaram diversas pesquisas da América Latina e do

Caribe, entre 1980 e 2004, encontrando para a depressão uma prevalência de 8,7% na vida, 4,9% no ano e 4,3% no mês (KOHN et al., 2005).

Sobre os transtornos de ansiedade, Lepine (2002) comunica que estes são os mais prevalentes entre os transtornos mentais, mas menos de 30% dos indivíduos que sofrem de transtornos de ansiedade procuram tratamento. A prevalência de transtornos de ansiedade é difícil de identificar, pois pequenas alterações nos critérios diagnósticos, nas ferramentas de entrevista ou na metodologia do estudo afetam os resultados.

O estudo de Andrade e outros autores (2002), que investigou a prevalência de TM na população com 18 anos ou mais, utilizando como instrumento o CIDI, com uma amostra de 1.464 pessoas, teve como resultado que, entre os TM mais prevalentes (na vida, no ano e no mês, respectivamente) estavam os transtornos de ansiedade (12,5%, 7,7%, 6%).

A somatização é um TM pouco avaliado nas pesquisas epidemiológicas. A categoria diagnóstica “Transtornos Somatoformes” (F45) foi introduzida na Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) em 1992 e compreende sete entidades nosológicas (LAZZARO; ÁVILA, 2004). Esses grupos nosológicos são comumente conhecidos como “somatização”, termo mais bem conceituado por Lipowiski (1988, p.1359) citado por Lazzaro e Avila ((LAZZARO; ÁVILA, 2004):

Somatização é definida aqui como uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles.

Um dado de 1997 gerado pela OMS detectou taxas de prevalência global para transtorno de somatização de 0,9% (variando de zero a 3,8%, conforme o local pesquisado). Porém, ao expandir o conceito de transtorno de somatização, foram detectadas taxas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) (GUREJE et al., 1997 apud COELHO; ÁVILA, 2007). Em um estudo feito na Dinamarca, em 1999, clínicos gerais identificaram somatização em 50 a 71% dos pacientes (COELHO; ÁVILA, 2007).

Dados de uma revisão de literatura, publicada em 2011, que objetivou prover informações sobre somatização na população latino-americana, detectaram altas prevalências em latino-americanos, como em Tegucigalpa - México (21% com amostra de 100 indivíduos) (TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

Embora os dados epidemiológicos acerca da somatização no Brasil sejam escassos, seu estudo é amplamente relevante devido à sua associação a outros transtornos mentais, como ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao álcool (LAZZARO; ÁVILA, 2004; TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

4.3.3 Transtornos mentais comuns na Atenção Primária em Saúde

Na Atenção Primária em Saúde, encontram-se determinados tipos de TM: os transtornos mentais comuns (TMC). A literatura registra que TMC, conceito que engloba tanto sofrimento emocional quanto pacientes que preenchem critérios para transtornos depressivo-ansiosos e somatização (GOLDBERG; HUXLEY, 1992), são condições prevalentes entre usuários dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2014a; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; MARAGNO et al., 2006). Em 2008, Fortes *et al.* (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008) encontraram 56% de TMC entre pacientes atendidos por unidades do Programa de Saúde da Família em Petrópolis, Rio de Janeiro.

Naquele mesmo ano, outros dois estudos epidemiológicos (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008; MARAGNO et al., 2006) mediram a prevalência de TMC em comunidades atendidas pela APS, detectando respectivamente os valores de 24% e 38%. Uma pesquisa multicêntrica, publicada em 2014, realizada em quatro capitais brasileiras, encontrou uma prevalência de TMC entre pacientes da APS maior que 50% em cada uma das cidades estudadas (GONÇALVES et al., 2014a).

A negligência para as questões de saúde mental continua apesar da existência de evidência sobre a alta prevalência de distúrbios mentais, e os custos substanciais que estes distúrbios impõem a indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde quando não tratados. Apesar de muitos estudos terem mostrado que existem intervenções efetivas e que estas podem ser prestadas com sucesso na Atenção Primária

em Saúde (APS), ainda há muito para avançar a fim de garantir cuidados resolutivos para os portadores de transtorno mental nesse nível de atenção (WHO; WONCA, 2009).

A APS, enquanto estratégia política, é discutida e implantada em países da Europa desde o século XX. A conferência de Alma Ata, em 1978, estabeleceu que ela seria uma estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde, com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2010). Entre as recomendações da OMS (2001) para a organização de redes de atenção psicossocial, destacam-se a oferta de tratamento na Atenção Primária em Saúde (APS) e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde, em nosso país, nem sempre a atenção primária apresenta as condições para atender às demandas em saúde mental, devido à falta de recursos de pessoal e à falta de capacitação da equipe (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Diversas pesquisas brasileiras encontraram alta prevalência de ansiedade e depressão na APS. As categorias nosológicas mais frequentes encontradas entre os pacientes com transtornos mentais comuns, no estudo de Fortes, Villano e Lopes (2008), realizado em Petrópolis, foram as categorias de depressão (45%) e ansiedade (40%). As prevalências de ansiedade obtidas por um inquérito nacional, realizado com indivíduos da APS de quatro capitais (Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre), oscilaram entre 35,4% e 43% para ansiedade; e entre 21,4% e 31% para depressão (GONÇALVES et al., 2014a). Portugal (2016), ao analisar as associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental, encontrou prevalência de 37% para ansiedade e 25,1% para depressão no Rio de Janeiro e em São Paulo.

A somatização está associada ao sofrimento mental em vários ambientes de saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011). De acordo com Lazzaro e Ávila (2004), em serviços de atenção primária, há a prevalência de somatizações entre 16 a 50% dos atendimentos. A alta frequência de somatização (22% de distúrbios somatoformes e 20% de transtornos dissociativos) foi um achado relevante em uma pesquisa que objetivou estabelecer o perfil nosológico e a prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos no Programa de Saúde da Família (PSF), em Petrópolis, Rio de Janeiro (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Dadas a prevalência desses transtornos e a evidência de que os usuários acessam os serviços existentes da APS por outros motivos, é importante pensar estratégias de ação que possam oferecer ao usuário e à equipe a possibilidade de cuidado aos agravos em saúde mental. Nesse sentido, é que se faz necessário o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF tem como diretrizes o cuidado centrado na família, e não no indivíduo doente, o trabalho com os conceitos de vigilância à saúde e o enfoque sobre o risco e o desenvolvimento de atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental. Ainda realiza ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, bem como práticas interssetoriais, e desenvolve o exercício da cidadania e os mecanismos de empoderamento. Dados do Ministério da Saúde, em 2003, constataram que, cotidianamente, as equipes da ESF se deparam com problemas de saúde mental, pois 56% das equipes de saúde da família assinalaram realizar “alguma ação de saúde mental” por sua proximidade com as famílias e as comunidades (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O cuidado com portadores de TMC na APS é estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários, devido à frequência de portadores destes transtornos no cotidiano dos serviços. O primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde e o seu desenvolvimento num território geograficamente conhecido possibilitam o melhor conhecimento da história de vida das pessoas e a construção de vínculos que potencializem a capacidade de atenção da APS aos portadores de TMC (BRASIL, 2013).

A atenção às condições de saúde mental na APS deve ser direcionada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, necessita de organização em rede, base territorial, atuação transversal com as demais políticas de saúde e caráter multiprofissional, interdisciplinar e interssetorial (BRASIL, 2011). Segundo Starfield (2002), é na APS em que se assistem os problemas mais comuns na comunidade. Então, sua rede de serviços oferece ações de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e melhorar o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe. Desse modo, a APS tem papel crucial na atenção aos portadores de transtornos mentais, uma vez que estes são frequentes tanto na população geral quanto entre os usuários dos serviços de APS.

5 MÉTODOS

5.1 FONTES DE DADOS

A presente pesquisa é baseada na análise de banco de dados de dois estudos já realizados. São eles: 1) II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) (Estudo-fonte 1) (LARANJEIRA et al., 2012) e 2) Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro (Estudo-fonte 2) (FORTES, 2013).

5.1.1 II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)

Trata-se de um inquérito nacional realizado pela Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas/ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para identificação do padrão de consumo de álcool e drogas no Brasil, em 2012. A pesquisa entrevistou indivíduos com 14 anos ou mais de todos os estados brasileiros.

A técnica de composição amostral foi a de amostra probabilística de conglomerados com PPT (probabilidade de seleção proporcional ao tamanho), em quatro etapas probabilísticas, com base na Sinopse Preliminar do Censo de 2010 do IBGE: 1ª) Seleção sistemática de municípios dentro das regiões da Federação; 2ª) Seleção sistemática de setores censitários; 3ª) Seleção aleatória simples de domicílios dentro dos setores; 4ª) Seleção aleatória simples de indivíduos dentro dos domicílios.

A amostra foi dividida em três partes: 1) População geral do Brasil, com 14 anos ou mais; 2) *Oversample* de adolescentes, com pessoas de 14 a 17 anos do Brasil; e 3) *Oversample* do Estado de São Paulo, composta de população geral com 14 anos ou mais do Estado de São Paulo. Assim, a amostra total de 4607 participantes foi entrevistada, alcançando uma taxa de resposta total de 78%.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) *AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test* e *HABLAS - Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey* (para avaliar o consumo de álcool); 2) *NDSS - Nicotine Dependence Syndrome Scale* e a *TDS - Tobacco Dependence Screener* (para avaliar consumo de tabaco); 3) *Escala SDS - Severity Dependence Scale* (escala de avaliação da dependência de maconha e cocaína); 4) *Escala de Saúde Geral* (avaliação da saúde física); 5) *Escala de Dor*; 6) *Escala de Atividade Física*; 7) *Escala de Dieta* (adaptada do inquérito telefônico *VIGITEL* e utilizada para avaliar a dieta); 8) *Questionário de Eventos Adversos na Infância* (versão adaptada da *Conflict Tactics Scale Form*); 9) *Questionário de Violência Doméstica* (versão adaptada da *Conflict Tactics Scale Form*); 10) *Escala Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)* (mensura a qualidade de vida); 11) *Escala CES-D Depressão - Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (para o diagnóstico de depressão); 12) *Escala Rede de Suporte Social* (adaptada do levantamento domiciliar da Inglaterra *Adult Psychiatric Morbidity - APMS*); 13) *Escala de Eventos Negativos Recentes* (adaptada do *APMS*).

O LENAD foi aprovado pelo CEP da UNIFESP (nº CEP1672 – Aprovado anteriormente à Plataforma Brasil) e seguiu todas as requisições sugeridas. Os dados foram cedidos para a presente análise mediante aprovação da proposta pelo comitê científico do LENAD (Anexo 2). O TCLE foi preenchido pelos participantes garantindo o sigilo da identidade. De acordo com exigências do Código de Ética da ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa), pais ou responsáveis de participantes menores de 16 anos preencheram autorização formal para participação destes.

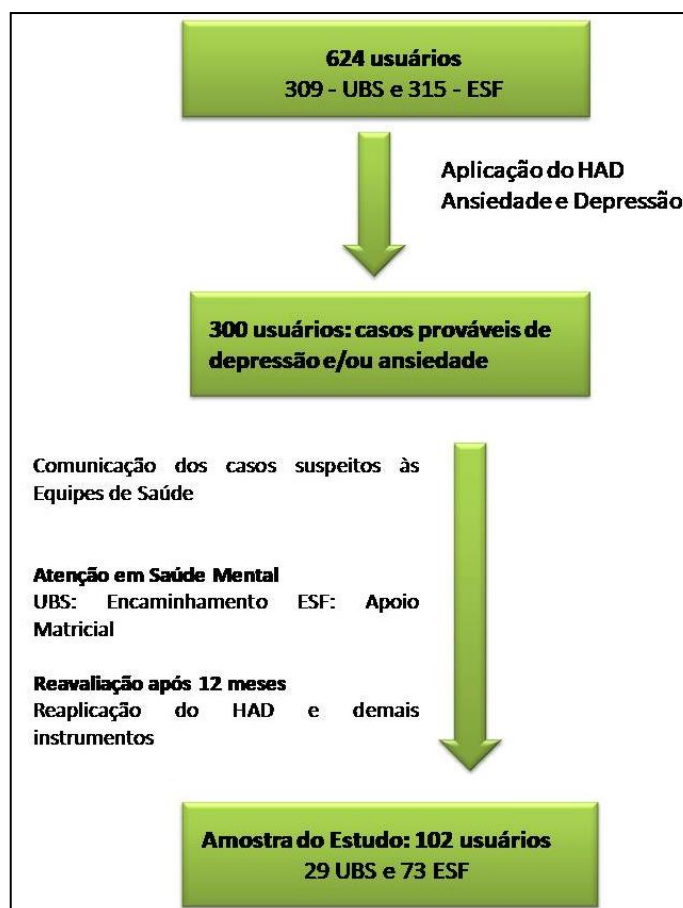
5.1.2 Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro

Trata-se de um estudo longitudinal realizado no período compreendido entre 2012 e 2013. Essa pesquisa rastreou usuários da AP para transtornos ansiosos e depressivos em

diferentes modalidades de atendimento: Unidade Básica de Saúde – UBS e Unidade da Estratégia da Saúde da Família – ESF, tendo sido comunicados às equipes os casos detectados como suspeitos para acompanhamento posterior.

Para a coleta de dados, utilizaram-se os seguintes instrumentos: questionário geral (para registro de dados sociodemográficos); GHQ-12 - *General Health Questionnaire* (rastreamento de transtornos mentais comuns); HAD - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (rastreamento de casos de ansiedade e depressão); SOMS-2 - *Screening for Somatoform Symptoms* e PHQ-15 - *Patient Health Questionnaire* (identificação de sintomas sem explicação médica - SEM); AUDIT - *Alcohol Use Disorder Identification Test* (detecção do padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses); WHOQOL-Bref (afere a qualidade de vida); Questionário de Eventos de Vida (para registro de acontecimentos ou situações desagradáveis e estressantes ocorridas nos últimos 12 meses); Escala de Ansiedade de Beck (BAI), para medir a ansiedade nos indivíduos; Escala de Depressão de Beck (BDI), para avaliar a presença de depressão. Esses instrumentos já foram utilizados previamente em estudos multicêntricos com pacientes da atenção primária no país ((FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2014b; PORTUGAL et al., 2014).

A coleta dos dados da estudo-fonte 2 deu-se após realização de treinamento dos entrevistadores, supervisores de campo, revisores dos questionários e digitadores (com formação em Psicologia). Os dados tiveram dupla digitação em máscara eletrônica de entrada de dados em Acess®. O estudo-fonte 2 organizou-se em dois momentos de aplicação: o primeiro em que foram aplicados todos os instrumentos supracitados na amostra inicial; e o segundo em que os participantes detectados como casos suspeitos para TMC, segundo o critério dado pelo HADS (ponte de corte 8/9) (BOTEGA et al., 1995), foram reavaliados após 12 meses, a partir da análise de seus prontuários e por meio da reaplicação dos mesmos instrumentos. O primeiro e o segundo momentos, assim como os dados coletados nelas, doravante serão chamados de "Etapa de Screening" ($n=624$) e "Etapa follow-up" ($n=102$), respectivamente.

Quadro 1 – Fluxograma de composição da amostra do estudo

A amostra inicial foi composta por 624 usuários, com idade entre 18 e 65 anos, oriundos de uma mesma Área Programática do município do Rio de Janeiro (AP 2.2), porém de serviços distintos da Atenção Primária, sendo 309 provenientes de UBS e 315 de unidades ESF. Houve 300 pacientes positivos para TMC no rastreamento – 150 em cada unidade.

Na "Etapa *follow-up*", foi solicitado, após 12 meses, o retorno dos 300 casos positivos para TMC, para nova coleta de dados. Todavia, houve pouco retorno, sobretudo pelo vínculo entre o serviço e o usuário, principalmente na UBS. Assim, foram reavaliados 102 participantes (73 da ESF e 29 da UBS, que correspondem a 33% dos casos positivos para TMC avaliados na "Etapa de *Screening*" por meio da aplicação do

Questionário de acompanhamento do *follow-up*, que avaliava a história clínica (Anexo 3 – Bloco G), e dos instrumentos utilizados na avaliação inicial (com exceção do *AUDIT*).

O referido estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Parecer nº 78A/2011), cumprindo os dispositivos da Resolução nº 196/96 (revogada pela Resolução 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (Anexo 1). Os dados foram coletados com pacientes na sala de espera, antes da consulta com o profissional de saúde, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, o estudo-fonte 2 cumpriu os dispositivos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

5.2 INSTRUMENTOS

A fim de cumprir os objetivos definidos pelo presente estudo, foram selecionados determinados instrumentos utilizados pelas duas pesquisas-fonte supracitadas. Do *estudo-fonte 1*, utilizaram-se os questionários de identificação socioeconômica e demográfica (Anexo 3 – Bloco H), o *WHOQOL-Bref* e o *AUDIT*. Já do *estudo-fonte 2*, utilizaram-se os questionários de identificação socioeconômica e demográfica (Anexo 3 – Bloco A), o *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-Bref)* (Anexo 3 – Bloco B), o *General Health Questionnaire (GHQ-12)* (Anexo 3 – Bloco C), a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Anexo 3 – Bloco D), o *Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-2)* (Anexo 3 – Bloco E), o *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* (Anexo 3 – Bloco F) e o Questionário de identificação *follow-up* (Anexo 3 – Bloco G).

5.2.1 Questionários de identificação socioeconômica e demográfica

As pesquisas "Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro" e "II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)", fonte de dados para o presente estudo, utilizaram questionários para identificação socioeconômica e demográfica.

Em ambos os estudos, esses questionários eram compostos por perguntas fechadas para coleta de informações sociodemográficas e econômicas. O questionário de identificação usado pela primeira pesquisa-fonte também foi utilizado previamente em outras duas pesquisas (FORTES et al., 2011; FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2011).

5.2.2 World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref)

O conceito de qualidade de vida foi definido pelo Grupo de QV da OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Com isso, nota-se que qualidade de vida é um conceito subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (THE WHOQOL GROUP, 1995). O grupo da OMS ainda constatou que não havia um instrumento que avaliasse qualidade de vida numa perspectiva transcultural e isso motivou o desenvolvimento de um instrumento com tais características. Para esse fim, foi desenvolvido o WHOQOL-100 (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 1999a, 1999b).

Possuir uma forma internacional de avaliação da qualidade de vida, como o WHOQOL, faz com que seja possível realizar pesquisas colaborativamente em diferentes contextos culturais, bem como comparar os resultados obtidos nesses contextos. Com isso, novas questões importantes podem ser feitas e melhorar a compreensão da qualidade de vida (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A construção do WHOQOL-100 compreendeu quatro estágios que foram descritos por diversas publicações da OMS, são eles: 1) Clarificação do conceito; 2) Estudo piloto qualitativo; 3) Desenvolvimento de um estudo piloto; 4) Teste de campo. No estágio de clarificação do conceito, foi definido um protocolo para estudo e um conceito para qualidade de vida, através do trabalho conjunto de *experts* internacionais. Já no segundo estágio, a revisão de *experts*, os grupos focais e a participação de leigos permitiram explorar o conceito de qualidade de vida através de diversas culturas e gerar questões para compor o instrumento. Ainda foram definidos domínios e subdomínios. O terceiro estágio consistiu no desenvolvimento de um estudo piloto, cujo instrumento com 300 questões foi administrado em 15 centros para 250 pacientes e 50 "normais". Por fim, no último estágio, houve a aplicação da versão com 100 questões em um grupo homogêneo de pacientes e o estabelecimento das propriedades psicométricas do instrumento (FLECK et al., 1999b).

A versão final do instrumento WHOQOL-100 é composto por 100 (cem) perguntas correspondentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (FLECK, 2000).

Os domínios são divididos em 24 facetas, em que cada uma é definida por quatro perguntas (Quadro 2). O instrumento tem ainda um conjunto de quatro perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo *Likert*. Dependendo do conteúdo da pergunta, as respostas podem ser dadas em quatro tipos de escalas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK, 2000).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Embora o WHOQOL-100 realize uma avaliação detalhada da qualidade de vida, sua aplicação é extensa, dificultando sua aplicação em grandes estudos epidemiológicos, nos quais há avaliação de outras questões além da qualidade de vida. A versão abreviada, WHOQOL-bref, foi então criada devido à necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse menor tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas do WHOQOL-100 (FLECK, 2000). O WHOQOL-bref, assim como o WHOQOL-100, possui 24 facetas.

No entanto, no *WHOQOL-bref*, cada faceta é avaliada por apenas uma questão, diferentemente da versão extensa em que cada faceta é avaliada por 4 questões (FLECK et al., 2000a).

Para compor a versão abreviada, foram selecionadas questões a partir de critérios psicométricos e conceituais. A partir dos critérios psicométricos, selecionou-se a questão com maior correlação em cada faceta. Posteriormente, especialistas examinaram as questões selecionadas a fim de verificar se estas representavam conceitualmente o domínio. Então, a versão final do *WHOQOL-bref* passou a ser composta pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; contendo 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais representando as 24 facetas de qualidade de vida (Quadro 3) (FLECK et al., 2000a).

Quadro 3: Domínios e facetas do *WHOQOL-bref*

Domínio I - Domínio físico
1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 4. Mobilidade 5. Atividades da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio psicológico
8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração 10. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos
Domínio III – Relações sociais
14. Relações pessoais 15. Suporte (Apoio) social 16. Atividade sexual 14. Relações pessoais
Domínio IV – Meio ambiente
17. Segurança física e proteção 18. Ambiente no lar 19. Recursos financeiros 20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 22. Participação em oportunidades de recreação/lazer 23. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) 24. Transporte

Foi validado no Brasil por Fleck e colaboradores (2000b), os quais concluíram que o instrumento possui bom desempenho psicométrico, com praticidade de uso, tornando-se útil para avaliar qualidade de vida no Brasil. Este vem sendo amplamente aplicado em pesquisas em pacientes atendidos na APS e em comunidades (ARÔCA, 2009; AZEVEDO et al., 2013; PORTUGAL et al., 2014; CHAZAN; CAMPOS; PORTUGAL, 2015; PORTUGAL et al., 2016).

A versão em português do *WHOQOL-bref* apresentou coeficientes altos (acima de 0,7) e bastante significativos, demonstrando boa fidedignidade do teste-reteste. Os coeficientes de fidedignidade de Cronbach de cada domínio individualmente, do conjunto dos 4 domínios e do conjunto das 26 questões, variaram de 0,69 a 0,91. O instrumento discriminou pacientes de indivíduos-controles nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Já o domínio 3 (Relações Sociais) não apresentou capacidade de discriminação entre pacientes e controles. A característica que, segundo os autores, explica parte da incapacidade é o fato deste domínio possuir apenas três facetas e, consequentemente, três questões (FLECK et al., 2000b).

Em suma, Fleck *et al.* (2000b), a partir do estudo de confiabilidade, consideram que o instrumento apresentou de modo satisfatório as características de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

5.2.3 General Health Questionnaire (GHQ-12)

Este questionário é uma versão abreviada do *GHQ-60*, instrumento que foi criado para identificar doenças psiquiátricas em pacientes acompanhados por profissionais não especialistas em psiquiatria. É composto por 60 questões que investigam sintomas recentes e pode ser respondido por pacientes em torno de 10 minutos. O *GHQ-60* foi considerado um indicador de doença psiquiátrica de validade aceitável, com alta sensibilidade e especificidade como teste de rastreamento (GOLDBERG; BLACKWELL, 1970).

A adaptação e a validação da versão com 60 itens foram feitas no Brasil por Pasquali e colaboradores (PASQUALI et al., 1994), com uma amostra de 902 adultos de população não clínica. O estudo de validação mostrou que o questionário expressa um grande fator (ausência de saúde mental), além de apresentar cinco fatores que expressam aspectos relevantes da saúde mental (Alpha de Cronbach aproximadamente 0,85): estresse psíquico, desejo de morte, falta de confiança na capacidade de desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos

Foram formuladas outras versões do GHQ, com número menor de itens (30, 28 e 12 itens), a fim de melhorar a administração do questionário sem perder suas propriedades psicométricas (JACKSON, 2007). Assim, chegou a uma versão reduzida composta por 12 itens – GHQ-12, que tem sido amplamente mais utilizada em pesquisas por ser o mais breve.

O GHQ-12 foi validado por Mari e Williams na década de 80, no Brasil, em três serviços de atenção primária, utilizando o *Clinical Interview Schedule* como padrão ouro. Sua sensibilidade foi de 85% e especificidade 79 (com ponto de corte 3/4), assim teve uso considerado como aceitável para rastreio de Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária (MARI; WILLIAMS, 1985). Assim, tem sido aplicado como instrumento de rastreio em pesquisas de pacientes atendidos na APS (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2014b; PORTUGAL et al., 2014).

Esse instrumento é um questionário composto por 12 questões que tem suas respostas, referentes às duas semanas anteriores à aplicação do questionário, dadas em uma escala do tipo *Likert*. Cada questão tem pontuação variando de 1 a 4, e a pontuação total varia de 0 a 12 pontos em decorrência do sistema de pontuação preconizado por Goldberg. De acordo com as recomendações do autor, as respostas graduadas com códigos 1 e 2 devem ser recodificadas como 0=ausência de distúrbio psiquiátrico; e as com 3 e 4, como 1=presença de distúrbio psiquiátrico (GOLDBERG, 1972).

Uma pontuação igual ou superior a 3 tem sido adotada como indicador da presença de sofrimento psíquico, para o rastreamento de TMC, em pesquisas recentes com pacientes da APS (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2011, 2014b; PORTUGAL et al., 2014). A pontuação acima de 5 significa caso provável de transtorno mental, conforme foi utilizado no estudo internacional da OMS, o_

Psychological Problem In General Health Care – PPGHC (ÜSTÜRN; SARTORIUS, 1995).

Portanto, nesta pesquisa, indivíduos com 3 ou 4 pontos foram considerados como portadores de sofrimento emocional. Já aqueles com 5 pontos ou mais foram classificados como portadores TMC de intensidade grave, prováveis casos de transtorno mental.

Fortes (2004) avaliou a confiabilidade do *GHQ12* utilizando uma amostra de 42 pacientes, com intervalo de uma semana entre o teste e o reteste. Observou que os coeficientes de correlação obtidos foram altos na maioria das questões, exceto para os itens de nº 6, 8, 9 e 11, que se referem a condições mais variáveis no decorrer do tempo. A autora justificou que os menores coeficientes de correlação para tais questões podem ser devidos ao intervalo entre o teste e reteste e à alta sensibilidade do *GHQ-12* para detectar mudanças em um curto espaço de tempo, bem como à forma aguda de apresentação e remissão espontânea dos sintomas dos TMC. Abaixo (Quadro 4) são apresentados os coeficientes de correlação interclasse (CCIC) obtidos neste estudo.

Quadro 4: Confiabilidade teste/reteste do GHQ12

Nas últimas semanas, você tem	CCIC*	IC (95%)**
1) perdido muito sono	0,7588	0,5513-0,8703
2) se sentido constantemente nervoso e tenso	0,8638	0,7466-0,9268
3) sido capaz de manter a atenção no que está fazendo	0,7253	0,4889-0,8533
4) sentindo que é útil na maioria das coisas do dia a dia	0,7804	0,5915-0,8820
5) sido capaz de enfrentar seus problemas	0,7592	0,5520-0,8700
6) se sentido capaz de tomar decisões	0,3452	0,2140-0,6492
7) sentido que está difícil superar suas dificuldades	0,7559	0,5458-0,8687
8) se sentido feliz de um modo geral	0,4700	0,1490-0,7154
9) tido satisfação nas suas atividades do dia a dia	0,5760	0,2111-0,7721
10) se sentido triste e deprimido	0,8191	0,6634-0,9027
11) perdido a confiança em você mesmo	0,6480	0,3451-0,8108
12) se achado uma pessoa sem valor	0,8380	0,6987-0,9129

Fonte: Fortes (2004) CCIC: Coeficiente de Correlação Intraclasse

IC: Intervalo de Confiança

5.2.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A *HADS* tem sido utilizada para avaliar transtornos do humor em pacientes não psiquiátricos, tornando-se útil como instrumento de *screening* para identificar

indivíduos que necessitam de tratamento. Ainda mostra casos de transtornos do humor que podem passar despercebidos pelos profissionais (BOTEGA et al., 1995). Sua construção se deu em 1983 por Zigmond e Snaith e, a partir daí, constatou-se ser um instrumento de fácil aplicação e boa aceitabilidade pelos pacientes e não pacientes. É um instrumento sensível às mudanças dos pacientes em um curto espaço de tempo e, por isso, pode ser bem utilizado em pesquisas longitudinais. Além disso, é um instrumento que pode ajudar a avaliar as mudanças na qualidade de vida (HERRMANN, 1997).

Foi traduzida e validada no Brasil por Botega e colaboradores (1995), com amostra de 78 pacientes em enfermaria de clínica médica, pois o objetivo da escala era sua utilização em ambiente hospitalares. Esta escala possui as mesmas propriedades psicométricas quando aplicada na população geral, especialmente na atenção primária, embora tenha sido desenvolvida para o contexto hospitalar, tendo bom desempenho no rastreio de dimensões separadas de ansiedade e depressão (BJELLAND et al., 2002).

