

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
MEDICINA

LUIS FELIPE SCARABELOT

**Prevalência de transtornos psiquiátricos em duas coortes de nascimento
de Ribeirão Preto – SP**

Ribeirão Preto
2023

LUIS FELIPE SCARABELOT

**Prevalência de transtornos psiquiátricos em duas coortes de nascimento
de Ribeirão Preto – SP**

Versão original

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Medicina da
Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Medicina
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Marta
Del-Ben

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Scarabelot, Luis Felipe

Prevalência de transtornos psiquiátricos em duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto – SP/ Luis Felipe Scarabelot ; orientadora, Cristina Marta Del-Ben. – 2023

75 f:il. 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) - Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023

Orientador: Del-Ben, Cristina Marta

1. Psiquiatria Comunitária. 2. Transtornos mentais. 3. Epidemiologia Analítica. 4. Prevalência.

Nome: SCARABELOT, Luis Felipe

Título: Prevalência de transtornos psiquiátricos em duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto – SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

À Prof Dra Cristina Marta Del-Ben, por ser minha inspiração na vida acadêmica, pelos valiosos ensinamentos e pelo constante apoio ao longo do processo de produção deste trabalho.

À Mariane de Moraes Monteiro, minha companheira de vida, pela atenção e paciência, estimulando meu contínuo crescimento profissional.

A todos os pesquisadores envolvidos no desenvolvimento das coortes RPS desde o seus primórdios até os dias atuais, por terem me proporcionado a oportunidade de trabalhar com um projeto de pesquisa tão distinto.

À Universidade de São Paulo, pela oportunidade de realizar o curso de Mestrado Profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

RESUMO

SCARABELOT, Luis Felipe. Prevalência de transtornos psiquiátricos em duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto – SP. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introdução: Transtornos mentais apresentam altas taxas de prevalência na população mundial, sendo importante causa de incapacidade. No entanto, os estudos epidemiológicos em psiquiatria ainda são escassos no Brasil.

Objetivos: os objetivos deste estudo foram: a) descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos em duas coortes de nascimento (1978/79 e 1994) de Ribeirão Preto-SP, b) avaliar a associação do diagnóstico psiquiátrico com variáveis sociodemográficas, uso de serviços de saúde e risco de suicídio e c) verificar a acurácia do SRQ-20 como instrumento de rastreio para a população local.

Métodos: Indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (iniciadas em 1978/79 e 1994) foram reavaliados em 2016 (aos 37/38 e 22 anos). Foram submetidos, por psicólogos treinados, à *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) e ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Resultados: A prevalência de transtornos mentais foi de 28,7% (1978/79) e 31% (1994), sendo frequente a comorbidade psiquiátrica (42,7% e 43,3%, respectivamente). Os diagnósticos mais comuns foram transtorno depressivo maior (11,3%; 12,0%) e transtorno de ansiedade generalizada (9,4%; 10,5%). Na coorte mais antiga, diagnóstico de transtornos mentais associou-se com sexo feminino, cor de pele preta ou parda, menor escolaridade, ausência de vínculo afetivo e dependência financeira. Na coorte mais jovem, houve associação apenas com menor escolaridade e presença de vínculo afetivo. Em ambas as coortes, indivíduos com algum transtorno psiquiátrico tiveram maiores prevalências de uso de álcool e outras substâncias. Indivíduos com transtorno mental estavam menos satisfeitos com a saúde, porém apenas uma pequena parcela (20,8%; 18,7%) havia consultado com profissional de saúde mental no ano anterior à avaliação. A presença de transtorno mental aumentou de 5,6 a 9,1 vezes a chance de existir risco de suicídio e de 5,1 a 7,7 vezes a chance de ter havido tentativa de suicídio anterior. O SRQ-20 apresentou, para os homens,

sensibilidades de 64,4% (coorte 1978/79) e 63,6% (coorte 1994) e especificidades de 70,2% e 67,4%, respectivamente. Para as mulheres, apresentou sensibilidades, respectivamente, de 80,4% e 77,1% e especificidades de 66,5% e 64,7%. **Conclusão:** A prevalência de transtornos mentais em indivíduos adultos e jovens procedentes de Ribeirão Preto é elevada, com taxas semelhantes em ambas faixas etárias e comorbidade (mais de um diagnóstico psiquiátrico) frequente. Risco de suicídio e uso de álcool e de outras substâncias foram maiores nos indivíduos com transtornos mentais. Apesar do impacto negativo dos transtornos mentais, apenas uma pequena parcela desses indivíduos passaram por avaliação de profissional de saúde mental no ano anterior. Os resultados reforçam a necessidade de incremento das políticas públicas em Saúde Mental de maneira a facilitar o acesso a cuidados em saúde.

Palavras-chave: Psiquiatria Comunitária. Transtornos Mentais. Epidemiologia Analítica. Prevalência.

ABSTRACT

SCARABELOT, L. F. Prevalence of psychiatric disorders in two birth cohorts from Ribeirão Preto, Brazil. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023

Introduction: Mental disorders are highly prevalent worldwide and are important causes of disability. However, population studies in psychiatry are scarce in Brazil. Objectives: We aimed: a) to describe the prevalence of mental disorders in two birth cohorts (1978/79 and 1994) from Ribeirão Preto, Brazil; b) to assess the association of psychiatric diagnosis with sociodemographic, service use, and suicide risk variables; c) to estimate the accuracy of SRQ-20 as a screening tool for the local population. Methods: Individuals from two Ribeirão Preto birth cohorts (initiated in 1978/79 and 1994) were reassessed in 2016 (at 37/38 and 22 years of age). Trained psychologists applied Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) to the sample. Results: The prevalence of mental disorders varied from 28.7% (1978/79) to 31% (1994), with frequent comorbid diagnoses (42.7% and 43.3%, respectively). The most common diagnoses were major depressive disorder (11.3; 12.0) and generalized anxiety disorder (9.4%; 10.5%). In the older cohort, mental disorders were associated with female gender, non-white skin color, lower education, being single, and being financially dependent. In the younger cohort, mental disorders were associated with lower education and being married. In both cohorts, people with a psychiatric diagnosis had a higher prevalence of alcohol and other psychoactive substance use. Although they were less satisfied with their health, only 20.8% and 18.7% had seen a mental health professional in the previous year. A psychiatric diagnosis increased 5.6 to 9.1 times the chance of having suicide risk and 5.1 to 7.7 times the chance of a previous suicide attempt. For men, SRQ-20 showed sensibility of 64.4% (1978/79 cohort) and 63.6% (1994 cohort), and specificity of 66.5% and 64.7%. For women, it showed sensibility of 80.4% and 77.1%, and specificity of 66.5% and 64.7%, respectively. Conclusion: The prevalence of mental disorders is high in our sample and is associated with elevated psychiatric comorbidity rates. There was less education, fewer affective

bonds, and health satisfaction among those with a psychiatric diagnosis. Mental disorders are also associated with higher suicide risk and alcohol and substance use. Health service usage was low. SRQ-20 assessment showed satisfactory results.

Keywords: Community Psychiatry. Mental Disorders. Prevalence

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das amostras de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994) estudadas em 2016/17.....	32
Tabela 2 - Prevalência bruta de cada diagnóstico estudado em indivíduos pertencentes a duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), determinados por entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....	34
Tabela 3 - Quantidade de diagnósticos por indivíduo observados em duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....	35
Tabela 4 - Taxas de uso de substâncias psicoativas por classe em indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), determinadas por entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....	37
Tabela 5 - Indicadores sociodemográficos entre indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), com e sem diagnóstico psiquiátrico estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....	40
Tabela 6 - Indicadores de uso dos serviços de saúde entre indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), com e sem diagnóstico psiquiátrico estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....	41
Tabela 7 - Risco de suicídio e prevalência de tentativas de suicídio prévias entre indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), com e sem diagnóstico psiquiátrico estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....	43
Tabela 8 - Coordenadas das curvas ROC para SRQ-20 com relação aos diagnósticos psiquiátricos estabelecidos por meio de entrevista estruturada	

aplicada em 2016/17 nas coortes de nascimento de 1978/79 e de 1994, de
Ribeirão Preto.....46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica dos diagnósticos psiquiátricos e comorbidades, agrupados por capítulos da CID-10, observados nas coorte de nascimento de 1978/79 e de 1994, de Ribeirão Preto, estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.....35

Figura 2 - Representação gráfica da curva ROC para SRQ-20 com relação aos diagnósticos psiquiátricos estabelecidos por meio de entrevista estruturada (MINI) aplicada em 2016/17 nas coortes de nascimento de 1978/1979 e de 1994.....45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 HISTÓRIA DA EPIDEMIOLOGIA EM PSIQUIATRIA.....	14
1.2 EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	15
1.3 EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA EM RIBEIRÃO PRETO-SP	16
1.4 TRANSTORNOS MENTAIS NA ATUALIDADE	17
1.5 DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS E COMORBIDADES.....	17
1.6 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	18
1.7 CONTEXTO DO ESTUDO.....	20
1.8 COORTES RPS.....	21
1.9 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	21
2 OBJETIVOS E HIPÓTESES	22
3 MATERIAIS E MÉTODOS	23
3.1 DESCRIÇÃO DAS COORTES	24
3.2 CRITÉRIOS PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	25
3.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	25
3.3.1 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	26
3.3.2 Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).....	27
3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	27
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
4 RESULTADOS	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS	31
4.2 DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	33
4.2.1 Uso de álcool e de outras substâncias psicoativas	37
4.2.2 Diagnósticos psiquiátricos e características sociodemográficas	39
4.2.3 Satisfação com a saúde e uso de serviços de saúde.....	41

4.2.4 Análise de risco de suicídio.....	43
4.3 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE.....	45
5 DISCUSSÃO.....	47
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	47
5.2 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS	47
5.3 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS.....	49
5.4 ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS COM TRANSTORNOS MENTAIS	51
5.5 USO DE SERVIÇOS E SATISFAÇÃO COM A SAÚDE.....	52
5.6 RISCO DE SUICÍDIO.....	54
5.7 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE.....	54
5.8 FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	55
6 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE.....	68
ANEXOS.....	69
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP “PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM DUAS COORTES DE NASCIMENTO DE RIBEIRÃO PRETO – SP”	69
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP “DETERMINANTES AO LONGO DO CICLO VITAL DA OBESIDADE, PRECURSORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, CAPITAL HUMANO E SAÚDE MENTAL”	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRIA DA EPIDEMIOLOGIA EM PSIQUIATRIA

De acordo com Tohen et al. (TOHEN et al., 2000), os estudos epidemiológicos em psiquiatria podem ser classificados em três gerações distintas. A primeira geração, cujo período de produção ocorreu entre o século XIX e a primeira metade do século XX, possui diversas imperfeições quando avaliada pela perspectiva do conhecimento científico atual: os critérios diagnósticos não eram claros e entrevistas estruturadas não eram utilizadas; desfechos não eram claramente relatados; havia pouco cuidado em se evitar erros sistemáticos. Entretanto, foram os estudos da primeira geração que proporcionaram a base para a evolução do conhecimento em epidemiologia e o desenvolvimento das gerações seguintes.

A segunda geração de estudos, cujo início foi marcado pela Segunda Guerra Mundial, apresentou algumas inovações com relação à geração anterior. Os participantes passaram a ser entrevistados individualmente e as populações estudadas passaram a ser maiores e mais claramente definidas (TOHEN et al., 2000).

Apesar de limitações metodológicas importantes, as primeira e segunda gerações cumpriram um papel essencial na história da epidemiologia psiquiátrica ao caracterizarem os transtornos mentais como problemas de saúde pública e ao anunciarem a precariedade do cuidado recebido pelos indivíduos com psicopatologias (TOHEN et al., 2000).

O início da terceira geração de estudos foi marcado pelo desenvolvimento de ferramentas diagnósticas padronizadas, a partir da década de 1980. Com o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos mais precisos, a metodologia em epidemiologia, especialmente dentro da psiquiatria, avançou consideravelmente (TOHEN et al., 2000). Dessa forma, atualmente os estudos epidemiológicos se tornaram uma das principais fontes de conhecimento sobre a ocorrência de patologias em determinados grupos populacionais (MEZZICH, 1994).

Ademais, desde os seus primórdios, a epidemiologia em psiquiatria esteve comprometida com o desenvolvimento da saúde pública. Notava-se precocemente a intenção em compreender e administrar de forma mais eficaz o uso de serviços de saúde. Além disso, objetivos de promoção e prevenção em

saúde mental apareciam na busca por causalidades, modelos epidemiológicos explicativos e métodos que pudessem melhorar a qualidade da saúde mental da população (EATON et al., 1981; JARVIS, 1971; ROBINS, 1978; WEISSMAN, 2012).

1.2 EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, estudos com metodologias relativamente mais rigorosas começaram a ser produzidos a partir da década de 1940. Parte considerável desses estudos foi compilada por Morgado e Coutinho em 1985 (MORGADO; COUTINHO, 1985). Nessa compilação, observaram que a maioria dos estudos de prevalência foram realizados em ambientes de internação hospitalar psiquiátrica, portanto os índices de prevalência somente podiam ser interpretados como proporcionais e não podiam ser generalizados para a população geral. Na ocasião deste estudo, percebeu-se que a ocupação de leitos psiquiátricos era crescente, principalmente devido a diagnósticos de esquizofrenia e uso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Além disso, observou-se que os perfis de pacientes de hospitais públicos e privados eram consideravelmente distintos.

Uma revisão sistemática que avaliou estudos epidemiológicos no Brasil entre 1997-2009 (DOS SANTOS; DE SIQUEIRA, 2010) evidenciou que poucos eram os estudos destinados à epidemiologia dos transtornos mentais no país. Além disso, os poucos estudos disponíveis possuíam, em sua maioria, problemas metodológicos, como utilização de instrumentos de rastreamento para transtornos mentais, e não métodos diagnósticos mais robustos, como entrevistas estruturadas.

A mais notável exceção ao referido anteriormente é um estudo realizado em 1997 (ALMEIDA-FILHO et al., 1997). Nesse estudo, os pesquisadores selecionaram amostras representativas de adultos de três grandes cidades brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). Os transtornos mentais foram identificados pelo instrumento de rastreamento QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos) e categorizados de acordo com a versão brasileira do Inventário de Sintomas do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (ROBINS, 1981). As prevalências de transtornos psiquiátricos ajustados pela idade variaram entre 31% e 50,5%. Os transtornos ansiosos foram os mais

prevalentes, seguidos por transtornos fóbicos, exceto em Porto Alegre, onde os transtornos depressivos foram os mais prevalentes.

