

**CENTRO DE ESTATÍSTICA APLICADA CEA USP
RELATÓRIO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA CÓDIGO 07P19**

TÍTULO: Estudo Epidemiológico dos Transtornos Psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo: Utilização de serviços de saúde e medicamentos.

PESQUISADOR: Laura Helena Silveira Guerra de Andrade e Maria Carmen Viana.

INSTITUIÇÕES: Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica - Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FINALIDADE: Publicação.

RESPONSÁVEIS PELA ANÁLISE: Chang Chiann, Fernando Itano e Fidel Beraldi.

REFERÊNCIA DESTE TRABALHO: Beraldi, F., Chiann, C. e Itano, F. **Relatório de Análise Estatística sobre o projeto** “Estudo Epidemiológico dos Transtornos Psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo: Utilização de serviços de saúde e medicamentos.”. São Paulo, IME-USP, 2007 (RAE – CEA – 07P19).

FICHA TÉCNICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRESTI, A. (2002). **Categorical data analysis**. 2 ed. New York: Wiley-Interscience.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.

ANDRADE, L., WALTERS, E., GENTIL FILHO, V. and LAURENTI, R.. (2002). Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 37, 316-325.

BUSSAB, W.O e MORETTIN, P.A. (2005). **Estatística Básica**. 5 ed. São Paulo: Saraiva. 526 p.

EGÜEZ, M.L.L.C. (1995). **Aspectos da estimativa de parâmetros em delineamentos complexos: aplicação no estudo de prevalência de transtornos mentais em São Paulo**. São Paulo. 118 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública – USP.

KESSLER, R.C., BERLUNG, P., CHIU, W.T., DEMLER, O., HEERINGA, S., HIRIPI, E., JIN, R., BETH, P.E., WALTERS, E.E., ZASLAVSKY, A. and ZHENG, H..(2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 13, 2, 69-92.

KISH; L. (1965). **Survey Sampling**. New York: John Wiley & Sons. 643 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1993). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas. 351 p.

PAULA, G. A. (2004). **Modelos de regressão: com apoio computacional.** São Paulo: IME-USP.

SILLER, A.B. and TOMPKINS, L. (2006). **The big four: analyzing complex sample survey data using SAS®, SPSS®, STATA®, and SUDAAN®.** Proceedings of the Thirty-first Annual SAS® Users Group International Conference: 26-29 March 2006; San Francisco. SAS Institute Inc; paper 172-31.

THORNICROFT, G. and MAINGAY, S. (2002). The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. **British Medical Journal**, 325: 608-609.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). **World Health Report 2001.** Geneva: WHO. 169 p.

ZIGMOND, A.S and SNAITH, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 67, 361-370.

PROGRAMAS COMPUTACIONAIS UTILIZADOS

ArcExplorer Versão 2.3;

Mapinfo versão 8;

Microsoft Access para Windows (versão 2007);

Microsoft Excel para Windows (versão 2007);

Microsoft Word para Windows (versão 2007);

MINITAB 14;

R 2.6.0;

SPSS 15.

TÉCNICAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS

Amostragem – Métodos Clássicos (09:010)

Análise Descritiva Unidimensional (03:010)

Análise Descritiva Multidimensional (03:020)

Regressão Logística (07:090)

ÁREA DE APLICAÇÃO

Medicina Epidemiologia (14:040)

ÍNDICE

RESUMO	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. DESCRIÇÃO DO ESTUDO	9
2.1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	9
2.2. PROCEDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA AMOSTRAGEM	11
2.3. TAMANHO DA AMOSTRA	12
2.3.1. SELEÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	13
2.4. CONTROLE DE QUALIDADE DA COLETA DE DADOS	18
2.5. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	19
2.5.1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	19
2.5.2. VARIÁVEIS DE DIAGNÓSTICO	20
2.5.3. VARIÁVEIS RELACIONADAS À FARMACOEPIDEMIOLOGIA	20
2.5.4. VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	21
3. OBJETIVOS	21
4. MODELO DE PONDERAÇÃO E PÓS-ESTRATIFICAÇÃO	22
5. ANÁLISE DESCRIPTIVA	24
5.1. DISTRIBUIÇÕES DE FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS COM MODELO DE PONDERAÇÃO E PÓS-ESTRATIFICAÇÃO	25
5.2. DISTRIBUIÇÕES DE FREQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS	27
5.3. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	31
5.4. SERVIÇOS ASSOCIADOS À SAÚDE MENTAL	38
6. ANÁLISE INFERENCIAL	46
6.1. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE	46
6.2. CONSULTA AO PSIQUIATRA	53
6.3. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	54
6.4. MEDICAMENTOS UTILIZADOS	56
6.4.1. FLUOXETINA	56
6.4.2. DIAZEPAM	56
6.4.3. RIVOTRIL	57

7.	CONCLUSÕES	57
8.	APÊNDICE	59
8.1.	TABELAS	59
8.2.	GRÁFICOS	72
8.3.	PROCEDIMENTO DA TABELA DE SELEÇÃO DE KISH.	73
8.4.	MODELOS AJUSTADOS.	74
8.4.1.	UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	74
8.4.2.	CONSULTA AO PSIQUIATRA	76
8.4.3.	UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	77
8.4.4.	UTILIZAÇÃO DE FLUOXETINA	79
8.4.5.	UTILIZAÇÃO DE DIAZEPAM	80
8.4.6.	UTILIZAÇÃO DE RIVOTRIL	81

RESUMO

O Estudo Epidemiológico dos Transtornos Psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo faz parte do estudo mundial *World Mental Health Survey* coordenado pela Organização Mundial de Saúde.

No Brasil, foram entrevistados 5.237 indivíduos com 18 anos ou mais de idade e residentes na Região Metropolitana de São Paulo. Utilizou-se como instrumento de pesquisa uma versão ampliada da entrevista *Composite International Diagnostic Interview* desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde.

O presente projeto tem como objetivos propor um modelo de ponderação e pós-estratificação para a obtenção de estimadores de prevalência dos indicadores de interesse, e identificar o padrão de serviços de saúde e medicamentos mais utilizados para problemas de saúde mental na Região Metropolitana de São Paulo, a partir dos dados obtidos no estudo referido.

O modelo de ponderação e pós-estratificação proposto mostrou-se eficaz para corrigir as diferenças nas probabilidades de seleção dos respondentes no processo de amostragem.

A chance de procura de serviços de saúde para problema de saúde mental é maior para indivíduo do sexo feminino, com mais de 55 anos, que tenha estudado mais de 12 anos e foi diagnosticado pela entrevista com transtorno bipolar. Os indivíduos com mais de 55 anos e diagnosticado pela entrevista com transtorno bipolar tem maior chance de consultar o psiquiatra para problemas de saúde mental.

Os transtornos que mais influenciam a chance de utilização de medicamentos para problemas de saúde mental são: Transtorno Bipolar e Depressão Unipolar. Além disso, mulheres têm maior chance de utilização do que homens e, em geral, o aumento na idade provoca um aumento na chance de utilização de medicamentos.

O pré-diagnóstico de Depressão Unipolar juntamente com Transtorno Bipolar e Uso de Álcool provocam um aumento na chance de utilização dos medicamentos Fluoxetina, Diazepam e Rivotril, enquanto o pré-diagnóstico de Outras Substâncias causa uma redução na chance de utilização de Fluoxetina. Além disso, mulheres têm mais chance de utilização de Fluoxetina em relação aos homens.

1. INTRODUÇÃO

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente. Ocorre, nos últimos 10 anos, principalmente a partir da observação de que os transtornos e problemas relacionados à saúde mental se tornaram a principal causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, indistintamente, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Thornicroft, Maingay, 2002; Sartorius et al, 1996; Lecrubier, Ustun, 1998). No mundo todo, os transtornos mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacitação, chegando a índices ao redor de 40% nas Américas (WHO, 2001).

O Estudo Epidemiológico dos Transtornos Psiquiátricos na Região Metropolitana de São Paulo (EETP-RMSP) faz parte do estudo mundial *World Mental Health Survey* (WMHS) coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O WMHS vem sendo realizado em vários países e contará com um banco de dados de mais de 200 mil entrevistas, permitindo comparações transculturais entre sociedades com diferentes níveis de desenvolvimento.

No estudo brasileiro (EETP-RMSP), foram entrevistados 5.237 indivíduos com 18 anos ou mais de idade e residentes na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). É o primeiro estudo a ser realizado em toda a RMSP em uma amostra probabilística da população geral domiciliada.

Utilizou-se como instrumento de pesquisa uma versão ampliada e expandida da entrevista *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) desenvolvida pela OMS. Esta versão da entrevista diagnóstica é composta por módulos diagnósticos centrais obrigatórios a todos os sujeitos entrevistados e módulos diagnósticos não obrigatórios e de fatores de risco, os quais são aplicados a uma parcela dos sujeitos, totalizando 43 módulos.

Neste trabalho busca-se estimar as prevalências dos transtornos psiquiátricos na população da região metropolitana de São Paulo, utilizando um modelo de ponderação e pós estratificação. Além disso, deseja-se caracterizar a utilização de serviços e medicamentos para problemas de saúde mental adotando modelos de regressão logística.

2. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

A seguir, são brevemente apresentados o planejamento e o desenvolvimento do EETP-RMSP.