A *HADS* é uma escala curta, de preenchimento breve, contém 14 questões: sendo 7 relativas à subescala de depressão e as demais à subescala de ansiedade. O paciente/entrevistado deve responder às questões do *HADS* com base em como se sentiu durante os últimos quinze dias. Cada questão possui quatro opções para resposta com pontuação variando de 0 a 3 pontos (BOTEGA et al., 1995).

A pontuação total em cada subescala varia de 0 a 21 e consideram-se casos positivos os indivíduos que obtiverem pontuação maior que oito, sendo este ponto de corte adotado na presente pesquisa.

Desde sua adaptação e validação no Brasil, a literatura registra poucas investigações de suas propriedades psicométricas (BOTEGA et al., 1995; FARO; FARO, 2015). A consistência interna encontrada na validação brasileira está abaixo da recomendada pela literatura científica (α de Cronbach maior ou igual a 0,80): subescala de ansiedade (α de Cronbach = 0,68) e subescala de depressão (α de Cronbach = 0,68) (BOTEGA et al., 1995). O ponto de corte 8/9 encontrou bons valores de sensibilidade e especificidade (Quadro 5).

Quadro 5: Coeficientes de Validação para a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (*HADS*) com ponto de corte 8/9 nas duas subescalas

Coeficientes	<i>HADS</i> -Ansiedade	<i>HADS</i> -Depressão
Sensibilidade	93,7%	84,6%
Especificidade	72,6%	90,3%
Valor preditivo positivo	48,4%	81,5%
Valor preditivo negativo	97,7%	92,1%
Taxa global de má classificação	25,6%	11,5%

Fonte: Botega et al. (1995)

Contudo, estudo recente que objetivou realizar a análise fatorial confirmatória da *HADS*, bem como estabelecer a normatização dos pontos de corte diagnósticos da escala, recomenda cautela na interpretação de escores e diagnósticos, principalmente da *HADS*-Depressão. Seus autores afirmam também que a análise da validade convergente sugere a aplicabilidade da *HADS* para a detecção de transtornos de ansiedade e depressão leves (FARO; FARO, 2015).

5.2.5 Screening for Somatoform Symptoms – SOMS-2

Várias pesquisas desenvolveram instrumentos objetivando a avaliação e a classificação diagnóstica da Somatização Crônica (SC), porém muitos deles são longos e difíceis de usar, principalmente por exigirem formação específica clínica para sua aplicação. Instrumentos como a *SOMS-2*, que não exigem formação específica e cujo tempo é curto, podem ser particularmente úteis para resolver o problema de avaliação e diagnóstico da SC no contexto da APS (GILI et al., 2015).

A *SOMS-2*, questionário de autopreenchimento, realiza a discriminação entre sintomas medicamente explicados e sem explicação médica (SEM), constituindo-se como um inventário de sintomas das classificações diagnósticas (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM-IV e Classificação Internacional de Doenças - CID-10) para perturbações somatoformes (FABIÃO et al., 2008a).

Esse instrumento é composto por 53 itens, aos quais o paciente deve responder considerando seu estado nos últimos dois anos, dividido em dois blocos de questões. No primeiro bloco de perguntas, ocorre a investigação dos sintomas em que as respostas são consideradas positivas quando o médico não encontra uma causa orgânica clara (FABIÃO et al., 2008a).

As questões de 1 a 35 avaliam possíveis sintomas de transtorno de somatização segundo o DSM-IV; os itens 36 a 42 avaliam os sintomas relativos a crise de ansiedade, transtornos do humor ou transtorno somatoforme indiferenciado; e as questões de 43 a 53 investigam os critérios de inclusão e exclusão de diferentes subgrupos de transtornos somatoformes. O segundo bloco de questões (15 itens) fornece informações úteis, por exemplo, número de consultas médicas no último ano, influência dos sintomas na qualidade de vida (geração de incapacidade, repercussão nas atividades de vida diárias) (FABIÃO et al., 2008a; GILI et al., 2015). A pontuação total da escala é dada pela soma das respostas positivas aos itens da lista de investigação de sintomas.

A SOMS-2 foi traduzida e adaptada para português (FABIÃO et al., 2008a) e tem sido utilizada em vários estudos para o rastreamento de Somatização Crônica em pacientes atendidos na APS. Segundo seus autores, está traduzido para quinze línguas, embora não tenham ainda sido publicados estudos de validação em todas elas (GILI et al., 2015). Cabe ressaltar que não foi publicado estudo de validação deste instrumento no Brasil.

Pesquisas das propriedades psicométricas da escala sugerem a utilização de quatro sintomas como ponto de corte, por apresentarem alta especificidade e boa sensibilidade, especialmente quando existem perturbações de ansiedade e/ou depressivas atuais coexistindo com a SC (BANKIER et al., 2000; FABIÃO et al., 2008b; FABIÃO, 2011; GILI et al., 2015). Assim, na presente pesquisa, consideraram-se os indivíduos que referiram quatro ou mais sintomas, sem explicação médica, com prejuízo das atividades de vida diária, como portadores de SC.

A SOMS-2, em sua versão original, apresentou uma boa consistência interna (α de Cronbach de 0,87) e validade no reteste após 72 horas, possui sensibilidade de 86% a 100% e especificidade de 85% (FABIÃO et al., 2011; HILLER; RIEF; FICHTER,

1995). Há necessidade de explorar as propriedades psicométricas da versão em português deste instrumento (FABIÃO et al., 2008a).

5.2.6 Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT

O *AUDIT* é preconizado pela OMS para a detecção precoce do consumo de álcool. Foi um dos primeiros testes de rastreamento desenvolvidos especificamente para serviços de APS. É um instrumento composto por dez questões que identificam diferentes padrões de consumo (conforme a classificação da CID-10), avaliando três domínios conceituais: uso de risco (questões 1-3), sintomas de dependência (questões 4-6) e uso nocivo (questões 7-10) (BABOR et al., 2001).

Foi traduzido para o português no Brasil, em 1997, por Figlie e colaboradores (1997) em um hospital da Escola Paulista de Medicina, e validado por Mendez (1999) com uma amostra de pacientes da APS, utilizando uma entrevista com critérios da CID-10 como padrão-ouro. A validação brasileira verificou que o *AUDIT* apresentava bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool, recomendando seu uso em serviços de APS. Em 2005, foi publicada uma pesquisa que validou a utilização do *AUDIT* em população geral urbana brasileira a fim de verificar a sua utilização em pesquisas epidemiológicas com a população geral. Os resultados apoiaram seu uso em estudos epidemiológicos e mostrou um ponto de corte semelhante para detecção de transtornos relacionados ao uso de álcool e consumo de risco, assim como a versão validada em amostra com usuários de serviços de APS (LIMA et al., 2005).

O escore do *AUDIT* varia de 0 a 40 pontos, é calculado somando-se as opções assinaladas pelos respondente em cada questão. As duas últimas questões têm três possibilidades de resposta com valores 0, 1 e 4. Já as demais possuem cinco possibilidades de respostas, com valores que variam de 0 a 4. A resposta a cada pergunta deve considerar os acontecimentos dos 12 meses que antecedem a administração do teste (BABOR et al., 2001).

De acordo com o estudo para o desenvolvimento do instrumento, assim como evidenciado por estudos posteriores, o ponto de corte que rastreia o uso problemático de álcool é 8 pontos (BABOR et al., 2001; LIMA et al., 2005; MÉNDEZ, 1999). O padrão de consumo de álcool do indivíduo é classificado a partir da soma das questões. Por ser um instrumento de rastreamento, o *AUDIT* sugere o padrão de consumo, ou seja, não faz diagnóstico. Assim, os indivíduos podem ser classificados em quatro zonas de risco de consumo de álcool (Quadro 6).

Quadro 6: Classificação do provável padrão de consumo de álcool pelo *AUDIT*

Zonas	Escore	Provável padrão de consumo
Zona 1	0-7 pontos	consumo de baixo risco de álcool ou abstinência
Zona 2	8-15 pontos	consumo de risco de álcool
Zona 3	16-19 pontos	consumo nocivo de álcool
Zona 4	20-40 pontos	dependência de álcool

Fonte: Babor et al. (2001)

Apesar da ampla utilização do *AUDIT* em pesquisas, no Brasil, ainda existem poucos estudos que tenham investigado suas propriedades psicométricas (LIMA et al., 2005; MÉNDEZ, 1999; SANTOS et al., 2012).

Na validação brasileira, com uma amostra de 733 pessoas de uma unidade de atenção primária, encontrou-se sensibilidade de 91,8%, com o ponto de corte 8, para o consumo com algum risco, sendo este ponto de corte o que ofereceu maior sensibilidade ao *AUDIT* em comparação a outros valores (10, 11, 12, 14 e 16). Ainda no ponto de corte 8, foram observadas as seguintes características do instrumento: especificidade (62,3%); acurácia (67,6%); valor preditivo positivo (34,9%); valor preditivo negativo (97,2%); e erro de classificação (32,4%) (MÉNDEZ, 1999).

Posteriormente, em 2005, foi realizada uma pesquisa para avaliar a validade concorrente e de construto do *AUDIT* em uma amostra urbana brasileira (116 indivíduos). Os autores concluíram que o ponto de corte 8 dava ao instrumento sensibilidade de 100%, especificidade de 76%, valor preditivo positivo de 24% e valor preditivo negativo de

100%, constituindo-se assim um bom teste de rastreamento, como estudos anteriores realizados em ambientes de cuidados primários já afirmavam (LIMA et al., 2005).

Estudo recente também avaliou as propriedades psicométricas do *AUDIT*, contando com uma amostra não probabilística de 547 estudantes universitários de Fortaleza, encontrando forte correlação teste-reteste (r_{tt}) entre os dados obtidos nas duas aplicações do *AUDIT* ($r_{tt} = 0,94, p < 0,01$), coeficiente de correlação intraclasse (ICC) satisfatório (0,96). Além disso, o poder discriminativo dos itens foi significativo com correlação item-total acima de 0,4.

5.2.7 Questionário de identificação - *follow-up*

Os pacientes participantes da Etapa de *follow-up* responderam a um questionário semiestruturado, composto de dezenove perguntas, que investigava mudanças ocorridas 12 meses após a entrevista inicial. As opções para a resposta às questões eram predeterminadas e, caso o participante respondesse positivamente a uma pergunta, era solicitada a especificação com a informação da frequência do item que estava sendo investigado.

As questões avaliavam as seguintes características: ocupação, renda, fontes de renda atuais, formação profissional/estudo ou capacitação, atividade física individual, atividades esportivas em grupo, participação em reuniões de associações sociais, trabalho voluntário não remunerado, aspectos da vida familiar, convivência com amigos e algumas atividades em grupo.

No que diz respeito à saúde, o questionário investigou a percepção do estado de saúde dos indivíduos, a procura de atendimento para cuidado com a saúde e a existência de problema de saúde que prejudicava atividades habituais. Além disso, mensurou a frequência de consulta com diferentes profissionais e em distintos tipos de serviços: a) com médico clínico geral / médico de família na UBS e/ou ESF; b) com médico especialista na UBS; c) com enfermeiro no ESF; d) de matriciamento com psicólogo; e e) de matriciamento com psiquiatra.

Na aplicação desse instrumento, os usuários também foram questionados sobre o uso de psicotrópicos no último ano, e a frequência de hospitalização em saúde mental e a participação em saúde mental em grupo na Atenção Primária também foram registrados.

5.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS

5.3.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas

Para o presente estudo, optou-se pela dicotomização das variáveis devido à homogeneidade da amostra dos pacientes atendidos na APS, buscando indicadores com capacidade de discriminar diferenças sociais significativas.

Com isso, as variáveis contínuas (idade, renda pessoal e renda familiar *per capita*) serão categorizadas. Ressalta-se que, para a categorização da variável renda familiar *per capita*, foi considerado o salário mínimo na época do Estudo-fonte 2 (2011), cujo valor era R\$ 545,00. A categorização das variáveis contínuas de caracterização socioeconômica e demográfica encontra-se apresentada abaixo (Quadro 7).

Quadro 7: Variáveis contínuas categorizadas

Variáveis	Categorias
Idade	< = 39 anos
	> 39 anos
Renda <i>per capita</i> familiar	< = 0,5 salários-mínimos
	>0,5 salários-mínimos

As variáveis categóricas, exceto a variável tipo de serviço (UBS/ESF), serão dicotomizadas após a determinação da prevalência de cada uma de suas categorias (Quadro 8).

Quadro 8: Variáveis categóricas posteriormente dicotomizadas

Variáveis	Categorias	Classes
<i>Raça/Cor</i>	Preta Parda/ mulata Branca Amarela Indígena	Branca Outras
<i>Escolaridade</i>	Não frequentou escola (analfabeto) 1º grau incompleto (até 4ª série) 1º grau incompleto (entre 5ª e 8ª série) 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo Universitário incompleto Universitário completo	Ensino fundamental completo Ensino fundamental incompleto
<i>Frequência religiosa</i>	Mais de 1 vez/ semana 1 vez / semana 2 a 3 vezes /mês Algumas vezes no ano 1 vez/ ano Não compareci nenhuma vez	Menos de 2 vezes/semana Mais de 2 vezes/semana
<i>Estado civil</i>	Casada / união Separada / divorciada Viúva Solteira	Sem companheiro Com companheiro

5.3.2 Variáveis de transtornos mentais comuns

Serão analisadas as frequências de cada transtorno investigado. Para tanto, será analisada a presença ou ausência de Transtorno Mental Comum (TMC), Transtorno Mental Comum de intensidade grave (TMC-G), depressão, ansiedade, somatização crônica.

Através do *GHQ-12*, rastream-se casos suspeitos de TMC e TM-G. Conforme têm sido adotado por estudos epidemiológicos recentes (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES et al., 2011, 2014b; PORTUGAL et al., 2014), utilizaram-se

respectivamente os seguintes pontos: a) 3 (três) a 4 (quatro) positivas (caso provável de TMC); b) 5 (cinco) ou mais respostas positivas (caso de TMC de intensidade grave). A *HADS* permitiu a detecção de casos prováveis de ansiedade e depressão (ponto de corte 8/9 nas duas subescalas). Já a presença de Somatização Crônica foi aferida com o uso da *SOMS-2* e definida quando houve relato de quatro ou mais sintomas, sem explicação médica, com prejuízo das atividades de vida diária pelos participantes.

5.3.3 Variáveis de consumo de álcool

Inicialmente, o consumo de álcool será analisado através da descrição das Zonas do *AUDIT*, considerando os pontos de corte recomendados pelo manual de aplicação da versão original do instrumento (BABOR et al., 2001): Zona 1 – Provável consumo de baixo risco de álcool ou abstêmios (0-7 pontos); Zona 2 – Provável consumo de risco de álcool (8-15 pontos); Zona 3 – Provável consumo nocivo de álcool (16-19 pontos); e Zona 4 – Provável dependência de álcool (20-40).

Após, para fins de análise, essas zonas foram classificadas como variáveis *dummys*, gerando as variáveis "consumo de risco de álcool", "consumo nocivo de álcool" e "dependência de álcool", em que a classificação SIM corresponde ao padrão de consumo de interesse e o NÃO aos demais padrões. Por exemplo, para a variável "consumo de risco de álcool", o grupo SIM equivale aos indivíduos da Zona 2 do *AUDIT* (consumo com risco) e o grupo NÃO às demais zonas (1, 3 e 4).

5.3.4 Variáveis de qualidade de vida

A qualidade de vida, aferida pelo *WHOQOL-bref*, é analisada considerando seus domínios (Quadro 2). Nesta pesquisa, o cálculo do escore de cada um dos domínios foi efetuado considerando a sintaxe preconizada pelo *WHOQOL Group* da OMS (THE WHOQOL GROUP, 1995) (Anexo 5). O grupo recomenda que: 1) seja verificado o

preenchimento adequado das 26 questões com valores de 1 a 5; 2) sejam invertidos os valores das questões Q3, Q4 e Q26, cuja escala de resposta é invertida; 3) sejam calculados os escores dos domínios, efetuando-se a média do número de questões que compõe cada domínio; 4) sejam transformados os escores para uma escala de 0 a 100; 5) sejam excluídos da amostra os questionários com mais de seis questões não respondidas ou preenchidas incorretamente.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

5.4.1 Plano de análise de dados referente aos objetivos específicos 1 e 2

O plano de análise de dados referente aos objetivos específicos 1 e 2 são semelhantes, excetuando-se a origem dos estudos. Para o objetivo específico 1, foram utilizados dados provenientes do estudo Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas - LENAD (estudo-fonte 1). Já os dados relativos ao objetivo específico 2 são provenientes da “Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro” (estudo-fonte 2). Ressalta-se que o estudo-fonte 2 diz respeito a uma investigação em serviços de saúde da APS, enquanto o estudo-fonte 1 é de base populacional.

Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Science – SPSS 17*. Primeiramente, realizou-se a análise descritiva do desfecho Qualidade de Vida (QV), calculando-se a média, o desvio-padrão e os valores mínimos e máximos para cada domínio. Nesta etapa, também foram calculadas as prevalências de TMC, o consumo de álcool por meio do *AUDIT*, a ansiedade, a depressão e a somatização.

Efetuuou-se posteriormente a análise bivariada por meio do Teste-t para verificar a associação entre as variáveis de exposição socioeconômicas e clínicas, com o desfecho QV em seus diferentes domínios ($p\text{-valor} < 0,05$), exceto para a variável "Consumo de álcool", em que foi empregado o Teste ANOVA, com pós *hoc* de Bonferroni, também ao nível de significância de 5%.

Por fim, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla método *Stepwise Backward*, cujos desfechos foram os quatros domínios de QV aferidos pelo *WHOQOL-bref*. Assim, obtivemos quatro modelos de regressão linear múltipla, sendo um relativo a cada domínio de QV (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Foram selecionadas para fazer parte do modelo, como variáveis explicativas, aquelas que tiveram nível de significância menor de que 10% na análise bivariada.

Para cada modelo, foram calculados e apresentados o coeficiente de determinação (R^2), os coeficientes do modelo (β) e seus respectivos valores de p para cada variável explicativa. Ao final, foram analisados os resíduos de cada modelo.

5.4.2 Plano de análise de dados referente ao objetivo 3

A análise dos dados longitudinais provenientes do estudo-fonte 2 (*Etapas de follow-up*) foi realizada de maneira diferenciada. Os escores de QV foram categorizados a fim de verificar sua modificação no período compreendido entre a primeira entrevista e a reavaliação após 12 meses. Então, criou-se a variável "Melhora na qualidade de vida". Para tal, efetuou-se a subtração entre o escore de cada domínio de QV no segundo momento de avaliação dos pacientes e o aferido no primeiro momento. A segunda etapa consistiu na categorização desses valores, em que valores positivos foram considerados melhora da QV e valores negativos definiram sua piora. Não houve o valor 0 (zero) na etapa de subtração. Após, realizou-se Teste-t pareado para verificar se havia diferença estatística significativa, ao nível de 5%, entre as médias de QV no momento inicial e final do estudo-fonte 2 e como se verificou diferença estatisticamente significativa para os domínios físico e psicológico, os quais foram analisados com melhor especificidade.

Realizou-se análise bivariada a fim de avaliar a associação da "Melhora na qualidade de vida" às condições sociais, econômicas e clínicas (sendo calculados *Odds Ratio* – OR e respectivos intervalos de confiança de 95%). Nesta parte da análise, além das condições medidas no pré-*follow-up*, foram utilizadas as seguintes variáveis.

Quadro 9 – Variáveis criadas para análise bivariada no pós-follow up

<i>Frequência religiosa pós-follow-up:</i> medida após 12 meses e categorizada em menos de duas vezes/ semana e maior ou igual a duas vezes/ semana.
<i>Aumento da renda após 12 meses:</i> categorizada em sim e não.
<i>Redução de 5 ou mais pontos na HADS Ansiedade:</i> resultante da comparação da pontuação da HADS Ansiedade no período pós-follow-up com o pré-follow-up, categorizada em sim e não.
<i>Redução de cinco ou mais pontos na HADS Depressão:</i> resultante da comparação da pontuação da HADS Depressão no período pós-follow-up com o pré-follow-up, categorizada em sim e não.

A redução de cinco pontos ou mais foi utilizado porque é um marcador para diminuição da intensidade dos sintomas. Os autores da *HADS* consideram que a gravidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como leve, moderada e severa, com base na pontuação em cada subescala (ZIGMOND; SNAITH, 1983). Cinco pontos é o valor que garante a mudança de classificação de gravidade da ansiedade e depressão, ou seja, a redução de cinco pontos ou mais sugere diminuição da intensidade dos sintomas.

Por fim, empregaram-se dois modelos de regressão logística múltipla, cujos desfechos serão QV nos domínios físico e psicológico, objetivando encontrar o conjunto de variáveis que simultaneamente expliquem a melhora na QV em cada domínio. O método de seleção de variáveis utilizado para a regressão logística múltipla será o *stepwise backward*. Foram incluídas nas regressões as variáveis com nível de significância menor que 20% na análise bivariada. Também serão calculados OR ajustado e os respectivos intervalos de confiança de 95%, bem como as probabilidades preditas para o desfecho, segundo variáveis significativas no modelo final. Determinou-se a proporção de classificação correta entre os positivos e entre os negativos para o desfecho e a proporção de classificação total (*overall*).

5.5 QUESTÕES ÉTICAS

Os estudos que compõem a presente pesquisa (Estudo-fonte 1 e Estudo-fonte 2) cumpriram os dispositivos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. O Estudo-fonte 2 foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto/Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pelo CEP Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Anexo 1). Já o estudo-fonte 1 foi submetido ao CEP da Universidade Federal de São Paulo (Anexo 2). Em ambos estudos-fonte, houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, bem como lhes foram esclarecidos os objetivos propostos pelas pesquisas e a garantia do sigilo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ARTIGO 1

QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ÁLCOOL NO BRASIL: DADOS DO INQUÉRITO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS, 2012

*QUALITY OF LIFE AND ALCOHOL CONSUMPTION IN BRAZIL:
DATA OF THE NATIONAL ALCOHOL AND DRUGS SURVEY, 2012*

Autores

1- *Marcos Vinícius Ferreira dos Santos*

Doutorando em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).

2 - *Clarice Sandi Madruga*

Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica, Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

3 – *Ronaldo Ramos Laranjeira*

Phd em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

4 – *Mônica Rodrigues Campos*

Doutora em Saúde Pública, Professora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).

5 - *Sandra Fortes*

Doutora em Saúde Pública, Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Contribuições individuais dos autores

- *Santos MVF; Campos MR; Fortes S*: contribuíram na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo, na revisão crítica do conteúdo intelectual e na aprovação da versão final a ser publicada.

- *Madruga CS*: contribuiu na concepção e delineamento do estudo e na aprovação da versão final a ser publicada.

- *Laranjeira RR*: contribuiu na concepção e no delineamento do estudo.

RESUMO

A dependência do álcool, a ansiedade e a depressão têm sido relacionadas à geração de incapacidade e à perda de qualidade de vida (QV) no Brasil e no mundo. Objetivou-se mensurar a QV e verificar sua associação a consumo de álcool, sofrimento psicológico e aspectos sociodemográficos. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com 3.070 indivíduos em 2012. Realizou-se análise bivariada (Teste-t) e regressões lineares múltiplas para cada domínio de QV. Os escores de QV para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente foram, respectivamente: 75,4; 73,0; 74,8 e 60,3. Na análise multivariada, ter depressão ou ansiedade foram as condições que estiveram associadas, na devida ordem, de modo mais intenso à perda de QV ($\beta=-4,48$ à $-9,61$; p-valor $<5\%$). Houve perda de QV de modo expressivo na presença de outras condições (com significância estatística): domínio físico – ser maior de 39 anos ($\beta=-5,80$); domínio psicológico – provável dependência de álcool ($\beta=-6,81$); domínio relações sociais – provável dependência de álcool ($\beta=-6,91$); domínio meio ambiente – não ser branco ($\beta=-4,39$). A perda de QV esteve associada a dependência de álcool, ansiedade e depressão. Então, recomenda-se o uso da medida de QV para o monitoramento da saúde de indivíduos em tais condições.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Alcoolismo, Depressão, Ansiedade.

ABSTRACT

Alcohol dependence, anxiety and depression have been related to the generation of disability and the loss of quality of life (QoL) in Brazil and in the world. The objective was to measure QoL and verify its association with alcohol consumption, psychological distress and sociodemographic aspects. This is a cross-sectional, population-based study of 3.070 individuals in 2012. Bivariate analysis (t-test) and multiple linear regressions were performed for each QoL domain. The QoL scores for the physical, psychological, social and environmental domains were: 75,4; 73,0; 74,8 and 60,3. In the multivariate analysis, depression or anxiety were the conditions that were associated, respectively, with a greater loss of QoL ($\beta = -4,48$ to $-9,61$, p-value $<5\%$). There was significant loss of QoL in the presence of other conditions (with statistical significance): physical domain - being over 39 years old ($\beta = -5,80$); psychological domain - probable alcohol dependence ($\beta = -6,81$); social relations domain - probable alcohol dependence ($\beta = -6,91$); environmental domain - not be white ($\beta = -4,39$). The loss of QoL was associated with dependence on alcohol, anxiety and depression. Therefore, it is recommended to use the QoL measure to monitor the health of individuals with such conditions.

Key words: Quality of Life, Alcoholism, Depression, Anxiety.

1.INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica foi um fenômeno que mudou o padrão de morbimortalidade em diversos países. Com isso, os agravos e as doenças crônicas ganharam destaque como uma demanda para os serviços de saúde. Essas doenças podem levar os indivíduos à incapacidade, ocasionar sofrimento e trazer impacto financeiro ⁽¹⁾.

Pertencentes a esse grupo de condições crônicas, o consumo nocivo, a dependência do álcool e os transtornos mentais configuram-se como causa de adoecimento no Brasil e no mundo, possuindo papel expressivo na geração de incapacidade. Ademais, causam considerável perda de qualidade de vida (QV) e demandam diversas ações de assistência pelos serviços de saúde.

Dados do "*Global status report on alcohol and health*" revelaram que, em termos globais, o consumo de álcool puro foi igual a 6,2 litros consumidos por pessoa com 15

anos ou mais, em 2010. O Brasil superou a média mundial, apresentando um consumo *per capita* de álcool de 8,7 litros⁽²⁾. O relatório ainda detectou 139 milhões de *DALY* (anos de vida ajustados por incapacidade) atribuíveis ao consumo de álcool (5,1% da carga global de doenças e lesões).

Diversos inquéritos sobre uso de drogas concluíram que o álcool é a substância psicoativa mais consumida pelos brasileiros^(3,4). Em 2007, o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira constatou que 52% dos brasileiros acima dos 18 anos bebiam, pelo menos, uma vez por ano (4).

A carga de transtornos mentais aumentou 37,6% entre 1990 e 2010, devido ao crescimento da população e ao envelhecimento⁽⁵⁾. No Brasil, Viana e Andrade⁽⁶⁾ realizaram um inquérito epidemiológico populacional sobre diversos distúrbios no Brasil entre residentes na região metropolitana de São Paulo, obtendo como transtornos mais prevalentes (na vida): a depressão maior (16,9%), a fobia específica (12,4%) e o abuso de álcool (9,8%).

Em cenários clínicos em que a cura não é uma possibilidade alcançável, como no caso das condições crônicas, melhorar a satisfação do paciente com seu tratamento e seu bem-estar é um dos objetivos dos serviços de saúde. As medidas de qualidade de vida apresentam-se como uma alternativa estratégica para o monitoramento desse propósito, uma vez que levam em consideração a perspectiva do indivíduo em relação ao seu estado de saúde (7). A mensuração da QV pode colaborar também na priorização de novos focos para o tratamento que não sejam limitados exclusivamente às doenças^(8,9). Sabe-se ainda que a pior QV está relacionada a diversas características socioeconômicas e de saúde mental⁽¹⁰⁾.

Frente ao exposto, objetivou-se, no presente estudo, mensurar a QV e verificar sua associação com o padrão de consumo de álcool, transtornos mentais (ansiedade e depressão) e características socioeconômicas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente trabalho é um desdobramento de um inquérito sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira, realizado em 2012: *II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas – LENAD*, cujos objetivos foram mensurar as prevalências do uso de álcool e drogas e analisar fatores de risco associados ao uso dessas substâncias e ao desenvolvimento de dependência química⁽¹¹⁾.

Este artigo apresenta os dados relativos a consumo de álcool, depressão e ansiedade na população adulta do Brasil.

Amostra

A amostra do LENAD foi composta de 4607 participantes, sendo dividida em três partes: a) População geral do Brasil, com 14 anos ou mais (n=3295); b) *oversample* de adolescentes, com indivíduos entre 14 e 17 anos (n=908); e c) *oversample* do Estado de São Paulo, composta por população geral com 14 anos ou mais do Estado de São Paulo (n=404).

A técnica de composição amostral foi a de amostragem por conglomerados com Probabilidade de Seleção Proporcional ao Tamanho (PPT), em quatro etapas probabilísticas, com base na Sinopse Preliminar do Censo de 2010 do IBGE: 1ª) Seleção sistemática de municípios dentro das regiões da Federação; 2ª) Seleção sistemática de setores censitários; 3ª) Seleção aleatória simples de domicílios dentro dos setores; 4ª) Seleção aleatória simples de indivíduos dentro dos domicílios.