Nos anos 2000, os transtornos mentais já haviam se consolidado como uma das principais causas de morbidade mundialmente (REVICKI; KLEINMAN; CELLA, 2014). Tendo isso em vista, foi iniciado um estudo populacional com metodologia clara e critérios diagnósticos modernos, cujo objetivo era estimar a prevalência de transtornos mentais na população da cidade de São Paulo e região metropolitana. A contribuição que os autores almejavam entregar com tal estudo era orientar o uso dos recursos em saúde mental para as necessidades da população. A prevalência de transtornos mentais na população estudada foi de 29,6%, com taxa de comorbidade de 39,5% (ANDRADE et al., 2012; VIANA et al., 2009).

1.3 EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA EM RIBEIRÃO PRETO-SP

Dentro desse contexto, na região de Ribeirão Preto - SP também foram realizados alguns estudos com enfoque em epidemiologia psiquiátrica. Especificamente, as prevalências de transtornos mentais foram estimadas em residentes de áreas cobertas por serviços de atenção primária (MOSCOVICI et al., 2020). Habitantes de Ribeirão Preto foram selecionados aleatoriamente por sistema de informação geográfica em áreas cobertas por três núcleos de estratégia de saúde da família de interesse. Aos participantes do estudo, foi aplicada, dentre outras escalas, a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). A prevalência de pelo menos um diagnóstico psiquiátrico foi de 40,5%.

Foram descritas, também, as prevalências de episódio depressivo, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e risco de suicídio obtidas em uma coorte de nascimento por meio de entrevista estruturada. A prevalência de episódio depressivo atual variou de 10,2% (IC 95% 9,4 - 11,1) entre indivíduo com 21 a 22 anos, a 12,9 (IC 95% 12,0 - 13,9) entre indivíduos de 37 a 39 anos. Nas mesmas amostras de conveniência, a prevalência do diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada foi, respectivamente, de 9,6% (IC 95% 8,7 - 10,4) e 9,3% (IC 95% 8,5 - 10,1) (ORELLANA et al., 2020).

Com relação aos transtornos psicóticos, foi estimada a incidência de primeiro episódio psicótico, que chegou a 19,46/100.000 pessoas-ano (IC 95% 18,71-20,20).

No que tange a saúde mental dos idosos, a prevalência de comprometimentos cognitivos e funcionais foi estimada em 18,9% por ferramentas de rastreio em uma amostra de idosos da comunidade (LOPES et al., 2007).

No entanto, a região de Ribeirão Preto - SP ainda carece de descrições mais detalhadas e abrangentes sobre transtornos psiquiátricos que utilizem ferramentas modernas em epidemiologia, como entrevistas estruturadas e análises baseadas em modelos epidemiológicos biopsicossociais. Essa necessidade é particularmente significativa para a população de jovens, que responde por pelo menos metade das internações psiquiátricas de urgência e por parte considerável dos atendimentos ambulatoriais (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

1.4 TRANSTORNOS MENTAIS NA ATUALIDADE

De acordo com o estudo *Global Burden of Disease*, em 2016, aproximadamente 1.110.075.000 (16% da população mundial) de indivíduos no mundo tinham algum diagnóstico de transtorno mental. Estima-se que os transtornos mentais causaram a perda de 162,5 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), o que corresponde a 6,8% do total de anos de vida ajustados perdidos por incapacidade. Aproximadamente $\frac{2}{3}$ desses anos perdidos se deveram a transtornos depressivos, de ansiedade e de uso de substâncias (REHM; SHIELD, 2019).

Em consonância com os dados mundiais, também figuram, no Brasil, entre os principais causadores de perda de anos de vida ajustados por incapacidade, os transtornos depressivos, de ansiedade e de uso de álcool (MARINHO et al., 2018).

Além de trazerem prejuízos funcionais significativos, os transtornos psiquiátricos também são um dos principais fatores de risco para suicídio na população. Uma meta-análise recente, com metodologia conservadora, demonstrou que a presença de qualquer transtorno mental aumentava em 7,5 vezes o risco relativo de suicídio comparado com a população saudável (TOO et al., 2019).

1.5 DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS E COMORBIDADES

É comum na prática psiquiátrica a observação de mais de um diagnóstico psiquiátrico em um mesmo indivíduo. Um modelo teórico que recentemente tem ganhado espaço – *network theory* – supõe que os transtornos mentais se originam de redes específicas de sintomas que se conectam entre si e se retroalimentam. Porém, como frequentemente um sintoma não é exclusivo de um único transtorno, ele pode influenciar outras redes próximas, ativando-as e gerando um possível novo transtorno psiquiátrico. Esses sintomas são chamados de *bridge symptoms*. De acordo com esse modelo teórico, a comorbidade seria inerente à psicopatologia (BORSBOOM, 2017).

De fato, um estudo recente resultante da coorte estadunidense “*All of Us*”, com mais de 200 mil indivíduos, demonstrou que 54% daqueles com algum transtorno mental tinham uma sobreposição de pelo menos mais um diagnóstico psiquiátrico. Houve sobreposição estatisticamente significativa entre todos os grupos diagnósticos avaliados. Os diagnósticos de transtornos de humor e de ansiedade apresentaram a maior taxa de sobreposição, seguidos pelos pares: transtorno por uso de substâncias e transtornos do humor; e transtorno por uso de substâncias e transtornos de ansiedade (BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022).

Os transtornos por uso de substâncias, pois, apresentaram comorbidade significativa com todos os grupos diagnósticos avaliados, especialmente transtornos do humor, de ansiedade e esquizofrenia, levando-os a configurar entre os mais prevalentes como comorbidades naquela amostra (BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022).

Ademais, um estudo realizado em 27 países demonstrou que o risco de desenvolver abuso ou dependência de álcool foi aproximadamente 25 vezes maior em quem tinha diagnóstico prévio de episódio depressivo maior, e 5 a 25 vezes maior em quem tinha transtorno afetivo bipolar. Por outro lado, indivíduos com abuso ou dependência de álcool apresentavam riscos aumentados para episódio depressivo, transtorno bipolar e transtorno de ansiedade generalizada, dentre outros (MCGRATH et al., 2020).

1.6 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS

Quando analisados em conjunto, a prevalência dos transtornos mentais em ambos os sexos tende a ser semelhante. Entretanto, quando separados por

diagnósticos específicos, as mulheres apresentam maiores taxas de transtornos depressivos, transtorno bipolar e transtornos de ansiedade. Os homens, por sua vez, apresentam maiores taxas de transtornos por uso de álcool e substâncias, transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de conduta e outros transtornos mentais não especificados (REHM; SHIELD, 2019).

Com relação à idade de início, estima-se que os transtornos psicóticos, de ansiedade, de humor e de uso de substâncias se iniciem mais comumente na faixa dos 18 aos 53 anos. Além disso, transtornos mentais graves são frequentemente precedidos por transtornos mais leves, levando a um atraso na procura por assistência médica que pode chegar a mais de uma década (KESSLER et al., 2007). De forma semelhante, no Brasil, os transtornos mentais também apresentam maior prevalência na faixa etária de 25 a 54 anos (DOS SANTOS; DE SIQUEIRA, 2010).

Devido a importância da faixa etária de adultos jovens para a epidemiologia dos transtornos mentais, o início da maturidade tem ganhado atenção crescente no contexto da saúde mental. Ao longo das últimas décadas, o início da maturidade se transformou em uma fase repleta de instabilidades, ao passo que também é comumente definidora da carreira profissional e dos rumos da vida pessoal. Transtornos mentais presentes no início da vida adulta podem ser especialmente devastadores e trazer sérias implicações econômicas e sociais. Portanto, não podem ser negligenciados no planejamento de políticas em saúde pública (ARNETT; ŽUKAUSKIENE; SUGIMURA, 2014; PATEL et al., 2007).

A relação dos transtornos mentais com abandono escolar também já está bem estabelecida na literatura. A correlação entre essas variáveis é uma via de mão dupla: tanto os transtornos de início precoce predisõem ao abandono escolar, quanto o próprio abandono precoce constitui fator de risco para o desenvolvimento de novos transtornos psiquiátricos na vida adulta (ESCH et al., 2014).

Os transtornos mais estudados como fatores de risco para abandono escolar são aqueles por uso de substâncias psicoativas. Destaca-se o uso de *cannabis*, que pode aumentar em até 5 vezes o risco desse desfecho. Os transtornos do humor também parecem estar implicados no abandono escolar.

Por outro lado, o abandono escolar predispõe os indivíduos a maior risco de transtornos de humor, ideações suicidas e, mais tardiamente, transtornos de ansiedade (ESCH et al., 2014). A coorte “*All of Us*” também identificou que a presença de níveis maiores de escolaridade reduzem a chance de um indivíduo ser diagnosticado com transtorno psiquiátrico (BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022).

A relação entre estado civil e a presença de transtornos mentais também vem sendo estabelecida na literatura. Dados recentes demonstraram que indivíduos casados tinham menor chance de serem diagnosticados com transtornos mentais no Brasil e nos Estados Unidos (ANDRADE et al., 2012; BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022). Uma revisão sistemática demonstrou que estar separado ou divorciado levava a um aumento de até 8,2 vezes na chance de ser diagnosticado com transtorno depressivo maior (GUTIÉRREZ-ROJAS et al., 2020).

As medidas de qualidade de vida relacionada à saúde são um conjunto de desfechos autorrelatados pelos pacientes sobre o impacto da suas condições de saúde em diversas áreas da vida (REVICKI; KLEINMAN; CELLA, 2014). Dentre esses desfechos, podemos incluir a satisfação com a própria saúde. A gravidade da sintomatologia psiquiátrica se correlaciona negativamente com os questionários de qualidade de vida relacionada a saúde (PRIEBE et al., 2010), porém comparações entre grupos com e sem diagnóstico, são escassas na literatura.

1.7 CONTEXTO DO ESTUDO

Ribeirão Preto e outros 25 municípios compõem o Décimo-terceiro Departamento Regional da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (DRS-XIII). O município de Ribeirão Preto possuía uma população estimada em 674.405 habitantes em 2016. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2016, a população do estado de São Paulo era composta por 58,4% de indivíduos brancos (IBGE, 2022). Na faixa etária de 20 a 24 anos, 50,45% da população era do sexo masculino, enquanto na faixa etária de 35 a 39 anos, 48,93% era do sexo masculino (IBGE, 2018).

Desde o início da década de 1990, mudanças significativas nas políticas públicas de saúde mental da região vêm sendo realizadas principalmente no

sentido de criar uma rede de saúde mental baseada na comunidade, em contraponto ao cuidado predominantemente hospitalar de outrora. Para tanto, foram criados ou expandidos serviços extra-hospitalares nas diferentes cidades componentes da DRS-XIII, sendo os leitos de internação reservados para quadros agudos de maior gravidade. A integração dos diferentes serviços se dá de maneira hierarquizada, com base em algumas diretrizes de funcionamento, dentre as quais se destacam, entre outras, a facilitação da comunicação entre serviços da comunidade e serviços especializados; garantia de fornecimento de medicações; realização de internações somente quando os serviços da comunidade forem insuficientes; desenvolvimento de fluxo de referência claro; definição do perfil de paciente mais adequado para cada serviço especializado (BARROS et al., 2016).

1.8 COORTES RPS

O consórcio de coortes de nascimento RPS foi constituído em 2014 a partir da unificação dos estudos de 9 coortes de nascimento localizadas nos municípios de Ribeirão Preto-SP, Pelotas-RS e São Luís-MA. A primeira das coortes teve início em 1978 e estendeu-se até o ano seguinte, em Ribeirão Preto. Em 1994, foi iniciada a segunda coorte de nascimento em Ribeirão Preto. Estas coortes foram o objeto de estudo dessa dissertação. Em 2010, uma terceira coorte de nascimento foi iniciada, porém não foi avaliada neste estudo (CONFORTIN et al., 2021).

Alguns desfechos relacionados à saúde mental já foram analisados em estudo anterior, que buscou abranger as 3 localidades do consórcio RPS. Entretanto, apenas episódio depressivo, risco de suicídio, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada foram estudados, pois eram os únicos sobre os quais havia dados suficientes de todas as localidades. Para as coortes de Ribeirão Preto de 78/79 e 94, as prevalências encontradas foram, respectivamente, de: 12,9% e 10,2% para episódio depressivo maior atual; 13,7% e 13,4% para risco de suicídio; 2,3% e 1,8% para transtorno de ansiedade social; 9,3 e 9,6% para transtorno de ansiedade generalizada (ORELLANA et al., 2020).

1.9 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A Organização Mundial da Saúde traz recomendações para a promoção de saúde mental como demanda urgente nas políticas de saúde globalmente. Dentre essas recomendações, destaca-se a produção de evidências relacionadas não somente ao tratamento dos transtornos mentais, mas também com enfoque na prevalência de transtornos mentais em diferentes populações, nos determinantes sociais de saúde, na minimização do estigma e na melhora da economia e do bem-estar social que uma saúde mental adequada pode proporcionar (ORGANIZATION, 2013). Dentro desse contexto, os estudos epidemiológicos ganham destaque, visto que são as principais fontes de conhecimento sobre a ocorrência de transtornos mentais em determinados grupos populacionais (MEZZICH, 1994). Em especial, a utilização de instrumentos diagnósticos padronizados em estudos epidemiológicos contribui consideravelmente para a obtenção de informações consistentes em Psiquiatria, baseada em metodologia confiável (TOHEN et al., 2000).

Este estudo se propõe a produzir informações sobre a prevalência de transtornos mentais na cidade de Ribeirão Preto - SP com enfoque na população jovem adulta. Conforme comentado anteriormente, a utilização de amostras de jovens adultos se justifica pelo fato de ser a fase da vida na qual a maior parte dos transtornos psiquiátricos se inicia e pelo elevado risco de importantes perdas sociais e econômicas que um diagnóstico psiquiátrico pode trazer nessa faixa etária.

Esperamos alcançar os gestores de saúde regionais com as informações produzidas com objetivo de cumprir as recomendações da Organização Mundial da Saúde em desenvolver políticas públicas para promoção da saúde mental e redução do impacto econômico e social que os transtornos mentais causam.

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

Este estudo teve como objetivo geral descrever a prevalência de transtornos mentais em amostras brasileiras de adultos e adultos jovens.