2.1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

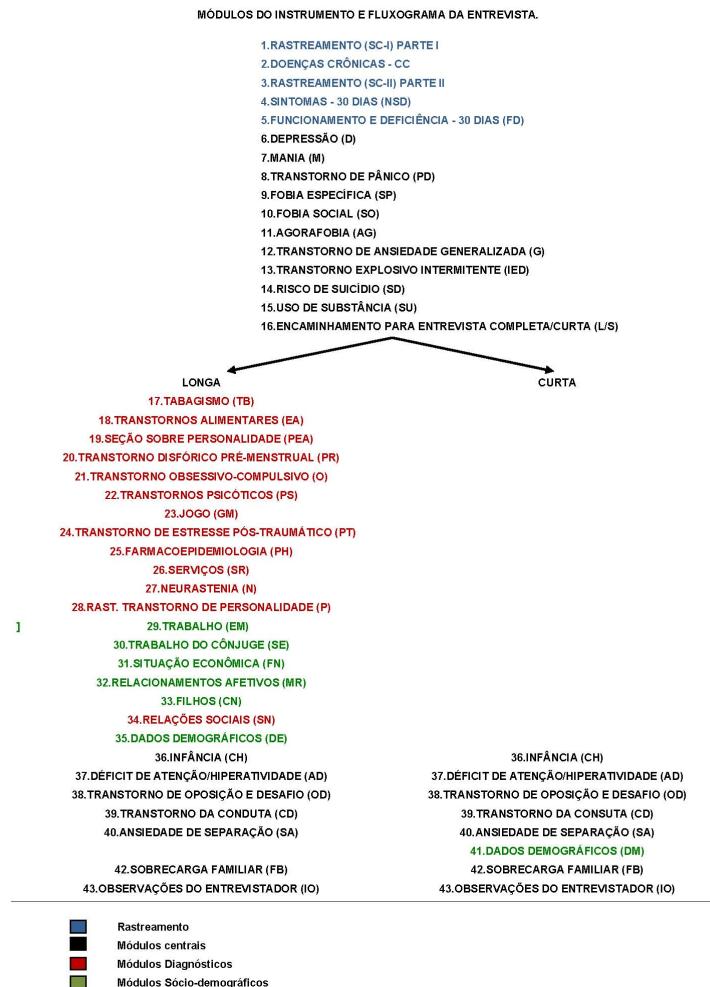
O instrumento utilizado no estudo é composto por módulos que avaliam diversos transtornos psiquiátricos, gerando índices de prevalência no decorrer da vida, nos últimos 12 meses e no último mês. Há módulos diagnósticos centrais, obrigatórios a todos os sujeitos entrevistados, e módulos diagnósticos não obrigatórios e de fatores de risco, os quais são aplicados a uma parcela dos sujeitos. Ainda, contém módulos que coletam informações sócio-demográficas, totalizando 43 módulos distribuídos em 503 páginas. Dessa forma, pode haver dois tipos de entrevista: curta e longa. A entrevista curta foi aplicada aos sujeitos que não apresentaram nenhum diagnóstico nos módulos centrais (casos negativos) e a entrevista longa foi aplicada aos sujeitos que apresentaram algum tipo de diagnóstico (casos positivos) nos módulos centrais. Os módulos considerados não-centrais juntamente com os demais formam a versão do questionário longo, que será administrado a todos os casos positivos para qualquer transtorno e a 25% dos casos negativos (controle).

A parte diagnóstica da entrevista, que avalia a morbidade psiquiátrica, é composta por módulos desenvolvidos a partir do CIDI, um instrumento diagnóstico estruturado e padronizado desenvolvido pela OMS e pela divisão de saúde mental do *National Institute of Health* (NIH) dos EUA, que já é amplamente utilizado no Brasil (Centro de Treinamento da OMS sediado na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP). Este instrumento permite a identificação de transtornos mentais e do comportamento provendo diagnósticos de acordo com as definições e critérios diagnósticos da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10; OMS, 1993), da OMS, e com a quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994) da Associação Psiquiátrica Americana. Foi projetado para ser aplicado por entrevistadores leigos previamente treinados no manejo do instrumento em entrevistas pessoais conduzidas (face-a-face) no domicílio dos indivíduos selecionados. A versão

original do CIDI foi modificada e expandida para a sua utilização no estudo *World Mental Health Survey* da OMS e essa nova versão é parte integrante do Instrumento de Avaliação do *World Mental Health Survey* (IA-WMHS).

A Figura 1 contém a listagem dos módulos (diagnósticos e não diagnósticos) que fazem parte do instrumento utilizado no estudo brasileiro, traduzido e adaptado para o português do Brasil a partir do IA-WMHS, e os possíveis tipos de entrevista. Neste trabalho serão analisados os módulos de Farmacoepidemiologia e Serviços de bens de saúde.

Figura 1: Módulos do Instrumento IA-WMHS e fluxograma da entrevista.



2.2. PROCEDIMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA AMOSTRAGEM

A população de interesse é composta pelos moradores da região Metropolitana de São Paulo que, de acordo com o censo de 2000 conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 17.878.703 habitantes, distribuídos em 8.629.680 homens e 9.249.023 mulheres. Desse total, 11.972.784 indivíduos têm 18 anos ou mais e vivem na área urbana, logo, elegíveis ao estudo. Essa região é composta por 39 municípios (Figura 2) que constituem 21.347 setores censitários (Figura 3), assim definidos pelo IBGE.

Figura 2. Região Metropolitana de São Paulo.

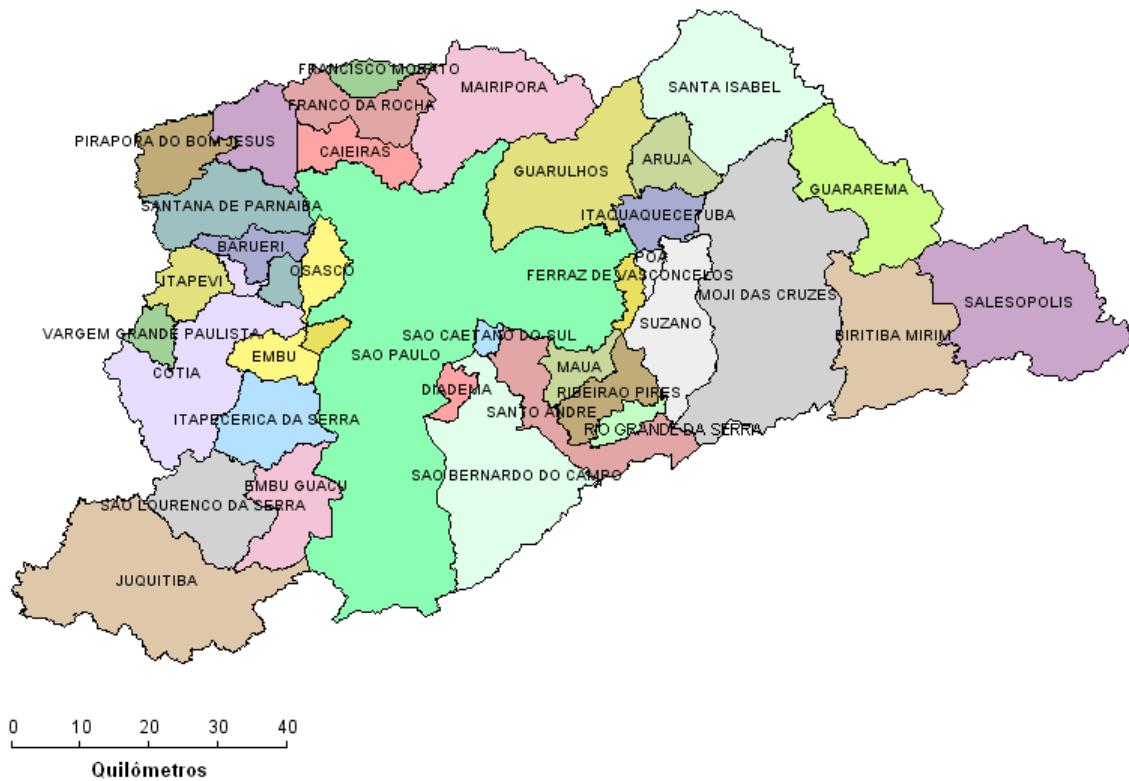
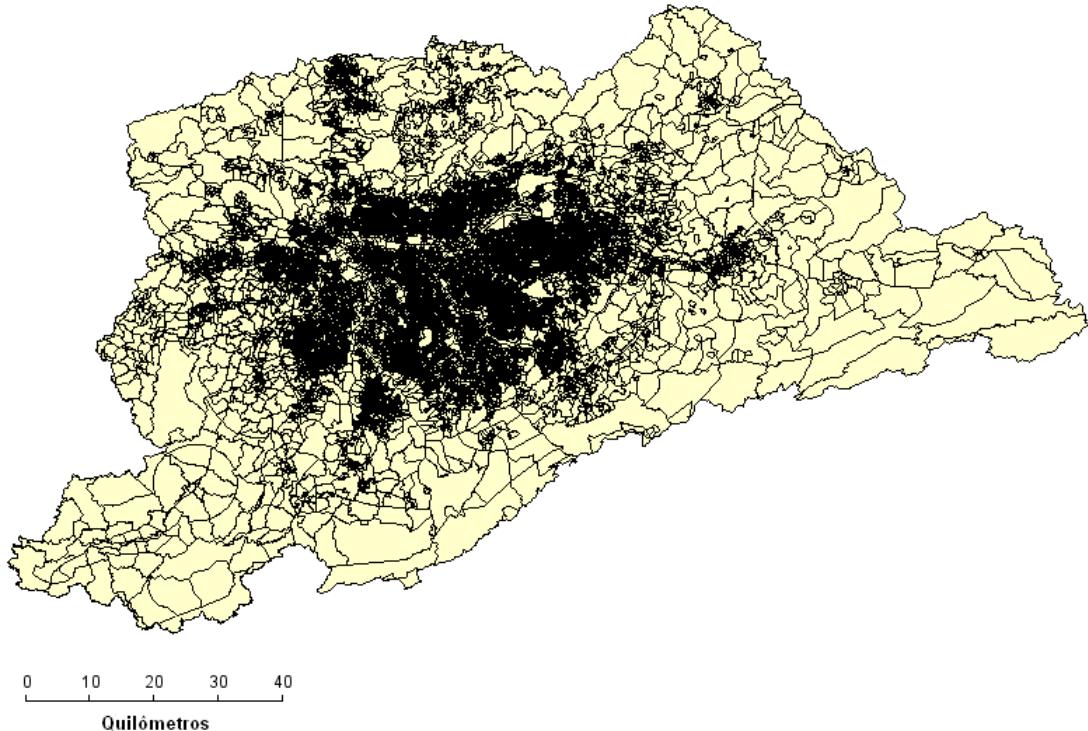


Figura 3. Setores Censitários da RMSP.