Cabe ressaltar que os municípios com população superior a 1.014.535 habitantes tinham probabilidade de seleção igual a 1, ou seja, foram considerados autorrepresentativos. Desse modo, entre os 5565 municípios incluídos no sorteio, 14 municípios foram considerados autorrepresentativos. Essas cidades corresponderam a 77 setores censitários dos 375 que foram incluídos no estudo.

Para a seleção de indivíduos que seriam entrevistados, o entrevistador listava todos os moradores elegíveis do domicílio e anotava a data de aniversário de cada um deles. A partir disso, era selecionado o morador com data de aniversário mais próxima à data da entrevista.

O cálculo para o tamanho ideal da amostra foi realizado de maneira similar ao efetuado com amostras aleatórias simples, com populações infinitas. Assim, considerou-se o intervalo de confiança de 95%, prevalência do desfecho (uso de droga) de 50% - pior cenário e erro amostral de 5%.

Para o presente estudo, utilizaram-se os dados da amostra de população geral, assim foram incluídos somente sujeitos maiores de 18 anos. Com isso, pesquisaram-se 3070 indivíduos numa amostra probabilística representativa de todos os estados brasileiros.

Instrumentos

a) Questionário socioeconômico

Questionário composto por questões fechadas a fim de obter dados sociais e econômicos, a saber: sexo, idade, grau de instrução, raça, estado civil, enquadramento profissional, renda familiar mensal ⁽¹¹⁾.

b) Escala de avaliação de saúde geral

Escala de avaliação saúde que investiga 27 doenças referidas pelos respondentes foi traduzida do *Adult Psychiatric Morbidity in England* ⁽¹²⁾ - levantamento domiciliar da Inglaterra. A partir deste instrumento, os participantes informam: a) a ocorrência de doença alguma vez na vida e/ou no último ano; e b) o tratamento da doença por profissional de saúde. São questionadas, nesta escala, doenças físicas e mentais, como a ansiedade e a depressão.

c) Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT

Instrumento para a detecção do padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽¹³⁾. Os escores do *AUDIT* variam de 0 a 40 pontos e classificam o padrão de consumo álcool em zonas de risco:

Zona 1: Provável consumo de baixo risco ou abstinência. Pontuação entre 0 e 7.

Zona 2: Provável consumo de risco. Pontuação entre 8 e 15.

Zona 3: Provável consumo nocivo. Pontuação entre 16 e 19.

Zona 4: Provável dependência. Pontuação entre 20 e 40.

Na validação brasileira, encontrou-se sensibilidade de 91,8% (com o ponto de corte 8, para o consumo com algum risco) e as seguintes características do instrumento: especificidade (62,3%); acurácia (67,6%); valor preditivo positivo (34,9%); valor preditivo negativo (97,2%); e erro de classificação (32,4%) ⁽¹⁴⁾.

d) *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref)*

Questionário proposto pela OMS para a avaliação da QV pelo *WHOQOL Group* ⁽¹⁵⁾. É composto por 26 questões divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Sua pontuação varia de 0 (QV ruim) a 100 pontos (melhor QV). Os coeficientes de fidedignidade de Cronbach de cada domínio individualmente, do conjunto dos 4 domínios e do conjunto das 26 questões, variaram de 0,69 a 0,91 na adaptação cultural brasileira ⁽¹⁶⁾.

Análise estatística

Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Science - SPSS 20* para a análise estatística dos dados ⁽¹⁷⁾. A fim de obter indicadores com capacidade de discriminar diferenças sociais, categorizaram-se as variáveis socioeconômicas. Com isso, foram determinadas as seguintes categorias: sexo (masculino/ feminino), faixa etária (até 39 anos/ acima de 39 anos), escolaridade (até 4ª série do ensino fundamental/ 5ª série ou mais), raça/ cor (não brancos/ brancos), estado civil (sem companheiro/ com companheiro), enquadramento profissional (trabalha/ não trabalha) e renda familiar mensal (até R\$545,00 (1 SM)/ mais de R\$545,00 (1 SM); SM = salário mínimo vigente no ano de 2012.

Para fins de análise, foram criadas variáveis *dummys*, a partir das variáveis de zonas do *AUDIT*, gerando as variáveis: "consumo de risco de álcool", "consumo nocivo de álcool" e "dependência de álcool", utilizando respectivamente o fato de o indivíduo ser classificado na Zona 2, na Zona 3 e Zona 4 como o "Sim" das *dummys*.

Efetuuou-se o cálculo dos escores *WHOQOL-bref* em sintaxe gerada pelo *WHOQOL Group* no *SPSS*. Em seguida, realizou-se a análise descritiva do desfecho QV para cada domínio individualmente.

O Teste-t foi empregado para a realização da análise bivariada, na qual se verificou associação entre as variáveis de exposição socioeconômicas e clínicas com o desfecho QV, em seus diferentes domínios ($p\text{-valor} < 0,05$). Especificamente para a variável "Consumo de álcool", foi realizado o Teste ANOVA com *post-hoc* de *Bonferroni*, com nível de significância de 5%.

Na última etapa da análise, foram gerados quatro modelos de regressão linear múltipla pelo método *stepwise backward*, cujos desfechos foram os quatros domínios de QV aferidos pelo *WHOQOL-bref*. O critério para a entrada das variáveis explicativas no modelo foi o nível de significância menor que 10% na análise bivariada. Em cada modelo, foram calculados: o coeficiente de determinação (R^2), os coeficientes do modelo (β), os valores de p para cada variável explicativa. Também analisaram-se os resíduos de cada modelo.

Questões éticas

O inquérito fonte deste estudo (LENAD) foi financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP (nº CEP1672). Além disso, foi preenchido o termo de consentimento pelos participantes, autorizando a utilização dos dados para a pesquisa e garantindo o sigilo da identidade dos participantes. Com isso, foram cumpridos os dispositivos da Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (vigente na época da coleta de dados da pesquisa).

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 3.070 indivíduos das cinco regiões administrativas do Brasil. Observou-se a predominância do sexo feminino (57,2%), do grau de instrução a partir da 5ª série do ensino fundamental ou grau maior de estudo (62,9%), de pessoas que viviam com companheiro (60%), da faixa etária acima de 39 anos (50,5%), da renda familiar mensal maior que um salário mínimo (SM) (82,6%), de indivíduos que se declararam com raça/ cor não branca (61,1%) e de pessoas que possuíam algum tipo de trabalho (62,7%), conforme a Tabela 1. Ainda no que tange à renda familiar mensal, 35% dos participantes referiram rendimentos entre 1 e 2 SM.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica e escores de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012.

Variável	Frequência		Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
	n	%	Média	DP*	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor
Amostra	3070	100,0	75,4	16,3	-	73,0	13,4		74,8	14,9	-	60,3	15,9	-
Sexo														
Masculino	1313	42,8	78,1	14,8	0,000	74,9	12,6	0,000	75,9	14,3	0,000	61,9	15,5	0,000
Feminino	1757	57,2	73,4	17,0		71,6	13,8		73,9	15,3		59,2	16,2	
Grau de Instrução														
Até 4ª série do ensino fundamental	1138	37,1	69,6	17,5	0,000	69,2	13,5	0,000	71,6	15,2	0,000	57,1	16,4	0,000
5ª série ou mais	1932	62,9	78,9	14,5		75,3	12,8		76,6	14,4		62,2	15,3	
Estado Civil														
Com companheiro	1843	60	76,5	15,4	0,000	73,8	12,9	0,000	76,6	13,8	0,000	61,2	15,2	0,000
Sem companheiro	1227	40	73,8	17,5		71,9	14,1		72,0	16,0		59,0	16,9	
Faixa Etária														
Até 39 anos	1520	49,5	80,3	13,3	0,000	75,5	12,9	0,000	77,1	14,3	0,000	61,7	15,5	0,000
Acima de 39 anos	1550	50,5	70,6	17,5		70,7	13,5		72,5	15,2		59,0	16,2	
Faixa de Renda Familiar														
Até R\$545,00 (1 SM)	505	16,4	72,2	18,6	0,000	69,8	14,5	0,000	72,2	16,6	0,000	56,1	17,8	0,000
Mais de R\$545,00 (1 SM)	2399	82,6	76,1	15,7		73,7	13,1		75,4	14,5		61,3	15,4	
Não respondeu	166													
Raça														
Branco	1193	38,9	75,8	15,4	0,355	73,5	13,2	0,158	74,6	14,7	0,576	62,9	14,9	0,000
Não branco	1870	61,1	75,2	16,8		72,8	13,6		74,9	15,1		58,7	16,4	
Recusa	7													
Enquadramento Profissional														
Trabalha	1925	62,7	78,8	14,0	0,000	74,6	12,9	0,000	76,1	14,5	0,000	61,8	15,6	0,000
Não Trabalha	1145	37,3	69,8	18,2		70,4	13,8		72,6	15,2		57,9	16,2	

*DP = Desvio padrão

Sobre os aspectos de saúde mental, encontrou-se a frequência de 17,7% de ansiedade referida no último ano pelos participantes, depressão referida (no último ano) em 10,1% e história de álcool na família em 34,9%. Com relação ao álcool, houve predomínio do consumo de baixo risco/ abstinências (83,6%). O detalhamento dos padrões de consumo de álcool (através das variáveis *dummys*) detectou casos sugestivos de consumo de risco de álcool em 13,7% dos sujeitos da pesquisa, de consumo nocivo em 1,4% e de dependência em 1,4%. (Tabela 2).

Tabela 2 – Escores de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* segundo desfechos em Saúde Mental. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012.

Variável	Frequência		Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
	N	%	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor
Amostra	3070	100,0	75,4	16,3	-	73,0	13,4		74,8	14,9	-	60,3	15,9	-
Ansiedade referida no último ano														
Não	2526	82,3	77,3	15,0	0,000	74,3	12,6	0,000	75,9	14,0	0,000	61,4	15,6	0,000
Sim	544	17,7	66,8	19,2		67,1	15,3		69,4	17,7		55,4	16,6	
Depressão referida no último ano														
Não	2760	89,9	77,1	15,1	0,010	74,3	12,5	0,000	75,8	14,2	0,000	61,2	15,6	0,000
Sim	310	10,1	60,9	19,3		61,6	15,8		65,9	17,7		53,0	17,0	
História de álcool na família														
Não	1998	65,1	76,5	15,5	0,000	73,8	12,9	0,000	75,5	14,2	0,000	61,9	15,5	0,000
Sim	1072	34,9	73,5	17,5		71,6	14,3		73,4	16,0		57,5	16,4	
Consumo de álcool														
Zona 1	2565	83,6	74,8	16,2	0,000	72,9	13,5	0,000	74,6	15,0	0,000	60,3	16,0	0,000
Zona 2	421	13,7	80,5	13,0		75,3	12,1		77,3	13,1		62,0	15,0	
Zona 3	42	1,4	71,2	16,5		69,9	14,9		68,5	17,6		54,6	18,6	
Zona 4	42	1,4	67,9	15,8		63,8	14,6		65,1	18,0		53,5	15,5	
Consumo de Risco de álcool														
Não	2649	86,3	74,6	16,6	0,000	72,7	13,6	0,000	74,4	15,1	0,000	60,1	16,0	0,022
Sim	421	13,7	80,5	13,0		75,3	12,1		77,3	13,1		62,0	15,0	
Consumo nocivo de álcool														
Não	3028	98,6	75,5	16,3	0,088	73,1	13,4	0,132	74,9	14,8	0,007	60,4	15,9	0,019
Sim	42	1,4	71,2	16,5		69,9	14,9		68,5	17,6		54,6	18,6	
Dependência de álcool														
Não	3028	98,6	75,5	16,3	0,003	73,2	13,4	0,000	74,9	14,8	0,001	60,5	15,9	0,005
Sim	42	1,4	67,9	15,8		63,8	14,6		65,1	18,0		53,5	15,5	

Quanto à QV, as médias de pontuação nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente foram, respectivamente, 75,4; 73,0; 74,8 e 60,3. A análise bivariada detectou menores escores de QV em todos os domínios do *WHOQOL-bref* (p-valor <5%) nos entrevistados do sexo feminino, entre os que estudaram até a 4ª série do ensino fundamental, nos que viviam sem companheiro, em pessoas com mais de 39 anos, entre os que referiram renda familiar mensal de até 1 SM e sem trabalho. Já entre os que não se definiram como brancos, encontrou-se menor pontuação média de QV, com significância estatística, apenas no domínio meio ambiente (p-valor = 0,000) – Tabela 1

Também notaram-se menores escores de QV nos quatro domínios, com significância estatística (p-valor <5%) entre os entrevistados que referiram ansiedade, depressão e história de álcool na família. Já com relação ao padrão de consumo álcool, nos casos sugestivos de consumo de risco, observaram-se maiores pontuações de QV (p-valor <5%) em todos os domínios do *WHOQOL-bref*.

Entre os indivíduos com provável consumo nocivo de álcool, houve menor QV nos domínios relações sociais (p-valor = 0,006) e meio ambiente (p-valor = 0,014), também notou-se tendência de piora de QV no domínio físico (p-valor = 0,088). Houve associação com tendência à piora da QV considerando-se o padrão sugestivo de dependência (p-valor = 0,000) em todos os domínios – Tabela 2.

Ao analisar o padrão de consumo de álcool segundo condição de saúde mental, notou-se que os indivíduos que consumiram álcool com algum risco possuíam menor chance de relatar depressão no último ano (OR=0,68; p-valor=0,0045). De modo contrário, indivíduos com padrão sugestivo de dependência, apresentaram em torno de cinco vezes mais chance de referir depressão no último ano (OR=5,14; p-valor=0,000) e duas vezes mais chance de relatar ansiedade no último ano (OR=2,36; p-valor=0,008) – Tabela 3.

Tabela 3 – Padrão de consumo de álcool segundo desfechos em Saúde Mental. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012.

Padrão de Consumo	Total	Depressão referida no último ano				Ansiedade referida no último ano			
		n	%	OR	P-valor	n	%	OR	P-valor
Consumo de risco									
Não	2649	279	10,5	0,68	0,045	483	18,2	0,76	0,062
Sim	421	31	7,4			61	14,5		
	n=3070								
Consumo nocivo									
Não	3028	302	10,0	2,12	0,066	533	17,6	1,66	0,148
Sim	42	8	19,0			11	26,2		
	n=3070								
Dependência									
Não	3028	295	9,7	5,14	0,000	530	17,5	2,36	0,008
Sim	42	15	35,7			14	33,3		
	n=3070								

N= Se refere ao número de indivíduos que apresentam o padrão de consumo investigado; % = frequência relativa que associa o número de indivíduos de um padrão de consumo de álcool em relação ao desfecho de saúde mental (depressão ou ansiedade).

Na análise multivariada, as variáveis incluídas em cada modelo explicaram a variabilidade (R^2) do domínio físico em 25,1%, do psicológico em 16,3%, das relações sociais em 11,4% e do meio ambiente em 9,6%. Com exceção da variável de consumo de risco de álcool, que se associou diretamente, as demais variáveis associaram-se estatisticamente e de maneira inversa com a QV nos seus diferentes domínios, implicando sua piora.

A ansiedade e a depressão referidas emergiram como as variáveis explicativas presentes em todos os modelos, sendo as que se associaram de forma mais intensa com menores escores de QV. Para o relato de depressão, observou-se uma diminuição de cinco pontos ou mais na QV, a depender do domínio investigado. No caso da ansiedade referida, foi possível constatar, dependendo do domínio do *WHOQOL-bref*, a diminuição de quatro pontos ou mais. Em todos os domínios, a depressão apresentou maior efeito que a ansiedade na piora da QV, sendo observado efeito de maior magnitude no domínio físico.

Em cada domínio, também foram notadas outras características associadas de modo expressivo com a diminuição da QV: no domínio físico – não ter trabalho ($\beta=-5,12$ e $p\text{-valor}=0,000$) e ser maior de 39 anos ($\beta=-5,80$ e $p\text{-valor}=0,000$); no domínio psicológico – provável dependência de álcool ($\beta=-6,81$ e $p\text{-valor}=0,001$) e menor escolaridade (até 4ª série) ($\beta=-4,03$ e $p\text{-valor}=0,000$); no domínio relações sociais – provável dependência de álcool ($\beta=-6,91$ e $p\text{-valor}=0,002$) e não possuir companheiro ($\beta=-4,04$ e $p\text{-valor}=0,000$); já no domínio meio ambiente – não ser branco ($\beta=-4,39$ e $p\text{-valor}=0,000$) e ter menor escolaridade ($\beta=-3,89$ e $p\text{-valor}=0,000$) – Tabela 4.

O consumo de risco esteve associado positivamente a QV apenas no domínio físico ($\beta=2,11$ e $p\text{-valor}=0,008$). A análise dos resíduos dos modelos multivariados de regressão foram analisados quanto à qualidade de ajuste e normalidade, apresentando boa qualidade diagnóstica.

Tabela 4. Resultados do modelo de regressão linear múltipla (*stepwise backward*) para os domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Brasil, 2012.

Modelo de Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise Backward</i>	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Meio Ambiente	
	B	p-valor	B	p-valor	B	p-valor	B	p-valor
R²	25,1		16,3		11,4		9,6	
Constante	87,35	0,000	81,86	0,000	81,72	0,000	68,82	0,000
Variáveis explicativas								
Sexo	-1,27	0,030	-1,91	0,000	-	-	-	-
Estado civil	-1,80	0,001	-1,26	0,008	-4,04	0,000	-1,30	0,025
Escolaridade	-4,68	0,000	-4,03	0,000	-2,85	0,000	-3,89	0,000
Faixa etária	-5,80	0,000	-2,17	0,000	-2,56	0,000	-	-
Renda <i>per capita</i> < 1 SM	-1,83	0,011	-2,67	0,000	-1,88	0,009	-3,26	0,000
Raça/Cor	-	-	-	-	-	-	-4,39	0,000
Trabalho	-5,12	0,000	-1,31	0,013	-1,57	0,006	-1,98	0,001
Consumo de risco	2,11	0,008	-	-	-	-	-	-
Consumo nocivo	-	-	-	-	-4,35	0,057	-	-
Dependência	-3,89	0,086	-6,81	0,001	-6,91	0,002	-	-
Depressão	-9,61	0,000	-8,88	0,000	-6,01	0,000	-5,33	0,000
Ansiedade	-7,06	0,000	-4,51	0,000	-4,82	0,000	-4,48	0,000
História de álcool na família	-1,11	0,048	-	-	-1,12	0,044	-3,26	0,000

Obs.: As células preenchidas com um traço (“-“) sinalizam as variáveis não contempladas no modelo final.

P = P-valor do coeficiente Beta (α) no teste de Wald
 R² é o coeficiente de determinação da variável dependente (QV)
 β é o coeficiente de cada variável independente por regressão
 α é a constante em cada modelo segundo o domínio de QV investigado.
 As caselas em branco (“-“) correspondem a variáveis não contempladas no modelo final.
 Variáveis adicionadas no modelo: Sexo (0=Masculino/ 1=Feminino), Estado Civil (0=Com companheiro/ 1=Sem companheiro), Escolaridade (0=5ª série do ensino fundamental ou mais/ 1= Até 4ª série do ensino fundamental), Faixa etária (0=Até 39 anos/ 1=Acima de 39 anos), Renda familiar mensal (< ou = 1 SM) (0=Não/ 1= Sim), Raça/Cor (0=Branco/ 1= Não Branco), Trabalho (0=Não/ 1= Sim), Depressão (0=Não/ 1=Sim), Ansiedade (0=Não/ 1=Sim), Consumo de risco de álcool (0=Não/ 1=Sim), Consumo nocivo de álcool (0=Não/ 1=Sim), Dependência de álcool (0=Não/ 1=Sim) e História de álcool na família (0=Não/ 1=Sim).

4. DISCUSSÃO

A frequência de casos referidos de ansiedade e depressão obtidos na presente pesquisa é alta e concorda com dados da Organização Mundial de Saúde que demonstram maior número de casos de ansiedade do que de depressão e ainda apontam que o Brasil ocupa quarto lugar no mundo em prevalência de depressão (5,8%) e o primeiro em ansiedade (9,3%). No contexto mundial, este padrão é inverso: maior prevalência de depressão (4,4%) e depois ansiedade (3,6%) ⁽¹⁸⁾.

No que tange ao consumo de álcool, detectaram-se prevalências menores em todos os padrões de consumo em relação aos resultados publicados na literatura. O II Levantamento Nacional sobre Álcool e outras Drogas (11), por exemplo, concluiu que a prevalência de dependência na população brasileira era de 6,8%. Outro estudo, que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013, detectou 13,7% de bebedores nocivos de álcool ⁽¹⁹⁾.

Esse achado se deve ao fato de a amostra do estudo não refletir a distribuição proporcional da população brasileira em termos de condições socioeconômicas. A literatura vem discutindo amplamente a relação entre as condições socioeconômicas e a prevalência de consumo de álcool. Embora de maneira não consensual, é apontado o maior consumo nocivo/ dependência de bebidas alcoólicas entre os indivíduos que possuem maior renda e menor escolaridade ⁽²⁰⁾.

As condições socioeconômicas dos entrevistados destoam do padrão social e econômico da população brasileira. A distribuição da população por escolaridade e renda no Brasil, do Censo Demográfico de 2010, para indivíduos maiores de 18 anos,

indica que os brasileiros possuíam menor escolarização e maior renda que os componentes da amostra do presente estudo ⁽²¹⁾. Com relação à escolaridade, 69,2% dos participantes desta pesquisa tinham ensino fundamental completo ou maior nível de estudo; já na população brasileira, esse percentual correspondia a 54,9%. Quanto à renda familiar mensal, 48,6% possuíam rendimento mensal maior que dois salários mínimos frente a 63,8% da população brasileira.

Foi constatada, com significância estatística, maior prevalência de relato de depressão e ansiedade no último ano entre os participantes com padrão sugestivo de dependência; já entre os que consumiram álcool num padrão de risco, observou-se menor prevalência. Tais achados concordam com a literatura, pois pesquisas apresentam diversos argumentos para a associação entre consumo de álcool e sintomas depressivos e ansiosos, como o risco maior de depressão e ansiedade entre dependentes de álcool em relação aos não dependentes, uso do álcool para melhora do humor (podendo colaborar para padrões de consumo prejudiciais à saúde no futuro). Além disso, o consumo problemático de álcool piora o prognóstico dos pacientes em tratamento dos transtornos de depressão e ansiedade ⁽²²⁻²⁶⁾.

As médias de pontuação de QV variaram de 60,3 a 75,4 pontos. O domínio meio ambiente foi o que registrou menor pontuação, fato perceptível em diversos trabalhos sobre qualidade de vida que utilizam o *WHOQOL-bref* ⁽²⁷⁻³⁰⁾. Notou-se a associação entre os escores de QV nos quatro domínios e todas as variáveis socioeconômicas, exceto para a variável raça/ cor (apenas no domínio do meio ambiente). Nesse aspecto, no que tange à relação da QV com aspectos socioeconômicos, este trabalho concorda com a literatura, pois se sabe que pior QV está relacionada a diversas características socioeconômicas ⁽¹⁰⁾.

Na mesma direção dos resultados da presente pesquisa, estudos concluem que a baixa qualidade de vida está relacionada aos seguintes grupos: sexo feminino, menor classe econômica, menor nível de escolaridade, viver com companheiro e ter mais de 39 anos ^(10,27-32). O conceito de qualidade de vida proposto pela OMS, operacionalizado pelo *WHOQOL* é multidimensional, engloba aspectos diversos, entre os quais podemos

destacar as características socioeconômicos dos sujeitos. Por esta razão era esperada a associação entre condições socioeconômicas e QV⁽¹⁵⁾.

Ao encontrar que menores escores de QV foram detectados entre os indivíduos que relataram ansiedade e depressão (tanto na análise bivariada quanto na regressão), os resultados deste estudo corroboram pesquisas encontradas na literatura que também apontam pior QV entre portadores de algum tipo de sofrimento mental, como a ansiedade e a depressão^(27,28,30,32-35). Por exemplo, num estudo internacional conduzido com indivíduos deprimidos e não deprimidos da população geral, obteve-se que os indivíduos deprimidos apresentaram QV média mais baixa⁽³⁵⁾. Outra pesquisa internacional, prospectiva com base populacional, acompanhou 2650 indivíduos e concluiu que ansiedade e depressão foram associados com menor QV⁽³²⁾.

Quanto aos padrões de consumo de álcool, em todos os domínios do *WHOQOL-bref*, o consumo de risco de álcool associou-se diretamente como a dependência de maneira inversa com a QV, assim esses achados corroboram a produção científica existente sobre o tema. A relação entre consumo de álcool e QV tem sido amplamente discutida na literatura, embora seja enfatizada principalmente a associação inversa entre ambos. Existe concordância entre os diversos estudos para afirmar que a direção da associação (direta ou inversa) depende do padrão de consumo da substância, que há associação positiva da QV com alguns padrões de consumo de álcool e que se observa relação entre QV pobre e dependência de álcool^(10,30,36,37). Um estudo realizado nos Estados Unidos⁽³⁶⁾, com uma amostra representativa do país, encontrou como resultado a maior QV física e mental entre os consumidores regulares de álcool.

Cabe ressaltar que se evidenciou perda de QV entre os que tinham histórico de álcool na família. Tal fato pode estar relacionado ao Modelo de Codependência. De acordo com este modelo, os familiares dos dependentes de drogas, incluindo o álcool, deslocam sua atenção para o dependente, podendo acarretar sofrimento psicológico. Esposas e filhos são os familiares mais afetados pela presença da dependência de álcool no lar, pois alguns estudos sugerem maior sofrimento mental entre esposas e risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e abuso de drogas entre filhos⁽³⁸⁾. Pondera-se, então, que indivíduos com história de alcoolismo na família podem ter menos QV devido ao provável sofrimento psicológico maior a que estão submetidos.

A análise multivariada demonstrou que os quatro domínios de QV são influenciados de maneira distinta pelo conjunto de variáveis explicativas da análise, fato que é um bom marcador do poder de mensuração do *WHOQOL-bref*, pois cada um dos domínios são definidos por um conjunto facetas diferentes⁽¹⁶⁾.

No que diz respeito à QV física, na análise multivariada, ter depressão ou ansiedade (nos últimos 12 meses) foram as condições que estiveram associadas, respectivamente, de modo mais intenso à perda de QV física. O domínio físico do *WHOQOL-bref* investiga questões como sono e repouso, dor e desconforto, energia e fadiga, atividades da vida cotidiana e dependência de medicação ou de tratamentos. Todas as condições citadas são frequentes e relatadas como piores no cotidiano de indivíduos depressivos e ansiosos.

Na depressão e ansiedade, grande parte dos pacientes (mais de 70%) queixa-se de diminuição da quantidade e da qualidade do sono, sendo a insônia a principal alteração relatada. Queixas como insônia de manutenção do sono, dificuldade de iniciar o sono, sono não reparador e sono interrompido são frequentemente citadas⁽⁴⁰⁾.

Dor e sofrimento psicológico têm relações marcadas pela literatura científica. Os achados longitudinais de um estudo internacional sugerem que a dor e o sofrimento psíquico podem ser causas e consequências um do outro⁽⁴¹⁾. Estudo brasileiro realizado com 193 pacientes, em Minas Gerais, detectou que pior qualidade e maior intensidade da dor entre os indivíduos com depressão e pior qualidade de vida no domínio dor do *Medical Outcomes Study 36*⁽⁴²⁾.

No domínio psicológico (excluindo a depressão) e no domínio das relações sociais, consumir álcool com padrão sugestivo de dependência configurou-se como o principal fator associado à diminuição de QV, mesmo controlado pelas demais variáveis do modelo. Com isso, este estudo corrobora a literatura, que, por sua vez, também registra diversas pesquisas com resultado semelhante: menor QV e dependência de álcool^(10,30,36,37). Cabe ressaltar que o domínio psicológico do *WHOQOL-bref* investiga facetas como autoestima, memória e concentração, imagem corporal e sentimentos negativos. A baixa autoestima, assim como as expectativas negativas e a ausência de autopercepção, podem colaborar para a manutenção do consumo de substâncias entre indivíduos com problemas relacionados ao álcool, apesar dos prejuízos nas diversas áreas da vida⁽⁴³⁾.

Além disso, tais sentimentos colaboram para uma pior autoavaliação do estado de saúde, seja no quesito psicológico ou nos demais.

Já no domínio das relações sociais, são aferidos a atividade sexual, o suporte social e as relações pessoais. Nessa lógica, já era esperada menor QV neste domínio entre os indivíduos com provável consumo de dependência, pois especialmente quanto ao suporte social e à dependência do álcool, sabe-se que vínculos familiares e comunitários são rompidos ou fragilizados em decorrência da dependência da substância ⁽⁴⁴⁾.

A qualidade de vida (QV) vem sendo amplamente estudada pela literatura científica atual, no entanto este estudo é de grande relevância, pois oferece um panorama da QV no Brasil e mostra suas relações com condições de saúde mental (depressão e ansiedade) e consumo de álcool (em diversos padrões).