Especificamente, pretendeu-se:

- a) Descrever as características sociodemográficas e de uso de serviços de saúde de indivíduos de 37/38 anos e 21/22 anos provenientes de

duas coortes de nascimentos ocorridos na cidade de Ribeirão Preto em 1978/1979 e 1994;

- b) Identificar a prevalência geral de transtornos mentais, taxas de comorbidade e prevalências de diagnósticos psiquiátricos específicos em indivíduos de 37/38 anos e 21/22 anos moradores de Ribeirão Preto;
- c) Verificar a associação de características sociodemográficas e de uso de serviços de saúde com a presença de diagnósticos psiquiátricos;
- d) Caracterizar as taxas de uso de substâncias psicoativas nas amostras e sua associação com os demais diagnósticos psiquiátricos;
- e) Descrever o risco de suicídio nas amostras e sua associação com os diagnósticos psiquiátricos;
- f) Avaliar sensibilidade e especificidade do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) na população estudada;

Tivemos como hipótese que a prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra estudada seria alta e semelhante à descrita na literatura, sem diferenças significativas entre as prevalências das coortes. As taxas de comorbidade seriam altas e que os transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias apresentariam as maiores taxas de comorbidades. Além disso, levantamos a hipótese de que a presença de diagnóstico psiquiátrico estaria associada ao sexo feminino, à cor de pele não-branca, e a menores taxas de escolaridade, vínculo afetivo, e independência financeira. Essas associações, entretanto, não difeririam significativamente entre as coortes. Também tivemos a hipótese de que indivíduos com transtornos psiquiátricos teriam maiores taxas de uso de substâncias psicoativas e maior risco suicida. Levantamos a hipótese de que a sensibilidade e especificidade da SRQ-20 seriam semelhantes àquelas já descritas na literatura para população brasileira.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo teve desenho transversal baseado em dados coletados a partir de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto – SP, que fazem parte do consórcio de coortes de Ribeirão Preto - SP, Pelotas - RS e São Luís - MA

(RPS). As coortes estudadas são as que tiveram início em 1978/1979 e em 1994, na localidade de Ribeirão Preto-SP.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CAAE: 49992521.3.0000.5440, parecer nº 4.879.293) (Anexo A)

Os dados foram obtidos por meio do Núcleo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA), que é o grupo de pesquisa vinculado ao Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP responsável pelo banco de dados das coortes de Ribeirão Preto.

3.1 DESCRIÇÃO DAS COORTES

A coorte de 1978/79 é a coorte de nascimento mais antiga do Brasil. O recrutamento inicial foi realizado no período de junho de 1978 a maio de 1979. Foram abordados 9.607 nascimentos (98% do total de nascimentos vivos em Ribeirão Preto no período) em todas as maternidades do município, inicialmente por entrevistas com as mães. Destes, foram excluídos os indivíduos cujas mães recusaram participar da pesquisa, os gemelares e aqueles que não residiam em Ribeirão Preto. Portanto, a amostra total foi constituída por 6.973 recém-nascidos (CONFORTIN et al., 2021).

A coorte de 1994 teve seus dados coletados apenas durante 4 meses daquele ano devido a limitação de recursos e com o respaldo já fornecido pela coorte prévia de que não havia sazonalidade na distribuição dos nascimentos nem nas principais variáveis em estudo. Também foram entrevistadas mães de todas as maternidades do município, perfazendo um total de 3.663 participantes, que correspondeu a aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos nascimentos daquele ano. Após a exclusão dos gemelares e daqueles que não residiam em Ribeirão Preto, a amostra final da coorte foi constituída por 2.911 indivíduos (CONFORTIN et al., 2021).

Os participantes de ambas as coortes foram reavaliados em momentos distintos ao longo dos anos de acompanhamento. Ao longo do seguimento, a coorte de 1978/79 foi reavaliada 5 vezes: ao nascimento; 1987/89; 1996/97; 2002/04; 2016/17. O número de indivíduos avaliados foi, respectivamente: 6.973; 2.898; 2.083; 2.103; 1.775 (CONFORTIN et al., 2021). Já a coorte de 1994, foi

reavaliada 3 vezes: ao nascimento; 2004/05; 2016. O número de indivíduos avaliados foi, respectivamente: 2.911; 869; 1.041 (CONFORTIN et al., 2021).

A avaliação de interesse deste projeto é a ocorrida em 2016, como parte do projeto "Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental - uma contribuição das coortes de nascimento brasileiras para o SUS", com financiamento na modalidade APQ chamada Encomendas COBIO (Processo CNPq 400943/2013-1) (Anexo B).

Com relação ao recrutamento para a avaliação de 2016, os participantes de ambas as coortes foram buscados ativamente pelos endereços de nascimento e por dados coletados na ocasião da avaliação de nascimento e em avaliações subsequentes. Em paralelo, houve ampla divulgação do projeto em mídias televisivas e sociais, quando eram fornecidos dados para contato com a equipe de pesquisadores responsáveis pelas coortes. Os participantes que aceitaram foram convidados a comparecer na instituição para avaliação presencial, caracterizada por uma bateria de questionários sociodemográficos e clínicos, incluindo-se variáveis relacionadas à saúde mental, além da coleta de material e realização de exames, de acordo com os diferentes objetivos do projeto maior.

3.2 CRITÉRIOS PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi composta por participantes de ambos os sexos, provenientes das duas coortes de nascimentos de Ribeirão Preto, que foram reavaliados em 2016, como parte do projeto maior e que completaram a avaliação dos módulos relativos à Saúde Mental. Foram incluídos 1.775 indivíduos da coorte de 1978/79 (37/38 anos) e 1.041 indivíduos da coorte de 1994 (21/22 anos).

3.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Dentre os instrumentos relacionados à saúde mental, são de interesse deste estudo: *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

3.3.1 *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*

Para a caracterização dos diagnósticos psiquiátricos, foi utilizado a MINI, versão 5.0, em português. A MINI consiste em uma entrevista estruturada, cuja realização tem duração aproximada de 15 minutos, que objetiva caracterizar alguns dos principais diagnósticos em psiquiatria (SHEEHAN et al., 1998).

Todas as perguntas da MINI são fechadas e com respostas dicotômicas (sim/não). Os diagnósticos são fornecidos ao final de cada seção com base no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Os diagnósticos escolhidos para fazerem parte do MINI foram baseados em estudos epidemiológicos prévios, sendo que foi dada prioridade para transtornos com prevalência de no mínimo 0,5% em 12 meses. Além disso, foi adicionado um item correspondente à avaliação de risco de suicídio (SHEEHAN et al., 1998). Com relação à temporalidade, o enfoque principal do questionário é diagnosticar transtornos mentais atuais (AMORIM, 2000). As categorias diagnósticas abordadas pela MINI são:

- Episódio depressivo maior;
- Transtorno distímico;
- Risco de suicídio;
- Episódio maníaco ou hipomaníaco;
- Transtorno de pânico;
- Agorafobia;
- Fobia social;
- Transtorno obsessivo-compulsivo;
- Transtorno de estresse pós-traumático;
- Dependência e abuso de álcool;
- Dependência e abuso de substância (não álcool);
- Síndrome psicótica;
- Anorexia nervosa;
- Bulimia nervosa;
- Transtorno de ansiedade generalizada;
- Transtorno da personalidade antissocial.

A aplicação da MINI pode ser realizada com treinamento curto, de aproximadamente 2 horas para psiquiatras e psicólogos (LECRUBIER et al., 1997). A confiabilidade da aplicação da MINI por diferentes profissionais foi considerada excelente em seus estudos iniciais de validação, com índices kappa para todos os diagnósticos superiores a 0,75, sendo que 90% deles eram superiores a 0,90 (SHEEHAN et al., 1998).

No presente estudo a aplicação de todos os instrumentos relacionados à saúde mental, incluindo a MINI, foi realizada por psicólogos previamente treinados. Ao longo do processo de coleta de dados, houve supervisões semanais a fim de sanar eventuais dúvidas nas aplicações.

A versão brasileira em português demonstrou boas características psicométricas em estudo prévio. Os valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos negativos e positivos e acurácia variaram entre 0,60 e 0,99. Quando comparada a aplicação por psiquiatras e por médicos generalistas, os índices kappa variaram de satisfatório a excelentes (0,65 a 0,85) (DE AZEVEDO MARQUES; ZUARDI, 2008).

3.3.2 Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi desenvolvido em 1980 como instrumento de rastreio com objetivo de identificar transtornos psiquiátricos na atenção primária. O questionário é composto por 24 perguntas, divididas em 2 seções. Na primeira seção, que contém 20 itens, são avaliados transtornos não psicóticos. Na segunda seção, que consiste nos 4 últimos itens, são avaliados transtornos psicóticos (HARDING et al., 1980).

Para uso no Brasil, apenas a versão com os 20 primeiros itens foi validada. Quando utilizados pontos de corte de >5 para homens e de >7 para mulheres, o SRQ-20 apresenta sensibilidade de 89,0% e 86,0% e especificidade de 81,0% e 77,0%, respectivamente (MARI; WILLIAMS, 1986).

Em estudo mais recente, comparando-se com a entrevista estruturada para o DSM-IV-TR, não foi verificada diferença entre os pontos de corte para cada sexo e o ponto de corte de 7/8 apresentou sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

3.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Os diagnósticos psiquiátricos foram descritos de forma isolada, bem como em conjunto (prevalência geral de transtornos psiquiátricos) e categorizados de acordo com o DSM-IV

Foram considerados como portadores de transtorno depressivo maior indivíduos com diagnóstico de episódio depressivo maior atual ou recorrente que não possuíam histórico atual ou passado de episódios maníacos ou hipomaníacos. Foram considerados como transtorno afetivo bipolar os indivíduos com presença atual ou passada de episódio maníaco ou hipomaníaco. Os diferentes diagnósticos de transtorno de pânico fornecidos pela MINI (Transtorno de Pânico Vida Inteira; Transtorno de Pânico Atual; Ataques pobres em sintomas; Transtorno de Pânico com Agorafobia atual ou passado; Agorafobia sem Transtorno de Pânico) foram agrupados em uma única categoria “Transtorno de Pânico” para maior aproximação da realidade clínica. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa foram incluídas na mesma categoria “Transtornos alimentares” para fins desta análise.

O abuso e a dependência de álcool e substâncias foram agrupados nas variáveis “Problemas relacionados ao uso de álcool” e “Problemas relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA)”, respectivamente. Com relação à variável Problemas relacionados ao uso de SPA, foram excluídos os indivíduos que completavam essa categoria diagnóstica somente devido ao uso de nicotina. O objetivo dessa exclusão foi criar uma variável mais homogênea com uso de substâncias psicoativas ilegais no país ou com uso indevido de prescrição médica para fins de abuso (no caso de medicamentos como opioides e benzodiazepínicos, por exemplo). Além disso, a nicotina não é considerada uma categoria separada quando o uso de substâncias é questionado pela MINI, enquadrando-se na categoria “Outras substâncias”. Portanto, alguns indivíduos podem não a ter considerado como droga de abuso ao responderem. Para o cálculo específico da prevalência de uso de nicotina, utilizamos como padrão o questionamento direto “Você fuma atualmente?”, realizado em momento distinto da avaliação do indivíduo, anterior à aplicação da MINI. Essa variável demonstrou valores maiores do que os identificados pela MINI na categoria “Outra substância”, corroborando a hipótese de que alguns indivíduos omitiram o uso de nicotina quando questionado juntamente com outras drogas durante a MINI.

Foram considerados com “Síndrome psicótica não afetiva” os indivíduos que completavam critérios para síndrome psicótica atual ou passada, mas que não tinham sintomas psicóticos somente durante episódios depressivos ou maníacos. Os indivíduos com síndrome psicótica afetiva foram incluídos nos seus respectivos diagnósticos de transtornos de humor (Transtorno depressivo maior ou Transtorno afetivo bipolar).

As variáveis sociodemográficas foram obtidas através de questionário específico aplicado na entrevista. Foram analisadas as variáveis sexo, cor da pele autodeclarada, estado civil, escolaridade, e independência financeira. A variável cor da pele foi agrupada de forma dicotômica como branca e não branca. Estado civil foi agrupado como tendo vínculo, ou seja, se o indivíduo era casado ou morava com companheiro(a). Foram considerados sem vínculo os solteiros, divorciados e viúvos. Escolaridade foi definida em 3 categorias: fundamental (fundamental ou nunca estudou); médio (ensino médio, curso técnico ou profissionalizante, EJA, pré-vestibular); superior (faculdade, especialização, mestrado, doutorado). Foi considerado o grau de escolaridade atual, mesmo que incompleto, para aqueles que ainda estavam estudando e foi considerado o último grau obtido para aqueles que não estavam estudando no momento da avaliação. Independência financeira foi definida pelo próprio indivíduo por questionamento direto.

No que diz respeito a variáveis de saúde, foram analisadas a satisfação com a saúde e o uso dos serviços de saúde nos últimos 12 meses. A satisfação com a própria saúde foi obtida através de escala Likert, com as seguintes categorias: muito insatisfeito; insatisfeito; regular; satisfeito; muito satisfeito. A variável satisfação com a saúde, quando analisada de forma dicotômica, considerou as categorias muito insatisfeito, insatisfeito e regular como “insatisfeito” e as categorias satisfeito e muito satisfeito como “satisfeito”. Foi questionado se os indivíduos haviam consultado com profissional de saúde nos últimos 12 meses. Caso tivessem consultado, foi questionado se haviam consultado especificamente com psicólogos ou psiquiatras no período.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram exportados para o *IBM SPSS Statistics for Windows*®, versão 26, sendo este o software utilizado para análise estatística. As variáveis

categóricas foram testadas com o teste do chi quadrado de Pearson ou teste exato de Fischer quando indicado. Na ocorrência de dados *missing*, eles foram descritos para cada variável, porém excluídos das proporções e das análises estatísticas. Para as prevalências das categorias diagnósticas da MINI, foi aplicado o método *bootstrapping* para 1000 amostras aleatórias a fim de estimar a variabilidade populacional das estimativas obtidas. Os intervalos de confiança foram admitidos pelo método de Correção de Vício Acelerado (BCa) devido à importante assimetria. Foi considerado o valor de $p = 0,05$ para significância estatística. Na análise das variáveis relacionadas a suicídio, foi realizada regressão logística binária para estimação dos *Odds Ratio* e intervalos de confiança.