Um setor censitário é definido, pelo IBGE, como um agrupamento contíguo de aproximadamente 300 domicílios. Quanto menor a área do setor censitário, maior será a densidade populacional naquela área. Isto ocasiona a “mancha preta” na Figura 3.

2.3. TAMANHO DA AMOSTRA

Cada país contribuirá com um mínimo de 5000 entrevistas para a formação do banco de dados mundial do WMHS, conforme protocolo do WMH, com exceção dos países da Comunidade Européia onde 3000 indivíduos serão entrevistados em cada país.

Se o respondente for casado ou viver com parceiro em relação estável, o cônjuge passará por um processo de seleção aleatória para formar uma amostra de 500

cônjuges. Portanto, a amostra mínima proposta é de 4.500 respondentes principais e 500 cônjuges.

Foram sorteados 7700 indivíduos, considerando-se uma taxa esperada de não-resposta de 35%, de acordo com o *National Comorbidity Survey* (Kessler et al, 1994) e com o Estudo Epidemiológico na Área de Captação do Hospital das Clínicas de São Paulo (Andrade et al, 2002) .

No EETP-RMSP, em um número total de 5236 entrevistas realizadas, sendo 4.730 de respondentes principais e 506 cônjuges dos respondentes principais, a taxa de não-resposta total foi de 18%.

2.3.1. SELEÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Para a seleção dos respondentes utilizou-se um sistema de amostragem complexa em três estágios.

1º Estágio: Seleção dos Setores Censitários

Primeiramente, agruparam-se os setores censitários dentro de cada município por proximidade e por características econômicas, a partir das informações fornecidas pelo censo demográfico populacional realizado pelo IBGE na localidade (ano 2000), formando 1.540 conglomerados. Em cada conglomerado foi selecionado um setor censitário, com probabilidade proporcional à quantidade de setores em cada conglomerado. Na Figura 4 e 5, pode-se observar a localização dos setores censitários sorteados entre os 21.347 da RMSP. Na Figura 6, observa-se os mesmos setores censitários selecionados em cada um dos 39 municípios da RMSP.

Figura 4. Mapa da RMSP com demarcação dos setores censitários.

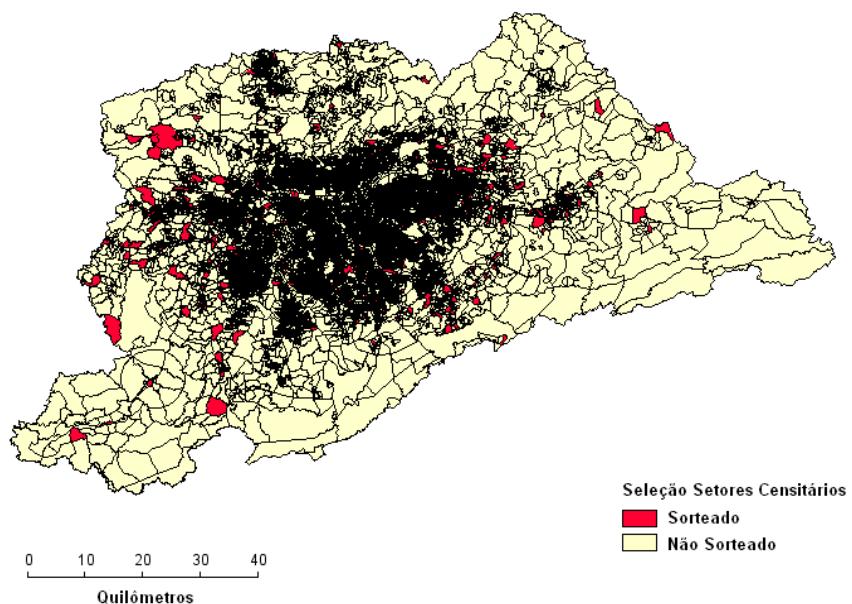


Figura 5. Mapa da RMSP sem demarcação dos setores censitários.

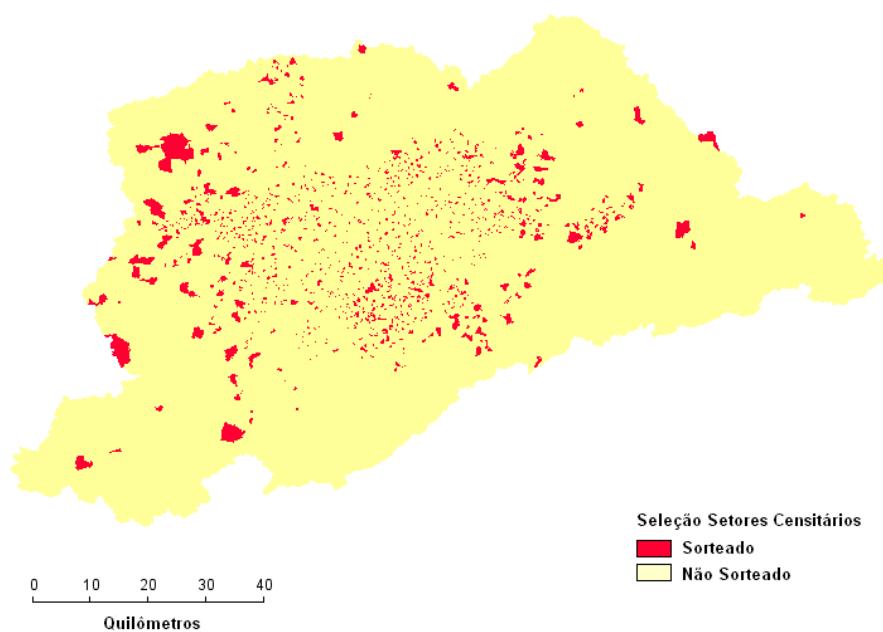
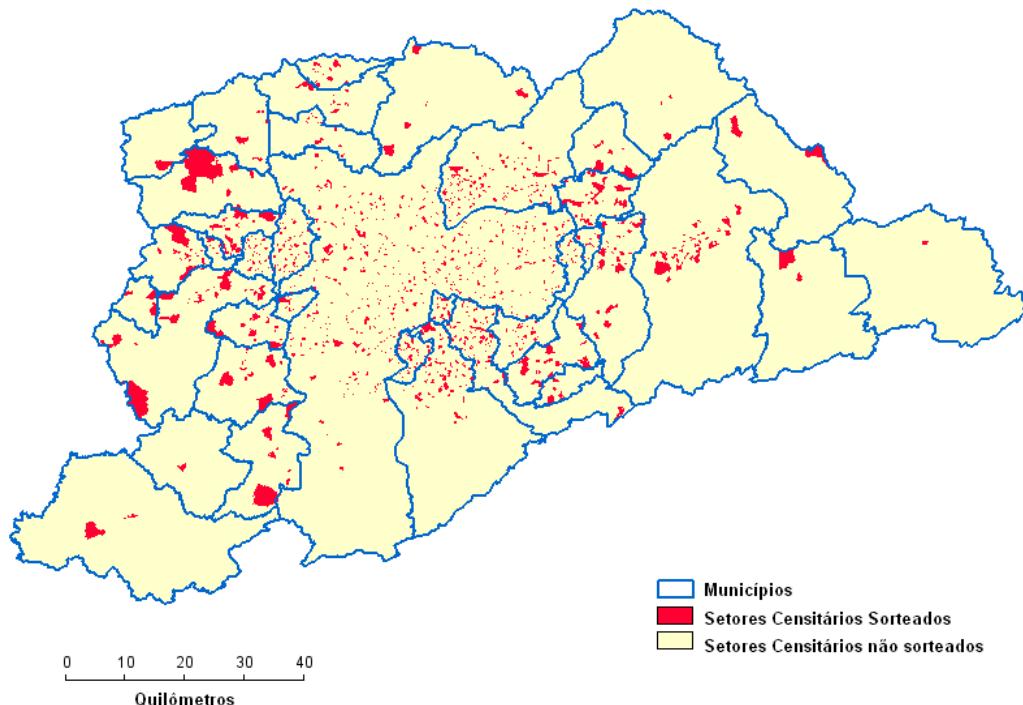


Figura 6. Mapa da RMSP com demarcação dos municípios.



2º Estágio: Seleção dos domicílios

Após o processo de arrolamento e seleção do quarteirão, foram selecionados cinco domicílios de forma sistemática dentro de cada setor censitário selecionado.