Como limitações do estudo, destaca-se o caráter transversal da pesquisa, que impede o estabelecimento de relações causais, pois a baixa QV pode levar ao consumo de álcool e ao sofrimento psicológico, como também o contrário é verdadeiro. Com isso, estudos prospectivos poderão ser de grande utilidade para estabelecer tais relações.

Os dados encontrados mostram que a QV está associada às condições socioeconômicas e de saúde, reiterando seu caráter multidimensional. Constatou-se também que o sofrimento psicológico e o consumo de álcool são frequentes na população geral brasileira. Achados importantes figuram nesta pesquisa e corroboram a literatura, como a associação intensa e direta entre depressão, ansiedade e consumo de álcool. Assim, recomenda-se a medida de QV como indicador de monitoramento do estado de saúde dos indivíduos, principalmente entre aqueles que possuem ansiedade, depressão e problemas relacionados ao consumo de substâncias.

REFERÊNCIAS

1.Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

2. World Health Organization, organizador. *Global status report on alcohol and health, 2014* [Internet]. 2014 [citado 4 de novembro de 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
3. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório Brasileiro Sobre Drogas* [Internet]. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>
4. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira* [Internet]. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. 76 p.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T.. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2013;382(9904):1575–86.
6. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(3):249–60.
7. Fleck MP de A. *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde*. Artmed Editora; 2009. 224 p.
8. Campolina AG, Ciconelli RM. *Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde*. 2006 [citado 1º de janeiro de 2017]; Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7994>
9. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1383–94.
10. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016;21(2):463–74.

11. Laranjeira R, Madrugá CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2012.
12. McManus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. *Adult psychiatric morbidity in England, 2007: Results of a household survey*. 2009.
13. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*. World Health Organization; 2001.
14. Méndez EB. *Uma versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* [Mestrado]. [Pelotas]: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
15. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403–9.
16. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* 2000;34:178–83.
17. SPSS Inc. Statistical Package for the Social Sciences para Windows. Chicago: SPSS Inc; 2007.
18. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva; 2017.
19. Garcia LP, Freitas LRS de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2015;24(2):227–37.
20. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):231–41.

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios: Resultados do universo*. Rio de Janeiro; 2011.
22. Argimon II de L, Terroso LB, Farina M, Moraes AA, Lopes RMF, Querotti KLM. A intensidade da depressão e a internação de alcoolistas. *Aletheia* 2013;(40):102–10.
23. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5):906–14.
24. Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. Alcohol Involvement as a Function of Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Major Depressive Episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2011;117(2–3):145–51.
25. Barros MB de A, Lima MG, Azevedo RCS de, Medina LB de P, Lopes C de S, Menezes PR, Malta DC. Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. *Rev Saúde Pública* 2017;51(1):1-10.
26. Baborik AL, Leibowitz A, Sterling SA, Travis A, Weisner C, Satre DD. The role of hazardous drinking reductions in predicting depression and anxiety symptom improvement among psychiatry patients: A longitudinal study. *J Affect Disord.* 2016;206:169–73.
27. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Gask L, Bower P, Dowrick C, Fortes S. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(1):23–32.
28. Portugal FB, Campos MR, Correia CR, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Mari JJ, Gask L, Dowrick C, Bower P, Fortes S. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(12).
29. Cruz LN, Polanczyk CA, Comey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res* 2011;20(7):1123–9.
30. Santos MVF dos, Campos MR, Fortes S. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde.

[Internet]. 2017 [citado 25 de fevereiro de 2018]. No prelo 2016. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/relacao-do-uso-de-alcool-e-transtornos-mentais-comuns-com-a-qualidade-de-vida-de-pacientes-na-atencao-primaria-em-saude/16238>

31. Cruz LN, Fleck MP de A, Oliveira MR, Comey SA, Hoffmann JF, Bagattini AM, Polanczyk CA. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Cienc Saude Coletiva* 2013;18(7):1911–21.

32. Nicholl BI, Macfarlane GJ, Davies KA, Morriss R, Dickens C, McBeth J. Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain – Results from the EPIFUND study. *Pain*. 2009;141(1–2):119–26.

33. IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, Kapitanski N, Jeffrey J, Fathy H, et al. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2011;19(5):229–39.

34. Sreevani R, Reddemma K, Nimhans B. Quality of life and functional impairment among depressive patients in a psychiatric outpatient setting in India. *Dysphrenia*. 2013; 4(2).

35. Levola J, Pitkänen T, Kampman O, Aalto M. The association of alcohol use and quality of life in depressed and non-depressed individuals: a cross-sectional general population study. *Qual Life Res* 2018 27(5):1217-1226

36. Cogle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Chavarria J, Zvolensky MJ. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Psychiatr Res*. 2015;66:135–41.

37. Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M. Health-risk behaviors and quality of life among young men. *Qual Life Res*. 2014;23(3):1009–17.

38. Bortolon CB, Signor L, Moreira T de C, Figueiró LR, Benchaya MC, Machado CA, Ferigolo M, Barros HMT. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2016;21(1):101–7.
40. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WA dos S. Sleep in psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:27–32.
41. Hurwitz EL, Morgenstern H, Yu F. Cross-sectional and longitudinal associations of low-back pain and related disability with psychological distress among patients enrolled in the UCLA Low-Back Pain Study. *J Clin Epidemiol.* 2003;56(5):463–71.
42. Antunes RS, Macedo BG de, Amaral T da S, Gomes H de A, Pereira LSM, Rocha FL. Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression. *Acta Ortopédica Bras.* 2013;21(1):27–9.
43. Figlie N, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Rocca; 2004.
44. Souza J de, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool E Drog.* 2006;2(1):0–0.

6.2 ARTIGO 2

RELAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS COM A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*RELATIONSHIP OF ALCOHOL USE AND MENTAL DISORDERS COMMON WITH
THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE*

Autores

1- Marcos Vinícius Ferreira dos Santos

Doutorando em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ); mvsantos@hotmail.com

2 – Mônica Rodrigues Campos

Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ); monicarodriguescampos@gmail.com

3- Sandra Fortes

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
sandrafortes@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se mensurar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro e verificar sua associação com Transtornos Mentais Comuns (TMC), uso de álcool e aspectos sociodemográficos. Trata-se de um estudo transversal com 624 pacientes, realizado em 2012/2013, com aplicação dos instrumentos: *General Health Questionnaire*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Screening for Somatoform Symptoms*, *Alcohol Use Disorder Identification Test* e *World Health Organization Quality of Life Instrument (bref version)*. Realizaram-se análise bivariada (Teste-t) e regressões lineares múltiplas para cada domínio de QV. Os escores de QV para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente foram: 61,2; 62,6; 66 e 50,9. Na análise multivariada, a QV associou-se negativamente aos TMC, principalmente no domínio psicológico ($\beta = -15,75$; $p\text{-valor}=0,00$), e à dependência no domínio físico ($\beta = -5,38$; $p\text{-valor}=0,05$). Houve associação positiva e significativa da QV com consumo de risco ($\beta = 5,77$) e nocivo ($\beta = 6,15$) no domínio meio ambiente, e com o primeiro no domínio psicológico ($\beta = 7,08$). TMC e a dependência de álcool estão associados à perda da QV, porém outros padrões de consumo, mesmo sendo nocivos, se associaram a maior QV.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool, Transtornos Mentais, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to measure the Quality of Life (QoL) of the Primary Care patients in the city of Rio de Janeiro and its association with Common Mental Disorders (CMD), alcohol use and socio-demographic aspects. This is a cross-sectional study involving 624 patients in 2012/2013, using: *General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Screening for Somatoform Symptoms, Alcohol Use Disorder Identification Test e World Health Organization Quality of Life Instrument: brief version*. There were conducted a bivariate analysis and a multiple linear regressions for each domain of QOL. The QoL scores for the domains, physical, psychological, social relationships and environment were: 61,2; 62,6; 66 and 50,9. In multivariate analysis, the QOL was negatively associated to the CMD, especially in the psychological domain ($\beta = -15,75$; p-value = 0,00), and the dependence on physical ($\beta = -5,38$; p-value = 0,05). There was a positive and significant association of the QoL with the risk consumption ($\beta = 5,77$) and the harmful consumption ($\beta = 6,15$) in the environment domain, and with the first in the psychological domain ($\beta = 7,08$). CMD and alcohol dependence are associated with the loss of QOL, but other patterns of consumption (even being harmful) were associated with higher QOL.

Keywords: Quality of Life, Alcohol-Related Disorders, Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de álcool constitui-se como importante problema de saúde pública e está associado ao crescimento da taxa de mortalidade e morbidade, devido ao seu potencial de causar doenças e estar relacionado à perda de Qualidade de Vida (QV) (1). Considerando-se as dez primeiras causas de *DALY* (*disability-adjusted lifeyears* - “anos de vida perdidos por morte prematura ou por viver com incapacidades”), para homens no Brasil, em 2008, o abuso/dependência de álcool ocupou a segunda, a terceira e a sexta posições nas idades de 15-29, 30-44 e 45-59 anos, respectivamente (2). Em 2012, um inquérito nacional sobre álcool e drogas detectou que a prevalência de bebedores nocivos e dependentes no Brasil foi respectivamente de 16,0% e 6,8% (3). Neste mesmo ano, o abuso de álcool (9,8%) e a dependência de álcool (3,3%) foram registrados, por um estudo multicêntrico brasileiro, como o segundo e o terceiro transtornos frequentes na vida dos participantes (4).

Os transtornos mentais (TM) também se configuram como importante parcela da morbimortalidade na população brasileira e mundial, principalmente nas últimas décadas. Estudos brasileiros de carga de doença realizados em 1998 (5) e 2008 (6), bem como estudos mundiais do *Global burden of disease* – realizados em 2010 (7), detectaram que a maior fração do *DALY* no Brasil é atribuída ao grupo de doenças crônicas não transmissíveis, cerca de 75,0%; e, em particular, às doenças neuropsiquiátricas (34,0%). Os TM geram alto custo social e econômico, demandando diversas ações de assistência (8,9). Em 2012, um estudo multicêntrico constatou que a depressão maior (16,8%) e os transtornos de ansiedade (28,1%) foram, respectivamente, o transtorno e o grupo de transtornos mais frequentes na vida dos participantes (4).

Os transtornos mentais comuns (TMC) são um subgrupo de TM normalmente atendido pela Atenção Primária em Saúde (APS) e seu conceito engloba tanto sofrimento emocional quanto pacientes que preenchem critérios para transtornos depressivo-ansiosos e somatização. A literatura registra que TMC são condições prevalentes entre usuários dos serviços de APS (10-12).

Numa pesquisa publicada em 2011, foi detectada a presença de TMC em 56,0% dos pacientes atendidos por unidades do Programa de Saúde da Família em Petrópolis, Rio de Janeiro (13). Em 2014, um estudo epidemiológico multicêntrico mediu a prevalência

de TMC em quatro capitais brasileiras, encontrando taxas maiores que 50,0% entre pacientes da APS em cada uma das cidades estudadas (12).

Nos serviços APS, bem como nas comunidades por eles atendidos, também é comum a presença de pacientes que fazem consumo de álcool em padrões que merecem atenção por parte dos profissionais (14–16). Um inquérito domiciliar que avaliou usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro observou que o consumo com algum risco para a saúde esteve presente em 29,6% dos participantes e a provável dependência de álcool em 5,7% (14). Outra pesquisa no mesmo município, porém com população comunitária, observou elevada prevalência de consumo nocivo de álcool (31,0%) (16).

A APS é considerada a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde. São princípios da APS desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita (17). Para a construção desse vínculo, é necessária uma aproximação efetiva dos profissionais com os usuários, por meio principalmente da escuta qualificada, em que é possível compartilhar e detectar condições de saúde que, na maior parte das vezes, são omitidas devido ao estigma e preconceito. Com isso, este nível de atenção torna-se essencial para a assistência de portadores de TMC e com consumo problemático de álcool.

Para estabelecer esse vínculo, é essencial a valorização de experiências e valores, como também o conhecimento da percepção dos usuários sobre sua história, sua vida e sua saúde. Dessa maneira, tanto a força do vínculo, quanto o conhecimento de quais são as "questões problema" na perspectiva do usuário podem auxiliar no planejamento de intervenções mais exitosas (18).

A QV é uma medida que vem sendo utilizada em pesquisas e pode ajudar a sistematizar a percepção do usuário sobre sua saúde, que foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (19).

Os TMC e o consumo de álcool diminuem a QV e são condições prevalentes na APS. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi mensurar a QV de pacientes atendidos na APS no

município do Rio de Janeiro e verificar sua associação com os TMC (depressão, ansiedade, somatização crônica), o consumo de álcool e os aspectos sociodemográficos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo de coorte transversal com utilização de dados provenientes da pesquisa fonte longitudinal intitulada “Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro”, realizada nos anos 2012 e 2013 (20). Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Parecer nº 78A/2011), cumprindo os dispositivos da Resolução nº 196/96 (21) (revogada pela Resolução 466/2012) (22) do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

A pesquisa fonte rastreou usuários da AP para transtornos ansiosos e depressivos e uso de álcool, em duas diferentes modalidades de atendimento: 01 (uma) Unidade Básica de Saúde tradicional – UBS – e 01 (uma) unidade da Estratégia da Saúde da Família – ESF. Os casos detectados como suspeitos foram comunicados às equipes para acompanhamento. Os participantes foram reavaliados após 12 meses por meio da reaplicação dos mesmos instrumentos e da análise de seus prontuários.

O presente artigo apresenta os resultados referentes à primeira avaliação dos participantes (primeiro ciclo). Os dados foram coletados de pacientes na sala de espera, antes da consulta com o profissional de saúde, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por profissionais previamente treinados para este fim. A amostra foi de conveniência pois o objetivo era comparar o tratamento oferecido aos portadores de TM nas duas modalidades de serviço. Assim ela foi composta por 624 usuários com idade entre 18 e 65, sendo 309 participantes provenientes de uma UBS e 315 de uma unidade de ESF, localizadas num mesmo território geográfico no município do Rio de Janeiro.

Instrumentos

e) Questionário socioeconômico e demográfico

Instrumento com questões objetivas que investigou dados sociais, econômicos e demográficos. Este questionário foi utilizado previamente em outras duas pesquisas (10,23).

As questões de caracterização socioeconômicas e demográficas foram trabalhadas como variáveis dicotômicas devido à homogeneidade da amostra. Com isso, foi possível construir indicadores com capacidade de discriminar diferenças sociais significativas. As variáveis e suas respectivas categorias foram: sexo (masculino/ feminino), faixa etária (até 39 anos/ acima de 39 anos), estado civil (sem companheiro/ com companheiro), raça/ cor (não brancos/ brancos), escolaridade (ensino fundamental completo/ ensino fundamental incompleto), frequência religiosa (menor que duas vezes por mês/ maior que duas vezes por mês), renda familiar *per capita* mensal (maior que R\$ 272,50/ menor ou igual a R\$ 272,50; este valor é referente à metade do salário mínimo vigente no ano de 2011).

f) Avaliação de TMC (ansiedade, depressão e Somatização Crônica)

- *General Health Questionnaire (GHQ-12)*

O GHQ-12 é um instrumento usado para rastreamento de TMC e já foi validado no Brasil com uso aceitável em Unidades de Atenção Primária (24). Nesta pesquisa, consideraram-se indivíduos com 3 ou 4 pontos como casos suspeitos de TMC e os que obtivessem 5 pontos ou mais como prováveis casos de TMC de intensidade grave.

- *Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*

Escala traduzida e validada no Brasil contendo 14 questões, sendo 7 relativas à subescala de depressão e as demais, à subescala de ansiedade. A pontuação total em

cada subescala varia de 0 a 21 e consideram-se casos positivos de transtorno mental os indivíduos que obtiverem pontuação maior que 8 (25).

- *Screening for Somatoform Symptoms – SOMS-2*

Instrumento para rastreio de sintomas sem explicação médica (SEM). É uma lista de 53 sintomas somáticos pertencentes ao Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e à Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (26). O presente estudo considerou como portador de Somatização Crônica o indivíduo que referiu quatro ou mais sintomas, sem um diagnóstico médico, com a presença de algum grau de incapacidade por esses sintomas (26).

g) Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT

O *AUDIT* é preconizado pela OMS para a detecção do consumo de álcool nos últimos 12 meses. Seu uso na Atenção Primária é indicado para o diagnóstico do padrão de consumo de álcool (27). O ponto de corte que rastreia o uso problemático de álcool é 8 pontos (28). Com o *AUDIT*, os indivíduos podem ser classificados em quatro zonas de risco:

Zona 1 – Provável consumo de baixo risco de álcool ou abstinência. Pontuação entre 0 e 7.

Zona 2 – Provável consumo de risco de álcool. Pontuação entre 8 e 15.

Zona 3 – Provável consumo nocivo de álcool. Pontuação entre 16 e 19.

Zona 4 – Provável dependência de álcool. Pontuação entre 20 e 40.

Para fins de análise, essas zonas foram classificadas como variáveis *dummys*, gerando as variáveis "consumo de risco de álcool", "consumo nocivo de álcool" e "dependência de álcool", em que a classificação SIM corresponde ao padrão de consumo de interesse e o NÃO aos demais padrões. Por exemplo, para a variável "consumo de risco de álcool", o grupo SIM equivale aos indivíduos da Zona 2 do *AUDIT* (consumo com risco) e o grupo NÃO às demais zonas (1, 3 e 4).

h) World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref)

O *WHOQOL-bref* foi proposto pela OMS para avaliação da QV pelo *WHOQOL Group* (21). Possui quatro domínios referentes a QV (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas questões gerais de QV, sendo o cálculo dos escores obtidos em sintaxe gerada pelo mesmo grupo, através do programa *Statistical Package for the Social Science – SPSS* (29). A pontuação varia de 0 (zero) a 100 pontos, em que zero pontos indica pior qualidade de vida e cem pontos, qualidade de vida ótima.

Análise estatística

Os dados foram submetidos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 17*. Realizou-se a análise descritiva do desfecho QV calculando-se sua médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos para cada domínio. Efetuou-se posteriormente análise bivariada por meio do Teste-t para verificar a associação entre as variáveis de exposição socioeconômicas e clínicas com o desfecho QV em seus diferentes domínios ($p\text{-valor} < 0,05$), exceto para a variável "consumo de álcool", em que foi empregado o Teste ANOVA com *post-hoc* de *Bonferroni*, também ao nível de significância de 5%.

Por fim, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla método *stepwise backward*, cujos desfechos foram os quatros domínios de QV aferidos pelo *WHOQOL-bref*. Com isso, efetuaram-se quatro modelos de regressão linear múltipla, sendo cada um deles relativo a cada domínio de QV. Foram selecionadas para fazer parte do modelo, como variáveis explicativas, aquelas que tiveram nível de significância menor de que 10,0% na análise bivariada.

Para cada modelo, foram calculados e apresentados o coeficiente de determinação (R^2), os coeficientes do modelo (β) e seus respectivos valores de p para cada variável explicativa. Ao final, foram analisados os resíduos de cada modelo.

3. RESULTADOS

Quanto à caracterização socioeconômica, observou-se o predomínio de indivíduos do sexo feminino (72,6%), pertencentes à faixa etária "acima de 39 anos" (64,5%), que

viviam sem companheiro (57,6%), da raça/ cor "não branca" (76,0%), com ensino fundamental incompleto (55,0%). A maioria dos entrevistados informou frequentar as atividades de sua religião mais que duas vezes por mês (64,6%). Pouco mais da metade dos indivíduos eram oriundos de UBS (51,1%) e os demais pertencentes à unidade de ESF. Entre os participantes, 23,7% referiram renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo (R\$ 272,50) (Tabela 1). Trata-se de uma população majoritariamente de baixa renda (em que 57,2% possuíam renda familiar *per capita* até 1 salário-mínimo - SM - e 28,7% mais de 1 até 2 SM) (Dados não apresentados em tabela).

Nota-se que a menor média de QV foi obtida no domínio "Meio Ambiente" (50,96), já a maior foi a do domínio "Relações Sociais" (66,00) (Tabela 1). Detectou-se que ser mulher diminui em torno de oito pontos na QV de todos os domínios avaliados ($p < 0,05$) e ter mais de 39 anos diminui em torno de 3,5 pontos na QV dos domínios "Físico" ($p=0,027$) e "Relações Sociais" ($p=0,012$). Pôde ser vista menor QV entre os pacientes com companheiro no domínio "Psicológico", como também no domínio "Meio Ambiente" entre os indivíduos com renda *per capita* menor ou igual a meio salário mínimo ($p < 0,05$).

O transtorno mais prevalente foi a ansiedade (42,3%). A depressão esteve presente em 29,5% dos entrevistados e a Somatização Crônica em 4,0%. É notável uma menor QV com significância estatística ($p < 0,05$) em todos os domínios entre aqueles que eram portadores desses desfechos em saúde mental (Tabela 2). Embora a Somatização Crônica tenha sido o desfecho menos prevalente, observou-se uma diminuição de quase vinte pontos na QV no domínio "Físico" na presença deste transtorno. A avaliação do consumo de álcool detectou 4,2% dos participantes na Zona 3 (consumo nocivo) e 4,8% na Zona 4 (dependência).

Houve menor escore de QV em todos os domínios para os indivíduos indicados com dependência de álcool na avaliação do *AUDIT*. Para a variável "consumo de álcool", após a ANOVA, foi realizado adicionalmente o pós-teste *Bonferroni* (dados não apresentados em tabela). A partir disso, foi realizada uma comparação dois a dois com as classes do *AUDIT* de modo a identificar as zonas de consumo do *AUDIT* que apresentavam diferenças na QV.

Obteve-se que, no domínio 'Físico', os pertencentes à Zona 4 (dependência) tinham média de QV menor do que os da Zona 3 (consumo nocivo) (p-valor=0,06). No domínio "Psicológico", os indivíduos da Zona 2 (consumo de risco) tiveram média estatisticamente maior que os da Zona 1 (abstêmios/ consumo sem risco) (p-valor=0,030). Já no domínio "Relações Sociais", os possíveis dependentes tiveram média menores que os abstêmios/ consumidores sem risco (p-valor=0,029) e os que consumiam álcool com risco (p-valor=0,005). Finalmente, no domínio "Meio Ambiente", os entrevistados que beberam álcool no padrão de consumo com risco obtiveram maior escore de QV que os indivíduos abstêmios/ consumo sem risco (p-valor=0,000).

Acerca da análise das variáveis *dummys* do *AUDIT*, a dependência de álcool se associou negativamente (p-valor < 5,0%) com o domínio "Relações Sociais". Os outros padrões de consumo associaram-se positivamente a QV (p-valor < 5%) da seguinte forma: o consumo com risco de álcool esteve associado a todos os domínios de QV, exceto "Relações Sociais", e o consumo nocivo se relacionou aos domínios "Físico" e "Meio Ambiente".

Através da análise multivariada (Tabela 3), constatou-se que o conjunto das variáveis selecionadas foi capaz de explicar a variabilidade (R^2) da QV dos quatro domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, respectivamente em 37,8%, 40,6%, 14,5% e 25,6%. Os resíduos dos modelos multivariados foram analisados quanto à sua qualidade de ajuste e normalidade, tendo apresentado boa qualidade diagnóstica deles.

As variáveis sexo, faixa etária, estado civil, renda *per capita*, ansiedade, depressão, Somatização Crônica e dependência de álcool apresentaram associação negativa e significativa com, pelo menos, um dos domínios de QV analisados. Já o consumo de risco de álcool e o consumo nocivo de álcool estiveram associados positivamente a QV.

Consumir álcool com algum risco aumentou cerca de 5 (cinco) pontos no domínio "Psicológico" de QV para os indivíduos que apresentaram este padrão de consumo (p-valor=0,001). Da mesma forma, os indivíduos que realizaram consumo nocivo de álcool obtiveram acréscimo de cerca de 7 (sete) pontos no domínio "Físico" de QV (p-valor=0,019). No domínio "Meio Ambiente", o consumo de risco de álcool e o consumo

nocivo de álcool se associaram com intensidade semelhante ao aumento do escore de QV, que foi cerca de 6 (seis) pontos (p -valor $< 0,05$ para ambos). Na regressão multivariada, não foi observada a associação das variáveis escolaridade e o tipo de serviço com os domínios de QV.

As variáveis que se associaram com maior intensidade aos domínios de QV (após o controle pelas demais variáveis do modelo) foram ansiedade, depressão, somatização e consumo de álcool (consumo de risco, consumo nocivo e dependência). No domínio "Físico", a ansiedade ($\beta = -13,05$), a depressão ($\beta = -11,78$) e a Somatização Crônica ($\beta = -8,93$) apresentam-se como os fatores que mais diminuem a QV (p -valor $< 0,05$). Nos domínios "Psicológico" e "Relações Sociais", a ansiedade e a depressão (p -valor $< 0,05$) foram os fatores associados com maior intensidade à diminuição da QV. Já no "Meio Ambiente", além da presença da ansiedade e depressão como fatores de maior diminuição da QV, o consumo de risco ($\beta = 5,77$; p -valor $= 0,000$) e nocivo ($\beta = 6,15$; p -valor $= 0,010$) de álcool estiveram presentes, aumentando-a fortemente.

4. DISCUSSÃO

Houve associação estatisticamente significativa do sexo feminino, estado civil, faixa etária e renda *per capita* menor que $\frac{1}{2}$ salário-mínimo, com pontuações menores de QV em, pelo menos, um domínio. Ser do sexo feminino se associou negativamente a todos os domínios. Há diversos relatos na literatura da associação negativa da QV com essas características (11,30–34).

Como os indivíduos pesquisados são oriundos de serviços de APS, era esperada menor QV no contexto físico, visto que também se esperava maior ocorrência de doenças crônicas associadas à idade mais elevada, como encontrado em outros estudos (31,32,34). Da mesma forma, era esperada pior QV entre os que possuíam menor rendimento salarial. Isso se confirmou com a associação negativa da variável renda *per capita* menor que $\frac{1}{2}$ salário-mínimo apenas no aspecto "Meio Ambiente", uma vez que esta é uma característica aferida por uma questão específica deste domínio. O domínio "Meio Ambiente" teve o menor escore registrado (50,9 pontos) no conjunto de domínios do *WHOQOL-bref*. Esse achado está em consonância com os resultados encontrados

por diversos estudos brasileiros realizados em populações com baixas condições socioeconômicas (11,30-32).

A frequência de casos suspeitos de ansiedade e depressão encontrada na presente pesquisa é alta e semelhante às encontradas em estudos brasileiros, concorda com os registros da literatura que afirmam que tais transtornos são frequentes na população de APS (10,12,33). Na presença dos transtornos de ansiedade, depressão e Somatização Crônica, foram detectados menores escores de QV em todos os domínios analisados. Desse modo, os resultados obtidos nesta pesquisa também concordam com a literatura, ao demonstrar que há menor QV na presença de um TMC (11,31,33,35).

Diferentemente da Ansiedade e Depressão que estiveram associadas a todos os aspectos de QV aferidos, a Somatização Crônica se associou negativamente somente aos aspectos "Físico" e de "Meio Ambiente". A Somatização Crônica é definida pela presença de sintomas sem explicação médica por, no mínimo, dois anos, pela gravidade e incapacidade gerada por tais sintomas (26). A incapacidade oriunda desses sintomas pode estar relacionada à diminuição do lazer e à dificuldade de exercer atividades remuneradas, diminuindo a renda dos indivíduos e, então, justificando menores escores de QV no aspecto "Meio Ambiente".

A presente pesquisa está em consonância com a literatura no que diz respeito à prevalência de uso nocivo e à dependência de álcool entre usuários de serviços da APS (14). As frequências encontradas estão próximas às obtidas por pesquisas realizadas com pacientes atendidos na APS no Brasil, em que as taxas variam entre 3,0 e 10,0% (14,15,36).

No contexto multivariado, diferentes variáveis independentes explicam os quatro domínios da QV, o que de certa forma corrobora o objetivo do *WHOQOL-bref*, que é investigar aspectos distintos da QV. Escolaridade e tipo de serviço não permaneceram associadas no modelo final de regressão, provavelmente pela correlação com as demais variáveis já incluídas na análise e pela homogeneidade dos participantes no que tange a essas características. O domínio "Psicológico" obteve maior proporção de variabilidade explicada ($R^2=40,6\%$), possivelmente devido à presença de variáveis relacionadas aos aspectos de saúde mental e consumo de álcool, que se associam mais fortemente às facetas determinadas por esse domínio.

É válido chamar atenção para as melhores pontuações de QV na presença do consumo nocivo e consumo com risco. Esses resultados são relevantes para contribuir com discussões no que tange às diversas formas de entender o consumo dessa substância na sociedade. Pois, mesmo que o consumo de álcool esteja ligado a atividades culturais e sociais geradoras de prazer para o indivíduo, parte significativa das produções acadêmicas enfatiza somente a questão do âmbito de saúde, assim, fechando espaços para discussões que se referem ao prazer, ao lazer e aos sentimentos positivos oriundos do consumo de álcool (37).

O aspecto psicológico de QV do *WHOQOL-bref* aborda facetas sobre sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e crenças pessoais. Nesse sentido, indivíduos com melhores percepções de sua QV podem refletir aqueles que usam álcool em atividade social e/ou de recreação.