Na análise da SRQ-20, inicialmente foi realizada a análise visual do histograma e gráficos QQ (Apêndice 1) para verificação do padrão de distribuição das pontuações. Além disso, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk, que resultou em significância estatística. Dessa forma, por ambas as metodologias, concluiu-se que as pontuações seguiam distribuição não paramétrica. Para análise da validade do teste, utilizamos a curva ROC. Conforme recomendado pela validação brasileira da escala (MARI; WILLIAMS, 1986), na análise da curva ROC e dos pontos de corte, os indivíduos foram agrupados de acordo com o sexo.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica das coortes de 1978/79 e de 1994. Houve predominância de indivíduos do sexo feminino e brancos em ambas as coortes. Apesar de mais jovens, indivíduos da coorte de 1994 tinham escolaridade mais alta. Os indivíduos da coorte mais antiga tiveram maiores taxas de vinculação afetiva e de independência financeira. Além disso, tiveram maiores taxas de uso de serviços de saúde, em especial a proporção de indivíduos que já consultaram com psiquiatra, que foi mais de duas vezes maior na coorte de 1978/79, em comparação com a coorte de 1994.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de uso de serviços de saúde de indivíduos participantes de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994) estudadas em 2016/17.

	Coorte 78/79 n (%*)	Coorte 94 n (%*)	χ^2 *	p
Sexo			9,049	0,003
Masculino	844 (47,7)	434 (41,9)		
Feminino	925 (52,3)	603 (58,1)		
Cor			4,137	0,042
Branco	1396 (78,9)	784 (75,6)		
Não branco	373 (21,1)	253 (24,4)		
Escolaridade			43,985	<0,001
Fundamental	220 (12,5)	61 (5,9)		
Médio	760 (43,1)	410 (39,6)		
Superior	782 (44,4)	564 (54,5)		
Estado civil			748,124	<0,001
Com vínculo	1254 (71,0)	181 (17,5)		
Sem vínculo	512 (29,0)	854 (82,5)		
Missing	3	2		
Independência financeira			298,760	<0,001
Sim	1463 (82,7)	530 (52,0)		
Não	306 (17,3)	489 (48,0)		
Missing	0	18		
Satisfação com a saúde			10,279	0,001
Sim	979 (55,5)	635 (61,7)		
Não	785 (44,5)	394 (38,3)		
Missing	5	8		
Consultou profissional de saúde			7,483	0,006
Sim	1522 (86,2)	853 (82,3)		
Não	244 (13,8)	183 (17,6)		
Missing	3	1		
Consultou psiquiatra			15,999	<0,001
Sim	114 (6,4)	31 (3,0)		
Não	1652 (93,4)	1006 (97,0)		
Missing	3	0		
Consultou psicólogo				
Sim	147 (8,3)	89 (8,6)		
Não	1619 (91,5)	948 (91,4)		
Missing	3	0		
Consultou psiquiatra ou psicólogo			4,238	0,04
Sim	219 (12,4)	102 (9,8)		
Não	1547 (87,5)	935 (90,2)		
Missing	3	0		
Total	1769	1037		

*Para o cálculo das porcentagens e do teste χ^2 foram excluídos os dados *missing*.

4.2 DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A prevalência de qualquer diagnóstico psiquiátrico na coorte de 1978/79 foi de 28,7% (n=506), enquanto na coorte de 1994 foi de 31,0% (n=321).

As taxas de prevalência de cada transtorno mental, independente da ocorrência de comorbidades, encontram-se descritas na tabela 2. As prevalências de cada diagnóstico foram semelhantes em ambas as coortes, exceto para os Problemas relacionados ao uso SPA e para o Transtorno de pânico. No caso dos Problemas relacionados ao uso de SPA, a prevalência foi duas vezes maior na coorte de 1994. No diagnóstico de Transtorno de pânico, por outro lado, a prevalência foi duas vezes maior na coorte de 1978/79.

O total de diagnósticos descrito na Tabela 2 é maior do que o total de indivíduos com algum diagnóstico, conforme demonstrado na Tabela 3. Isso se deve à presença de comorbidades psiquiátricas, levando um mesmo indivíduo a preencher critério para mais de um transtorno na MINI. Notadamente, a taxa de comorbidades dentre aqueles com algum diagnóstico foi de 42,7% na primeira coorte e de 43,3% na segunda, conforme descrito na tabela 3. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de comorbidades de ambas as coortes.

A Figura 1 traz uma representação gráfica das comorbidades entre os diagnósticos psiquiátricos. Os diagnósticos de Transtorno depressivo maior e de Transtorno de ansiedade generalizada tiveram as maiores sobreposições. Destacam-se também as comorbidades dos Problemas relacionados ao uso de álcool e de SPA entre si e com outras categorias, como Transtorno depressivo maior e Transtorno afetivo bipolar.

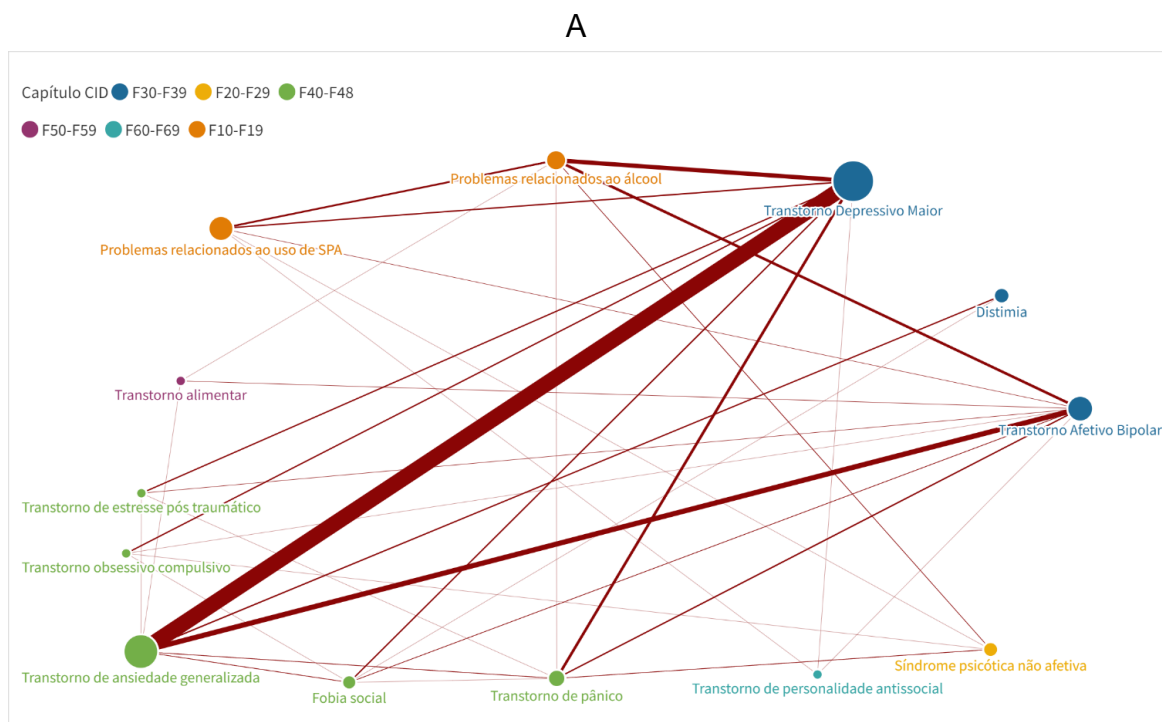
Tabela 2 - Prevalência de cada diagnóstico estudado em indivíduos pertencentes a duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), determinados por entrevista estruturada aplicada em 2016/17.

Diagnóstico	Coorte 78/79			Coorte 94			χ^2	p
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)		
Transtorno depressivo maior	213	12,0	10,7-13,5	117	11,3	9,3-13,4	0,362	0,547
Transtorno de ansiedade generalizada	167	9,4	8,1-10,7	109	10,5	8,8-12,5	0,845	0,358
Transtorno afetivo bipolar	85	4,8	3,8-5,9	42	4,1	2,9-5,3	0,862	0,353
Problemas relacionados ao álcool	76	4,3	3,3-5,3	51	4,9	3,6-6,3	0,585	0,444
Problemas relacionados ao uso de SPA	68	3,8	3,0-4,7	94	9,1	7,3-10,9	32,754	0,001
Transtorno de pânico	61	3,4	2,7-4,3	18	1,7	1,1-2,5	7,007	0,008
Fobia social	44	2,5	1,8-3,1	23	2,2	1,3-3,2	0,203	0,652
Transtorno de estresse pós-traumático	30	1,7	1,1-2,3	18	1,7	1,0-2,6	0,006	0,937
Transtorno obsessivo compulsivo	29	1,6	1,1-2,2	9	0,9	0,4-1,5	2,913	0,088
Síndrome psicótica não afetiva	24	1,4	0,8-1,9	9	0,9	0,3-1,5	1,344	0,246
Distímia	21	1,2	0,7-1,8	13	1,3	0,7-2,0	0,024	0,876
Transtorno de personalidade antissocial	14	0,8	0,4-1,2	16	1,5	0,9-2,3	3,491	0,062
Transtorno alimentar	14	0,8	0,4-1,2	8	0,8	0,3-1,4	0,003	0,954

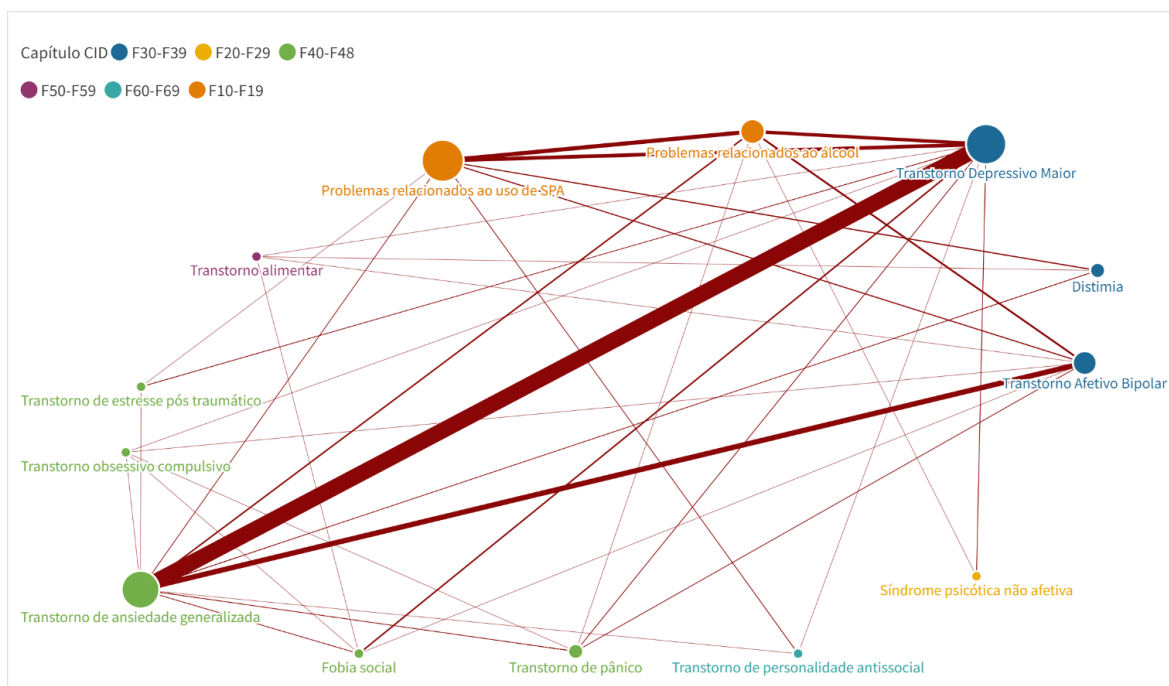
Tabela 3 - Quantidade de diagnósticos por indivíduo observados em duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.

Quantidade de diagnósticos	Coorte 78/79			Coorte 94			χ^2 (p)
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
Nenhum	1263	71,4	69,4-73,3	716	69,0	66,1-71,8	2,693 (0,441)
Um	290	16,4	14,6-18,1	182	17,6	15,2-20,1	
Dois	137	7,7	6,5-9,2	95	9,2	7,4-11,1	
Três ou mais	79	4,5	3,6-5,3	44	4,2	3,1-5,6	

Figura 1. Representação gráfica dos diagnósticos psiquiátricos e comorbidades, agrupados por capítulos da CID-10, observados em indivíduos participantes de coortes de nascimento de 1978/79 (A) e de 1994 (B), de Ribeirão Preto, estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.



B



* Os pontos representam as prevalências de cada diagnóstico isoladamente e a espessura da linha representa as taxas de comorbidade entre os diagnósticos.

4.2.1 Uso de álcool e de outras substâncias psicoativas

Dentre os indivíduos com uso de substâncias não-álcool, nicotina e canabinoides apresentaram, respectivamente, as maiores taxas de uso para as coortes de 1978/79 e 1994. Foram seguidas pela prevalência de uso de cocaína na coorte de 78 (3,0%) e alucinógenos na coorte de 94 (4,5%). A tabela 4 demonstra os dados completos para cada classe de substância psicoativa. O total descrito na tabela é inferior à soma de cada categoria isolada pois alguns indivíduos faziam uso de mais de uma substância descrita.

Tabela 4 - Taxas de uso de substâncias psicoativas por classe em indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), determinadas por entrevista estruturada aplicada em 2016/17.

Substância psicoativa	Coorte 78/79			Coorte 94			χ^2	p
	N	%	IC (95%)	N	%	IC (95%)		
Álcool	76	4,3	3,3-5,3	51	4,9	3,5-6,3	0,585	0,444
Nicotina	232	13,1	11,4-14,9	102	9,8	8,0-11,8	6,728	0,035
<i>Cannabis</i>	83	4,7	3,7-5,7	189	18,2	16,0-20,5		
<i>Cocaína</i>	53	3,0	2,3-3,8	16	1,5	0,9-2,3		
<i>Alucinógenos</i>	8	0,5	0,2-0,8	47	4,5	3,3-5,8		
<i>Solventes voláteis</i>	6	0,3	0,1-0,6	37	3,6	2,5-4,7		
<i>Estimulantes</i>	4	0,2	0,1-0,5	15	1,4	0,8-2,1		
<i>Sedativos</i>	3	0,2	0,0-0,4	7	0,7	0,2-1,2		

<i>Opiáceos</i>	0	0	0	1	0,1	0-0,3
<i>Diversos*</i>	18	1,0	0,6-1,5	13	1,3	0,7-1,9
Nenhuma	1428	80,7		772	74,4	
TOTAL	1769 [†]	100		1037 [†]	100	

*Diversos inclui anabolizantes, esteroides, medicamentos para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica. [†]O total é menor que a soma de cada célula devido ao de mais de uma substância pelo mesmo indivíduo

Especificamente quanto ao uso de álcool e outras substâncias de acordo, verificamos que a prevalência de diagnóstico único de Problemas relacionados ao álcool foi de 1,1% (n= 20) na coorte de 1978/79 e 1,5% (n = 16) na coorte de 1994, enquanto que a prevalência de diagnóstico único de Problemas relacionados ao uso de SPA foi de 1,8% (n= 31) na coorte de 1978/79 e de 4,5% (n=47) na coorte de 1994.