3º Estágio: Seleção dos Indivíduos

Uma vez selecionados os setores censitários e os domicílios, os indivíduos foram selecionados aleatoriamente de acordo com uma *Tabela de Seleção de Kish* (Kish, 1965, p.399). Esta tabela aponta ao entrevistador qual membro do domicílio deve ser selecionado dado o número de adultos elegíveis na residência. A listagem de moradores, obtida através dos formulários de arrolamento, garante uma representação probabilística em termos de idade e gênero. Em cada formulário de arrolamento encontra-se impressa uma das 12 tabelas de Kish utilizadas no estudo (seção 8.3). Esse procedimento visa diminuir a possibilidade de erro não-sistemático no processo de amostragem.

Todos os indivíduos selecionados passaram ainda por uma seleção para a aplicação da entrevista curta ou longa. (ver seção 2.1).

Nas Figura 7, 8 e 9, a seguir, podemos notar a semelhança entre a distribuição da população, densidade e número de entrevistas realizadas na RMSP.

A classificação da população foi realizada pelo vigésimo percentil, assim obtendo 5 intervalos. Analogamente para densidade e entrevistas realizadas.

Figura 7: Mapa da distribuição da população na RMSP.

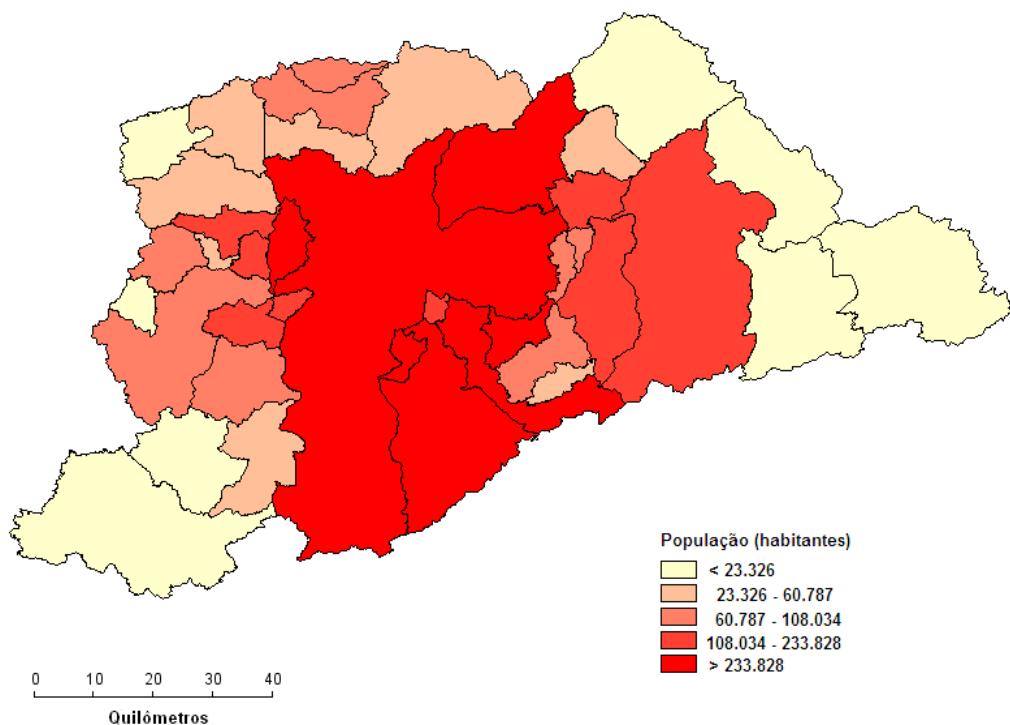


Figura 8: Mapa da densidade populacional na RMSP.

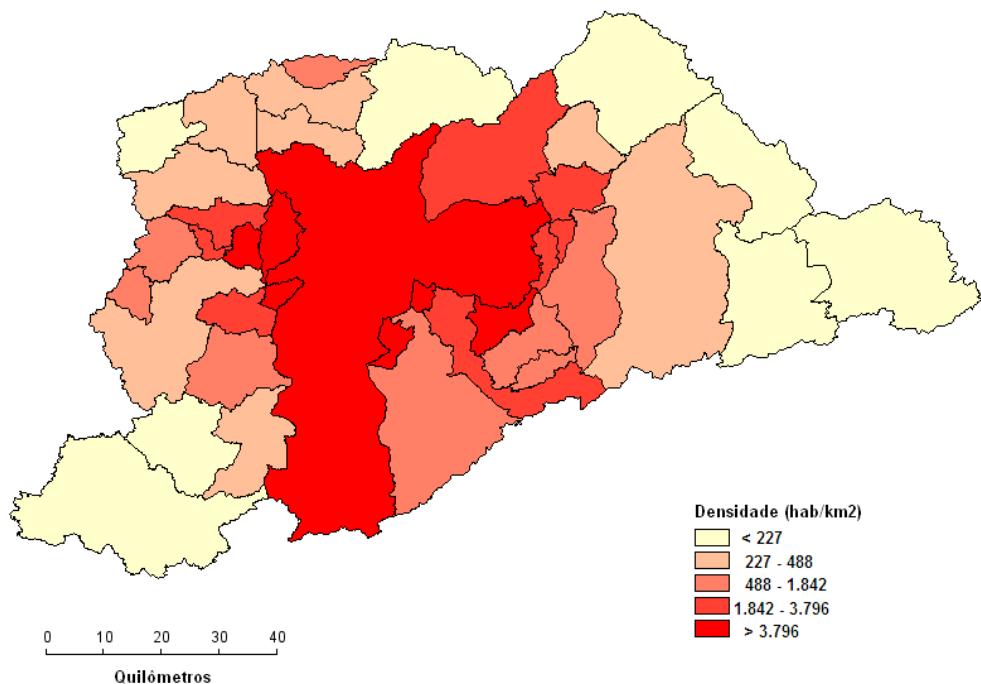
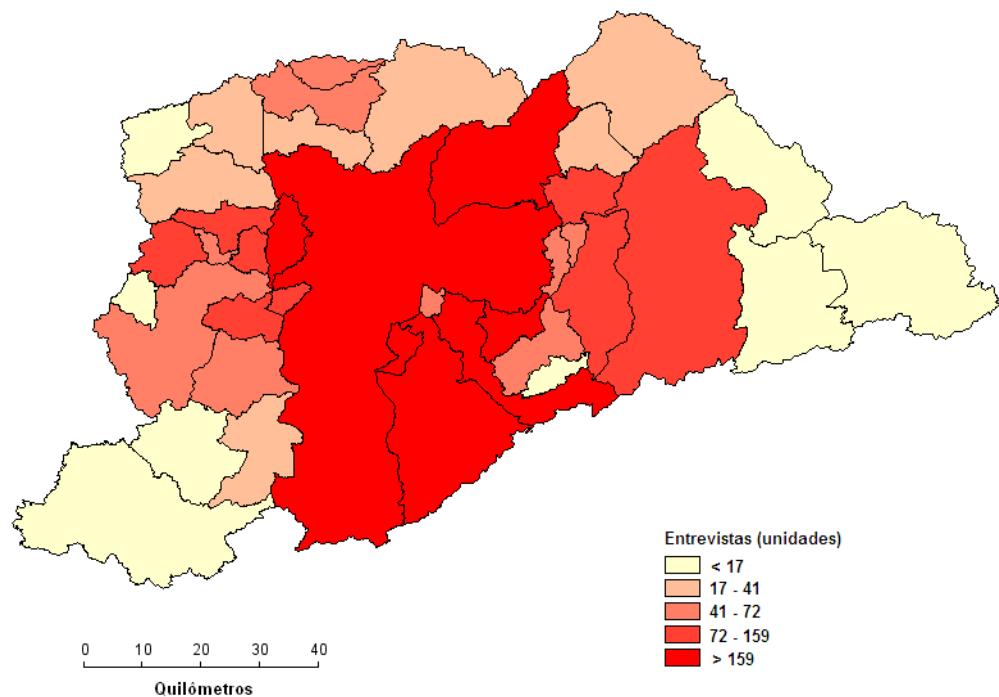
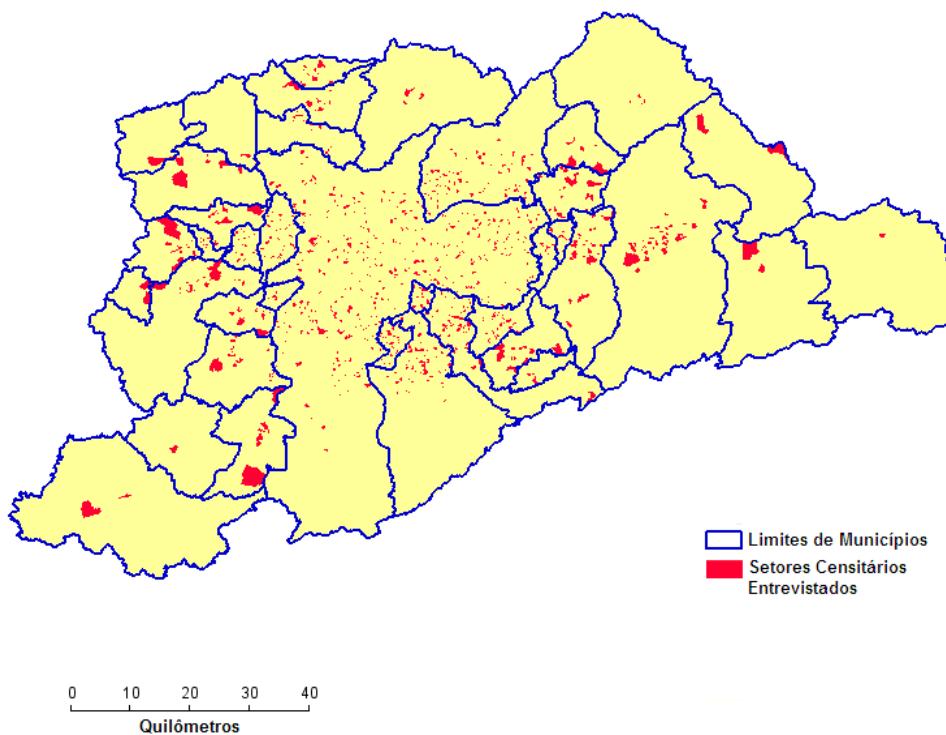


Figura 9: Mapa da distribuição das entrevistas na RMSP.