Participação em oportunidades de recreação e lazer e recursos financeiros estão entre as facetas avaliadas no domínio "Meio Ambiente", que, por sua vez, se associou positivamente ao consumo de risco de álcool neste estudo. Entre as muitas expectativas e motivações para o consumo de bebidas alcoólicas, encontram-se o lazer, a recreação e a interação social, o que seria uma possível justificativa para associação entre o consumo de risco (ainda não patológico) e a QV no domínio "Meio Ambiente". Ademais, bebidas alcoólicas possuem um custo financeiro, o que é outra possível explicação a esta associação. Em outras palavras, o resultado encontrado pode estar refletindo a relação entre melhores condições financeiras e QV.

Como esperado, a dependência de álcool, por estar presente quando se identifica um dano físico ou mental relacionado ao consumo da droga, colaborou para menores pontuações no aspecto físico da QV. Contudo, a direção da associação foi inversa com o consumo nocivo.

No entanto, salienta-se que a variável “consumo nocivo” era uma *dummy* em que o grupo de referência se contrapõe aos diferentes padrões de consumo de álcool. Com isso, a interpretação da associação com a QV no domínio físico deve considerar esta estratégia de análise e é possível que a relação observada não seja exclusivamente explicada somente pela presença do consumo nocivo.

As informações sobre consumo de álcool e QV não podem ser diretamente comparáveis ao do presente estudo, devido às distintas formas de avaliar a QV e o consumo de álcool utilizadas nas publicações científicas. No entanto, nossos achados corroboram a literatura, pois detectou-se que os padrões de consumo de álcool se associam de forma distinta aos domínios de QV.

Num estudo transversal brasileiro com 648 participantes, em que se aplicou o *The Medical Outcomes Study*³⁶ - *Item Short Form - Health Survey (SF-36)*, o consumo excessivo de álcool esteve associado, com significância estatística, à dimensão de QV capacidade funcional, mas não se associou com limitações por aspectos físicos, estado geral de saúde, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (34). Outra pesquisa, do tipo caso-controle, concluiu que usuários de drogas (39,0% dos participantes usavam álcool) tiveram escores de qualidade de vida muito menores do que os indivíduos controle, exceto no domínio meio ambiente, no qual os usuários obtiveram melhores pontuações do que os controles (38). Consumidores frequentes de bebidas alcoólicas tiveram menores escores de QV no componente físico de QV, com significância estatística, mas não no componente mental, num estudo de base populacional com adultos realizado em Minas Gerais (39).

No que tange às associações positivas do consumo de álcool com a QV, nossos resultados estão em consonância com as conclusões obtidas por alguns estudos internacionais. O estudo de coorte “*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*” (NESARC), conduzido pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), com 43.093 participantes, concluiu que o uso de álcool esteve associado à melhor qualidade de vida, relacionada à saúde física e mental (40). Em outro estudo internacional, participantes que relataram consumo episódico excessivo tiveram uma maior porcentagem de QV física do que os participantes sem esse comportamento (não foram identificadas diferenças para QV mental) (41). Pesquisa conduzida na Noruega, com amostra aleatória de 4.000 cidadãos, detectou que os não bebedores relataram ter QV mais pobre no domínio da saúde física (42).

Como limitações do estudo, é relevante ressaltar que o seu desenho é transversal, com isso se assume o fato de que as relações de associação da QV com fatores sociodemográficos, consumo de álcool e TMC podem se dar em duas direções, ou seja,

modificações na QV sendo consequências dos fatores sociais e demográficos investigados ou sendo causa destes.

Como a amostra do estudo foi de conveniência e composta por usuários de serviços da APS (população específica e adscrita), há presença do Viés de Prevalência. Esse tipo de viés colaborou para a inclusão de indivíduos com maior número de problemas de saúde e menor renda, favorecendo detecção de maior prevalência de TMC. Esse fato explica a homogeneidade da amostra no que diz respeito à baixa escolaridade e à menor renda que impactaram na análise da relação destas com a QV.

Não foram utilizados critérios diagnósticos para a definição de TMC e dependência de álcool, como o DSM-IV ou a CID-10. É possível que existam falso-positivos, uma vez que os instrumentos utilizados (*GHQ-12*, *SOMS-2*, *HAD*, *AUDIT*) eram de rastreamento. Isso não diminui a relevância dos resultados encontrados, já que foram detectadas altas prevalências e os serviços de APS são de suma importância no cuidado destes transtornos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou alta prevalência de desfechos em saúde mental e presença relevante do consumo de álcool em diferentes padrões, o que reitera a relevância da capacitação dos profissionais e organização de serviços de APS para o manejo destes agravos. Além disso, os achados confirmam que piores escores de QV estão associados a fatores socioeconômicos (sexo feminino, idade superior a 39 anos, com companheiro e renda familiar *per capita* menor que meio salário-mínimo) e a condições de saúde (ansiedade, depressão, somatização).

Mesmo que diversos estudos apontem o álcool como elemento prejudicial à QV, constatou-se o consumo nocivo e o consumo com risco como padrões de uso de álcool relacionados à melhor percepção da QV (em especial, nos domínios psicológico e meio ambiente) pelos participantes. A associação do álcool com a QV não é uniforme, mas sim dependente do padrão de consumo, como confirmam os dados deste estudo. Dessa maneira, são de suma relevância novas pesquisas visando analisar com profundidade a

relação entre os diversos padrões de consumo de bebidas alcoólicas e a QV para melhor contribuição no entendimento desta associação positiva.

No entanto, a despeito das limitações deste estudo, recomenda-se que os profissionais e serviços que desejam a efetiva QV do usuário considerem a adoção de estratégias cujo foco não seja exclusivamente a abstinência do álcool. Indubitavelmente, não desconsiderando seus prejuízos à saúde.

Embora a QV seja um constructo que vem sendo amplamente estudado, esta pesquisa torna-se relevante por investigar a relação do consumo de álcool nos seus diferentes padrões com os domínios da QV especificamente em pacientes da APS.

Tabela 1 – Distribuição de frequências da amostra de pacientes atendidos na área programática 2.2, médias e desvios padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*, segundo características socioeconômicas. Município do Rio de Janeiro, 2012.

Característica	Frequência		Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
	N	%	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor
Sexo														
Mulher	453	72,6	58,5	18,7	0,000	60,3	17,2	0,000	64,1	20,3	0,000	49,02	13,4	0,000
Homem	171	27,4	68,3	15,9		68,6	14,2		71,0	19,7		56,11	14,0	
Faixa etária														
Até 39 anos	221	35,5	63,3	17,0	0,027	63,6	15,0	0,236	68,8	19,3	0,012	50,53	13,5	0,562
Acima de 39 anos	402	64,5	60,0	19,3		62,0	17,8		64,5	20,8		51,21	14,2	
Estado civil														
Sem companheiro	359	57,6	61,3	18,8	0,823	63,8	16,5	0,031	66,7	20,3	0,326	50,88	14,2	0,870
Com companheiro	264	42,4	60,9	18,2		60,9	17,2		65,1	20,4		51,06	13,6	
Raça														
Não brancos	474	76,0	61,1	18,7	0,874	63,1	16,6	0,127	66,3	19,9	0,468	51,0	13,8	0,845
Brancos	150	24,0	61,4	18,2		60,7	17,3		64,9	21,9		50,8	14,4	
Escolaridade														
Ensino fundamental completo	281	45,0	62,0	18,3	0,322	63,0	16,8	0,560	67,7	18,7	0,057	51,3	13,7	0,552
Ensino fundamental incompleto	343	55,0	60,5	18,7		62,2	16,9		64,6	21,6		50,7	14,2	
Frequência religiosa +2 x mês														
Sim	403	64,6	60,4	18,7	0,158	62,8	16,6	0,655	66,4	19,3	0,527	50,4	13,9	0,204
Não	221	35,4	62,6	18,1		62,2	17,3		65,3	22,2		51,9	14,0	
Renda per capita < ou = 0,5 SM*														
Não	476	76,3	61,5	18,5	0,458	62,5	16,9	0,915	66,4	20,1	0,433	51,7	14,0	0,012
Sim	148	23,7	60,2	18,7		62,7	16,6		64,8	21,4		48,5	13,5	
Tipo de serviço														
UBS	319	51,1	60,0	19,1	0,093	62,9	17,5	0,667	65,6	21,2	0,648	50,9	14,6	0,971
ESF	305	48,9	62,4	17,8		62,3	16,1		66,4	19,5		51,0	13,2	
Total da amostra	624	100	61,2	18,5	-	62,6	16,8	-	66	20,4	-	50,9	13,9	-

*SM = Salário-mínimo; R\$ 545,00 em 2011

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos desfechos em Saúde Mental (SM), médias e desvios padrão dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* por desfechos. Município do Rio de Janeiro, 2012.

Desfecho em SM	Frequência		Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio Relações Sociais			Domínio Meio Ambiente		
	n	%	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor	Média	DP	P-valor
Transtorno Mental Comum (GHQ)														
Não	498	79,8	60,5	19,2	0,051	61,6	17,6	0,005	65,8	20,4	0,756	50,1	14,1	0,051
Sim	126	20,2	63,7	15,2		66,3	12,7		66,5	20,3		53,1	13,0	
Transtorno Mental Comum Grave														
Não	375	60,1	69,5	14,4	0,000	69,9	12,4	0,000	71,4	17,8	0,000	55,0	13,0	0,000
Sim	249	39,9	48,7	17,0		51,5	16,6		57,8	21,4		44,9	13,1	
Ansiedade (HAD)														
Não	360	57,7	69,4	14,4	0,000	69,6	12,6	0,000	71,1	18,1	0,000	55,0	12,6	0,000
Sim	264	42,3	50,0	17,7		52,9	17,1		59,0	21,3		45,4	13,8	
Depressão (HAD)														
Não	440	70,5	67,1	15,2	0,000	68,8	12,8	0,000	70,6	17,9	0,000	54,8	12,5	0,000
Sim	184	29,5	46,9	18,1		47,6	15,8		55,1	21,7		41,8	12,9	
Somatização														
Não	599	96,0	61,8	18,2	0,000	62,9	16,7	0,014	66,4	20,1	0,015	51,4	13,8	0,000
Sim	25	4,0	45,0	18,4		54,5	17,5		56,3	24,1		41,4	14,6	
Consumo de álcool (AUDIT)														
Zona 1	458	73,4	60,3	18,8	0,010^a	61,6	17,6	0,004^a	66,0	20,6	0,010^a	49,6	13,9	0,000^a
Zona 2	110	17,6	64,6	16,3		67,8	13,8		69,2	17,9		56,4	13,8	
Zona 3	26	4,2	68,4	14,9		60,7	13,4		64,1	19,8		56,6	12,2	
Zona 4	30	4,8	55,7	21,6		59,7	13,6		55,3	22,4		47,1	11,1	
Consumo de risco de álcool¹														
Não	514	82,4	60,4	18,9	0,033	61,4	17,2	0,000	65,3	20,8	0,066	49,8	13,7	0,000
Sim	110	17,6	64,6	16,3		67,8	13,8		69,2	17,9		56,4	13,8	
Consumo nocivo de álcool²														
Não	598	95,8	60,9	18,6	0,042	62,6	17,0	0,571	66,1	20,4	0,629	50,7	14,0	0,035
Sim	26	4,2	68,4	14,9		60,7	13,4		64,1	19,8		56,6	12,2	
Dependência de álcool³														
Não	594	95,2	61,4	18,3	0,098	62,7	17,0	0,345	66,5	20,2	0,003	51,2	14,0	0,118
Sim	30	4,8	55,7	21,6		59,7	13,6		55,3	22,4		47,1	11,1	
Total da amostra	624	100	61,2	18,5		62,6	16,8		66	20,4		50,9	13,9	

*a) p-valor referente ao teste ANOVA; 1) Consumo de risco de álcool (Caso suspeito de consumo com algum risco de álcool, alocado na Zona 2 de acordo com escore do *AUDIT*); 2) Consumo nocivo de álcool (Caso suspeito de consumo de nocivo de álcool, alocado na Zona 3 de acordo com escore do *AUDIT*); 3) Dependência de álcool (Caso suspeito de dependência de álcool, alocado na Zona 4 de acordo com escore do *AUDIT*).

Tabela 3. Resultados do modelo de regressão linear múltipla (*stepwise backward*) para os domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref*. Rio de Janeiro, 2012.

Modelo de Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise Backward</i>	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Meio Ambiente	
	B	p-valor	β	p-valor	β	p-valor	β	p-valor
R²	37,8		40,6		14,5		25,6	
Constante (α)	74,23	0,000	72,46	0,000	72,19	0,000	54,47	0,000
Variáveis Explicativas (*)								
Sexo	-3,51	0,012	-2,43	0,047	-3,18	0,069	-2,41	0,040
Faixa etária	-2,84	0,022	-	-	-	-	-	-
Estado civil	-	-	-2,13	0,045	-	-	-	-
Renda <i>per capita</i> < ou =0,5 SM	-	-	-	-	-	-	-2,45	0,030
Ansiedade	-13,05	0,000	-8,74	0,000	-6,23	0,000	-4,36	0,000
Depressão	-11,78	0,000	-15,75	0,000	-11,56	0,001	-9,56	0,000
Somatização	-8,93	0,003	-	-	-	-	-4,98	0,050
Consumo de risco de álcool	-	-	4,65	0,001	-	-	5,77	0,000
Consumo nocivo de álcool	7,08	0,019	-	-	-	-	6,15	0,010
Dependência de álcool	-5,38	0,053	-	-	-	-	-	-

Obs.: As células preenchidas com um traço (-) sinalizam as variáveis não contempladas no modelo final. As variáveis escolaridade e tipo de serviço foram excluídas da tabela por não apresentarem significância estatística no modelo final ($p < 5\%$) em nenhum dos domínios de QV analisados.

P = P-valor do coeficiente Beta (α) no teste de Wald

R² é o coeficiente de determinação da variável dependente (QV)

β é o coeficiente de cada variável independente por regressão

α é a constante em cada modelo segundo o domínio de QV investigado

As caselas em branco (" - ") correspondem a variáveis não contempladas no modelo final

Variáveis adicionadas no modelo: Sexo (0=Masculino/1=Feminino), Faixa etária (0=Até 39 anos/ 1=Acima de 39 anos), Estado civil (0=Sem companheiro/ 1=Com companheiro), Escolaridade (0=Ensino Fundamental Completo/ 1= Ensino Fundamental Incompleto) Renda familiar *per capita* < ou = 0,5 SM (0=Maior que 0,5 Salário-mínimo/ 1= Menor ou igual a 0,5 Salário-mínimo), Tipo de serviço (0=Unidade Básica de Saúde/ 1=Estratégia de Saúde da Família), Ansiedade (0=Não/ 1=Sim), Depressão (0=Não/ 1=Sim), Somatização (0=Não/ 1=Sim), Consumo de risco de álcool (0=Não/ 1=Sim), Consumo nocivo de álcool (0=Não/ 1=Sim) e Dependência de álcool (0=Não/ 1=Sim).

REFERÊNCIAS

1. Organisation mondiale de la santé. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Portugal FB, Campos MR, Carvalho JR de, Flor LS, Schramm JM de A, Costa M de F dos S, et al. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. fevereiro de 2015;20(2):491–501.
3. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012 [Internet]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2012. Available at: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
4. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr*. outubro de 2012;34(3):249–60.
5. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. dezembro de 2004;9(4):897–908.
6. Leite I da C, Valente JG, Schramm JM de A, Daumas RP, Rodrigues R do N, Santos M de F, et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad Saúde Pública*. julho de 2015;31(7):1551–64.
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 380(9859):2197–223.
8. Junior S, Da JS, Fischer FM, Junior S, Da JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. *Rev Saúde Pública*. fevereiro de 2014;48(1):186–90.
9. Barbosa-Branco A, Bültmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saúde Pública*. outubro de 2012;28(10):1854–66.
10. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. junho de 2011;33(2):150–6.
11. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Fortes SLCL. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 02PY - 2016 de 2016;21(2):497–508.

12. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. março de 2014;30(3):623–32.
13. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32–37.
14. Jomar RT, Abreu ÂMM, Griep RH, Jomar RT, Abreu ÂMM, Griep RH. Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. janeiro de 2014;19(1):27–38.
15. Vargas D de, Oliveira MAF de, Araújo EC. Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1711–1720.
16. Abreu ÂMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. Harmful consumption of alcoholic beverages among users of a Family Health Unit. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):291–5.
17. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 [citado 27 de julho de 2016]. Available at: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=36123&indexSearch=ID>
18. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Física E Esporte*. 1 de junho de 2012;26(2):241–50.
19. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. novembro de 1995;41(10):1403–9.
20. Fortes S. Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na Rede SUS da área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro. Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq; 2013.
21. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de Outubro de 1996.
22. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de Dezembro de 2012.
23. Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari J de J. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):3–13.
24. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness [Internet]. Oxford

University Press; 1972. (Maudsley monographs). Available at: <https://books.google.com.br/books?id=PbRrAAAAMAAJ>

25. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29:359–63.

26. Fabião MCM. Rastreio e diagnóstico da somatização em cuidados primários: validação da screening for somatoform symptoms-2 [Internet]. 2011 [citado 27 de outubro de 2016]. Available at: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/45217>

27. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care [Internet]. World Health Organization; 2001. Available at: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf

28. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. *Alcohol Alcohol Oxf*. dezembro de 2005;40(6):584–9.

29. SPSS Inc. Statistical Package for the Social Sciences para Windows. Chicago: SPSS Inc; 2007.

30. Chazan ACS, Campos MR, Portugal FB. Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 02PY - 2015 de 2015;20(2):547–56.

31. Azevedo ALS de, Silva RA da, Tomasi E, Quevedo L de Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2013;29(9):1774–82.

32. Cruz LN, Polanczyk CA, Comey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. setembro de 2011;20(7):1123–9.

33. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Gask L, Bower P, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 03PY - 2014 de 2014;63(1):23–32.

34. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. março de 2013;18(3):873–82.

35. Corso AN, Costa LS, Fleck MP, Heldt E. [Impact of depressive symptoms in the quality of life of basic health care service users]. *Rev Gaucha EnfermagemEENFUFGRS*. 2009;30(2):257–262.

36. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. maio de 2008;192(5):362–7.

37. Romera LA, Marcellino NC. Lazer e uso de drogas: a partir do olhar sociológico. *Impulso*. 2012;20(49):75–84.
38. Moreira T de C, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. julho de 2013;18(7):1953–62.
39. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. fevereiro de 2016;21(2):463–74.
40. Cougle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Chavarria J, Zvolensky MJ. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Psychiatr Res*. 2015;66:135–41.
41. Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M. Health-risk behaviors and quality of life among young men. *Qual Life Res*. 2014;23(3):1009–17.
42. Mathiesen EF, Nome S, Eisemann M, Richter J. Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Qual Life Res*. novembro de 2012;21(9):1527–36.

6.3 ARTIGO 3

INFLUÊNCIA DA DIMINUIÇÃO DA INTENSIDADE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

INFLUENCE OF THE DECREASE OF ANXIETY INTENSITY AND DEPRESSION
IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PRIMARY HEALTH CARE
PATIENTS

Autores

1- Marcos Vinícius Ferreira dos Santos

Doutorando em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).

2 – Mônica Rodrigues Campos

Doutora em Saúde Pública, Professora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).

3- Sandra Fortes

Doutora em Saúde Pública, Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Contribuição individuais dos autores

- Santos MVF; Campos MR; Fortes S: contribuiu na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo, na revisão crítica do conteúdo intelectual e na aprovação da versão final a ser publicada.

RESUMO

Objetivou-se mensurar a influência da redução da intensidade da depressão e ansiedade na melhora da Qualidade de Vida (QV) de pacientes atendidos na Atenção Primária em Saúde (APS), no município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo de coorte com 102 pacientes, realizado em 2012/2013, conduzido com usuários de dois tipos de serviços de APS: Unidade Básica de Saúde tradicional – UBS e unidade da Estratégia da Saúde da Família – ESF, a partir da aplicação dos instrumentos: *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, *Screening for Somatoform Symptoms*, *Alcohol Use Disorder Identification Test* e *World Health Organization Quality of Life Instrument (brief version)*. Os participantes foram reavaliados após 12 meses por meio da reaplicação dos instrumentos e da análise de seus prontuários. Na análise bivariada (Teste-t pareado), verificou-se que a melhora da QV foi significativa apenas nos domínios físico e psicológico. Também notou-se que indivíduos atendidos pela ESF tiveram duas vezes mais chance de melhora da QV psicológica do que os indivíduos das UBS. Na análise multivariada por regressão logística, houve associação estatisticamente significativa da melhora da QV física, com redução de cinco pontos ou mais no *HAD* depressão (OR= 7,63); e na QV psicológica, com redução de cinco pontos ou mais no *HAD* ansiedade (OR= 5,99), com o fato de ter ensino fundamental completo (OR= 2,30). O consumo de risco (OR= 0,25) e a dependência de álcool (OR= 0,12) foram fatores protetores da melhora da QV psicológica. Recomenda-se a melhora da QV como indicador para avaliar as intervenções em saúde mental na APS.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool, Transtornos Mentais, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to measure the influence of the reduction of depression and anxiety intensity on the improvement of the Quality of Life (QoL) of patients treated at Primary Care in the city of Rio de Janeiro. It is a cohort study with 102 patients conducted in 2012/2013, conducted with users of two types of PHC services: Traditional Basic Health Unit - BHU and Family Health Strategy unit - FHS, from the application of the instruments: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Screening for Somatoform Symptoms, Alcohol Use Disorder Identification Test and World Health Organization Quality of Life Instrument (brief version). Participants were reassessed after 12 months by reapplication of instruments and analysis of their medical records. In the bivariate analysis (paired t-test) it was verified that the improvement in QoL was significant only in the physical and psychological domains. It was also noticed that individuals attended by the FHS had 2 times more chance of improvement of the psychological QOL than the individuals of the BHU. In the multivariate analysis by logistic regression, there was a statistically significant association of physical QL improvement with a reduction of 5 points or more in HAD depression (OR = 7,63) and in psychological QoL with reduction of five points or more in HAD anxiety (OR = 5.99), complete primary education (OR = 2,30). Risk intake (OR = 0,25) and alcohol dependence (OR = 0,12) were protective factors for the improvement of psychological QOL. It is recommended that improvement be used as an indicator to assess mental health interventions in PHC.

Keywords: Quality of Life, Alcohol-Related Disorders, Mental Disorders, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A APS é um modelo de atenção que objetiva reconhecer o conjunto de necessidades em saúde da população adscrita e organizar respostas que impactem nas condições de saúde e de vida, de modo a atendê-las (1). Na APS, as necessidades e os problemas são muito pouco definidos, diferente do que observa em outros níveis de atenção, em que há uma melhor definição das necessidades (2).

A Qualidade de Vida (QV) configura-se como uma medida que possibilita a avaliação das necessidades de saúde dos usuários, pois é um indicador multidimensional do estado de saúde e se relaciona com diversos fatores relacionados da vida (sociais, econômicos, psicológicos e físicos, entre outros). Sua mensuração nos serviços de APS reforça a valorização do usuário, de suas necessidades em saúde e de suas condições de vida como focos das intervenções (3). Além disso, colabora para o monitoramento da satisfação do usuário com seu tratamento e seu bem-estar, pois considera sua perspectiva em relação ao seu estado de saúde, permite estabelecer metas a partir da perspectiva do usuário e possibilita a avaliação das intervenções realizadas (4) (3). Assim, torna-se um valioso instrumento de tomada de decisão clínica na APS, uma vez que também é centrado nas pessoas.

Nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) e nas comunidades por eles atendidos, é comum a presença de pacientes que fazem consumo de álcool em padrões que merecem atenção por parte dos profissionais (5–7). Também existem resultados de diversas pesquisas brasileiras apontando alta prevalência de ansiedade e depressão na APS (8,9). A prevalência de ansiedade obtida por um inquérito nacional realizado com indivíduos da APS de quatro capitais (Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre) oscilou entre 35,4% e 43% para ansiedade; e entre 21,4% e 31% para depressão (10).

Além de serem condições frequentes na APS, o consumo de álcool e o sofrimento psíquico são grande causa de incapacidade, causam importante perda de qualidade de vida (QV) e demandam diversas ações de assistência pelos serviços de saúde (de modo especial na APS) (9,11-13).

Os serviços da APS podem desempenhar um papel fundamental na assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico e/ou que fazem consumo de álcool em padrões nocivos à saúde. A construção do vínculo, a escuta qualificada, o foco no território e nas necessidades do indivíduo são instrumentos utilizados na APS, que também compõem a lógica das intervenções de saúde mental (14). Nesse sentido, as ações em saúde mental

na APS contribuem para a diminuição do sofrimento psíquico e do consumo nocivo de álcool, colaborando para a melhora da QV.

Frente ao exposto, o objetivo desta pesquisa foi mensurar a influência da redução da intensidade da depressão e ansiedade na melhora da qualidade de vida de pacientes atendidos em serviços da APS, no município do Rio de Janeiro.

MATERIAL E MÉTODOS

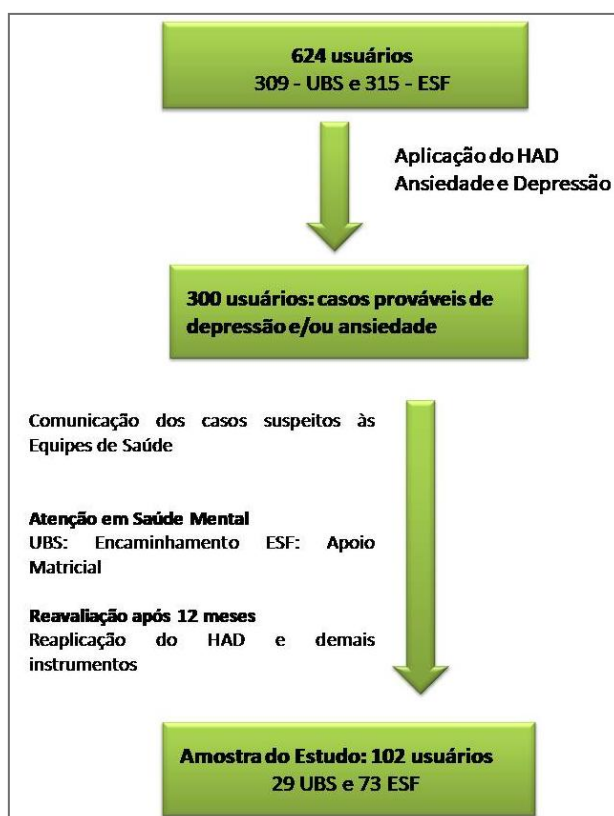
Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo de coorte, realizado nos anos 2012 e 2013, conduzido com usuários de dois tipos distintos de serviços de Atenção Primária em Saúde – APS: Unidade Básica de Saúde tradicional – UBS e unidade da Estratégia da Saúde da Família – ESF. A APS é organizada de maneira descentralizada, estando presente mais próxima da vida das pessoas do ponto de vista geográfico, sendo assim o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (14).

Este estudo avaliou 624 usuários com transtornos ansiosos e depressivos, em dois serviços de APS que cobriam partes de um mesmo bairro com baixas condições socioeconômicas (uma área de favela, com vulnerabilidade social semelhante): 01 (uma) UBS tradicional – e 01 (uma) unidade de ESF. Foram entrevistados, na sala de espera, 309 participantes provenientes da UBS e 315 da unidade de ESF, sendo que 156 usuários da Unidade Básica de Saúde e 144 da ESF eram prováveis casos de ansiedade ou depressão (avaliados pela versão brasileira da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD, com ponto de corte 8/9.). Os casos suspeitos foram comunicados às equipes para acompanhamento. Nas UBS, a atenção em saúde mental ocorreu através de encaminhamentos para profissionais de saúde mental em unidades especializadas para este tipo de problema; já na ESF, ela aconteceu através do apoio matricial em saúde mental de um psiquiatra e um psicólogo, que ocorria mensalmente com consultas conjuntas e discussões de casos entre as duas equipes. Os participantes foram avaliados na sala de espera e reavaliados após 12 meses por meio da reaplicação do HAD, de outros instrumentos e da análise de seus prontuários.

Na reavaliação, ocorreram perdas devido às particularidades do processo de trabalho nos serviços. Na UBS, devido à fragilidade do vínculo dos usuários com os serviços, à duplicidade ou ausência de prontuário, à migração para outro serviço, à inexistência da figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as perdas foram maiores. Já na ESF, devido ao vínculo forte e ao trabalho dos ACS, foi possível reavaliar os usuários nas residências resultando em menor perda de participantes. Portanto, esta amostra foi composta por 102 usuários (29 da UBS e 73 da ESF), recrutados e selecionados conforme o fluxograma abaixo.