A comorbidade entre Problemas por uso de álcool e Problemas por uso de SPA estava presente em 0,4% (n=7) indivíduos da coorte mais antiga e em 0,9% (n= 9) indivíduos da coorte mais jovem. Dessa forma, indivíduos diagnosticados apenas com transtornos relacionados ao uso de álcool e SPA totalizaram 4,2% (n= 74) na primeira coorte e 6,9% (n= 72) na segunda.

Dentre aqueles que apresentavam Problemas relacionados ao uso álcool, 73,7% (n= 56) na primeira coorte e 68,6% (n= 35) na segunda coorte apresentavam comorbidade com outro diagnóstico psiquiátrico. Esses valores obtiveram diferença estatisticamente significativa com relação à presença isolada de Problemas relacionados ao uso de álcool (respectivamente: $\chi^2 = 450,6$; $p < 0,001$ e $\chi^2 = 314,1$; $p < 0,001$).

Dentre aqueles com Problemas relacionados ao uso de SPA, 54,4% (n= 37) na coorte 1978/79 e 50,0% (n= 47) na coorte de 1994 apresentavam comorbidade com outro diagnóstico psiquiátrico. Esses valores também foram significativamente diferentes do diagnóstico isolado de Problemas relacionados ao uso de SPA (respectivamente: $\chi^2 = 789,2$; $p < 0,001$ e $\chi^2 = 493,8$; $p < 0,001$).

4.2.2 Diagnósticos psiquiátricos e características sociodemográficas

A tabela 5 compara características sociodemográficas entre indivíduos com e sem diagnóstico psiquiátrico. Na coorte de 1978/79, houve uma diferença significativa entre os grupos em todas as variáveis estudadas, com uma maior proporção de pessoas do sexo feminino (34,4%; $p < 0,001$), de cor da pele autodeclarada como não branca (33,8%; $p = 0,013$), com menor escolaridade ($p < 0,001$), sem vínculos afetivos (36,7%; $p < 0,001$) e sem independência financeira (40,2%; $p < 0,001$) com diagnóstico psiquiátrico, em comparação com aqueles sem diagnóstico psiquiátrico.

Na coorte de 1994, não houve diferença significativa entre os sexos, tendo os homens (30,6%) uma frequência de diagnóstico semelhante à observada entre mulheres (31,2%). Embora diagnóstico psiquiátrico tenha sido mais frequentemente observado em pessoas de cor da pele não branca (34,4%), em comparação com brancos (29,8%), essas diferenças não atingiram significância estatística ($p = 0,174$). Além disso, a taxa de independência financeira foi numericamente menor nos indivíduos com diagnóstico psiquiátrico (32,3%), porém sem significância estatística ($p = 0,407$). Com relação ao estado civil, a proporção de indivíduos com vínculo era maior dentre aqueles com diagnóstico psiquiátrico. As taxas de escolaridade se mantiveram significativamente menores nos indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, apesar de ter havido uma melhora global na escolaridade dessa coorte.

Tabela 5 - Indicadores sociodemográficos entre indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), com e sem diagnóstico psiquiátrico estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.

	Coorte 78/79				χ^2 (p) [†]		Coorte 94		χ^2 (p) [†]		p	
	Sem diagnóstico		Com diagnóstico				Sem diagnóstico					
	n	%*	n	%*			n	%*	n	%*		
Sexo					31,658	<0,001					0,33	0,855
Feminino	607	65,6	318	34,4			301	69,4	133	30,6		
Masculino	656	77,7	188	22,3			415	58,2	188	31,2		
Cor da pele					6,202	0,013					1,845	0,174
Branca	1016	72,8	380	27,2			550	70,2	234	29,8		
Não Branca	247	66,8	126	33,8			166	65,6	87	34,4		
Escolaridade					60,116	<0,001					8,351	0,015
Fundamental	110	50,0	110	50,0			36	59,0	25	41,0		
Médio	546	71,8	214	28,2			270	65,9	140	34,1		
Superior	600	76,7	182	23,3			410	72,7	154	27,3		
Missing ^a	7		0				0		2			
Estado civil					22,194	<0,001					9,101	0,003
Com vínculo	933	74,6	318	25,4			108	56,9	73	43,1		
Sem vínculo	323	63,3	187	36,7			607	71,1	247	28,9		
Missing ^a	0	0	1				1		1			
Independência financeira					24,347	<0,001					0,688	0,407
Sim	1080	73,8	383	26,2			359	67,7	171	32,3		
Não	183	59,8	123	40,2			343	70,1	146	29,9		
Missing ^a							14		4			
Total	1263	100,0	506	100,0			716	100,0	321	100,0		

*Porcentagens calculadas para a linha/ [†] Para o cálculo do chi quadrado foram considerados apenas os valores válidos/^aDados faltantes no banco de dados

4.2.3 Satisfação com a saúde e uso de serviços de saúde

O relato de insatisfação com a saúde (Tabela 6) foi mais frequentemente observado em indivíduos com diagnóstico psiquiátrico do que no grupo sem diagnóstico psiquiátrico em ambas as coortes (1978/79: 57,9% & 39,1%, $p < 0,001$; 1994: 52,2% & 32,1%, $p < 0,001$). Não houve diferença significativa com relação à procura de qualquer profissional de saúde entre os participantes com ou sem diagnóstico psiquiátrico, em ambas as coortes. Embora a procura por profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos) tenha sido baixa entre aqueles com diagnóstico psiquiátrico, ela foi significativamente maior do que dentre os indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico, tanto na coorte de 1978/79 (20,8% & 9,0%, $p < 0,001$), como na coorte de 1994 (18,7% & 5,9%, $p < 0,001$).

Tabela 6 - Indicadores de uso dos serviços de saúde entre indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), com e sem diagnóstico psiquiátrico estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17.

	Coorte 78/79						Coorte 94					
	Sem diagnóstico		Com diagnóstico		$\chi^2 \dagger$	p	Sem diagnóstico		Com diagnóstico		$\chi^2 \dagger$	p
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Satisfação com saúde					96,801	<0,001					44,11	<0,001
Muito insatisfeito	11	0,9	18	3,6			0	0	0	0		
Insatisfeito	160	12,7	148	29,4			77	10,8	59	18,6		
Regular	322	25,6	126	25,0			151	21,2	107	33,6		
Satisfeito	675	53,6	191	37,9			406	57,2	141	44,3		
Muito satisfeito	92	7,3	21	4,2			77	10,8	11	3,5		
Missing ^a	3		2				5		3			

Continua

Satisfação com saúde					51,571	<0,001					37,69	<0,001
Insatisfeito	493	39,1	292	57,9			228	32,1	166	52,2		
Satisfeito	767	60,9	212	42,1			483	67,9	152	47,8		
Missing ^a	3		2				5		3			
Consultou profissional de saúde^b					0,073	0,787					3,411	0,065
Sim	1085	86,0	437	86,5			600	83,8	251	78,9		
Não	176	14,0	68	13,5			116	16,2	67	21,1		
Missing ^a	2		1				0		1			
Consultou psicólogo^b					11,728	0,001					31,62	<0,001
Sim	87	6,9	60	11,9			38	5,3	51	15,9		
Não	1174	93,1	445	88,1			678	94,7	270	84,1		
Missing ^a	2		1				0		0			
Consultou psiquiatra^b					64,241	<0,001					32,28	<0,001
Sim	44	3,5	70	13,9			7	1,0	24	7,5		
Não	1217	96,5	435	86,1			709	99,0	297	92,5		
Missing ^a	2		1				0		0			
Consultou psiquiatra ou psicólogo^b					45,842	<0,001					41,11	<0,001
Sim	114	9,0	105	20,8			42	5,9	60	18,7		
Não	1147	91,0	400	79,2			674	94,1	261	81,3		
Missing ^a	2		1				0		0			
Total	1263	100,0	506	100,0			716	100,0	321	100,0		

† Para o cálculo do chi quadrado foram considerados apenas os valores válidos / ^a Dados faltantes no banco de dados / ^b Nos últimos 12 meses.

Conclusão

4.2.4 Análise de risco de suicídio

Na tabela 7, estão descritas as variáveis risco de suicídio atual e tentativas de suicídio prévias. Na coorte 1978/79, indivíduos com diagnóstico psiquiátrico apresentaram uma estimativa de risco de suicídio, de gravidade baixa, média ou alta, nove vezes maior [(OR=9,193 (IC95% 6,761 – 12,499)]. Os indivíduos mais jovens (coorte 1994) apresentaram uma chance de mais de cinco vezes de risco de suicídio [(OR=5,599 (IC95% 3,851 – 8,140)], em comparação com participantes sem diagnóstico psiquiátrico. Na mesma direção, a associação com tentativas de suicídio prévias foi cerca de oito vezes maior na coorte 1978/79, [OR=7,7 (IC95% 5,2 - 11,6)] e cinco vezes maior na coorte 1994 [OR=5,1 (IC95% 3,0-8,6)] para indivíduos com diagnóstico psiquiátrico.

Tabela 7 - Risco de suicídio e prevalência de tentativas de suicídio prévias entre indivíduos de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto (1978/79 e 1994), com e sem diagnóstico psiquiátrico estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17

	Sem diagnóstico		Coorte 78/79 Com diagnóstico		OR (IC 95%)	Sem diagnóstico		Coorte 94 Com diagnóstico		OR (IC 95%)
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Risco de suicídio										
Presente	67	5,3	172	34,0	9,1 (6,7-12,4)	50	7,0	95	29,6	5,6 (3,8-8,1)
<i>Baixo</i>	55	4,4	104	20,6		41	5,7	55	17,1	
<i>Moderado</i>	1	0,1	12	2,4		4	0,6	10	3,1	
<i>Alto</i>	11	0,9	56	11,1		5	0,7	30	9,3	
Ausente	1196	94,7	334	66,0		666	93,0	226	70,4	

Continua

**Tentativa de
suicídio**

Sim	35	2,8	92	18,2	7,7 (5,2-11,6)	23	3,2	47	14,6	5,1 (3,0-8,6)
Não	1228	97,2	414	81,8		693	96,6	274	85,4	
Total	1263	100	506	100		716	100	321	100	

Conclusão

4.3 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE

A análise da SRQ-20 em ambas as coortes resultou em um número amostral de 2797 indivíduos, sendo 9 casos constando como omissos no banco de dados. As pontuações na escala variaram de 0 a 20 pontos, com uma média de 6,8 (IC 95% 6,65-6,94) e desvio padrão de 0,72.

A Figura 2 demonstra as curvas ROC para as coortes de 1978/79 e 1994, respectivamente. As áreas sob a curva na primeira coorte foram de 0,736 (IC 95% 0,691-0,781) para o sexo masculino e de 0,800 (IC 95% 0,770-0,829) para o sexo feminino. Na segunda coorte, a área sob a curva foi de 0,726 (IC 95% 0,673-0,778) para o sexo masculino e de 0,777 (IC 95% 0,738-0,816) para o sexo feminino.

As coordenadas da curva ROC com suas respectivas sensibilidades e especificidades são apresentados na tabela 8.

Figura 2. Representação gráfica da curva ROC para SRQ-20 com relação aos diagnósticos psiquiátricos estabelecidos por meio de entrevista estruturada (MINI) aplicada em 2016/17 nas coortes de nascimento de 1978/1979 e de 1994.

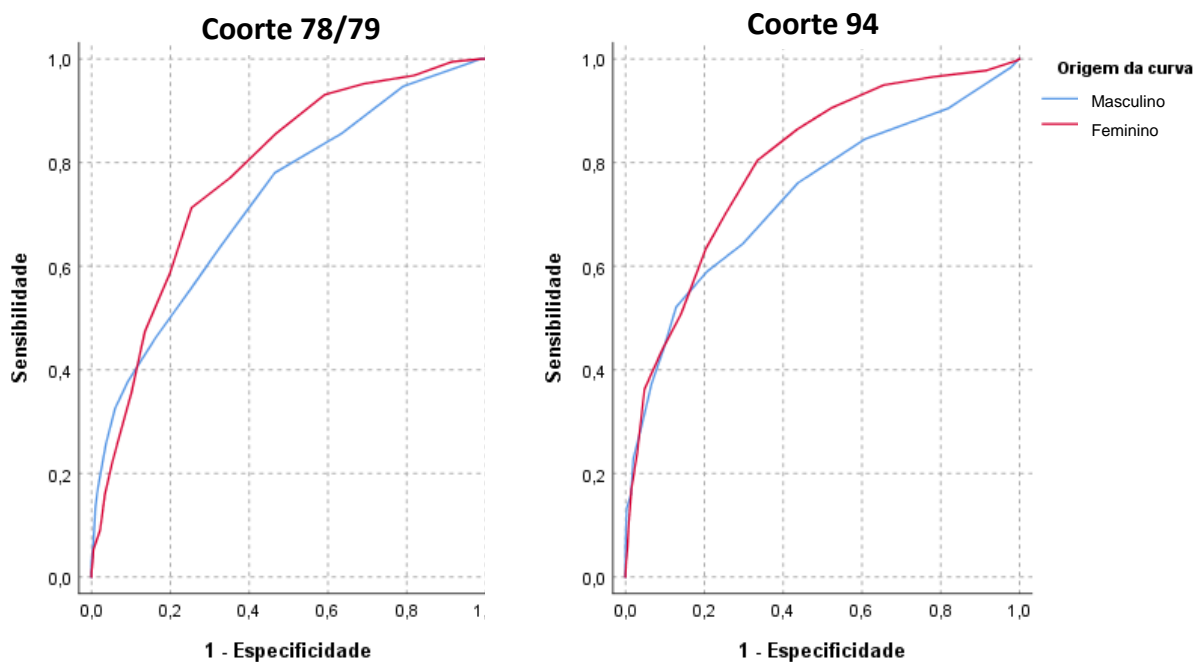


Tabela 8. Coordenadas das curvas ROC para SRQ-20 com relação aos diagnósticos psiquiátricos estabelecidos por meio de entrevista estruturada aplicada em 2016/17 nas coortes de nascimento de 1978/79 e de 1994, de Ribeirão Preto.