Na Figura 10, podemos observar a distribuição das entrevistas realizadas por município da RMSP.

Figura 10: Mapa da distribuição das entrevistas nos municípios da RMSP.



Na Figura 6 e Figura 10, pode-se comparar os setores censitários sorteados e entrevistados, respectivamente.

2.4. CONTROLE DE QUALIDADE DA COLETA DE DADOS

Um sistema de monitoramento de dados foi utilizado a fim de evitar erros não amostrais e monitorar a representatividade dos dados. Nesse sistema foram monitoradas variáveis como gênero, tipo de entrevista, nome do entrevistado, endereço, entre outras, para conferência prévia e posterior da informação que efetivamente obtida pela entrevista e para acompanhamento do fluxo da entrevista até a sua digitação.

Os dados contidos no instrumento de pesquisa foram duplamente digitados por digitadores diferentes. A dupla digitação assegurou a consistência dos dados, pois permitiu a comparação de ambas as digitações e posterior correção de inconsistências.

O tempo mediano de entrevista realizada foi de 1 hora e 20 minutos para entrevistas curtas e 2 horas e 45 minutos para entrevistas longas (Tabela 4 da seção 8.1).

No final das atividades de campo, 61% das entrevistas da amostra sorteada (7700) foi realizada, tendo 18% sem contato com o provável respondente (Tabela 5 da seção 8.1).

2.5. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis que serão analisadas neste trabalho foram divididas em 4 grupos:

2.5.1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Gênero (SC1.1)

Idade (SC1)

- A : 18 - 24 anos
- B : 25 - 34 anos
- C : 35 - 44 anos
- D : 45 - 54 anos
- E : 55 - 59 anos
- F : 60 - 69 anos
- G : 70 - 79 anos
- H : 80 - 120 anos

Escolaridade

- A : 14 ou mais anos de estudo
- B : 12 - 13 anos de estudo
- C : 9 - 11 anos de estudo
- D : 6 - 8 anos de estudo
- E : 4 - 5 anos de estudo
- F : 1 - 3 anos de estudo
- G : nunca estudou

Município

Setor Censitário

2.5.2. VARIÁVEIS DE DIAGNÓSTICO

Depressão (D27a)
Mania (M8)
Pânico (PD17a1)
Fobia Específica (SP16b)
Fobia Social (SO16b)
Agorafobia (AG15b)
Transtorno de Ansiedade Generalizada (G17c)
Transtorno Explosivo Intermítente (IED8.2)
Ideação Suicida (SD2)
Planos para cometer Suicídio (SD4.1)
Tentativa de Suicídio (SD6.1)
Uso de Substâncias (SU29.1)
Álcool (SU36_1)
Sedativos / Tranquilizantes (SU46a)
Estimulantes (SU46b)
Analgesicos (SU46c)
Maconha, Haxixe ou Skank (SU55b)
Cocaína (SU56b)
Outras (SU57b)

2.5.3. VARIÁVEIS RELACIONADAS À FARMACOEPIDEMIOLOGIA

Número de medicamentos consumidos com prescrição médica (PH1)
Número de medicamentos consumidos sem prescrição médica (PH2)
Consumo de pelo menos um medicamento para problemas de saúde mental nos últimos 12 meses (PH3.1)
Remédios consumidos nos últimos 12 meses (PH4M)

2.5.4. VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Hospitalização (SR2)

Hospitalização: número de ocorrências (SR8)

Profissional procurado (SR17)

3. OBJETIVOS

Dada a dimensão e complexidade dos dados coletados pela entrevista, este trabalho terá como principais objetivos :

- a) ***Propor um modelo de ponderação e pós-estratificação para a obtenção de estimadores de prevalência de modo a garantir a precisão dos resultados.***

Será proposto um modelo de ponderação e pós-estratificação para a obtenção de estimadores de prevalência em situações em que o delineamento é complexo, de modo a garantir a precisão dos resultados. O modelo consegue compensar as diferenças em probabilidade de seleção entre respondentes e domicílios com tamanhos variados (número de respondentes). A metodologia e o desenvolvimento do modelo de ponderação e pós-estratificação proposto encontram-se na seção 4.

- b) ***Descrever a distribuição da amostra nas variáveis sócio-demográficas e transtornos mentais identificados pela entrevista.***

As variáveis sócio-demográficas e de pré-diagnósticos serão analisadas aplicando o modelo de ponderação e pós-estratificação nas respostas dos respondentes principais. O objetivo é descrever o perfil sócio-demográfico e a distribuição dos transtornos mentais.

- c) ***Identificar o padrão de utilização de serviços de saúde e medicamentos pela população urbana e adulta residente na RMSP.***

O instrumento de pesquisa utilizado no EETP-RMSP fornece dois tipos de avaliação de serviços de saúde. O primeiro é específico para cada transtorno e o segundo é uma investigação global e detalhada da utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses. Além de permitir a avaliação da adequação e eficácia de tratamentos realizados, estas informações são fundamentais para subsidiar uma melhor formulação

de políticas públicas de saúde e entender a economia da saúde relacionada aos transtornos mentais e do comportamento. Esse módulo explora, ainda, barreiras para a obtenção de atenção à saúde e tratamento adequado e visa identificar padrões e marcadores de abandono do tratamento. Além do módulo sobre serviços, será utilizado, ainda, outro sobre farmacoepidemiologia. As informações provenientes desta avaliação permitirão comparar a prática clínica corrente com os protocolos de tratamento padronizados pelos órgãos e associações competentes e corroborados pela evidência científica.

4. MODELO DE PONDERAÇÃO E PÓS-ESTRATIFICAÇÃO

Os estudos mais comumente empregados na pesquisa epidemiológica para medir indicadores de prevalências utilizam avaliações complexas (*surveys complexos*), tal o caso da aferição de transtornos mentais com base populacional (EGÜEZ, 1995).

O modelo de ponderação proposto para estimar prevalências neste estudo faz uso de ponderação e pós-estratificação. Considerando o delineamento descrito na seção 2, o modelo e as análises serão aplicados nos 4730 respondentes principais, dado que a seleção do cônjuge é condicionada a outros fatores.

Sejam:

a_h : número de setores censitários no h-ésimo cluster.

n_i : número de domicílios no i-ésimo setor censitário.

e_j : número de pessoas elegíveis no j-ésimo domicílio.

Temos então que:

$$f_{hijk} = \frac{1}{a_h} \times \frac{5}{n_i} \times \frac{1}{e_j}$$

: probabilidade de seleção do k-ésimo indivíduo na amostra, dado

que pertence ao h-ésimo cluster, i-ésimo setor censitário e j-ésimo domicílio.

$h=1, \dots, 1540$ clusters.

$i=1, \dots, 21347$ setores censitários.

$j=1, \dots, 4730$ entrevistas.

A ponderação que vem compensar as diferenças nas probabilidades de seleção baseia-se no conjunto de pesos por delineamento. Para a $hijk$ -ésima unidade, o peso por delineamento é dado pelo inverso da probabilidade de ser incluída na amostra, como definido abaixo:

$$SW1_{hijk} = \frac{1}{f_{hijk}}$$

Observa-se que:

$$SW1_{hijk} = \text{Peso do cluster} \times \text{Peso do setor censitário} \times \text{Peso do domicílio}$$

E cada um desses pesos é dado pelo inverso da probabilidade de seleção da unidade amostral no respectivo cluster, setor censitário e domicílio.

Para a pós-estratificação, foram selecionadas as variáveis Gênero e Idade e construídas classes, por tratarem-se de fatores de confusão básicos para transtornos mentais e de dispor da desagregação segundo estas variáveis na informação sobre a população da área.

As variáveis foram definidas nos seguintes níveis:

- Gênero: Masculino e Feminino.
- Idade: (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-59, 60-69, 70-79, ≥ 80).

E assim foram construídas 16 classes da combinação das variáveis Gênero e Idade.

Sejam:

C_k : número de pessoas na k -ésima classe segundo o Censo.

S_k : tamanho da amostra observada que pertence à k -ésima classe dado pela freqüência ajustada por delineamento.

Então:

$$S_k = \sum_{hij \in k} SW1_{hij}$$

Com o somatório estendido a todas as pessoas entrevistadas que pertencem a k -ésima classe. A razão $W_k = C_k / S_k$ é o fator de correção de pós-estratificação para as observações da k -ésima classe dado por:

$$W_k = \frac{\text{tamanho da } k\text{-ésima classe populacional}}{\text{o soma das freqüências ponderadas na } k\text{-ésima classe}}$$

O peso final $SW2$ para cada observação é o produto dos anteriores.

$$SW2_{hijk} = SW1_{hij} \times W_k$$

$SW2_{hijk}$ = peso por delineamento x peso de pós-estratificação.