Figura 1 – Fluxograma de composição da amostra do estudo



Instrumentos

a) Questionário socioeconômico e demográfico

Utilizado anteriormente em outras duas pesquisas (15,16), mensurou as seguintes condições socioeconômicas: sexo (masculino/ feminino), faixa etária (até 39 anos/

acima de 39 anos), estado civil (sem companheiro/ com companheiro), raça/ cor (não brancos/ brancos), escolaridade (ensino fundamental completo/ ensino fundamental incompleto), frequência religiosa (menor que duas vezes por semana/ maior que duas vezes por semana), renda familiar *per capita* mensal (maior que R\$ 272,50/ menor ou igual a R\$ 272,50; este valor é referente à metade do salário-mínimo vigente no ano de 2011). Optou-se por trabalhar com tais características como variáveis dicotômicas devido à homogeneidade da amostra. Com isso, foi possível estabelecer indicadores com capacidade de discriminar diferenças sociais significativas.

b) Avaliação de Sofrimento Psicológico (ansiedade, depressão e Somatização Crônica)

• *Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*

Escala traduzida e validada no Brasil com 14 questões (7 relativas à subescala de depressão e as demais, à subescala de ansiedade). A pontuação total em cada subescala varia de 0 a 21 pontos, sendo os indivíduos com pontuação superior a 8 considerados como casos suspeitos de ansiedade (17).

• *Screening for Somatoform Symptoms – SOMS-2*

Consiste numa lista de 53 sintomas somáticos pertencentes ao Manual de Diagnósticos e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e à Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (18). É utilizado para rastreio de sintomas sem explicação médica (SEM). Neste estudo, considerou-se portador de Somatização Crônica o indivíduo que referiu quatro ou mais sintomas, sem um diagnóstico médico, com a presença de algum grau de incapacidade gerado por eles (18).

c) Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT

Instrumento para o diagnóstico do padrão de consumo de álcool no último ano, com uso indicado na APS pela Organização Mundial de Saúde (19). O ponto de corte que rastreia o uso problemático de álcool é 8 pontos (20). O *AUDIT* mensura quatro padrões de consumo:

Zona 1 – Provável consumo de baixo risco de álcool ou abstinência: 0 a 7 pontos.

Zona 2 – Provável consumo de risco de álcool: 8 a 15 pontos.

Zona 3 – Provável consumo nocivo de álcool: 16 a 19 pontos.

Zona 4 – Provável dependência de álcool: 20 a 40 pontos.

Neste estudo, para fins de análise, as zonas foram transformadas em variáveis *dummys*, resultando nas variáveis "consumo de risco de álcool" (Zona 2/ Zonas 1, 3 e 4), "consumo nocivo de álcool" (Zona 3/ Zonas 1, 2 e 4) e "dependência de álcool" (Zona 4/ Zonas 1, 2 e 3). Assim, considerou-se como caso positivo ('sim') em cada *dummy* o indivíduo que possuía o padrão de consumo de interesse de acordo com a classificação das zonas do *AUDIT*.

d) World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-bref)

O *WHOQOL-bref* foi proposto pela OMS para a avaliação da QV, pelo *WHOQOL Group* (21). Possui quatro domínios referentes a QV (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas questões gerais de QV, sendo o cálculo dos escores obtidos em sintaxe gerada pelo mesmo grupo, através do programa *Statistical Package for the Social Science – SPSS* (22). A pontuação varia de 0 (zero) a 100 pontos, em que zero pontos indica pior qualidade de vida e cem pontos, qualidade de vida ótima.

Análise estatística

Os dados foram submetidos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 17*. Inicialmente, foram calculadas as médias de QV (nos quatro domínios) antes e após o *follow-up* para cada condição socioeconômica e de saúde mental. Efetuou-se posteriormente análise bivariada por meio do Teste-t, pareado para verificar diferença dos escores de QV antes e após o *follow-up* (também por cada condição socioeconômica e de saúde mental), considerando $p\text{-valor} < 5\%$.

Foi realizado Teste-t, pareado com os escores de QV antes e após *follow-up* nos quatro domínios, sendo detectada significância estatística ($p\text{-valor} < 5\%$) nos domínios físico e psicológico do *WHOQOL-bref*. Então para estes dois, criou-se a variável "melhora da QV" a partir da operação matemática: "melhora da QV" = média QV pós-*follow-up* - média QV pré-*follow-up*. Sendo categorizados como 'sim' os indivíduos que tinham resultado maior que 0 (zero) e como "não" os que tinham resultado menor que 0 (zero). Não houve indivíduos com resultado zero.

Para verificar a associação entre as variáveis de exposição e a melhora da QV (física e psicológica), utilizou-se o teste do qui-quadrado (X^2), calculou-se o Odds Ratio (OR) bruto, sendo consideradas significativas as variáveis com valor de $p < 0,20$. Nesta parte da

análise, além das condições medidas no pré-*follow-up*, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- *Frequência religiosa pós-follow-up*: medida após 12 meses e categorizada em menor que duas vezes/ semana e maior ou igual a duas vezes/ semana.
- *Aumento da renda após 12 meses*: categorizada em sim e não.
- *Redução de cinco ou mais pontos na HADS Ansiedade*: resultante da comparação da pontuação da HADS Ansiedade no período pós-*follow-up* com o pré-*follow-up*, categorizada em ‘sim’ e ‘não’.
- *Redução de cinco ou mais pontos na HADS Depressão*: resultante da comparação da pontuação da HADS Depressão no período pós-*follow-up* com o pré-*follow-up*, categorizada em ‘sim’ e ‘não’.

A redução de cinco pontos ou mais foi utilizado porque é um marcador para diminuição da intensidade dos sintomas. Os autores da HADS consideram que a gravidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como leve, moderada e severa, com base na pontuação em cada subescala (23). Cinco pontos é o valor que garante a mudança de classificação de gravidade da ansiedade e depressão, ou seja, a redução de cinco pontos ou mais sugere diminuição da intensidade dos sintomas.

Após a análise bivariada, foi possível selecionar as variáveis que seriam introduzidas posteriormente no modelo de regressão logística multivariada. O modelo foi utilizado com o objetivo de identificar o conjunto de variáveis que explicam a melhora da QV (física e psicológica). Utilizou-se, como método de seleção, o *stepwise backward*, e as variáveis com $p < 20\%$ foram incluídas no modelo e, após as interações, foram eliminadas variáveis com $p < 10\%$. Assim, determinaram-se os coeficientes de regressão logística e as razões de probabilidade (OR) foram ajustadas aos respectivos intervalos de confiança de 95%. O percentual de classificação correta entre os resultados positivos e negativos, a razão de classificação total e os resíduos de cada modelo foram analisados.

Aspectos éticos

Os dados foram coletados por profissionais previamente treinados para este fim, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos usuários que concordaram em participar do estudo.

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Parecer nº 78A/2011), cumprindo os dispositivos da Resolução nº 196/96 (21) (revogada pela Resolução nº 466/2012) (22) do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS

Em relação às características socioeconômicas no *pré-follow-up*, observa-se que a população sob estudo é majoritariamente do sexo feminino (92,2%), com mais de 39 anos de idade (63,7%), não casada (60,8%), de raça/ cor não branca (76,5%), com escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto (54,9%), possui frequência religiosa de mais de duas vezes na semana (55,3%) e é coberta pela ESF (71,6%) – Tabela 1. A renda da amostra foi baixa: 33,3% possuíam renda *per capita* mensal menor que meio salário-mínimo. Além disso, somente 27,1% tinha renda *per capita* maior que 1 salário-mínimo (R\$ 545,00).

Já em relação às condições de saúde mental, a maioria dos entrevistados apresentou quadro de ansiedade (87,3%), depressão (55,9%) e com quadro de somatização (4,9%). Além disso, o consumo de risco, o consumo nocivo e a dependência de álcool foram observados em, respectivamente, 14,7%, 3,9% e 6,9% dos participantes – Tabela 2.

Ao observar os domínios de QV, nota-se que, no “Físico”, houve aumento da média de QV no *pós-follow-up* em todas as condições socioeconômicas ($p < 0,005$), chegando a uma diferença de nove pontos na comparação *pré* e *pós-follow-up* para raça/ cor. Quanto às condições de saúde mental, os indivíduos que tinham depressão e/ou ansiedade no *pré-follow-up* apresentaram significativa melhora na QV. Por outro lado, para aqueles que não tinham somatização ou não consumiram álcool (em qualquer uma das categorias avaliadas), verificou-se melhora da QV.

No domínio “Psicológico”, houve aumento da média de QV no pós-*follow-up* nas condições: raça/ cor, escolaridade, frequência à prática religiosa em mais de duas vezes na semana e ESF como tipo de serviço utilizado ($p < 0,005$), chegando a um aumento de cinco pontos na média de QV entre os brancos; e de doze entre os que referiram somatização no pós-*follow-up* - Tabela 1.

Nota-se que os domínios “Meio Ambiente” e “Relações Sociais” de QV não sofreram mudanças estatisticamente significativas após um ano de acompanhamento - Tabela 1 e 2.

Observou-se maior chance de melhoria da QV no domínio “Físico” para aqueles que apresentaram redução de cinco ou mais pontos na *HADS* para depressão ($p < 0,005$ - OR: 7,63). Para o domínio “Psicológico”, apresentaram maior de possibilidade de melhoria na QV aqueles com ensino fundamental completo ($p < 0,005$ - OR: 2,30), aqueles que apresentaram redução de cinco ou mais pontos na *HADS* para ansiedade ($p < 0,005$ - OR: 4,92), e menor entre os que possuíam dependência de álcool ($p < 0,005$ - OR: 0,14) - Tabela 2.

Quando analisada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*HADS*), detectou-se que a chance de apresentar redução de cinco pontos ou mais na *HADS* era 1,37 vez maior entre os que apresentavam ansiedade ($p < 0,005$) e que a presença de depressão era um fator de proteção em relação a este aumento ($p < 0,005$). Quem apresentou depressão obteve uma chance oito vezes maior de redução de cinco pontos ou mais na *HADS* entre aqueles que não apresentavam o agravo ($p < 0,005$). Cabe ressaltar que os demais aspectos de saúde mental não estiveram associados à redução na pontuação na *HADS* - Tabela 4.

Após a análise bivariada, procedeu-se ao ajuste do modelo de regressão logística para avaliar aspectos que influenciaram a melhora da QV nos domínios “Físico” e “Psicológico” após 12 meses. No domínio “Físico”, apenas a redução de cinco ou mais pontos na *HADS* Depressão se manteve no modelo, apresentando OR de 7,63 (1,65 - 35,26). Já no domínio “Psicológico”, verificou-se maior chance de melhora da QV entre os que apresentaram redução de cinco ou mais pontos na *HADS* Ansiedade (IC 95% = 1,82 - 19,63); assim como maior chance entre os que possuíam ensino fundamental

completo (IC 95% = 1,07 – 6,34). O consumo de risco de álcool se mostrou protetor para o ganho de QV (IC 95% = 0,07 – 0,93) – Tabela 5.

O ajuste do modelo de regressão para melhora de QV física obteve proporção de acertos total de 55,9% e, entre os que melhoraram, o acerto foi de 27,1%; enquanto que o desfecho entre os negativos foi de 95,3%. Já para o modelo de melhora de QV no domínio psicológico, a proporção de classificação correta foi: total (67,6%); não melhoraram QV (71,4%); melhoraram QV (64,2%).

DISCUSSÃO

Diversos relatos na literatura apontam para a associação da QV a condições socioeconômicas e de saúde mental (9,13,24–27). Do mesmo modo, os resultados da presente pesquisa revelam que o ganho de QV nas dimensões física e psicológica está associado a tais características.

Nos domínios “Meio Ambiente” e “Relações Sociais”, não houve ganho de QV, fato esperado porque estes domínios têm relação com aspectos como mobilidade, segurança, questões financeiras e relacionamentos. A variável explicativa para a melhora da QV de vida, neste estudo, foi o tratamento em saúde mental, que não possui um poder de mudança direto nas questões aferidas por estes domínios do *WHOQOL-bref*.

O ganho de QV na dimensão física é observado em quase todas as categorias das condições socioeconômicas e de saúde mental dos participantes após 12 meses. Ressalta-se que a amostra foi composta por portadores de, pelo menos, um transtorno mental (ansiedade ou depressão), que foram encaminhados para as equipes de APS a fim de serem tratados.

Ansiedade e depressão são doenças incapacitantes que também têm sintomas físicos, como alterações de apetite, perturbações do sono, fadiga (depressão), tremores, tensão muscular, insônia e sudorese (ansiedade) (28). Esses sintomas, prejuízos das atividades da vida cotidiana e dependência de medicação ou de tratamentos são avaliados pelo domínio físico do *WHOQOL-bref*, sendo frequentes no cotidiano de indivíduos depressivos e ansiosos (21).

Somado a isso, já é estabelecida pela literatura a relação entre condições de saúde mental e condições de saúde em geral, seja aumentando o risco de doenças, seja

contribuindo para a ocorrência de lesões (intencionais ou não). Além disso, transtornos mentais (TM) estão associados a fatores de risco para doenças crônicas (que estão associadas com pior QV, como tabagismo, uso de álcool e outras drogas, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e hipertensão arterial (29). Portanto, esse achado reflete a influência do tratamento da ansiedade e depressão na saúde física dos indivíduos.

Encontrou-se que os preditores mais significativos para a melhora na QV foram as mudanças na intensidade da depressão e ansiedade, corroborando assim a literatura. Um estudo que acompanhou pacientes da APS durante 5 anos concluiu que a presença de sintomas depressivos e ansiosos reduzem acentuadamente a QV (30).

Como já era esperado, devido ao efeito do tratamento dos TM, detectou-se maior chance de melhora da QV - dimensão psicológica para os indivíduos que foram acompanhados pela ESF, cursaram todo o ensino fundamental e reduziram cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade, ou seja, tiveram melhora clínica nos sintomas de ansiedade. Por outro lado, notou-se piora da QV entre os que foram classificados como prováveis dependentes de álcool pelo *AUDIT*.

Os transtornos de ansiedade são a classe mais prevalente de transtornos mentais. Pacientes com este transtorno apresentam uma variedade de sintomas que impactam negativamente sua qualidade de vida em múltiplos domínios, de modo mais significativo no psicológico. Por isso, a redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade, decorrente do tratamento da ansiedade, explica a melhora da QV na dimensão psicológica, concordando com diversos estudos publicados na literatura em que se registrou pior QV entre os ansiosos (9,12,31).

Esta pesquisa constatou maior chance de melhora na QV psicológica entre indivíduos atendidos na ESF. A organização do trabalho na ESF diferencia-se da lógica da UBS, onde se destaca a atuação multidisciplinar, a responsabilização sanitária pela população, a atuação do Agente Comunitário de Saúde e a centralidade do cuidado na família presentes na ESF. Ademais, a ESF tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional (32).

Sabe-se que as ferramentas de cuidado e organização de trabalho na ESF melhoram o acesso ao serviço de saúde, aumentando o alcance aos cuidados ofertados pelas equipes

multidisciplinares (32,33). Por isso, neste estudo, explica-se a melhora da QV psicológica após 12 meses, devido ao acesso dos usuários do serviço às intervenções de saúde, em especial, às de saúde mental, assim colaborando para a diminuição da gravidade da ansiedade e da depressão, o que resulta em ganho na QV.

A ESF atua através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado, cura, reabilitação, considerando a relevância dos determinantes sociais da saúde. São eixos responsáveis por direcionar sua atuação: o acolhimento e o vínculo, que facilitam o cuidado com os pacientes e seus familiares, bem como permitem a escuta qualificada e a confiança entre paciente e equipe (34), desta forma, favorecendo o reconhecimento de necessidades em saúde e a resolubilidade dos problemas. Portanto, a ESF tornou-se essencial para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares, seja pela base no trabalho organizado segundo o modelo da APS, seja pelas ações comunitárias que favorecem sua inclusão social no território onde vivem e trabalham (32,33). Outra característica das unidades de ESF é a utilização da ferramenta de visita domiciliar, que possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão do seu contexto biopsicossocial, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores, permitindo, então, melhor planejamento das intervenções ofertadas à população (34).

A relação entre pior QV psicológica e dependência de álcool é conhecida pela literatura (11,35). Neste estudo, a dependência do álcool configurou-se como um fator protetor da melhora da QV psicológica, ou seja, consumidores de álcool no padrão de dependência têm menos chance de melhorar a QV do que os que não consomem bebidas alcoólicas com este padrão. Também cabe frisar a relação da dependência desta droga com transtornos de ansiedade e depressão, em que o consumo de álcool piora o prognóstico dos pacientes em tratamento dos transtornos de depressão e ansiedade, bem como a redução do consumo nocivo/ dependência pode melhorar os sintomas de depressão e ansiedade (36). Em outras palavras, a influência do álcool na melhora da QV psicológica é uma medida indireta do efeito do tratamento oferecido para as condições de saúde mental dos participantes (ansiedade e depressão), que, por sua vez, contribuem para melhora da QV psicológica.

No contexto multivariado de análise, a escolaridade e a diminuição da intensidade da ansiedade (redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade) permanecem associados à melhora de QV na dimensão psicológica. O consumo de risco de álcool entra no modelo final, contudo mostra-se protetor para a melhora da QV neste domínio, assim como a dependência do álcool, que mantém a mesma direção de associação. Contudo, a ESF é excluída do modelo final e a redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade tem o tamanho do efeito aumentado.

A ESF e a redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade representam diferentes formas de avaliar o tratamento oferecido aos pacientes do estudo. Quando foi realizada a análise de regressão, controlada pelas demais variáveis do modelo, o efeito do tratamento foi mais fortemente representado pela redução da intensidade da ansiedade (redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade). Tal fato pode explicar a exclusão da ESF do modelo final e o aumento do efeito para a redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Ansiedade. Estudos registram que a maioria dos indivíduos ansiosos inicialmente procura tratamento de profissionais de APS, principalmente do profissional médico (37,38). Nesse sentido, entre ansiosos, a busca pelo tratamento pode aumentar o acesso a ele, contribuindo para a diminuição da intensidade da ansiedade e, conseqüentemente, para a melhora da QV psicológica.

Já para o domínio físico, somente a diminuição dos sintomas de depressão (redução de cinco pontos ou mais na *HADS* Depressão) mostrou-se associada ao ganho de QV após 12 meses de acompanhamento. Esse mesmo padrão é observado na análise controlada pela influência simultânea de um grupo de variáveis, em que a depressão continua como única condição que aumenta a chance da melhora de QV neste domínio. Como esperado, a melhora da QV no aspecto físico deve-se à redução dos sintomas de depressão, que, por sua vez, ocorreram pelo tratamento do transtorno depressivo.

Este estudo é relevante porque aponta para uma questão essencial para a tomada de decisão nas intervenções das equipes de saúde. O planejamento das ações objetivando o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde precisa considerar a atenção especial dirigida ao tratamento da ansiedade e da depressão. Como percebido pelos resultados da presente pesquisa, embora as condições socioeconômicas impactem a qualidade de vida,

bem como sua melhora, o tratamento das condições de saúde mental tem influência mais significativa e se mantém forte mesmo após considerar a influência simultânea dos diversos fatores que influenciam a melhora da QV. Em suma, a ênfase nas condições de vida para a melhora da QV é importante, mas não pode ser a única estratégia para isso, pois há um impacto neste constructo que é exclusivo dos transtornos mentais.

O presente estudo foi realizado com amostra de usuários da APS. No entanto, há maior chance de encontrar um indivíduo tratado nos indivíduos do *follow-up* do que na amostra anterior ao tratamento, ou seja, os resultados deste estudo podem refletir principalmente as características de indivíduos com melhor condição clínica para ansiedade e/ou depressão devido ao tratamento destes, permitindo assim evidenciar mais significativamente a melhora da QV. Tal fato configura-se uma limitação desta pesquisa, ressaltando que a extrapolação dos dados para usuários de APS deve ser feita com cautela.

Destaca-se, ainda, como limitação desta pesquisa a falta de caracterização quanto ao tipo de tratamento oferecido, pois é sabido que existem diversas estratégias medicamentosas e não medicamentosas para o tratamento da depressão e da ansiedade com distintas formas de impacto. Somado a isso, também não houve identificação dos indivíduos que sofreram como também dos que não receberam tratamento, o que não invalida as conclusões desta pesquisa, dado que a remissão espontânea de ansiedade e depressão é muito pequena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida é um indicador que deve ser amplamente usado no contexto clínico, em especial na APS, e que pode ser utilizado pelos profissionais como um marcador de sofrimento psicológico, uma vez que este se associa a pior QV e dificulta sua melhora.

Este estudo demonstrou que a melhora da QV pode ser explicada pela redução da intensidade de ansiedade e depressão. Portanto, recomenda-se que a melhora da QV seja utilizada como indicador para avaliar as intervenções em saúde mental.

Embora os fatores socioeconômicos estejam associados à melhora da QV, ressalta-se a significativa influência da redução da intensidade de ansiedade e depressão, mesmo

após análise controlada pelas demais condições socioeconômicas e de saúde mental. Dessa forma, os achados deste estudo sustentam que o tratamento da ansiedade e depressão precisa ser foco das intervenções em saúde que objetivam o bem-estar do indivíduo e deve acontecer somado às mudanças das condições de vida dos indivíduos.

Por fim, sugere-se o aprimoramento das ferramentas de trabalho da ESF, objetivando que esta permaneça como modelo de atenção efetivo para o acesso ao tratamento das condições de saúde mental, sobretudo ansiedade e depressão. Também recomendam-se estudos com a finalidade de subsidiar a melhora do acesso ao cuidado da ansiedade e depressão em outros serviços de APS, como as UBS tradicionais.

Tabela 1: Distribuição de frequências da amostra de pacientes no pré-*follow-up*. Médias dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* no pré e pós-*follow-up*, segundo características socioeconômicas. Município do Rio de Janeiro, 2013. **(Continua)**

Variável	Frequência pré- <i>follow-up</i>		Qualidade de Vida Domínio Físico			Qualidade de Vida Domínio Psicológico			Qualidade de Vida Domínio Relações Sociais			Qualidade de Vida Domínio Meio Ambiente		
	n	%	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*
Condições Socioeconômicas														
Sexo														
Mulher	94	92,2	50,95	56,50	0,002	53,09	55,61	0,080	59,27	58,60	0,759	46,45	45,87	0,676
Homem	8	7,8	58,48	62,50	0,578	56,25	61,46	0,305	56,25	65,63	0,080	47,66	49,61	0,582
Faixa etária														
Até 39 anos	37	36,3	54,54	60,71	0,033	55,18	57,92	0,237	63,06	63,74	0,848	46,03	46,88	0,748
Acima de 39 anos	65	63,7	49,84	54,83	0,021	52,29	55,02	0,115	56,73	56,55	0,941	46,84	45,75	0,446
Estado civil														
Não casados	62	60,8	50,98	57,20	0,005	54,17	57,48	0,071	57,39	59,68	0,388	46,39	46,37	0,994
Casados	40	39,2	52,41	56,61	0,130	52,05	53,89	0,380	61,57	58,35	0,313	46,80	45,83	0,683
Raça														
Não brancos	78	76,5	53,39	57,56	0,034	54,75	56,69	0,235	61,17	60,47	0,761	47,97	47,32	0,665
Branco	24	23,5	45,54	55,05	0,008	48,73	54,05	0,033	52,08	54,88	0,538	41,93	42,40	0,867
Escolaridade														
Ensino fundamental completo	46	45,1	53,26	56,99	0,132	52,96	57,07	0,023	64,22	60,33	0,190	48,51	46,74	0,399
Ensino fundamental incompleto	56	54,9	50,13	56,95	0,005	53,65	55,25	0,429	54,76	58,19	0,217	44,94	45,69	0,657

Tabela 1: Distribuição de frequências da amostra de pacientes no pré-*follow-up*. Médias dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* no pré e pós-*follow-up*, segundo características socioeconômicas. Município do Rio de Janeiro, 2013. **(Termina)**

Variável	Frequência pré- <i>follow-up</i>		Qualidade de Vida Domínio Físico			Qualidade de Vida Domínio Psicológico			Qualidade de Vida Domínio Relações Sociais			Qualidade de Vida Domínio Meio Ambiente		
	n	%	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*	Média pré- <i>follow-up</i>	Média pós- <i>follow-up</i>	P-valor*
Frequência religiosa +2 X semana														
Não	45	43,7	53,57	60,24	0,007	54,17	58,36	0,041	58,70	60,00	0,625	46,11	47,85	0,341
Sim	57	55,3	49,94	54,38	0,064	53,68	54,26	0,399	59,28	58,49	0,791	46,89	44,82	0,268
Renda per capita mensal < ou = 0,5 SM														
Não	68	66,7	53,52	58,14	0,023	54,66	57,43	0,084	60,23	59,19	0,677	47,95	47,71	0,880
Sim	34	33,3	47,58	54,61	0,029	50,70	53,35	0,316	56,62	59,08	0,487	43,75	43,07	0,776
Tipo de serviço														
UBS	29	28,4	49,14	56,53	0,034	53,26	53,30	0,985	53,45	56,90	0,438	43,02	40,95	0,468
ESF	73	71,6	52,50	57,14	0,019	53,37	57,17	0,026	61,25	60,05	0,595	47,95	48,23	0,846

Tabela 2: Distribuição de frequências da amostra de pacientes no pré-*follow-up*. Médias dos escores dos domínios de qualidade de vida do *WHOQOL-bref* no pré e pós-*follow-up*, segundo características de saúde mental. Município do Rio de Janeiro, 2013.

Condições de Saúde Mental														
Ansiedade														
Não	13	12,7	53,85	58,26	0,336	56,410	52,244	0,261	55,128	66,667	0,072	46,703	43,990	0,464
Sim	89	87,3	51,20	56,78	0,003	52,889	56,630	0,011	59,599	58,058	0,469	46,524	46,477	0,974
Depressão														
Não	45	44,1	57,38	62,30	0,024	61,94	64,66	0,157	66,67	66,30	0,911	50,90	50,84	0,967
Sim	57	55,9	46,93	52,76	0,024	46,54	49,29	0,161	53,00	53,52	0,839	43,11	42,47	0,750
Somatização														
Não	97	95,1	51,91	57,25	0,002	53,60	55,83	0,114	59,41	59,97	0,787	47,27	46,41	0,519
Sim	5	4,9	44,29	51,43	0,460	48,33	60,83	0,034	51,67	43,33	0,430	32,50	41,25	0,276
Consumo de risco de álcool														
Não	87	85,3	49,88	56,81	0,000	51,87	55,86	0,008	58,10	57,67	0,852	45,37	45,60	0,875
Sim	15	14,7	61,19	57,88	0,276	61,86	57,30	0,180	64,44	67,78	0,415	53,35	49,39	0,182
Consumo nocivo de álcool														
Não	98	96,1	50,84	56,56	0,001	53,05	55,77	0,985	58,63	58,59	0,860	46,31	45,84	0,703
Sim	4	3,9	68,75	66,96	0,056	60,42	63,54	0,730	68,75	72,92	0,547	52,34	53,91	0,804
Dependência de álcool														
Não	95	93,1	51,92	57,37	0,003	53,67	57,00	0,020	59,96	59,57	0,851	46,61	46,93	0,810
Sim	7	6,9	46,43	51,53	0,229	48,81	43,45	0,289	46,43	53,57	0,482	45,63	35,71	0,156

Tabela 3: Melhora de qualidade de vida física e psicológica após 12 meses, segundo características socioeconômicas e de saúde mental. Município do Rio de Janeiro, 2013.

(Continua)

	Melhora de Qualidade de Vida Domínio Físico			Melhora de Qualidade de Vida Domínio Psicológico		
	% Não	% Sim	P-valor	% Não	% Sim	P-valor
	OR			OR		
Amostra	42,2	57,8		48	52	
Condições Socioeconômicas						
Sexo*						
Mulher (&)	41,5	58,5	0,718	47,9	52,1	1,000
Homem	50,0	50,0	0,71	50,0	50,0	0,92
Faixa etária*						
Até 39 anos (&)	37,8	62,2	0,505	43,2	56,8	0,465
Acima de 39 anos	44,6	55,4	0,76	50,8	49,2	0,74
Estado civil*						
Não casados (&)	40,3	59,7	0,640	48,4	51,6	0,930
Casados	45,0	55,0	0,83	47,5	52,5	1,04
Raça/ Cor*						
Não Brancos (&)	44,9	55,1	0,317	50,0	50,0	0,475
Brancos	33,3	66,7	1,63	41,7	58,3	1,40
Escolaridade*						
Ensino fundamental incompleto (&)	37,5	62,5	0,293	57,1	42,9	0,042
Ensino fundamental completo	47,8	52,2	0,70	37,0	63,0	2,30
Frequencia religiosa pós-follow-up						
< 2 vezes/ semana (&)	42,7	57,3	0,773	48,3	51,7	0,884
> ou = 2 vezes/ semana	38,5	61,5	1,19	46,3	53,7	1,09
Aumento da renda após 12 meses						
Não (&)	49,1	50,9	0,125	45,5	54,5	0,572
Sim	34	66,0	1,87	51,1	48,9	0,799
Tipo de serviço						
UBS (&)	41,4	58,6	0,920	62,1	37,9	0,074
ESF	42,5	57,5	0,96	42,5	57,5	2,22

Tabela 3: Melhora de qualidade de vida física e psicológica após 12 meses, segundo características socioeconômicas e de saúde mental. Município do Rio de Janeiro, 2013.