Sexo	≥	Ambas coortes		Coorte 1978/79		Coorte 1994	
		Sensibilidade	Especificidade	Sensibilidade	Especificidade	Sensibilidade	Especificidade
Masculino	4,5	0,769	0,554	0,761	0,563	0,780	0,535
	5,5	0,641	0,693	0,644	0,702	0,636	0,674
	6,5	0,578	0,777	0,590	0,792	0,561	0,744
	7,5	0,497	0,861	0,521	0,872	0,462	0,837
	8,5	0,413	0,906	0,436	0,905	0,379	0,907
Feminino	4,5	0,950	0,330	0,950	0,345	0,952	0,309
	5,5	0,915	0,449	0,905	0,478	0,931	0,408
	6,5	0,861	0,551	0,864	0,564	0,856	0,531
	7,5	0,792	0,658	0,804	0,665	0,771	0,647
	8,5	0,707	0,745	0,703	0,745	0,713	0,746

5 DISCUSSÃO

Este estudo objetivou determinar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos jovens (22 anos) e adultos (38/39 anos) provenientes de duas coortes de nascimento e residentes na cidade de Ribeirão Preto, por meio de entrevista diagnóstica padronizada (MINI), considerando um amplo espectro de diagnósticos psiquiátricos. Observamos uma alta prevalência de transtornos mentais em ambos os grupos (28,7% a 31%), com altas taxas de comorbidade (42,7% a 43,3%), em particular entre transtorno depressivo maior e de transtorno de ansiedade generalizada. A presença de qualquer diagnóstico psiquiátrico associou-se com menores taxas de escolaridade, ausência de vínculo afetivo, uso de substâncias psicoativas, maior insatisfação com a própria saúde, tentativas de suicídio prévias e maior risco suicida atual. Apesar da alta prevalência e comorbidades e impacto na saúde, apenas aproximadamente 20% dos indivíduos com algum diagnóstico psiquiátrico haviam consultado algum profissional de saúde mental no ano anterior à avaliação.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Para a coorte de 1978/79, a distribuição por sexo em nossa amostra é semelhante à proporção da população do estado de São Paulo segundo estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2016. Entretanto, na coorte de 1994, a menor proporção de homens observada foi discordante do descrito para a população de São Paulo para 2016 (IBGE, 2018). A proporção de indivíduos brancos foi maior em nossa amostra do que a esperada para a população de São Paulo em 2016 (IBGE, 2022). Isso possivelmente se deve à dificuldade de acesso dos indivíduos não-brancos aos serviços de saúde (SILVA et al., 2020), o que refletiu na sua capacidade de acesso à coleta de dados da pesquisa.

5.2 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS

A prevalência de 28,7% e 31% de diagnósticos psiquiátricos, respectivamente, nas coortes 78/79 e 94, aproxima-se da taxa de transtornos psiquiátricos atuais de 29,6% verificada na Região Metropolitana de São Paulo através de entrevista estruturada entre 2005 e 2007 (ANDRADE et al., 2012). Embora o método de recrutamento e faixas etárias abordadas no estudo de São Paulo tenham sido distintos, a semelhança desses dados com os observados nas coortes de Ribeirão Preto sugere que as populações estudadas sejam semelhantes quanto aos aspectos avaliados.

Por outro lado, a prevalência geral de transtornos psiquiátricos em nosso estudo foi menor que a observada em estudo anterior (MOSCOVICI et al., 2020) realizado em Ribeirão Preto-SP, que apontou para prevalência em torno de 40%. As prevalências da maioria dos diagnósticos específicos estudados foram maiores que em nosso estudo, notadamente a prevalência de transtorno depressivo maior e de transtorno bipolar, que foram aproximadamente o dobro das que encontramos, de 11,3 a 12,0% e de 4,1 a 4,8% respectivamente. A exceção foi com relação ao diagnóstico de uso de álcool e substâncias, que tiveram prevalências semelhantes. Isso possivelmente se deveu ao fato de que Moscovici et al. fizeram busca ativa domiciliar e incluíram faixas etárias mais amplas que as nossas. Outro fator que pode justificar as diferenças observadas é o fato de que o estudo prévio concentrou-se em regiões/bairros com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis e existem evidências de que a desvantagem social está associada a um maior risco de transtornos mentais (LUND et al., 2010; MOSCOVICI et al., 2020).

Taxas mais altas do que as observadas em nosso estudo foram evidenciadas na população brasileira em estudo anterior (ALMEIDA-FILHO et al., 1997), que apontou para taxas de 50,0% na cidade de Porto Alegre. Neste caso, o uso de ferramenta de rastreamento na estimação das taxas de prevalência é a possível razão pela qual o estudo demonstrou taxas de prevalência mais altas do que as observadas em nosso estudo, embora na cidade de São Paulo, o

mesmo estudo apontou para prevalência de 31,0%, semelhante a que observamos em Ribeirão Preto.

Por outro lado, as taxas de prevalência de transtornos mentais que encontramos são significativamente maiores que as observadas mundialmente pelo *Global Burden of Disease*, que aponta para uma prevalência de 16%. Entretanto, as fontes de dados e a metodologia utilizadas pelo GBD são bastante distintas das utilizadas neste estudo, o que dificulta comparações. No GBD, as informações provêm de fontes secundárias e variadas (por exemplo, registros administrativos, registros de doenças, censos) de diferentes países e os dados são tratados de forma agrupada (REHM; SHIELD, 2019; VOS et al., 2017).

Encontramos como diagnóstico mais prevalente o transtorno depressivo maior (12,0%; 11,3%), seguido pelo transtorno de ansiedade generalizada (9,4%; 10,5%). Essa ordem de prevalências está de acordo com o relatado na cidade de São Paulo, durante os anos 2000, especialmente quando considerada a faixa etária de 18 a 34 anos isoladamente (ANDRADE et al., 2012).

As prevalências de episódio depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada e fobia social que encontramos foram semelhantes – com sobreposição de intervalos de confiança – às encontradas em estudo prévio do nosso grupo de pesquisa que comparou a prevalência desses transtornos em Ribeirão Preto-SP, Pelotas-RS e São Luis-MA (ORELLANA et al., 2020).

5.3 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

No que diz respeito a comorbidades psiquiátricas, as taxas variaram entre 31,8% e 37,7% em nossas amostras. São taxas semelhantes às observadas em um grande estudo holandês de 1996, cujas taxas de comorbidade foram de 35,3% em 12 meses (BIJL; RAVELLI; VAN ZESSEN, 1998). Em São Paulo, a taxa de comorbidade em 12 meses foi de 39,5% (ANDRADE et al., 2012). Mais recentemente a taxa de comorbidade foi descrita como sendo ainda maior (54%) em uma coorte estadunidense (BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022). Dessa forma,

assim como em outras localidades, a presença de comorbidades psiquiátricas é pervasiva nas coortes que estudamos.

Especificamente sobre o uso de álcool, as prevalências brutas foram semelhantes em ambas as coortes (4,3 e 4,9%, respectivamente). Esta taxa de uso de álcool corrobora o encontrado na cidade de São Paulo (4,0%) (ANDRADE et al., 2012). No entanto, o uso de álcool foi diagnóstico isolado em apenas aproximadamente 1/4 destes indivíduos, indicando altas taxas de comorbidade. Os nossos dados vão ao encontro do observado previamente em estudo multicêntrico, demonstrando um risco maior de transtornos por uso de álcool em indivíduos com outros diagnósticos psiquiátricos comuns, como transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada (MCGRATH et al., 2020).

Diferentemente do que ocorreu com o uso de álcool, a taxa de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas foi aproximadamente duas vezes maior na coorte mais jovem (3,8% e 9,1%, respectivamente). O incremento da proporção de uso de substância na coorte de 1994 se deveu, principalmente, ao uso aumentado de: canabinoides (3,8 vezes maior); estimulantes (7 vezes maior); alucinógenos (9 vezes maior); e solventes voláteis (12 vezes maior). Essas maiores taxas de uso estão relacionadas possivelmente a características próprias da faixa etária de 21/22 anos: final da adolescência, frequentando ensino superior, morando longe dos pais, e sob maior influência dos pares (KIRST et al., 2014). Essas características da amostra, embora inferidas, são corroboradas pelas menores taxas de trabalho remunerado, independência financeira e relacionamento afetivo da coorte mais jovem.

Além disso, o diagnóstico de uso de substâncias ocorreu isoladamente apenas em aproximadamente metade dos indivíduos acometidos, indicando significativa presença de comorbidades psiquiátricas. Os nossos achados corroboram os encontrados na coorte estadunidense “*All of Us*”, que identificou comorbidade significativa entre transtornos por uso de substâncias,

esquizofrenia e transtornos de humor, ansiedade, personalidade e relacionados ao estresse (BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022).

5.4 ASSOCIAÇÃO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Com relação ao sexo, observamos uma maior proporção de mulheres com diagnóstico psiquiátrico na primeira coorte, porém observamos proporções semelhantes entre mulheres e homens na segunda coorte. Esses dados apontam para um aumento da proporção de transtornos psiquiátricos em homens jovens.

Observamos que as taxas de escolaridade foram maiores na coorte mais jovem, quando considerados todos os indivíduos. Isso possivelmente reflete a mudança no sistema escolar brasileiro nas últimas décadas, que aumentou o acesso dos jovens às escolas e às universidades. Quando comparamos indivíduos com e sem transtornos mentais, houve diferença estatisticamente significativa em ambas as coortes na variável escolaridade, com favorecimento do grupo daqueles sem diagnóstico psiquiátrico. Esse dado é condizente com o que já foi descrito na literatura (BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022; ESCH et al., 2014). Notamos, entretanto, que na coorte de 1978/79, a magnitude dessa diferença foi maior: apenas 8,8% dos saudáveis pararam de estudar no ensino fundamental, enquanto 21,7% daqueles com transtornos psiquiátricos pararam nessa fase; no ensino superior, as proporções se invertem, sendo que 47,8% dos saudáveis o concluíram, contra 36% dos com transtorno mental. Já na análise da coorte de 1994, apesar de ter sido mantida a significância estatística, percebemos que as diferenças em escolaridade são menores. Diante dessa constatação, podemos inferir dois pontos. Primeiramente, o diagnóstico psiquiátrico pode ainda não ter tido um tempo de evolução suficiente para comprometer a conclusão dos estudos na coorte mais jovem, visto que indivíduos com 21/22 anos, mesmo que saudáveis, ainda estão comumente

estudando e que a diferença maior somente seria observável no futuro, após a 3ª década de vida, por exemplo. Em segundo lugar, podemos levantar a hipótese de que o sistema escolar brasileiro está se tornando progressivamente mais adaptado a acolher indivíduos com transtornos mentais, de forma que o abandono escolar esteja diminuindo nesse grupo de indivíduos.

Com relação ao estado civil, constatamos que os indivíduos saudáveis da coorte de 1978/79 tinham maiores taxas de vinculação afetiva do que aqueles com diagnóstico psiquiátrico. O inverso, no entanto, foi identificado na coorte mais jovem. Os dados na literatura (ANDRADE et al., 2012; BARR; BIGDELI; MEYERS, 2022; GUTIÉRREZ-ROJAS et al., 2020) corroboram os achados da coorte de 1978/79, porém não o da coorte de 1994. Consideramos que o achado da coorte de 1994 pode ter relação com aspectos culturais inerentes ao contexto brasileiro e à idade dos indivíduos. No caso da coorte mais jovem, temos transtornos psiquiátricos com início bastante precoce, já com prejuízos na escolarização. Isso pode direcionar culturalmente o indivíduo a buscar uma vinculação afetiva e formação de núcleos familiares próprios mais cedo. Os indivíduos saudáveis, por outro lado, estariam mais inclinados a investir em formação acadêmica e carreira profissional, deixando a construção de núcleos familiares para um momento mais tardio da vida. Ainda que os dados da literatura não possam corroborar essa hipótese, é digno de nota que foram utilizadas faixas etárias consideravelmente mais amplas nos estudos citados, ao passo que em nossa análise temos apenas indivíduos com 21/22 anos e 37/38 anos.

5.5 USO DE SERVIÇOS E SATISFAÇÃO COM A SAÚDE

O uso dos serviços de saúde também foi estimado pela nossa análise. Não houve diferença significativa no uso dos serviços de saúde em geral nos últimos 12 meses entre indivíduos com diagnóstico psiquiátrico e saudáveis. O uso de recursos especializados em saúde mental – estimados pelas consultas com psiquiatras, psicólogos ou ambos – foram significativamente maiores nos grupos com diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, mesmo dentre os indivíduos

com diagnóstico psiquiátrico, apenas 20% e 18,4%, respectivamente, consultaram com psiquiatra ou psicólogo. No município de São Paulo, foi reportado que 15,1% dos indivíduos com algum transtorno psiquiátrico tinham consultado com profissional de saúde mental (WANG et al., 2017). Apesar de levemente superiores, as taxas aqui relatadas são preocupantes, pois o tratamento psiquiátrico tem como base o atendimento com especialistas em saúde mental, embora possa ser realizado por profissionais de outras especialidades em quadros mais leves.

Dessa forma, podemos inferir que uma parcela significativa da nossa amostra não estava recebendo a atenção adequada para seus problemas de saúde mental no momento da avaliação. Esse é um reflexo da subutilização dos serviços de saúde mental pela população brasileira, seja por indisponibilidade dos serviços ou por desinformação do usuário sobre onde buscar ajuda. Apesar de termos no Brasil uma complexa Rede de Atenção Psicossocial estabelecida, ainda carecemos de profissionais especializados em saúde mental, especialmente em áreas mais pobres. Os serviços de saúde mental inseridos na comunidade – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – estão presentes em uma taxa de 0,86 CAPS para cada 100.000 habitantes, considerada adequada pelos parâmetros do Ministério da Saúde. Entretanto, há uma heterogeneidade de distribuição dessas unidades, prejudicando regiões mais pobres (RAZZOUK; CHELI CAPARROCE; SOUSA, 2020). O resultado da combinação desses fatores é o demonstrado em nosso estudo: apenas uma minoria dos indivíduos com transtornos psiquiátricos recebe atenção em saúde mental adequada.

Com relação à satisfação com a saúde, identificamos que a maioria dos indivíduos com diagnósticos psiquiátricos estavam insatisfeitos com a própria saúde (57,9% na coorte 1978/79 e 52,2% na coorte 1994), sendo esses valores significativamente diferentes dos observados nos indivíduos sem diagnóstico. A satisfação com a saúde, como avaliamos, é um desfecho autorrelatado que pode ser incluído no conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (REVICKI;

KLEINMAN; CELLA, 2014). Foram reportadas associações entre gravidade de sintomas psiquiátricos e desfechos autorrelatados pelos pacientes (PRIEBE et al., 2010). Baseado nesses conhecimentos, os resultados que encontramos vão ao encontro do que seria esperado, no qual indivíduos sem transtornos teriam desfechos autorrelatados ainda melhores. Todavia, comparações entre grupos com e sem diagnóstico psiquiátrico são escassas na literatura. Portanto, os dados reportados nesse estudo trazem uma importante contribuição para os estudos dessa classe de desfechos clínicos.