5. ANÁLISE DESCRIPTIVA

Estudaremos, na primeira parte da análise descritiva, a distribuição de freqüência segundo algumas características observadas através das variáveis demográficas, utilizando o modelo de ponderação e pós-estratificação proposto. Essas proporções serão comparadas com as informações do CENSO 2000 com o objetivo de avaliar a importância deste modelo de ponderação e pós-estratificação. Em seguida, estimaremos as prevalências dos transtornos, apresentados pelas variáveis de pré-diagnóstico, utilizando o modelo de ponderação e pós-estratificação. Além disso, verificaremos uma possível associação entre os pré-diagnósticos obtidos pelo questionário e as variáveis relacionadas à utilização de serviços de saúde e medicamentos relacionados à saúde mental.

5.1. DISTRIBUIÇÕES DE FREQÜÊNCIA DAS VRIÁVEIS DEMOGRÁFICAS COM MODELO DE PONDERAÇÃO E PÓS-ESTRATIFICAÇÃO

Utilizando o modelo de ponderação e pós-estratificação definido na seção 4, observou-se a distribuição de freqüência segundo as características, faixa etária, gênero e região, e comparou-se com os dados do Censo 2000 realizado pelo IBGE. Verifica-se que com a utilização do modelo de ponderação e pós-estratificação as proporções de indivíduos estimadas são muito próximas das proporções informadas pelo Censo 2000 (Tabela 1, 2 e 3).

Tabela 1: Distribuição de freqüência por faixa etária.

Faixa Etária	Não Ponderado		Ponderado	CENSO
	n	%	%	%
18-24	673	14,2	20,5	20,5
25-34	1041	22,0	25,8	25,8
35-44	1057	22,3	21,8	21,8
45-54	842	17,8	15,2	15,2
55-59	341	7,2	4,7	4,7
60-69	455	9,6	6,8	6,8
70-79	258	5,5	3,8	3,8
80-100+	63	1,3	1,3	1,3
Total	4730	100	100	100

Tabela 2: Distribuição de freqüência por gênero.

Gênero	Não Ponderado		Ponderado	CENSO
	n	%	%	%
Masculino	2055	43,4	47,2	47,2
Feminino	2675	56,6	52,8	52,8
Total	4730	100	100	100

Tabela 3: Distribuição de freqüência da amostra na RMSP.

Município	Não Ponderado		Ponderado	CENSO
	n	%	%	%
Arujá	25	0,50	0,30	0,30
Barueri	85	1,80	1,29	1,10
Biritiba-Mirim	10	0,19	0,11	0,11
Caieiras	38	0,73	0,42	0,37
Cajamar	22	0,42	0,18	0,25
Carapicuíba	157	3,00	1,85	1,85
Cotia	61	1,17	0,75	0,79
Diadema	166	3,17	1,74	1,95
Embu	104	1,99	1,22	1,08
Embu-Guaçu	25	0,48	0,26	0,29
Ferraz de Vasconcelos	66	1,26	0,78	0,72
Francisco Morato	69	1,32	0,86	0,65
Franco da Rocha	52	0,99	0,64	0,52
Guararema	9	0,17	0,06	0,10
Guarulhos	429	8,19	5,88	5,72
Itapecerica da Serra	58	1,11	0,89	0,66
Itapevi	72	1,38	0,77	0,79
Itaquaquecetuba	120	2,29	1,68	1,35
Jandira	41	0,78	0,64	0,48
Juquitiba	12	0,23	0,16	0,09
Mairiporã	27	0,52	0,54	0,26
Mauá	159	3,04	2,26	1,95
Moji das Cruzes	153	2,92	1,84	1,60
Osasco	279	5,33	3,59	3,64
Pirapora do Bom Jesus	5	0,10	0,05	0,06
Poá	40	0,76	0,56	0,51
Ribeirão Pires	45	0,86	0,46	0,59
Rio Grande da Serra	16	0,31	0,16	0,19
Salesópolis	5	0,10	0,05	0,05
Santa Isabel	20	0,38	0,25	0,18
Santana de Parnaíba	31	0,59	0,59	0,39
Santo André	276	5,27	2,86	3,83
São Bernardo do Campo	282	5,39	4,06	3,95
São Caetano do Sul	63	1,20	0,74	0,90
São Lourenço da Serra	5	0,10	0,25	0,06
São Paulo	2005	38,29	58,76	60,29
Suzano	90	1,72	1,27	1,16
Taboão da Serra	88	1,68	1,09	1,07
Vargem Grande Paulista	15	0,29	0,14	0,17
Total	4730	100	100	100

5.2. DISTRIBUIÇÕES DE FREQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Os transtornos mentais pré-diagnosticados na entrevistas foram classificados nas seguintes categorias segundo critérios diagnósticos.

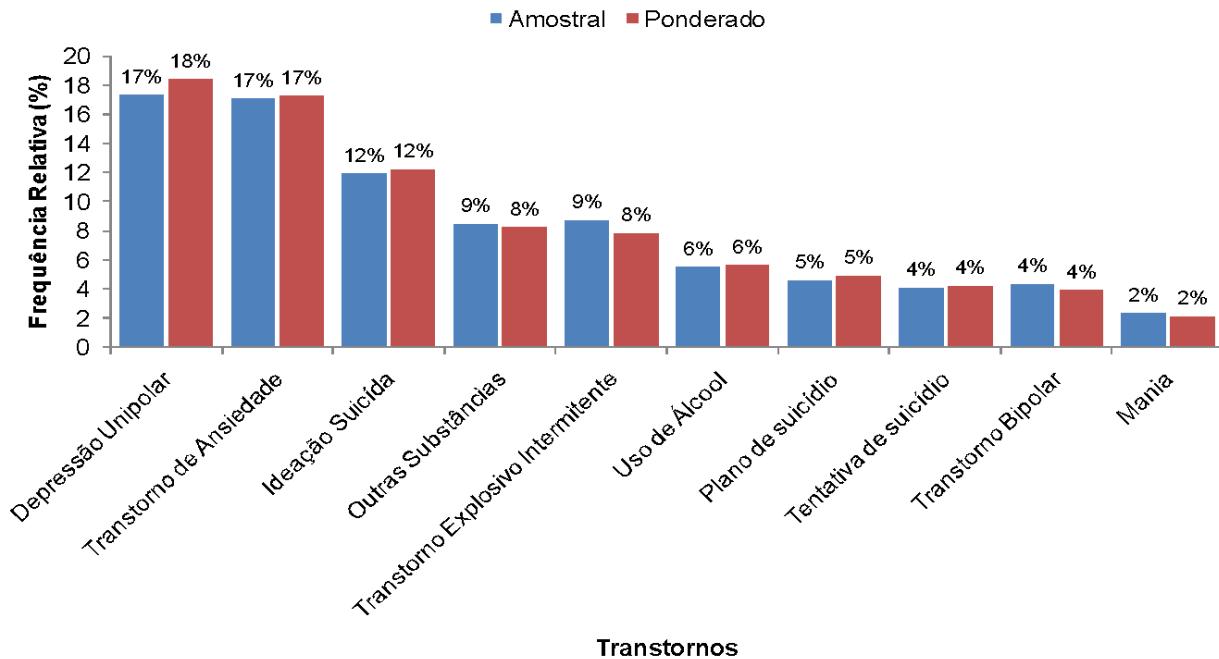
Classificação pelos critérios diagnósticos	Pré-diagnóstico pela entrevista
Depressão Unipolar	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Depressão (sem pré-diagnosticado Mania)
Transtorno Bipolar	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Depressão e Mania
Mania	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mania (sem pré-diagnosticado Depressão)
Transtorno de Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pânico <input type="radio"/> Fobia Específica <input type="radio"/> Fobia Social <input type="radio"/> Agorafobia <input type="radio"/> Transtorno de Ansiedade Generalizada
Transtorno Explosivo Intermitente	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Transtorno Explosivo Intermitente
Ideação Suicida	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ideação Suicida
Plano de Suicídio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Plano de Suicídio
Tentativa de Suicídio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tentativa de Suicídio
Uso de Álcool	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Álcool
Outras Substâncias	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sedativos/Tranqüilizantes <input type="radio"/> Estimulantes <input type="radio"/> Analgésicos <input type="radio"/> Maconha, Haxixe ou Skank <input type="radio"/> Cocaína <input type="radio"/> Outras

De forma a facilitar a visualização dos resultados, a partir desta seção, serão apresentados os gráficos das análises, e suas respectivas tabelas podem ser encontradas na seção 8.1.

Na estimação de prevalências pode-se verificar que o transtorno que mais atinge as pessoas é a Depressão Unipolar, diagnosticada em 18% dos respondentes principais. O segundo transtorno mais observado foi o Transtorno de Ansiedade (17%).