(Termina)

Condições de Saúde Mental						
Redução de cinco ou + pontos na HADS Ansiedade						
Não (&)	46,5	53,5	0,141	56,5	43,5	0,002
Sim	29,2	70,8	2,08	20,8	79,2	4,92
Redução de cinco ou + pontos na HADS Depressão						
Não(&)	48,8	51,2	0,003	51,2	48,8	0,169
Sim	11,1	88,9	7,63	33,3	66,7	2,10
Somatização*						
Não(&)	42,3	57,7	1,000	49,5	50,5	0,364
Sim	40,0	60,0	1,10	20,0	80,0	3,92
Consumo de risco de álcool*						
Não(&)	39,1	60,9	0,130	44,8	55,2	0,118
Sim	60,0	40,0	0,43	66,7	33,3	0,41
Consumo nocivo de álcool*						
Não(&)	40,8	59,2	0,307	48,0	52,0	0,936
Sim	75,0	25,0	0,23	50,0	50,0	0,92
Dependência de álcool*						
Não (&)	43,2	56,8	0,696	45,3	54,7	0,053
Sim	28,6	71,4	1,85	85,7	14,3	0,14

* Características mensuradas no momento pré-follow-up
(&) = categoria de referência do Odds Ratio.

Tabela 4: Redução de cinco pontos ou mais no *Hospital Anxiety Depression (HAD)*, segundo condições de saúde mental pré-*follow-up*. Município do Rio de Janeiro, 2013.

Redução de 5 pontos ou mais no <i>Hospital Anxiety Depression (HAD)</i>							
Condições de saúde mental no momento inicial (pré- <i>follow-up</i>)	Frequência N	HAD-Ansiedade			HAD-Depressão		
		% Não	% Sim	P-valor (OR)	% Não	% Sim	P-valor (OR)
Amostra	102	76,5	23,5		82,4	17,6	
Ansiedade (HAD-A $\geq$ 9)							
Não (&)	13	100	0	0,035	69,2	30,8	0,238
Sim	89	73	27	1,37	84,3	15,7	0,42
Depressão (HAD-D $\geq$ 9)							
Não (&)	45	66,7	33,3	0,038	95,6	4,4	0,002
Sim	57	84,2	15,8	0,38	71,9	28,1	8,39
Somatização							
Não (&)	97	77,3	22,7	0,336	81,4	18,6	0,583
Sim	5	60,0	40,0	2,27	100,0	0,0	**
Consumo de risco de álcool							
Não (&)	87	77,0	23,0	0,748	80,5	19,5	0,461
Sim	15	73,3	26,7	1,22	93,5	6,5	2,94
Consumo nocivo de álcool							
Não (&)	98	76,5	23,5	1,000	81,6	18,4	1,000
Sim	4	75,0	25,0	1,09	100,0	0,0	-
Dependência de álcool							
Não (&)	95	75,8	24,2	1,000	81,1	18,9	0,348
Sim	7	95,7	4,3	0,522	100,0	0,0	-

(&) = categoria de referência do Odds Ratio.

Tabela 5. Resultados do modelo de regressão logística multivariada (*stepwise backward*) para o desfecho aumento da qualidade de vida (QV) nos domínios físico e psicológico do *WHOQOL-bref*. Rio de Janeiro, 2013.

Melhora da QV - Domínio Físico									Melhora da QV - Domínio Psicológico			
	Odds Ratio (OR) bruto	OR ajustado	Intervalo de confiança 95%		Odds Ratio (OR) bruto	OR ajustado	Intervalo de confiança 95%					
			Limite inferior	Limite superior			Limite inferior	Limite superior				
Aumento da renda após 12 meses												
Não (&)	1,27**	-	-	-	-	-	-	-				
Sim		-	-	-	-	-	-	-				
Escolaridade												
Ensino fundamental incompleto (&)	-	-	-	-	2,30*	1	-	-				
Ensino fundamental completo		-	-	-		2,60*	1,07	6,34				
Tipo de serviço												
Unidade Básica de Saúde (&)	-	-	-	-	2,22**	-	-	-				
Estratégia de Saúde da Família		-	-	-		-	-	-				
Redução de cinco ou + pontos <i>HAD-A</i>												
Não (&)	2,08**	-	-	-	4,92*	1	-	-				
Sim		-	-	-		5,99*	1,82	19,63				
Redução de cinco ou + pontos <i>HAD-D</i>												
Não (&)	7,63*	1	-	-	2,10**	-	-	-				
Sim		7,63*	1,65	35,26		-	-	-				
Consumo de risco de álcool												
Não (&)	0,43**	-	-	-	0,41**	1	-	-				
Sim		-	-	-		0,25*	0,07	0,93				
Dependência de álcool												
Não (&)	-	-	-	-	0,14**	1	-	-				
Sim		-	-	-		0,12**	0,01	1,18				

** $p < 0.02$; * $p < 0.05$; & = categoria de referência do Odds Ratio.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2 de janeiro de 2017]. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica; vol. 35).
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
3. Fleck MP de A. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde. Artmed Editora; 2009. 224 p.
4. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 26 de maio de 2001;322(7297):1297–300.
5. Jomar RT, Abreu ÂMM, Griep RH, Jomar RT, Abreu ÂMM, Griep RH. Patterns of alcohol consumption and associated factors among adult users of primary health care services of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. janeiro de 2014;19(1):27–38.
6. Vargas D de, Oliveira MAF de, Araújo EC. Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1711–1720.
7. Abreu ÂMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. Harmful consumption of alcoholic beverages among users of a Family Health Unit. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):291–5.
8. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32–37.
9. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Fortes SLCL. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 02PY - 2016 de 2016;21(2):497–508.

10. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. março de 2014;30(3):623–32.
11. Moreira T de C, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. julho de 2013;18(7):1953–62.
12. Santos MVF dos, Campos MR, Fortes S. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. [Internet]. 2017 [citado 25 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/relacao-do-uso-de-alcool-e-transtornos-mentais-comuns-com-a-qualidade-de-vida-de-pacientes-na-atencao-primaria-em-saude/16238>
13. Azevedo ALS de, Silva RA da, Tomasi E, Quevedo L de Á. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2013;29(9):1774–82.
14. Brasil. Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica, no 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica).
15. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. junho de 2011;33(2):150–6.
16. Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari J de J. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):3–13.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29:359–63.
18. Fabião MCM. Rastreamento e diagnóstico da somatização em cuidados primários: validação da screening for somatoform symptoms-2 [Internet]. 2011 [citado 27 de outubro de 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/45217>

19. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care [Internet]. World Health Organization; 2001. Disponível em: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf
20. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. *Alcohol Alcohol Oxf* Oxf. dezembro de 2005;40(6):584–9.
21. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178–183.
22. SPSS Inc. Statistical Package for the Social Sciences para Windows. Chicago: SPSS Inc; 2007.
23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. junho de 1983;67(6):361–70.
24. Chazan ACS, Campos MR, Portugal FB. Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 02PY - 2015 de 2015;20(2):547–56.
25. Cruz LN, Polanczyk CA, Comey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. setembro de 2011;20(7):1123–9.
26. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Gask L, Bower P, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 03PY - 2014 de 2014;63(1):23–32.
27. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. março de 2013;18(3):873–82.
28. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WA dos S. Sleep in psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. maio de 2005;27:27–32.

29. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet Lond Engl*. 8 de setembro de 2007;370(9590):859–77.
30. Riihimäki K, Sintonen H, Vuorilehto M, Jylhä P, Saarni S, Isometsä E. Health-related quality of life of primary care patients with depressive disorders. *Eur Psychiatry* [Internet]. 201607 [citado 9 de setembro de 2018];37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.04.008>
31. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J, Gask L, Bower P, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. março de 2014;63(1):23–32.
32. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2016;21(5):1499–510.
33. Correia VR, Barros S, Colvero L de A. Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Rev Esc Enferm USP*. dezembro de 2011;45(6):1501–6.
34. Oliveira MA de C, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. setembro de 2013;66(SPE):158–64.
35. Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, Paula AMBD, Haikal DSA, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. fevereiro de 2016;21(2):463–74.
36. Baborik AL, Leibowitz A, Sterling SA, Travis A, Weisner C, Satre DD. The role of hazardous drinking reductions in predicting depression and anxiety symptom improvement among psychiatry patients: A longitudinal study. *J Affect Disord*. dezembro de 2016;206:169–73.
37. Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Health-related Quality of Life across the Anxiety Disorders: Findings from a Sample of Primary Care Patients. *J Anxiety Disord*. agosto de 2010;24(6):559–64.

38. Harman JS, Rollman BL, Hanusa BH, Lenze EJ, Shear MK. Physician Office Visits of Adults for Anxiety Disorders in the United States, 1985–1998. *J Gen Intern Med.* março de 2002;17(3):165–72.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa pretendeu verificar a associação entre qualidade de vida e condições de saúde mental; padrões de consumo de álcool e características socioeconômicas e demográficas. Para tanto, estudou diferentes amostras: uma base populacional brasileira e pacientes da APS no município do Rio de Janeiro (em dois momentos distintos: 1º momento - estudo transversal e após 12 meses, 2º momento - estudo de coorte), utilizando-se do *WHOQOL-bref*: um instrumento multidimensional, amplamente aplicado em pesquisas e que apresenta boas propriedades psicométricas.

Embora as amostras estudadas tenham suas particularidades, esta pesquisa demonstra resultados comuns entre elas. Os dados obtidos permitem concluir que cada dimensão de QV é explicada por variáveis distintas, com suas respectivas intensidades de associação, revelando o caráter multidimensional do conceito de QV. Destaca-se também a associação de pior qualidade de vida e pior situação socioeconômica (menor renda, menor tempo de estudo, desemprego). Esse mesmo padrão foi encontrado entre QV e sofrimento psicológico (ansiedade, depressão e outros transtornos mentais comuns), porém com maior força de associação, mesmo na análise considerando a interação de todas as características avaliadas na pesquisa.

Foi evidenciada que a melhora da QV é devida à boa situação socioeconômica e à diminuição do sofrimento psicológico. Quando há diminuição da intensidade do sintomas de depressão e/ou ansiedade, há maior QV. Estes achados são justificados pela atenção dos serviços de APS, em especial da ESF, aos indivíduos com sofrimento psicológico pesquisados, colaborando para a redução da intensidade de depressão e ansiedade aferidos pelo *HAD*.

Estes achados sustentam o argumento de que a melhora das condições de vida é necessária, mas não suficiente, para a melhora do bem-estar do indivíduos. Para promover o bem-estar, é essencial ter saúde no que se refere a contexto psicológico, portanto tratar transtornos mentais é estratégia primordial para a melhoria da QV. Então, deve-se melhorar o acesso ao tratamento de transtornos mentais nos serviços de saúde,

bem como aprimorar a utilização das ferramentas de cuidado em saúde mental disponíveis, a fim de promover saúde e bem-estar à população.

Somado a isso, este estudo vem corroborar a relevância da ESF e o vínculo, o acolhimento e a escuta qualificada por ela utilizados. A ESF tem condições para melhor detecção, acompanhamento e tratamento dos indivíduos em sofrimento psicológico do que a UBS, por isso tem uma contribuição notável para a melhora da QV dos indivíduos por ela cobertos.

Com relação ao consumo de bebida alcoólicas, notou-se uma relação que é dependente da dimensão da QV, da população investigada e do padrão de consumo de álcool analisados. Com isso, este estudo corrobora a literatura, uma vez que muitos estudos apontam relações positivas e negativas entre consumo de álcool e qualidade de vida, em que o padrão de consumo é apontado como um elemento essencial no estabelecimento da direção da associação.

Foi observada maior QV entre aqueles que consumiam álcool com padrão de risco na dimensão física (amostra população geral) como também na psicológica e de relações sociais (amostra da APS). Já para a dependência, esse padrão de associação é inverso, ou seja, há menor QV entre os rastreados como dependentes de álcool na população geral (todos os domínios de QV, exceto relações sociais) e na amostra da APS (domínio físico). As melhores pontuações de QV na presença do consumo com risco fomentam a busca pelo entendimento dos padrões de consumo de álcool, seus motivadores e suas implicações para a saúde e o bem-estar. O lazer, a interação social e o alívio do estresse podem colaborar para a manutenção do uso recreacional frequente de álcool, sem necessariamente produzir dano físico ou mental, o que pode ser classificado como consumo de risco pelos instrumentos de rastreio, como o *AUDIT*, sem prejuízo para a QV.

É importante frisar que, na avaliação da melhora da QV após 12 meses, tanto o consumo com risco quanto a dependência de álcool dificultaram o ganho da QV nas

dimensões física e psicológica. Numa população da APS, com mais prevalência de TM que a população geral, a dependência se associa a menor QV. Contudo, quando há presença de TM, o consumo de álcool pode piorar o prognóstico dos pacientes em tratamento e, portanto, dificultar o ganho de QV, como observado na amostra acompanhada após 12 meses, em que todos tinham ansiedade e/ou depressão.

Em suma, as evidências aqui encontradas sugerem que a avaliação do consumo de álcool é um dado importante e merece avaliação sistemática no tratamento de pacientes com ansiedade e depressão. Os serviços de APS devem considerar a realização do tratamento da dependência do álcool simultaneamente ao tratamento de outras condições de saúde mental, almejando melhor prognóstico dos pacientes, bem como a melhora da QV.

A dependência do álcool, a ansiedade, a depressão e os transtornos mentais comuns estão associados a pior qualidade de vida (QV) em suas múltiplas dimensões. O bem-estar dos pacientes com tais doenças crônicas e incapacitantes, cuja cura não seja alcançável, torna-se uma meta essencial para as intervenções em saúde. Por isso, recomenda-se o uso dos índices de qualidade de vida pelo serviços de saúde como indicador que possibilita o monitoramento e a avaliação desta e de outras metas clínicas, bem como para subsidiar o planejamento de ações. Seu caráter multidimensional facilita a identificação das necessidades em saúde presentes em distintos contextos: socioeconômico, psicológico e físico.

Dessa forma, a utilização de instrumentos de mensuração de QV nas pesquisas em saúde deve ser estimulada, objetivando seu aprimoramento de modo a permitir a operacionalização na prática clínica.

8 REFERÊNCIAS

- ABREU, Â. M. M. et al. Harmful consumption of alcoholic beverages among users of a Family Health Unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 291–295, 2012.
- AMATO, T. DE C. et al. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde - Juiz de Fora, MG, Brasil - 2006. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 4, n. 2, p. 00–00, ago. 2008.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 316–325, jul. 2002.
- ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 178, p. 145–153, fev. 2001.
- ANRADE, A. G. DE; ANTHONY, J. C. (EDS.). **Alcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. 1a ed ed. Barueri: Manole, 2009.
- ARÔCA, S. R. S. **Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do sofrimento dos nervos em mulheres**. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- AZEVEDO, A. L. S. DE et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774–1782, set. 2013.
- BABOR, T. F. et al. **The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care** World Health Organization, , 2001. Disponível em: <http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf>
- BANKIER, B. et al. Screening for DSM-IV somatoform disorders in chronic pain patients. **Psychopathology**, v. 33, n. 3, p. 115–118, jun. 2000.
- BARBOSA-BRANCO, A.; BÜLTMANN, U.; STEENSTRA, I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1854–1866, out. 2012.
- BORTOLUZ, S.; LIMA, L. A. DE; NEDEL, F. B. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 156–166, 24 nov. 2016.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 359–363, 1995.
- BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. [s.l.] Artmed Editora, 2009.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS**. 23 dez. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. [s.l.] Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do MS – Circular Conjunta. Articulação do Serviço de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. v. 35

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.

BUSS, P. M. Health promotion and quality of life. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. 2006.

CHAZAN, A. C. S.; CAMPOS, M. R.; PORTUGAL, F. B. Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 2, p. 547–556, 02PY - 2015 2015.

COELHO, C. L. DE S.; ÁVILA, L. A. Controversies on somatization. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n. 6, p. 278–284, 2007.

Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 4, p. 413–426, 2000.

DA SILVA, J. K. S. et al. Pattern of Alcohol Consumption in Registered Users of a Family Health Unit. **Health**, v. 06, n. 11, p. 1172–1179, 2014.

DAY, H.; JANKEY, S. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). . **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996. p. 437.

DE MICHELI, D. et al. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLITICAS SOBRE DROGAS (Ed.). . **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 7 edição ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. v. Módulo 3.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Social Science & Medicine** (1982), v. 41, n. 10, p. 1383–1394, nov. 1995.

EDWARDS, G. A síndrome de dependência do álcool. In: EDWARDS, G. (Ed.). . **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FABIÃO, C. et al. SOMS-2: tradução para português da Screening for Somatoform Disorders. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, n. 3, p. 241–246, 2008a.

FABIÃO, C. et al. Screening of somatization disorder in primary health care. Results from a pilot study. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, n. 4, p. 319–28, 2008b.

FABIÃO, C. et al. Screening tools of somatization in general and somatoform disorders in primary care. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, n. 3, p. 439–48, 2011.

FABIÃO, M. C. M. **Rastreio e diagnóstico da somatização em cuidados primários: validação da screening for somatoform symptoms-2**. [s.l: s.n.].

FARO, A.; FARO, A. Confirmatory Factor Analysis and Standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 349–353, set. 2015.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, n. 3, p. 502–508, set. 1995.

FIGLIE, N. B. et al. Audit indentifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **J. bras. psiquiatr**, v. 46, n. 11, p. 589–593, nov. 1997.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198–205, 1999a.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000a.

FLECK, M. P. DE A. et al. Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19–28, mar. 1999b.

FLECK, M. P. DE A. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

FLECK, M. P. DE A. **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. [s.l.] Artmed Editora, 2009.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, ferfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de**

saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2004.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p. 150–156, jun. 2011.

FORTES, S. **Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na Rede SUS da área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro.** [s.l.] Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, 2013.

FORTES, S. Transtornos mentais na atencao primaria: suas formas de apresentacao, ferfil nosologico e fatores associados em unidades do programa de saude da familia do municipio de Petropolis/Rio de Janeiro, Brasil. **ResearchGate**, [s.d.].

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32–37, 2008.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 3–6, maio 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. V. M.; NOTO, A. R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Eds.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** [s.l.: s.n.].

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 11–13, maio 2004.

GILI, M. et al. Validación de la versión española de la escala Screening for Somatoform Symptoms-2 para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 47, n. 5, p. 273–278, maio 2015.

GOLDBERG, D. P. **The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.** [s.l.] Oxford University Press, 1972.

GOLDBERG, D. P.; BLACKWELL, B. Psychiatric Illness in General Practice: A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. **British Medical Journal**, v. 2, n. 5707, p. 439–443, 23 maio 1970.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model.** London ; New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. A. et al. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 41, n. 1, p. 3–13, 2011.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623–632, mar. 2014.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. P. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro**. Vol. 24, n. 7 (jul. 2008), p. 1641-1650, 2008.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A. G. DE; ANTHONY, J. C. (Eds.). . **Alcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. 1a ed ed. Barueri: Manole, 2009.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199–206, abr. 2004.

HERRMANN, C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 42, n. 1, p. 17–41, jan. 1997.

HIGGINSON, I. J.; CARR, A. J. Using quality of life measures in the clinical setting. **BMJ : British Medical Journal**, v. 322, n. 7297, p. 1297–1300, 26 maio 2001.

HILLER, W.; RIEF, W.; FICHTER, M. M. Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. **Psychosomatics**, v. 36, n. 3, p. 285–294, jun. 1995.

JACKSON, C. The General Health Questionnaire. **Occupational Medicine**, v. 57, n. 1, p. 79–79, 1 jan. 2007.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 3, p. 440–448, 03PY - 2011 2011.

JUNIOR, S. et al. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186–190, fev. 2014.

KLUTHCOVSKY, A.; TAKAYANAGUI, A. Qualidade de Vida: aspectos conceituais. **Revista Salus**, v. 1, n. 1, p. 13–15, 2007.

KOHN, R. et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 18, n. 4–5, p. 229–240, nov. 2005.

LARANJEIRA, R. et al. (EDS.). **Usuários de substâncias psicoativas: Abordagem, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>.

LAZZARO, C. D.; ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 2, p. 2–5, 2004.

LEITE, I. DA C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551–1564, jul. 2015.

LÉPINE, J.-P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63 Suppl 14, p. 4–8, 2002.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, v. 40, n. 6, p. 584–589, dez. 2005.

LIMA, M. S. DE. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 01–05, maio 1999.

MAGNABOSCO, M. DE B.; FORMIGONI, M. L. O. DE S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 637–647, dez. 2007.

MARAGNO, L. et al. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639–1648, ago. 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychological medicine**, v. 15, n. 3, p. 651–659, ago. 1985.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira De Pesquisas Medicas E Biologicas**, v. 16, n. 3, p. 215–218, out. 1983.

MEDINA, M. G. Epidemiologia do uso/uso abusivo de substâncias psicoativas. In: ALMEIDA FILHO, N. DE; BARRETO, M. L. (Eds.). **Epidemiologiasaúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2011.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Mestrado—Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000a.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000b.

MOREIRA, T. DE C. et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1953–1962, jul. 2013.

MURRAY, C. J. L. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2197–2223, [s.d.].

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. **Science (New York, N.Y.)**, v. 274, n. 5288, p. 740–743, 1 nov. 1996.

NETO, S. B. DA C.; ARAÚJO, T. C. C. F. DE. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Temas em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 125–135, ago. 2001.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (Ed.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. **Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility**. Geneva: World Health Organization, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ED.). **Relatório Mundial de Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: [s.n.].

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas**. Washington: [s.n.].

PASQUALI, L. et al. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação Brasileira. **ResearchGate**, v. 10, n. 3, p. 421–437, 1 jan. 1994.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. DOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, 1 jun. 2012.

PORTUGAL, F. B. et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n. 1, p. 23–32, 03PY - 2014 2014.

PORTUGAL, F. B. et al. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 491–501, fev. 2015.

PORTUGAL, F. B. et al. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 497–508, 02PY - 2016 2016.

RIBEIRO, M. Services organization for the treatment of alcohol dependence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 59–62, maio 2004.

SANTOS, É. G. DOS; SIQUEIRA, M. M. DE. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010.

SANTOS, W. S. DOS et al. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): exploring its psychometric parameters. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 117–123, 2012.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, dez. 2004.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (ED.). **Glossário de álcool e drogas**. Tradução José Manoel Bertolote. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. DA C. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, abr. 2004.

SILVA, C. J.; LARANJEIRA, R. Uso nocivo e dependência do álcool. In: LOPES, A. C. (Ed.). **Diagnóstico e Tratamento**. [s.l.] Manole, 2006. v. 2p. 1989–2006.

SIQUEIRA, M.M. **Álcool, tabaco e outras drogas na atenção básica**. EDUFES, 2016.

SMART, R. G. et al. **A methodology for students drug-use surveys**. Geneva: World Health Organization, 1980.

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

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995.

TÓFOLI, L. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatization in Latin America: a review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, p. s59–s69, maio 2011.

ÜSTÜRN, T. B.; SARTORIUS, N. (EDS.). **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester ; New York: Published on behalf of the World Health Organization [by] Wiley, 1995.

VARGAS, D. DE et al. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 17–25, jan. 2014.

VARGAS, D. DE; OLIVEIRA, M. A. F. DE; ARAÚJO, E. C. Prevalence of alcohol addiction among users of primary healthcare services in Bebedouro, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1711–1720, 2009.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 249–260, out. 2012.

VORCARO, C. M. R.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. **J. bras. psiquiatr**, v. 51, n. 3, p. 167–182, jun. 2002.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 9 nov. 2013.

WHITEFORD, H. A. et al. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLoS ONE**, v. 10, n. 2, 6 fev. 2015.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 355–363, abr. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Global status report on alcohol and health, 2014**. [s.l.: s.n.].

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 7, p. 795–800, jul. 1992.

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer de Aprovação no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e no Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro da pesquisa “Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na rede SUS da área programática (AP) 2.2 do município do Rio de Janeiro”.

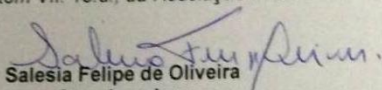
 Comitê de Ética em Pesquisa	
Parecer nº 78A/2011 Rio de Janeiro, 11 de abril de 2011.	
Sr(a) Pesquisador(a),	
Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:	
Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chispim Membros: Andréa Estevam de Amorim Andréa ferreira Haddad Carla Costa Vianna Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Martine Gerbaud Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Secretaria Executiva: Renata Guedes Ferreira	PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 26/11 CAAE nº: 0007.0.314.228-11 TÍTULO: Avaliação do cuidado da depressão a partir da Atenção Primária na Rede SUS da Área Programática 2.2 do município do Rio de Janeiro. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sandra Lucia Correia Lima Fortes. UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: PSF Parque Vila Isabel e UBS Maria Augusta Estrella. DATA DA APRECIACÃO: 11/04/2011. PARECER: APROVADO.

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1463
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761

ANEXO 2: Declaração para autorização de uso de dados “Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas - LENAD” pelo comitê científico.

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Mônica Rodrigues Campos da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), o acesso aos dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Outras Drogas para serem utilizados na elaboração do artigo que integra a tese de doutorado do orientando Marcos Vinicius Ferreira dos Santos (Programa de pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz).

A cessão do banco de dados do Segundo LENAD ao pesquisador responsável aqui identificado, foi condicionada ao cumprimento de requisitos firmados através de termo de compromisso previamente assinado após conhecimento dos deveres, do pesquisador e do comitê do LENAD.

Informamos também que o referido levantamento foi aprovado pelo comitê de ética da UNIFESP (nº CEP1672 – Aprovado anteriormente à Plataforma Brasil) e seguiu todas as requisições sugeridas pelo CEP/ CONEP. Sendo preenchido termo de consentimento pelos participantes autorizando a utilização dos dados para a pesquisa e garantindo o sigilo da identidade dos participantes



São Paulo, 08 de Novembro de 2016

Clarice Sandi Madruga
Professora Departamento de Psiquiatria e
Psicologia Médica - UNIFESP

A9 – Atualmente você é:

- 1 ☐ Casado(a) ou vive em união
- 2 ☐ Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 ☐ Viúvo(a)
- 4 ☐ Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

A10 - Além de você, quantas pessoas moram em sua casa?

Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, Agregados.

A11 – Quantas crianças menores de seis anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? _____

A12 – Quantos idosos maiores de 65 anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? _____

A13 – Quantas pessoas com deficiência dependem diretamente do seu cuidado? _____

A14 - Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável Pela casa?

- 1 ☐ Eu mesmo(a)
- 2 ☐ Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 ☐ Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 ☐ Meu pai ou minha mãe
- 5 ☐ Meu filho ou minha filha
- 6 ☐ Não tem chefe
- 7 ☐ Outra pessoa: _____

A15 - Qual é o seu grau de instrução

- 1 ☐ Não frequentou escola (analfabeto).
- 2 ☐ 1º grau incompleto (Até a quarta série)
- 3 ☐ 1º grau incompleto (Entre quinta e sétima série)
- 4 ☐ 1º grau completo
- 5 ☐ 2º grau incompleto
- 6 ☐ 2º grau completo
- 7 ☐ Universitário incompleto
- 8 ☐ Universitário completo

A16 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscoite no ultimo mês) ?

R\$ /_/_/_/_/_/_/_/_/:

A17 – Quanto ganham todos juntos na casa?

R\$ /_/_/_/_/_/_/_/_/

A18 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

- 1 ☐ Aposentadoria 2 ☐ Auxílio Doença 3 ☐ Emprego regular 4 ☐ Biscoites
5 ☐ Pensão 6 ☐ outros _____ código: _____

A19 – Nos últimos doze meses, por quanto tempo aproximadamente você teve alguma fonte de renda?

- 1 ☐ Todo tempo 2 ☐ 3 meses 3 ☐ 6 meses 4 ☐ meses
5 ☐ Não tive fonte de renda

A20 – Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

- | | |
|---|--|
| 1 ☐ Adventista | 11 ☐ Judaica |
| 2 ☐ Assembléia de Deus | 12 ☐ Luterana |
| 3 ☐ Batista | 13 ☐ Messiânica |
| 4 ☐ Budista | 14 ☐ Metodista |
| 5 ☐ Candomblé | 15 ☐ Presbiteriana |
| 6 ☐ Casa da Benção | 16 ☐ Testemunha de Jeová |
| 7 ☐ Católica | 17 ☐ Universal do Reino de Deus |
| 8 ☐ Congregação Cristã do Brasil | 18 ☐ Umbanda |
| 9 ☐ Espirita Kardecista | 19 ☐ Outra (especifique): |
| 10 ☐ Evangelho Quadrangular | 20 ☐ Não tenho religião |

A21 – Nos ULTIMOS 12 MESES (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1 ☐ Mais de 1 vez por semana
2 ☐ 1 vez por semana
3 ☐ 2 a 3 vezes por mês
4 ☐ Algumas vezes no ano
5 ☐ Uma vez no ano
6 ☐ Não compareci nenhuma vez

A22 – No ÚLTIMO MÊS você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia)?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ _ / _ / _ /

A23 – Nos últimos seis meses você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ _ / _ / _ /

A24 – Nos último ano você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?

/ _ / _ / _ /

A 25 – De um modo geral, em comparação as pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

1 ☐ Muito Bom

2 ☐ Bom

3 ☐ Regular

4 ☐ Ruim

Bloco B: World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version (WHOQOL-Bref)

C1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- 1 ☐ Muito ruim 2 ☐ Ruim 3 ☐ Nem ruim nem boa 4 ☐ Boa 5 ☐ Muito Boa
-

C2 – O quanto você está satisfeito(a) com sua saúde?