5.6 RISCO DE SUICÍDIO

A presença de risco de suicídio nos indivíduos com transtornos mentais demonstrou um aumento de 9,1 (coorte 78) e 5,6 (coorte 94) vezes em comparação com os indivíduos saudáveis. Além disso, a prevalência de tentativas de suicídio prévias à avaliação também foi mais de 5 vezes maior na população com algum transtorno mental. Esses dados vão ao encontro de uma meta-análise recente, que demonstrou um risco relativo de 7,5 para suicídio em indivíduos com transtornos mentais (TOO et al., 2019).

5.7 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE

No que diz respeito à análise da SRQ-20, o uso do ponto de corte sugerida pelo estudo de validação da versão brasileira (MARI; WILLIAMS, 1986) para os homens gerou valores de sensibilidade (coorte 1978/79: 64,4%; coorte 1994: 63,6%) e de especificidade (coorte 1978/79: 70,2%; coorte 1994: 67,4%) menores do que as observadas no estudo original. O uso do ponto de corte sugerido para mulheres, por outro lado, gerou valores de sensibilidade (coorte 1978/79: 80,4%; coorte 1994: 77,1%) e especificidade (coorte 1978/79: 66,5%; coorte 1994: 64,7%) mais próximas das obtidas por Mari, et al. Nossas taxas também foram inferiores às observadas em estudo realizado na cidade de Santa Cruz do Sul-RS (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008), que apontou para valores de sensibilidade de 86,3% e de especificidade de 89,3%.

Uma possível explicação para a discrepância de resultados é que, em ambos os estudos anteriores, os instrumentos adotados como padrão-ouro para o diagnóstico foram diferentes da MINI que utilizamos. Além disso, a SRQ-20 se propõe a avaliar transtornos mentais comuns na população, excluindo inclusive os transtornos psicóticos na versão utilizada. A MINI que utilizamos, por outro lado, inclui diagnósticos menos frequentes, como alguns transtornos de personalidade e transtornos psicóticos. Como a análise dos nossos dados englobou também indivíduos com esses diagnósticos menos comuns, a sensibilidade e a especificidade podem ter sido prejudicadas.

5.8 FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, os indivíduos avaliados foram aqueles que aceitaram o convite para participar da coleta de dados, que ocorreu em hospital terciário. Isso pode ter levado a um viés de seleção, no qual indivíduos com algum diagnóstico compareceram mais que os saudáveis. Por outro lado, indivíduos com sintomatologia aguda e grave, como sintomas psicóticos ou maníacos exuberantes, também não foram capazes de comparecer pela limitação causada pelo transtorno psiquiátrico. Sendo assim, a amostra pode não ter representado significativamente a população das coortes. Essa limitação metodológica foi minimizada pela ampla divulgação do recrutamento nas mídias e pela busca ativa realizada pelos pesquisadores. Ademais, a concordância das prevalências observadas neste estudo com outros estudos populacionais sugere que a amostragem foi adequada.

Outra limitação está no fato de que a população estudada corresponde a apenas a duas faixas etárias de adultos e adultos jovens de Ribeirão Preto. Apesar de não comprometer a validade interna do estudo, a validade externa pode ser prejudicada. Porém, o cotejo dos dados deste estudo com outros trabalhos nacionais e internacionais demonstrou consistência em grande parte das análises, sugerindo confiabilidade.

Como pontos fortes, este estudo utiliza como base duas coortes de nascimento, nas quais um número expressivo de indivíduos foi acompanhado ao longo do desenvolvimento. Na coleta de dados de 2016, objeto deste estudo, os diagnósticos psiquiátricos foram obtidos através de entrevista estruturada por profissionais treinados. A utilização da MINI permitiu a avaliação de um amplo espectro diagnóstico. Dessa forma, foi possível avaliar as prevalências gerais e de comorbidades psiquiátricas de forma confiável nas amostras. As informações geradas por este estudo podem servir de direcionamento para planejamento de políticas públicas de saúde mental não somente na região de Ribeirão Preto, mas também em outras regiões brasileiras com características semelhantes. Além disso, este estudo contribui para reduzir a escassez de estudos epidemiológicos em psiquiatria no Brasil.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de transtornos mentais em indivíduos adultos (38/39 anos) e jovens (22 anos) procedentes da cidade de Ribeirão Preto é elevada, apresentando taxas semelhantes entre as faixas etárias estudadas, com um indicativo de aumento da prevalência entre homens jovens. Ademais, a comorbidade (mais de um diagnóstico psiquiátrico) é frequente. Em particular, os diagnósticos específicos mais comumente identificados - transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada – também foram os mais frequentemente comórbidos.

Problemas de uso de álcool e outras substâncias psicoativas figuraram como um diagnóstico secundário frequente. Ressalta-se que, embora os diagnósticos específicos tenham, na sua grande maioria, apresentados prevalências semelhantes entre as coortes, observou-se uma frequência significativamente maior de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas entre os mais jovens.

O uso do SRQ-20 como instrumento de rastreio pode ter utilidade em algumas situações específicas, haja vista que foram identificados valores de sensibilidade e especificidades satisfatórios.

Os dados aqui reportados confirmam a associação de transtornos mentais com insatisfação com a saúde e, principalmente, maior risco de suicídio, além da associação com indicadores de maior vulnerabilidade social, como menor escolaridade e dependência financeira. Embora esses resultados apontem para o impacto negativo dos transtornos mentais tanto para o indivíduo, como para a sociedade, apenas uma pequena parcela dos indivíduos diagnosticados com algum transtorno mental passaram por avaliação de profissional de saúde mental nos 12 meses anteriores.

Tomados em conjunto, esses dados reforçam a necessidade de incremento das políticas públicas em Saúde Mental de maneira a facilitar o acesso a cuidados adequados em saúde. Diante da escassez de recursos

humanos e financeiros, esses dados podem contribuir para o planejamento e priorização de ações em Saúde Mental da região de Ribeirão Preto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar; DE JESUS MARI, Jair; COUTINHO, Evandro; FRANÇA, Josimar Farias; FERNANDES, Jefferson; ANDREOLI, Sérgio Baxter; BUSNELLO, Ellis D'Arrigo. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 171, n. 6, p. 524–529, 1997. DOI: 10.1192/bjp.171.6.524.

AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 106–115, 2000. DOI: 10.1590/s1516-44462000000300003.

ANDRADE, Laura Helena et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 7, n. 2, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0031879.

ARNETT, Jeffrey J.; ŽUKAUSKIENE, Rita; SUGIMURA, Kazumi. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: Implications for mental health. **The Lancet Psychiatry**, [S. l.], v. 1, n. 7, p. 569–576, 2014. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00080-7.

BARR, Peter B.; BIGDELLI, Tim B.; MEYERS, Jacquelyn L. Prevalence, Comorbidity, and Sociodemographic Correlates of Psychiatric Diagnoses Reported in the All of Us Research Program. **JAMA Psychiatry**, [S. l.], v. 79, n. 6, p. 622, 2022. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0685. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2791252>.

BARROS, Regis Eric Maia; DE AZEVEDO MARQUES, João Mazzoncini; SANTOS, Jair Lício Ferreira; ZUARDI, Antonio Waldo; DEL-BEN, Cristina Marta. Impact of length of stay for first psychiatric admissions on the ratio of readmissions in subsequent years in a large Brazilian catchment area. **Social**

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, [S. l.], v. 51, n. 4, p. 575–587, 2016. DOI: 10.1007/s00127-016-1175-x.

BIJL, R. V.; RAVELLI, A.; VAN ZESSEN, G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S. l.], v. 33, n. 12, p. 587–595, 1998. DOI: 10.1007/s001270050098.

BORSBOOM, Denny. A network theory of mental disorders. **World Psychiatry**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 5–13, 2017. DOI: 10.1002/wps.20375. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20375>.

CONFORTIN, Susana Cararo et al. RPS Brazilian Birth Cohort Consortium (Ribeirão Preto, Pelotas and São Luís): History, objectives and methods. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 37, n. 4, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00093320.

DE AZEVEDO MARQUES, João Mazzoncini; ZUARDI, Antonio W. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. **General Hospital Psychiatry**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 303–310, 2008. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.02.001.

DOS SANTOS, Élem Guimarães; DE SIQUEIRA, Marluce Miguel. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010. DOI: 10.1590/S0047-20852010000300011.

EATON, W. W.; REGIER, D. A.; LOCKE, B. Z.; TAUBE, C. A. The epidemiologic catchment area program of the national institute of mental health. **Public Health Reports**, [S. l.], v. 96, n. 4, p. 319–325, 1981.

ESCH, Pascale; BOCQUET, Valéry; PULL, Charles; COUFFIGNAL, Sophie; LEHNERT, Torsten; GRAAS, Marc; FOND-HARMANT, Laurence; ANSSEAU, Marc. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 237, 2014. DOI: 10.1186/s12888-014-0237-4. Disponível em: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0237-4>.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200017.

GUTIÉRREZ-ROJAS, Luis; PORRAS-SEGOVIA, Alejandro; DUNNE, Henry; ANDRADE-GONZÁLEZ, Nelson; CERVILLA, Jorge A. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 657–672, 2020. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0650. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000600657&tIng=en.

HARDING, T. W.; CLIMENT, C. E.; DE ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R. Srinivasa; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 231–241, 1980. DOI: 10.1017/S0033291700043993.

IBGE. **Projeções da População**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 18 jan. 2023.

IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 2022. Disponível

em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=resultados>. Acesso em: 18 jan. 2023.

JARVIS, Edward. **Insanity and Idiocy in Massachusetts**. [s.l.] : Harvard University Press, 1971. DOI: 10.4159/harvard.9780674181182. Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.4159/harvard.9780674181182/html>

KESSLER, Ronald C.; AMMINGER, G. Paul; AGUILAR-GAXIOLA, Sergio; ALONSO, Jordi; LEE, Sing; ÜSTÜN, T. Bedirhan. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. **Current Opinion in Psychiatry**, [S. l.], v. 20, n. 4, p. 359–364, 2007. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.

KIRST, Maritt; MECREDY, Graham; BORLAND, Tracey; CHAITON, Michael. Predictors of Substance Use Among Young Adults Transitioning Away from High School: A Narrative Review. **Substance Use & Misuse**, [S. l.], v. 49, n. 13, p. 1795–1807, 2014. DOI: 10.3109/10826084.2014.933240. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10826084.2014.933240>.

LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, D. V.; WEILLER, E.; AMORIM, P.; BONORA, I.; SHEEHAN, K. Harnett; JANAVALS, J.; DUNBAR, G. C. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. **European Psychiatry**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 224–231, 1997. DOI: 10.1016/S0924-9338(97)83296-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8).

LOPES, Marcos A.; HOTOTIAN, Sergio R.; BUSTAMANTE, Sonia E. Z.; AZEVEDO, Dionísio; TATSCH, Mariana; BAZZARELLA, Mário C.; LITVOC, Júlio; BOTTINO, Cássio M. C. Prevalence of cognitive and functional impairment in a community sample in Ribeirão Preto, Brazil. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. 770–776, 2007. DOI:

10.1002/gps.1737.

LUND, Crick; BREEN, Alison; FLISHER, Alan J.; KAKUMA, Ritsuko; CORRIGALL, Joanne; JOSKA, John A.; SWARTZ, Leslie; PATEL, Vikram. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science and Medicine**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 517–528, 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>.

MARI, Jair De Jesus; WILLIAMS, Paul. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire. **British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 148, p. 23–27, 1986.

MARINHO, Fatima et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, [S. l.], v. 392, n. 10149, p. 760–775, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2.

MCGRATH, J. J. et al. Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, [S. l.], v. 29, p. e153, 2020. DOI: 10.1017/S2045796020000633. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2045796020000633/type/journal_article.

MEZZICH, Juan E. Epidemiology and diagnostic systems in psychiatry. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 90, n. s385, p. 61–65, 1994. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05915.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05915.x>.

MORGADO, Anastácio Ferreira; COUTINHO, Evandroda Silva Freire. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 327–347, 1985. DOI:

10.1590/S0102-311X1985000300006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000300006&lng=pt&tlng=pt.

MOSCOVICI, Leonardo; BALCO, Estenifer M.; DEGANI, Natalia C.; BOLSONI, Livia M.; MARQUES, João M. A.; ZUARDI, Antonio W. Associations between primary health care strategies and outcomes of mental disorders. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 360–366, 2020. DOI: 10.1590/1516-4446-2019-0659.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall et al. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de saúde pública**, [S. l.], v. 36, n. 2, p. e00154319, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00154319.

ORGANIZATION, World Health. **Investing in mental health: evidence for action**. [s.l.] : World Health Organization, 2013.

OSINAGA, Vera Lucia Mendiondo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Licio Ferreira. Users of three psychiatric services: Profile and opinion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 70–77, 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000100011.

PATEL, Vikram; FLISHER, Alan J.; HETRICK, Sarah; MCGORRY, Patrick. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, [S. l.], v. 369, n. 9569, p. 1302–1313, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7.

PRIEBE, Stefan et al. Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. **Schizophrenia Research**, [S. l.], v. 121, n. 1–3, p. 251–258, 2010. DOI: 10.1016/j.schres.2009.12.020. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.020>.

RAZZOUK, D.; CHELI CAPARROCE, D.; SOUSA, A. Community-based mental health services in Brazil. **Consortium Psychiatricum**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 60–70, 2020. DOI: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70>.

REHM, Jürgen; SHIELD, Kevin D. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. **Current Psychiatry Reports**, [S. l.], v. 21, n. 2, 2019. DOI: 10.1007/s11920-019-0997-0.

REVICKI, Dennis A.; KLEINMAN, Leah; CELLA, David. A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 127–135, 2014. DOI: 10.31887/DCNS.2014.16.2/drevicki. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2014.16.2/drevicki>.

ROBINS, Lee N. Psychiatric Epidemiology. **Archives of General Psychiatry**, [S. l.], v. 35, n. 6, p. 697, 1978. DOI: 10.1001/archpsyc.1978.01770300039003. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1978.01770300039003>.