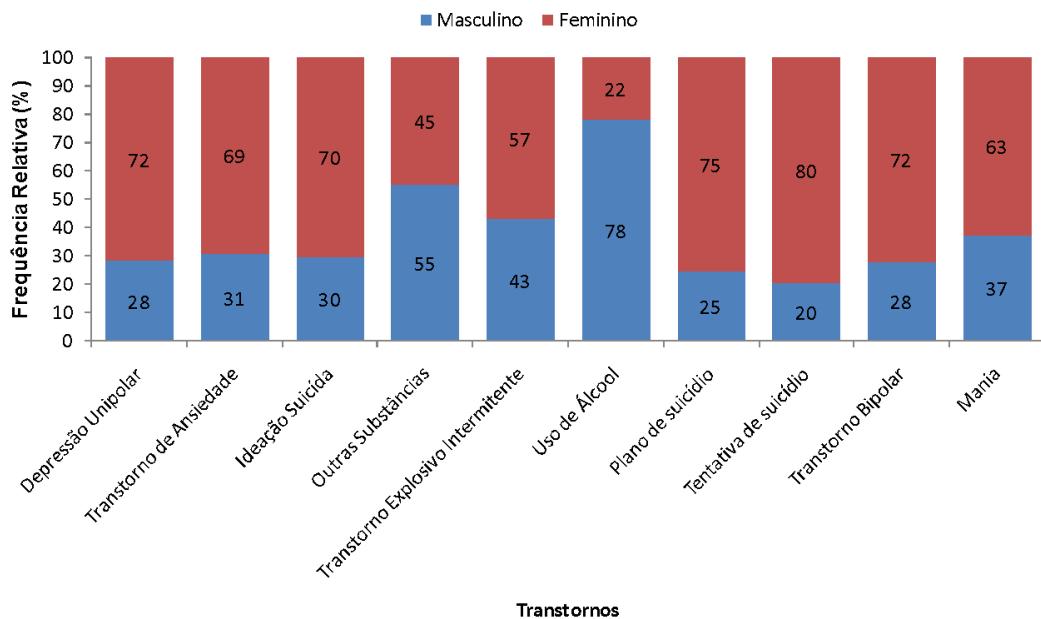
Os demais transtornos podem ser observados no Gráfico 1 , a seguir, e na Tabela 6.

Gráfico 1: Distribuição de freqüência do pré-diagnóstico.



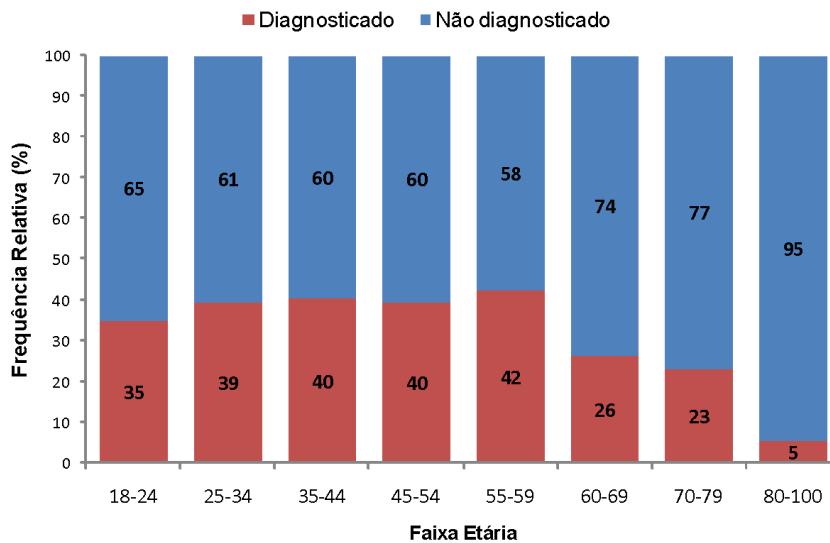
Separando os respondentes por gênero, observa-se que, de modo geral, os transtornos afetam mais o sexo feminino (Tabela 7). Verifica-se também que o uso de álcool e outras substâncias é maior entre os homens, aproximadamente 78% das pessoas pré-diagnosticadas (Gráfico 3).

Gráfico 2: Distribuição de freqüência do pré-diagnóstico por gênero.



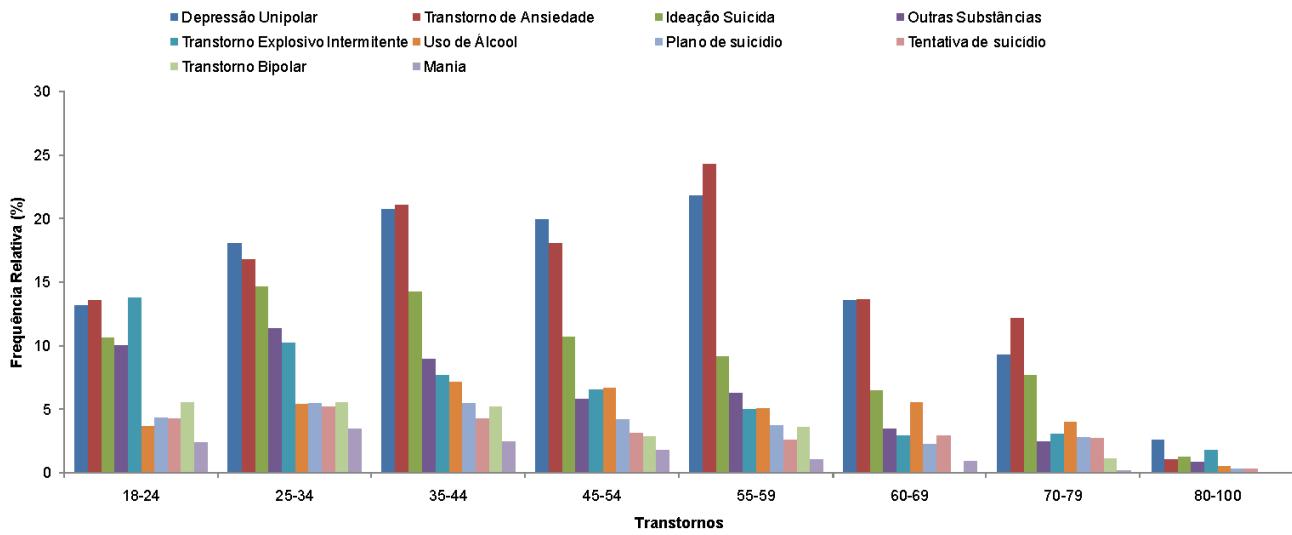
Com relação às faixas etárias, observa-se que o pré-diagnóstico de pelo menos um tipo de transtorno se mantém aproximadamente constante, em torno de 40%, até a faixa dos 55 aos 59 anos de idade. Nas faixas etárias superiores verifica-se um decrescimento dos pré-diagnósticos, atingindo o menor valor (5%) na faixa dos 80 anos ou mais (Gráfico 3 e Tabela 8).

Gráfico 3: Distribuição de freqüência da condição por faixa etária.



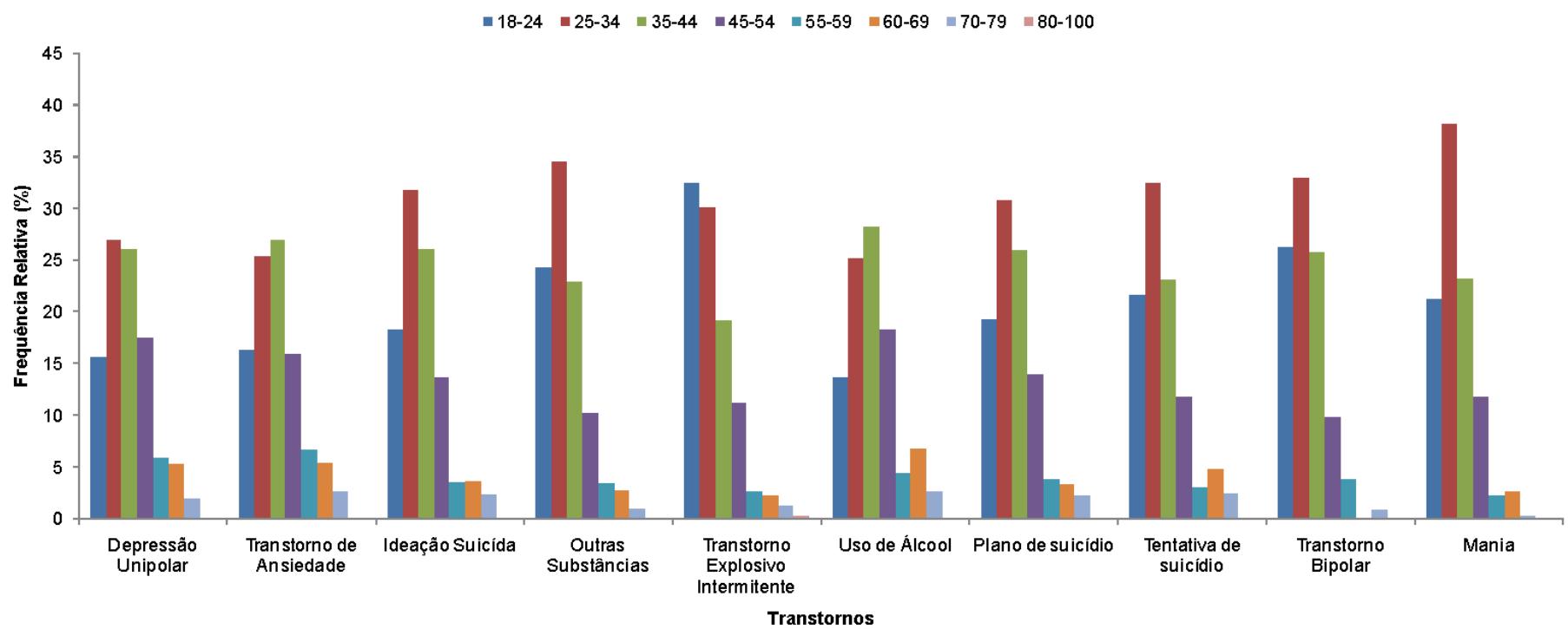
Estimando-se as prevalências para cada tipo de transtorno, observa-se que Depressão Unipolar e Transtorno de Ansiedade são os transtornos mais presentes em cada uma das faixas etárias (Tabela 9).

Gráfico 4: Distribuição de freqüência do pré-diagnóstico por faixa etária.



Entre as pessoas que foram pré-diagnosticadas com algum tipo de transtorno, grande parte possui entre 25 e 44 anos de idade (Gráfico 5 e Tabela 10).