- 1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito
-

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C3 – Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que você precisa?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

C4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

C5 – O quanto você aproveita a vida?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

C6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

C7 – O quanto você consegue se concentrar?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

C8 – O quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

C9 – O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- 1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente
-

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C10 – Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

C11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

C12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

C13 – O quanto às informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

C14 – Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C15 – Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeiras de rodas?

1 ☐ Muito mal 2 ☐ Mal 3 ☐ Nem mal nem bem 4 ☐ Bem 5 ☐ Muito bem

C16 – O quanto você está satisfeito(a) com seu sono?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C17 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C18 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C19 – O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C20 – O quanto você está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C21 – O quanto você está satisfeito(a) com sua vida sexual?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C22 – O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C23 – O quanto você está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C24 – O quanto você está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C25 – O quanto você está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Algumas vezes 3 ☐ Frequentemente 4 ☐ Muito Frequentemente 5 ☐ Sempre

Bloco C: General Health Questionnaire (GHQ-12)

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

B1) perdido muito sono por preocupação?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 ☐ De jeito nenhum | 2 ☐ Não mais que de costume | 3 ☐ Um pouco mais que de costume | 4 ☐ Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

B2) se sentindo constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 ☐ De jeito nenhum | 2 ☐ Não mais que de costume | 3 ☐ Um pouco mais que de costume | 4 ☐ Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

B3) sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1 ☐ Mais que de costume | 2 ☐ O mesmo de sempre | 3 ☐ Menos que de costume | 4 ☐ Muito menos que de costume |
|--|--|---|---|

B4) sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 1 ☐ Mais que de costume | 2 ☐ O mesmo de sempre | 3 ☐ Menos útil que de costume | 4 ☐ Muito menos útil que de costume |
|--|--|--|--|

B5) sido capaz de enfrentar seus problemas?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1 ☐ Mais que de costume | 2 ☐ O mesmo de sempre | 3 ☐ Menos capaz que de costume | 4 ☐ Muito menos capaz que de costume |
|--|--|---|---|

B6) se sentindo capaz de tomar decisões?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1 ☐ Mais que de costume | 2 ☐ O mesmo de sempre | 3 ☐ Menos capaz que de costume | 4 ☐ Muito menos capaz que de costume |
|--|--|---|---|

B7) sentindo que está difícil de superar suas dificuldades?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 ☐ De jeito nenhum | 2 ☐ Não mais que de costume | 3 ☐ Um pouco mais que de costume | 4 ☐ Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

B8) se sentindo feliz de um modo geral?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1 ☐ Mais que de costume | 2 ☐ O mesmo de sempre | 3 ☐ Menos que de costume | 4 ☐ Muito menos que de costume |
|--|--|---|---|

B9) tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1 ☐ Mais que de costume | 2 ☐ O mesmo de sempre | 3 ☐ Menos que de costume | 4 ☐ Muito menos que de costume |
|--|--|---|---|

B10) se sentindo triste e deprimido(a)?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 ☐ De jeito nenhum | 2 ☐ Não mais que de costume | 3 ☐ Um pouco mais que de costume | 4 ☐ Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

B11) perdido a confiança em você mesmo?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 ☐ De jeito nenhum | 2 ☐ Não mais que de costume | 3 ☐ Um pouco mais que de costume | 4 ☐ Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

B12) se achado uma pessoa sem valor?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 ☐ De jeito nenhum | 2 ☐ Não mais que de costume | 3 ☐ Um pouco mais que de costume | 4 ☐ Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

Bloco D: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD	
Nome: _____ Data: _____	
Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido nos últimos quinze dias.	
Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.	
A1 Eu me sinto tenso ou contraído 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca D2 Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada A3 Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer 3 () Sim, de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso D4 Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais A5 Estou com a cabeça cheia de preocupações 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente D6 Eu me sinto alegre 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo A7 Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca	D1 Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca A2 Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...) 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre D3 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes A4 Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim D5 Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca A6 De repente, tenho a sensação de entrar em pânico 3 () A quase todo tempo 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso D7 Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca

Bloco E: SOMS-2 - (Screening instrument für somatoforme Störungen / Screening Instrument for somatoform disorders)

Instruções: A seguir há uma lista de sintomas físicos. Por favor, responda se você sofreu ou tem sofrido destes sintomas, de forma contínua ou temporária, nos últimos 2 anos.

Considere somente os sintomas para os quais os médicos não encontraram causas exatas, e que tenham afetado intensamente o seu bem-estar.

Eu li as instruções	1. sim ☐	2. não ☐
---------------------	---------------------------------	---------------------------------

Nos últimos **2 anos**, eu sofri os seguintes sintomas:

1. Dores de cabeça	1. sim ☐	2. não ☐
2. Dores na barriga	1. sim ☐	2. não ☐
3. Dores nas costas	1. sim ☐	2. não ☐
4. Dores nas juntas	1. sim ☐	2. não ☐
5. Dores nos braços ou nas pernas (sem ser nas juntas)	1. sim ☐	2. não ☐
6. Dores no peito	1. sim ☐	2. não ☐
7. Dores no ânus	1. sim ☐	2. não ☐
8. Dores ao ter relações sexuais	1. sim ☐	2. não ☐
9. Dores ao urinar	1. sim ☐	2. não ☐
10. Náuseas	1. sim ☐	2. não ☐
11. Inchaço na barriga por gases	1. sim ☐	2. não ☐
12. Sensação de peso, gastura ou incômodo no estômago	1. sim ☐	2. não ☐
13. Vômitos (sem estar grávida)	1. sim ☐	2. não ☐
14. Regurgitação de comida do estômago para a boca	1. sim ☐	2. não ☐
15. Soluços, azia, queimação no peito ou no estômago	1. sim ☐	2. não ☐
16. Comidas que fizeram mal	1. sim ☐	2. não ☐
17. Perda de apetite	1. sim ☐	2. não ☐
18. Gosto ruim na boca ou língua grossa	1. sim ☐	2. não ☐
19. Boca seca	1. sim ☐	2. não ☐
20. Diarréia [intestino solto] com frequência	1. sim ☐	2. não ☐
21. Saída de líquido do intestino	1. sim ☐	2. não ☐
22. Urinar com frequência	1. sim ☐	2. não ☐
23. Sentir com frequência vontade urgente de defecar [obrar]	1. sim ☐	2. não ☐
23b. Constipação intestinal [intestino preso] com frequência	1. sim ☐	2. não ☐
24. Batedeira ou palpitação no coração	1. sim ☐	2. não ☐
25. Desconforto ou aperto no peito	1. sim ☐	2. não ☐
26. Ondas de suor (quente ou frio)	1. sim ☐	2. não ☐
27. Ondas de calor ou vermelhidão	1. sim ☐	2. não ☐
28. Falta de ar (sem fazer esforço)	1. sim ☐	2. não ☐
29. Respiração muito rápida	1. sim ☐	2. não ☐
30. Fadiga ou cansaço exagerado a pequenos esforços	1. sim ☐	2. não ☐
31. Manchas ou mudanças de cor na pele	1. sim ☐	2. não ☐
32. Desinteresse sexual	1. sim ☐	2. não ☐
33. Sensações desagradáveis nas partes íntimas	1. sim ☐	2. não ☐
34. Problemas na coordenação ou no equilíbrio	1. sim ☐	2. não ☐

35. Paralisia ou fraqueza muscular	1. sim ☐	2. não ☐
36. Dificuldade de engolir ou nó na garganta	1. sim ☐	2. não ☐
37. Rouquidão ou perda de voz	1. sim ☐	2. não ☐
38. Retenção urinária ou dificuldade de urinar	1. sim ☐	2. não ☐
39. Ter visões ou ouvir de vozes sem ninguém por perto	1. sim ☐	2. não ☐
40. Sensações de dor ou perda de tato	1. sim ☐	2. não ☐
41. Sensações desagradáveis de formigamento ou comichão	1. sim ☐	2. não ☐
42. Visão dupla	1. sim ☐	2. não ☐
43. Cegueira	1. sim ☐	2. não ☐
44. Surdez	1. sim ☐	2. não ☐
45. Convulsão ou ataque epilético	1. sim ☐	2. não ☐
46. Perdas de memória	1. sim ☐	2. não ☐
46b. Tontura	1. sim ☐	2. não ☐
47. Desmaio	1. sim ☐	2. não ☐
Para Mulheres:		
48. Período ["regra"] menstrual dolorido	1. sim ☐	2. não ☐
49. Período ["regra"] menstrual irregular	1. sim ☐	2. não ☐
50. Sangramento excessivo no período menstrual	1. sim ☐	2. não ☐
51. Vômitos durante toda a gravidez	1. sim ☐	2. não ☐
52. Descarga vaginal incomum	1. sim ☐	2. não ☐
Para Homens:		
53. Impotência ou problemas para ejacular	1. sim ☐	2. não ☐

As perguntas seguintes são sobre seus sintomas. Se não houve nenhum sintoma, por favor salte estas perguntas e continue na questão 64.

54. Quantas vezes o(a) sr.(a) procurou um médico por causa desses sintomas nos últimos 2 anos ?	nenhum a 1. ☐	1-2 vezes 2. ☐	3-6 vezes 3. ☐	6-12 vezes 4. ☐	mais de 12 vezes 5. ☐
--	--	---	---	--	---

55. O médico foi capaz de achar uma causa específica para esses sintomas?	1. sim ☐	2. não ☐
56. Quando o doutor lhe falou que não havia nenhuma causa que pudesse ser achada para esses sintomas, o(a) sr.(a) conseguiu aceitar isso?	1. sim ☐	2. não ☐
57. Esses sintomas afetaram intensamente o seu bem-estar?	1. sim ☐	2. não ☐
58. Esses sintomas afetaram profundamente suas atividades diárias (família, trabalho ou tempo livre)?	1. sim ☐	2. não ☐
59. O(a) sr.(a) tomou remédio por causa desses sintomas?	1. sim ☐	2. não ☐
60. O(a) sr.(a) já teve alguma vez ataques de pânico nos quais teve um medo terrível e sentiu numerosos sintomas físicos que foram desaparecendo minutos ou horas depois?	1. sim ☐	2. não ☐
61. Esses sintomas apareceram somente durante ataques de pânico (medo)?	1. sim ☐	2. não ☐
62. Seus sintomas iniciais começaram antes de 30 anos?	1. sim ☐	2. não ☐

63. Durante quanto tempo o(a) sr.(a) teve estes sintomas?	menos de 6 meses 1. ☐	6 meses a 1 ano 2. ☐	1 - 2 anos 3. ☐	mais de 2 anos 4. ☐
---	---	--	--	--

64. O(a) sr.(a) tem medo ou está convencido(a) firmemente de ter uma doença grave, sem que os médicos tenham conseguido encontrar, até agora, uma explicação suficiente?	1. sim ☐	2. não ☐
65. Se sim, o(a) sr.(a) teve este medo ou convicção por mais de 6 meses?	1. sim ☐	2. não ☐
66. O(a) sr.(a) tem dores que lhe trazem intensa preocupação?	1. sim ☐	2. não ☐
67. Se sim, este problema tem lhe preocupado durante pelo menos 6 meses?	sim ☐	não ☐
68. O(a) sr.(a) acredita que tem algum defeito em alguma parte do seu corpo, embora as outras pessoas não compartilhem desta opinião?	sim ☐	não ☐

Bloco F: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses".

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana ☐	6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais ☐	7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10 ☐	8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐	9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses ☐
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐	10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses ☐
Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.	Anote aqui o resultado.

Local da Aplicação:	() Domicílio	() Serviço de Saúde
Qual a profissão do aplicador?		
Foi realizada intervenção?	Sim ()	Não ()
A intervenção foi logo após a aplicação do AUDIT?	Sim ()	Não ()
Houve encaminhamento para avaliação médica?	Sim ()	Não ()
Houve encaminhamento para outro serviço?	Sim ()	Não ()
Qual a profissão de quem realizou a intervenção?		

Bloco G: Questionário de identificação - *follow-up* (estudo-fonte 1)**“AVALIAÇÃO DO CUIDADO DA DEPRESSÃO A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA” - Follow up**

Número na Pesquisa: _____

Número do Prontuário Médico: _____

Nome do Paciente: _____

Data da entrevista (follow up): _____

Data da 1ª aplicação: _____

Nome do Aplicador: _____

FO1 – Qual é a sua principal ocupação no momento?

_____ Código (CBO-4dig): _____

FO2 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscate no ultimo mês)?

R\$ /_/_/_/_/_/_/_/_/_/:

FO3 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

- 1 ☐ Aposentadoria 2 ☐ Auxílio Doença 3 ☐ Emprego regular 4 ☐ Biscates
 5 ☐ Pensão 6 ☐ outros _____ código: _____

FO4 – No último ano, por quanto tempo aproximadamente você teve algum fonte de renda?

- 1 ☐ Todo tempo 2 ☐ até 3 meses 3 ☐ 3-6 meses 4 ☐ 6 - 9 meses
 5 ☐ Não tive fonte de renda

FO5 - No último ano você iniciou ou retomou alguma nova formação profissional, estudo ou capacitação que não realizava anteriormente?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
- ↓
Se SIM, qual?

FO6 - No último ano você iniciou ou retomou alguma atividade física individual que não realizava anteriormente?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, qual?

FO7 – No último ano, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, dança, outras)?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que frequência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

FO8 – No último ano, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que frequência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

FO9 – No último ano, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, na Igreja, ou outras?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- Se SIM, com que frequência?
- 1 ☐ Mais de uma vez por semana
- 2 ☐ 1 vez por semana
- 3 ☐ 2 a 3 vezes por mês
- 4 ☐ Algumas vezes no ano
- 5 ☐ Uma vez no ano

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

FO10 - No último ano (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1 ☐ Mais de 1 vez por semana
- 2 ☐ 1 vez por semana
- 3 ☐ 2 a 3 vezes por mês
- 4 ☐ Algumas vezes no ano
- 5 ☐ Uma vez no ano
- 6 ☐ Não compareci nenhuma vez

FO11 – Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?
(se for o caso, inclua esposo(a) companheiro(a) ou filhos nesta resposta.)

_____ parentes

0 ☐ nenhum

FO12 – Com quantos AMIGOS você sente à vontade e pode falar quase tudo?
(não inclua nesta resposta esposo(a), companheiro(a) e outros parentes.)

_____ amigos

0 ☐ nenhum

FO13 – De um modo geral, em comparação às pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- 1 ☐ Muito Bom
 2 ☐ Bom
 3 ☐ Regular
 4 ☐ Ruim

FO14 – No último ano você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia)?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
- Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
 / _ / _ / _ /

FO15 – No último ano você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou Lazer) por mais de um mês?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
- Se SIM, qual foi esse problema de saúde?

Quando foi a última vez que você sofreu esta situação desagradável?

- 1 ☐ Há menos de 1 mês
 2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás
 3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás

FO16 - No último ano, informar o número de vezes:

- | | |
|---|----------|
| a) Consultou médico clínico geral / médico de família na UBS e/ou PSF | a) _____ |
| b) Consultou médico especialista na UBS | b) _____ |
| c) Consultou enfermeiro no PSF | c) _____ |
| d) Consultou matriciamento com psicólogo (aqui ou em outro lugar) | d) _____ |
| e) Consultou matriciamento com psiquiatra (aqui ou em outro lugar) | e) _____ |
| f) Hospitalização em Saúde Mental (nº total de dias) | f) _____ |
| g) Participou de algum grupo de Saúde Mental | g) _____ |
| Qual: _____ | |
| h) Participou de algum grupo na Atenção Primária | h) _____ |
| Qual: _____ | |

FO17 - Você foi contatado (através de correspondência, por telefone ou por intermédio do ACS) para atendimento com psicólogo ou psiquiatra (individual ou grupo) no posto de saúde UBS ou ESF? (Sim/ Não)

- 1 ☐ Sim Se sim, foi contatado e não compareceu diga por quê?
- 2 ☐ Não _____

FO18 - Você participa de algum programa ou grupo no PSF ou em outro local?

- 1 ☐ Sim Qual? _____
- 2 ☐ Não

FO19 – Você usou psicotrópico nesse último ano?

- 1 ☐ Sim, qual? _____ 2 ☐ Não
- a) Tricíclico 1 ☐ Sim. Dose: _____ Tempo de uso? _____ (meses) 2 ☐ Não
- b) Benzodiazepínico 1 ☐ Sim. Dose: _____ Tempo de uso? _____ (meses) 2 ☐ Não
- c) ISRS 1 ☐ Sim. Dose: _____ Tempo de uso? _____ (meses) 2 ☐ Não
- d) Outros 1 ☐ Sim, especifique _____
- Dose: _____ Tempo de uso? _____ (meses) 2 ☐ Não

Bloco H: Questionários de identificação socioeconômica e demográfica - LENAD (estudo-fonte 2)

Ipsos Public Affairs
JOB – 10-043802

Levantamento Nacional de
Álcool e Drogas II

Questionário Nº: (#)

Data da Entrevista ...: ... / ... / ... (#)

Estado: (#)
Setor: (#)

Cidade: (#)
Pto. Amostral (#)

Região: 1. N 2. NE 3. CO 4. SE 5. S
Hora de início : : (#)

Hora de término : : (#)

Entrevistador:				RG: (#)	
Crítica:				RG: (#)	
Checkagem:	(#)	1 - Sim 2 - Não	Data: / /	Visto	RG: (#)

(APRESENTAÇÃO:) Bom dia / Boa tarde / Boa noite. Meu nome é... **(DIGA NOME)**. Eu sou entrevistador(a) da Ipsos, uma empresa especializada em pesquisa. Nós estamos realizando um estudo para a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO** sobre a saúde da população brasileira e sua casa foi sorteada através de um sistema totalmente aleatório para participar da pesquisa.

Os resultados deste estudo ajudarão os professores e pesquisadores da Universidade a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que cada pessoa respondeu. Os dados serão analisados apenas pelo total das respostas em grandes grupos, por exemplo: o que os homens acham, o que as mulheres do nordeste acham e assim por diante e o nome de cada entrevistado nunca será revelado.

TENHA CERTEZA QUE TODA A INFORMAÇÃO DADA SERÁ COMPLETAMENTE SIGILOSA.

Para começar gostaria de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que moram em sua casa.

X1. Por favor, me diga apenas o primeiro nome das pessoas que moram com o(a) Sr(a). nesta casa, começando pelo mais velho até o mais jovem.

Agora eu gostaria de algumas informações, para efeito de classificação, sobre cada um dos moradores.

(LEIA O NOME DE CADA MORADOR E PERGUNTE DE A ATÉ E)

X2. (SE O ENTREVISTADO NÃO É O CHEFE DA FAMÍLIA PERGUNTE) Quem é o(a) principal responsável por este domicílio?

D2) Chefe da Família	D1) Moradores	A-Sexo			B-Parentesco	C-Idade 999. Ns/Nr	D-Curso mais elevado que frequentou	E-Dia e Mês de aniversário	Anotar o sorteado
		1. Masc. 2. Fem. 3. NR							
		1	2	9	1. Avô/Avó 2. Pai/Mãe 3. Tio/tia 4. Irmão/irmã 5. Primo/prima 6. Filho/filha 7. Neto/neta 8. Bisneto/ bisneta 9. Sobrinho/ sobrinha 10. Genro/ Nora 11. Cunhado/ cunhada 12. Companheiro/ Companheira 13. Enteado/ Enteada 14. Outros 99. NR				
1		1	2	9					1
2		1	2	9					2
3		1	2	9					3
4		1	2	9					4
5		1	2	9					5
6		1	2	9					6
7		1	2	9					7
8		1	2	9					8
9		1	2	9					9
10		1	2	9					10

(ENTREVISTADOR: CONSIDERAR OS MORADORES COM 14 ANOS COMPLETOS OU MAIS E SORTEAR O QUE FEZ ANIVERSÁRIO MAIS RECENTEMENTE.

SE A PESSOA SORTEADA FOR A QUE ATENDEU A PORTE INFORME O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO E INICIE A ENTREVISTA.

SE A PESSOA SORTEADA NÃO FOR A QUE ATENDEU A PORTA PEDIR PARA CHAMÁ-LA, REPETIR A APRESENTAÇÃO, INFORMAR A DURAÇÃO E INICIAR A ENTREVISTA.

SE A PESSOA SORTEADA NÃO ESTIVER PRESENTE PERGUNTAR QUANDO ESTARÁ DISPONÍVEL E AGENDAR. QUANDO DA REALIZAÇÃO ENTREVISTA REPETIR A APRESENTAÇÃO INFORMAR O TEMPO APROXIMADO DE DURAÇÃO ANTES DE INICIAR A ENTREVISTA)

A. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

A1. Sexo do respondente (anotar sem perguntar) (RU)

Masculino	1
Feminino	2

A2. Qual a sua idade? (#) _____ (RU)

A3. Qual o seu grau de instrução? (RU)

1	Analfabeto
2	Até Pré-primário incompleto
3	Pré-primário completo
4	Primário Incompleto (1ª a 4ª série) / Fundamental 1 Incompleto (1º ao 5º ano)
5	Primário Completo (1ª a 4ª série) / Fundamental 1 completo (1º ao 5º ano)
6	Ginásio incompleto (5ª a 8ª série) / Fundamental 2 incompleto (6º ao 9º ano)
7	Ginásio (5ª a 8ª série) / Fundamental 2 completo (6º ao 9º ano)
8	Ensino Médio/Colegial incompleto (1º a 3º colegial)
9	Ensino Médio/Colegial completo (1º a 3º colegial)
10	Curso Técnico
11	Ensino Superior/Universitário Incompleto
12	Ensino Superior/Universitário completo ou mais

A3a. Em toda sua vida, quantos anos você estudou? (#) _____ (RU)

A3b. Atualmente você está estudando? (RU)

Sim	1
Não	2

A4. Qual é o seu estado civil? (RU)

Solteiro(a)	1
Casado(a) ou morando junto(a)	2
Viúvo(a)	3
Desquitado(a) ou Divorciado(a)	4
Separado(a)	5

A5. Enquadramento profissional:

PE1. O(A) Sr(a) poderia me dizer se trabalha, mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro? **(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 1 ABAIXO)**

PE2. **(SE NÃO)** Mas o(a) Sr(a) por acaso trabalha, mesmo sem receber pagamento, pelo menos 15 hora por semana, em alguma instituição religiosa, beneficente, de cooperativismo, ou então como aprendiz, ou mesmo ajudando em algum negócio da sua família? **(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 2 ABAIXO)**

PE3. **(SE NÃO)** E o(a) Sr(a) chegou a trabalhar em algum momento durante a última semana, ou chegou a tomar alguma providência para conseguir trabalho na última semana? **(SE SIM, CIRCULE CÓDIGO 3 ABAIXO)**

PE4. **(SE NÃO, LEIA OS ITENS A SEGUIR QUE SE APLIQUEM)** E o(a) Sr(a) é... desempregado(a) / dona de casa / aposentado(a) / estudante ou o quê? **(CIRCULE CÓDIGO ABAIXO, DE 4 A 7, CONFORME A RESPOSTA)**

PE5. Qual foi seu trabalho mais recente?

			4	Desempregado(a)	(NÃO PEA)
1	Trabalha, mesmo sem carteira assinada	(PEA)	5	Dona de casa que não trabalha	(NÃO PEA)
2	Trabalha como aprendiz, ajudante, etc.	(PEA)	6	Aposentado(a) / no seguro	(NÃO PEA)
3	Trabalhou ou tentou na última semana	(PEA)	7	Estudante que não trabalha	(NÃO PEA)

A6. Atualmente o(a) Sr(a)/você trabalha com carteira assinada? **(RU – ESTIMULADA)**

Sim	1
Não	2

A7. Qual seu trabalho atual mais recente? **(RU)**

Especifique:

A8. Você recebe algum benefício do governo, como aposentadoria, auxílio-doença, bolsa-família etc? **(RU)**

Sim	1	
Não	2	PULA PARA A9

A8a. Que tipo? **(RU POR LINHA – ESTIMULADA. LER OPÇÕES)**

	SIM	NÃO	Recusa
Aposentadoria	1	2	98
Auxílio-doença	1	2	98
Auxílio-reclusão	1	2	98
Pensão	1	2	98
Bolsa Família	1	2	98
Outro Especifique:	1	2	98

A9. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a sua renda mensal pessoal? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE, APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**

(#)	Anote o valor: (#) . , 00
1	Até R\$545,00 (1 SM)
2	Mais de R\$545,01 (1 SM) a R\$1.090,00 (2 SM)
3	Mais de R\$1.090,01 (2 SM) a R\$1.635,00 (3 SM)
4	Mais de R\$1.635,01 (3 SM) a R\$2.725,00 (5 SM)
5	Mais de R\$2.725,01 (5 SM) a R\$5.450 (10 SM)
6	Mais de R\$5.450,01 (10 SM) a R\$10.900,00 (20 SM)
7	Mais de R\$10.900,01 (20 SM) a R\$16.350,00 (30 SM)
8	Mais de R\$16.350,01 (30SM)
10	Não sei/Não respondeu

A9a. Você poderia me dizer qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos os membros do seu domicílio? **(SE NÃO RESPONDER ESPONTANEAMENTE, APRESENTE O CARTÃO DE RENDA)**

(#)	Anote o valor: (#) . , 00
1	Até R\$545,00 (1 SM)
2	Mais de R\$545,00 (1 SM) a R\$1.090,00 (2 SM)
3	Mais de R\$1.090,00 (2 SM) a R\$1.635,00 (3 SM)
4	Mais de R\$1.635,00 (3 SM) a R\$2.725,00 (5 SM)
5	Mais de R\$2.725,00 (5 SM) a R\$5.450 (10 SM)
6	Mais de R\$5.450,01 (10 SM) a R\$10.900,00 (20 SM)
7	Mais de R\$10.900,01 (20 SM) a R\$16.350,00 (30 SM)
8	Mais de R\$16.350,01 (30SM)
10	Não sei/Não respondeu

A10. Você tem filhos? **(CONSIDERE ADOTADOS) (RU)**

Sim	1	
Não	2	PULE PARA A11

A10a. Quantos? (#) _____ **(RU)**

A11. Você foi adotado por seus pais? **(RU)**

Sim	1
Não	2
Não sei	98
Recuso dizer	99

A12. Você possui carteira de habilitação válida? **(RU)**

Sim	1
Não	2

A13. Qual a cidade e o estado onde o(a) Sr(a). nasceu (SE ESTRANGEIRO ANOTAR O PAÍS E A CIDADE):

Cidade: _____ Estado: | | | |

A14. Há quanto anos você vive aqui nessa cidade? **(RU)**

| | | | anos - 98 Não lembra/Não sei - 99 - NR

A15. Você já viveu em outra(s) cidade(s) aqui ou fora do Brasil, diferente do seu local de nascimento? **(RU)** (SE SIM) Quais foram as cidades e quanto tempo o(a) Sr(a). viveu em cada uma delas **(ENTREVISTADOR, PEÇA TAMBÉM PARA INFORMAR QUAL O ESTADO E PAÍS)**

Sim	1	Em quantas cidades? [][] (ANOTAR E DETALHAR ABAIXO. SE MAIS DE 5 ANOTAR AS CINCO ÚLTIMAS – MAIS RECENTES)
Não	2	

Cidade: _____ Estado: [][] Tempo: [][] anos País: _____

Cidade: _____ Estado: [][] Tempo: [][] anos País: _____

A16. Você poderia me dizer qual a sua altura? **(RU)**

ESPECIFICAR: [][] , [][][][] - 9.99 - NÃO SABE/ NR

A17. Você poderia me dizer qual o seu peso? **(RU)**

ESPECIFICAR: [][][][] , [][][][][] - 999.999 - NÃO SABE/ NR

A18. Você diria que você é: **LER CATEGORIAS (RU – ESTIMULADA)**

Branco	1
Negro	2
Pardo	3
Amarelo	4
Indígena	5
Recusa	99

MOstrar CARTAO A19

A19. Eu vou listar tipos diferentes de famílias. Gostaria que você dissesse qual a que mais se identifica com a sua família durante a maior parte da sua infância ou adolescência: **(RU – ESTIMULADA)**

A20. Você considera que o ambiente da sua casa foi de forma geral agradável? **(RU)**

	A19	A20	
		SIM	NÃO
A	Vivi com ambos os pais na mesma casa	1	2
B	Meus pais eram separados e vivi com apenas um deles (sem padrasto/madrasta)		
C	Meus pais eram separados e vivi com um deles e um padrasto/madrasta		
D	Meus pais eram separados e vivi um pouco com cada um deles-		
E	Vivi com outros membros da minha família		
F	Vivi em uma instituição		
	Outro Especifique:	7	

ANEXO 5: Sintaxe para cálculo do escore do *WHOQOL-Bref*.

ETAPAS	SINTAXE SPSS PARA O CÁLCULOS DOS ESCORES DO WHOQOL-BREF
Verificar se todos os 26 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).
Converter as questões invertidas	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
Calcular os escores dos domínios	COMPUTE PHYS=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH=MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.
Transformar os escores para uma escala de 0 a 100	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16).
Excluir os respondentes cujo número de itens não respondidos excedem 20% do total de itens	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). SELECT IF (TOTAL>=21). EXECUTE.