ROBINS, Lee N. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. **Archives of General Psychiatry**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 381, 1981. DOI: 10.1001/archpsyc.1981.01780290015001. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1981.01780290015001>.

SHEEHAN, David V.; LECRUBIER, Yves; SHEEHAN, K. Harnett; AMORIM, Patricia; JANAVS, Juris; WEILLER, Emmanuelle; HERGUETA, Thierry; BAKER, Roxy; DUNBAR, Geoffrey C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **Journal of Clinical Psychiatry**, [S. l.], v. 59,

n. SUPPL. 20, p. 22–33, 1998.

SILVA, Nelma Nunes Da; FAVACHO, Veronica Batista Cambraia; BOSKA, Gabriella de Andrade; ANDRADE, Emerson da Costa; MERCES, Neuri Pires Das; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira De. Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. 4, p. e20180834, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0834. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400301&tIng=en.

TOHEN, Mauricio; BROMET, Evelyn; MURPHY, Jane M.; TSUANG, Ming T. Psychiatric Epidemiology. **Harvard Review of Psychiatry**, Chichester, UK, v. 8, n. 3, p. 111–125, 2000. DOI: 10.1080/hrp_8.3.111. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470515167.ch25>.

TOO, Lay San; SPITTAL, Matthew J.; BUGEJA, Lyndal; REIFELS, Lennart; BUTTERWORTH, Peter; PIRKIS, Jane. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 259, n. March, p. 302–313, 2019. DOI: 10.1016/j.jad.2019.08.054. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>.

VIANA, Maria Carmen; TEIXEIRA, Marlene Galativicis; BERALDI, Fidel; BASSANI, Indaiá De Santana; ANDRADE, Laura Helena. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 375–386, 2009. DOI: 10.1590/S1516-44462009000400016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400016&lng=en&tIng=en.

VOS, Theo et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years

lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, [S. l.], v. 390, n. 10100, p. 1211–1259, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2. Disponível em:

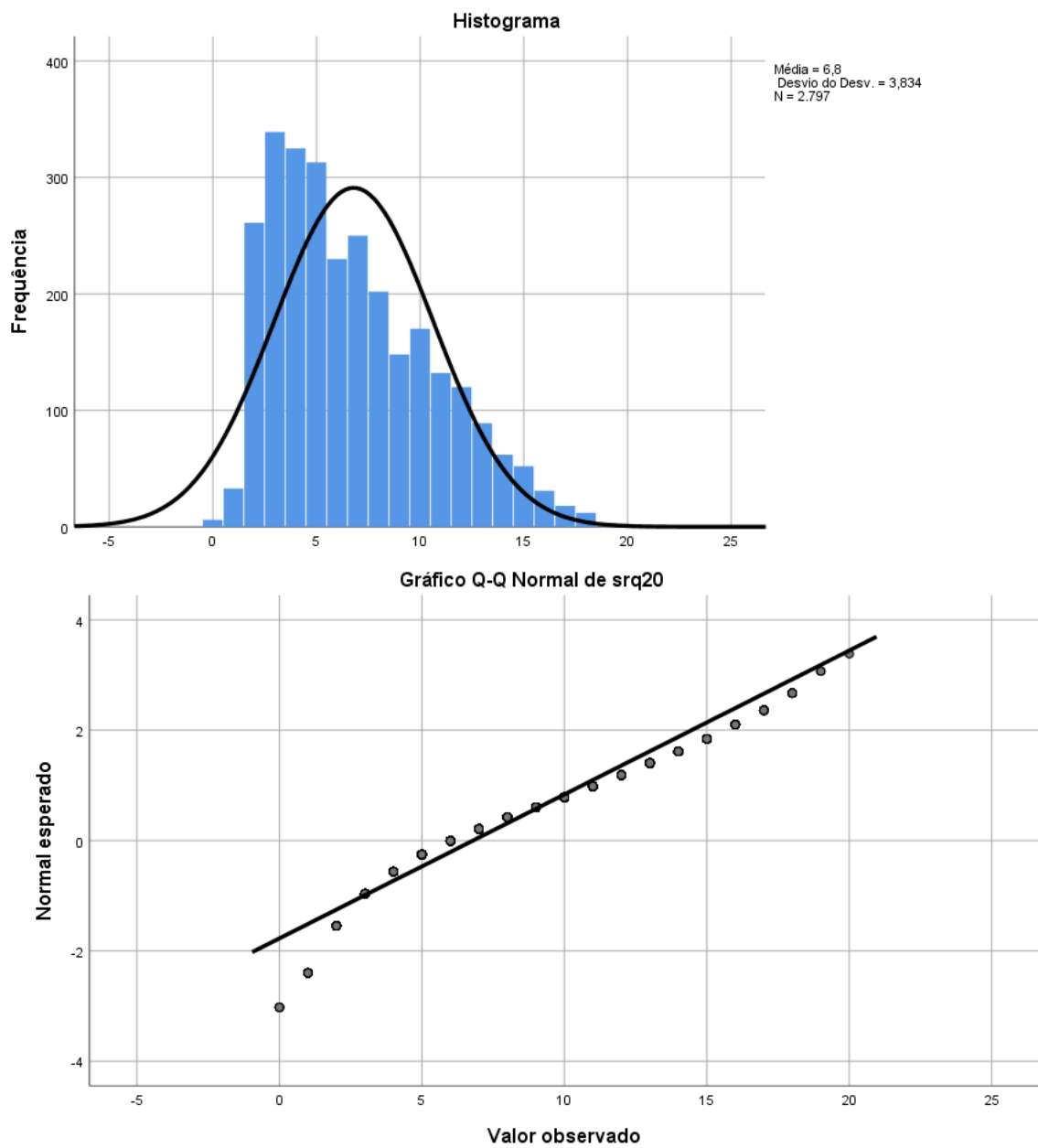
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617321542>.

WANG, Y. P.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; CAMPANHA, A. M.; MALIK, A. M.; MOGADOURO, M. A.; CAMBRAIA, M.; VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 89–101, 2017. DOI: 10.1017/S2045796016000202.

WEISSMAN, M. Translating epidemiology in psychiatry: The future is here. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 167–169, 2012. DOI: 10.1017/S2045796012000054.

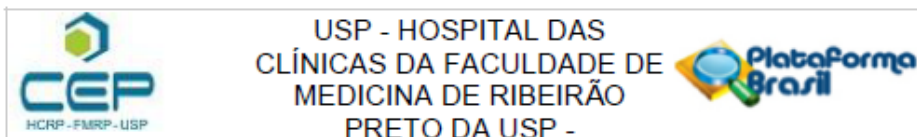
APÊNDICE

APÊNDICE A – Histograma e gráfico QQ da SRQ-20



ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP “PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM DUAS COORTES DE NASCIMENTO DE RIBEIRÃO PRETO – SP”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM DUAS COORTES DE NASCIMENTO DE RIBEIRÃO PRETO - SP

Pesquisador: Luis Felipe Scarabelot

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49992521.3.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.879.293

Apresentação do Projeto:

Este projeto terá desenho transversal baseado em dados coletados a partir de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto - SP. As coortes estudadas fazem parte do consórcio de coortes de Ribeirão Preto - SP, Pelotas - RS e São Luís - MA (RPS). As coortes estudadas são as que tiveram início em 1978/1979 e em 1994, na localidade de Ribeirão Preto (SP).

Objetivo da Pesquisa:

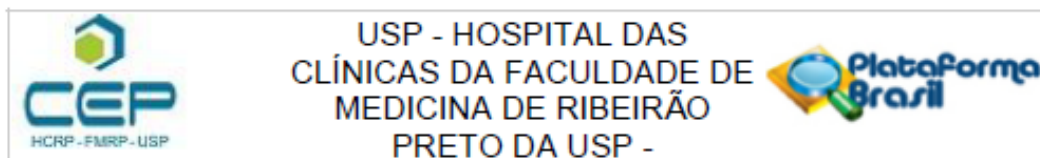
Descrever a prevalência de transtornos mentais em amostras brasileiras de adultos e adultos jovens

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O principal risco deste estudo é o vazamento de dados dos indivíduos participantes da pesquisa. Como os dados já estão coletados e não haverá novo contato com os pacientes, não se aplicam riscos inerentes a esses processos.

Benefícios: A utilização de dados provenientes das coortes de nascimento podem trazer benefícios no âmbito da saúde pública, fornecendo insumos para que gestores de saúde locais possam planejar e fortalecer políticas de saúde mental. Dessa forma, tornam-se possíveis aprimoramentos no cuidado em saúde mental da população regional.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.879.293

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto terá desenho transversal baseado em dados coletados a partir de duas coortes de nascimento de Ribeirão Preto - SP. As coortes estudadas fazem parte do consórcio de coortes de Ribeirão Preto - SP, Pelotas - RS e São Luís - MA (RPS). As coortes estudadas são as que tiveram início em 1978/1979 e em 1994, na localidade de Ribeirão Preto (SP).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados. Solicita a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois este projeto se dará pelo uso de banco de dados, de acordo com descrito anteriormente, e como não há contato mantido com os participantes

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

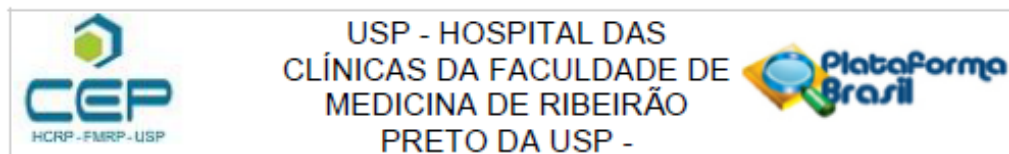
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1710630.pdf	22/07/2021 13:27:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_cep2.docx	22/07/2021 13:26:25	Luis Felipe Scarabelot	Aceito
Outros	carta_anuencia_assinada.docx	22/07/2021 11:36:15	Luis Felipe Scarabelot	Aceito
Outros	Dispensa_upc.pdf	22/07/2021 11:34:28	Luis Felipe Scarabelot	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	carta_dispenza_tcle.pdf	12/04/2021 09:51:35	Luis Felipe Scarabelot	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.879.293

Justificativa de Ausência	carta_dispenza_tcle.pdf	12/04/2021 09:51:35	Luis Felipe Scarabelot	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	12/04/2021 09:43:55	Luis Felipe Scarabelot	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

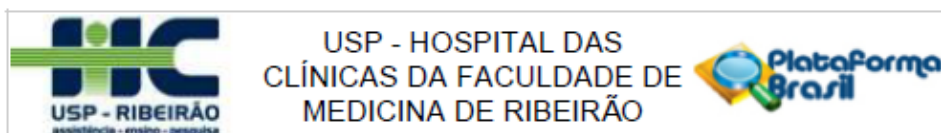
Não

RIBEIRAO PRETO, 02 de Agosto de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP “DETERMINANTES AO LONGO DO CICLO VITAL DA OBESIDADE, PRECURSORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, CAPITAL HUMANO E SAÚDE MENTAL”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Determinantes ao longo do ciclo vital da obesidade, precursores de doenças crônicas, capital humano e saúde mental

Pesquisador: Marco Antonio Barbieri

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45485915.7.0000.5440

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RPUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.998.903

Apresentação do Projeto:

A presente proposta tem como foco desfechos relacionados à nutrição, à composição corporal, aos precursores de doenças crônicas, à saúde mental e ao capital humano. As principais exposições incluem condições dos primeiros anos de vida (prematuidade, restrição do crescimento intrauterino, amamentação, subnutrição na infância, etc.), exposições ambientais e sociais precoces, com ênfase nas desigualdades socioeconômicas e características genéticas.

Objetivo da Pesquisa:

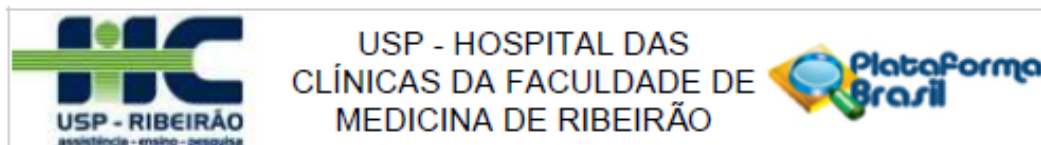
-Investigar, dentro de cada coorte, determinantes precoces da saúde na infância, adolescência e vida adulta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os questionários podem conter algumas perguntas que causem incômodo ao responder. A coleta de sangue pode causar algum desconforto, mas serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra.

Benefícios: Os resultados das avaliações através de questionários, equipamentos ou exames laboratoriais não são informados rotineiramente aos indivíduos, por não terem validade diagnóstica. Por outro lado, indivíduos que apresentam resultados que sejam indicativos de problemas relevantes de saúde são orientados a procurar o serviço de saúde para avaliação diagnóstica e conduta. Resultados que possam ter interesse para o indivíduo ou importância

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.998.903

prática para a vida diária (p. ex., peso, altura, IMC, percentual de gordura corporal) são informados diretamente ao indivíduo ou ao seu cuidador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda para correção de parecer. A pesquisa já se encontra aprovada por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Versão 2 - 21/09/2015, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 2 - 09/09/2015 e o Termo de consentimento Livre e esclarecido para Guarda de Material biológico versão 2 data 11/09/2015 podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

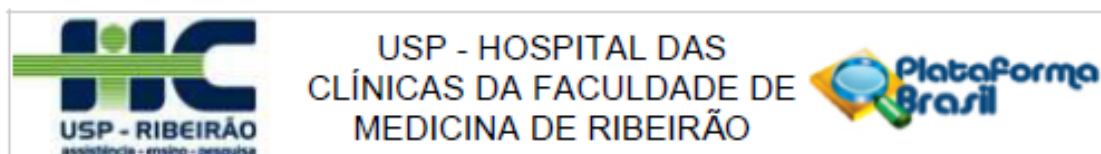
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_828358_E1.pdf	24/10/2018 14:42:38		Aceito
Outros	carta_correcao_parecer.pdf	24/10/2018 14:40:45	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao2.docx	21/09/2015 16:21:15	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Folha de Rosto	Doc3.pdf	15/09/2015 16:20:29	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório /	biorrepositorio.pdf	15/09/2015 16:15:08	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.998.903

Biobanco	biorepositorio.pdf	15/09/2015 16:15:08	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Outros	Carta_resposta_cep.pdf	15/09/2015 14:50:21	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_biorepositorio.doc	15/09/2015 14:42:22	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/09/2015 15:32:47	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	11/09/2015 13:53:40	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	10/09/2015 14:09:55	Michelle Cristina da Silveira Murari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Novembro de 2018

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br