Gráfico 5: Distribuição de freqüência da faixa etária por pré-diagnóstico.



5.3. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A maioria dos respondentes do módulo referente à farmacoepidemiologia (66%) não utilizaram medicamentos com prescrição médica nos últimos 7 dias (Gráfico 6). Essa proporção aumenta (76%) considerando medicamentos sem prescrição médica (Gráfico 7). Maiores detalhes estão na Tabela 11 e 12.

Gráfico 6: Distribuição de freqüência da quantidade de medicamentos utilizados com prescrição médica nos últimos 7 dias.

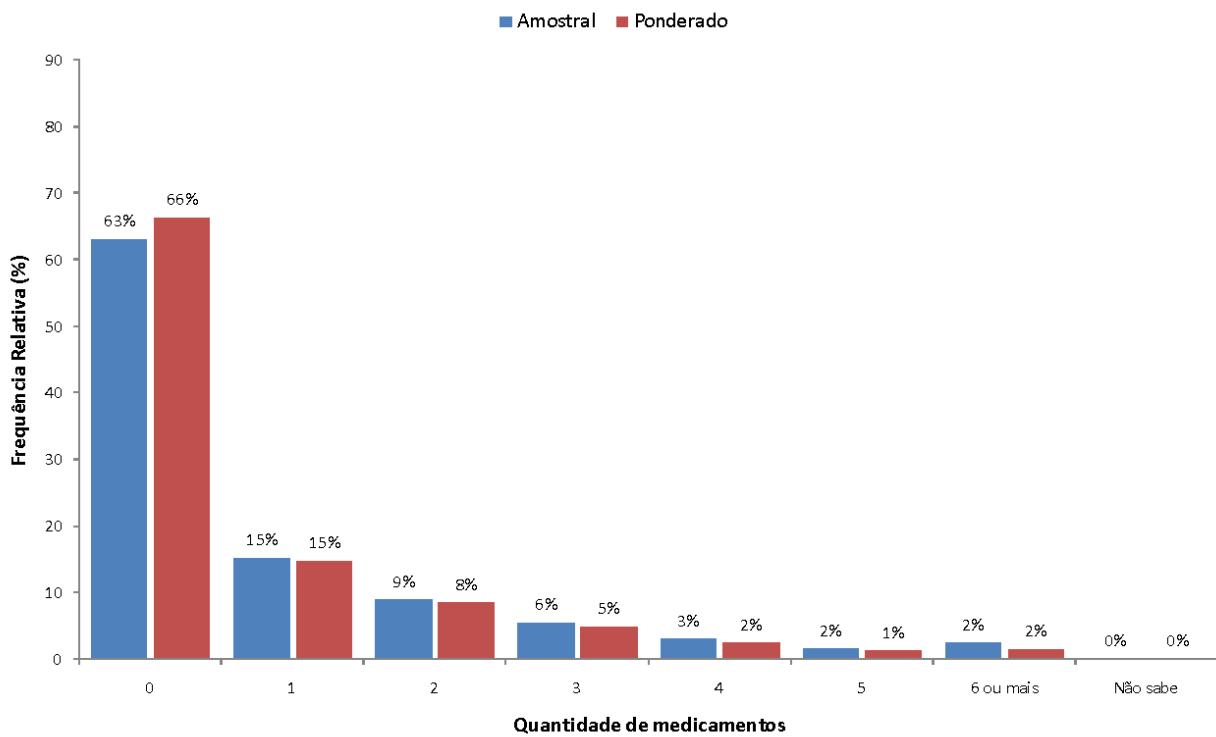
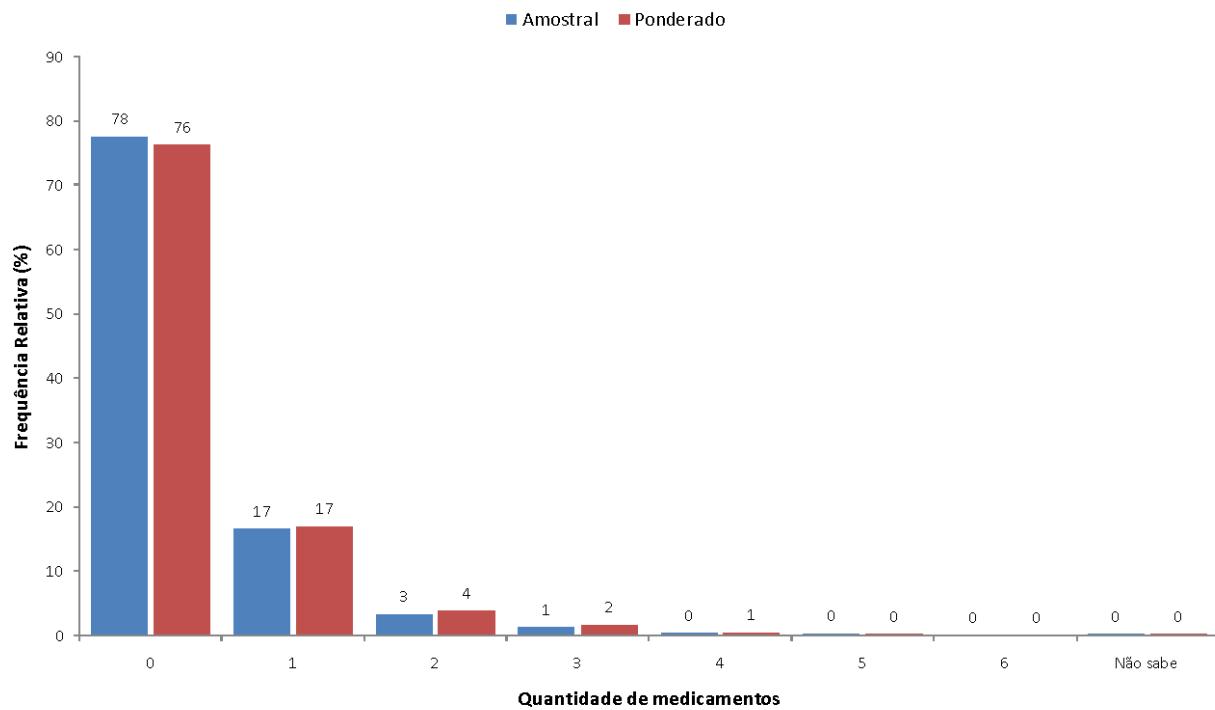


Gráfico 7: Distribuição de freqüência da quantidade de medicamentos utilizados sem prescrição médica nos últimos 7 dias.



Avaliando conjuntamente os pré-diagnósticos obtidos, observa-se que a maioria dos respondentes pré-diagnosticados pela entrevista não utilizaram medicamentos nos últimos sete dias, tanto com prescrição médica quanto sem prescrição médica (Gráficos 8 e 9 a seguir e Tabelas 13 e 14).

Gráfico 8: Distribuição de freqüência da quantidade de medicamentos utilizados por transtorno com prescrição médica nos últimos 7 dias.

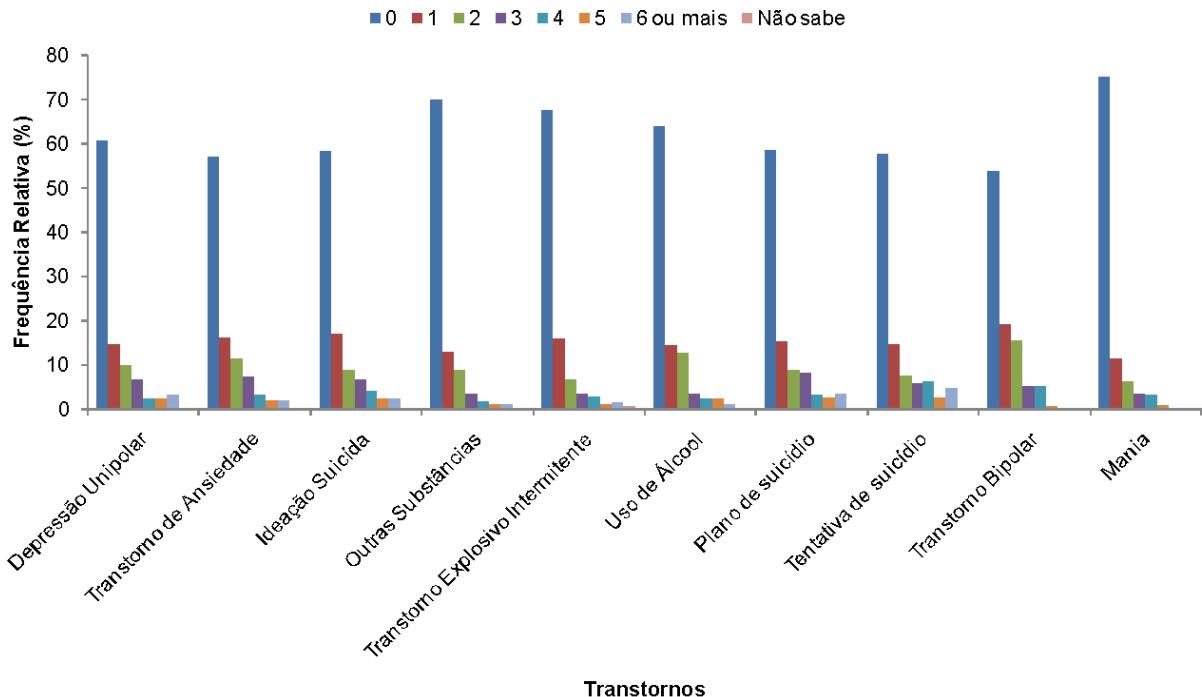
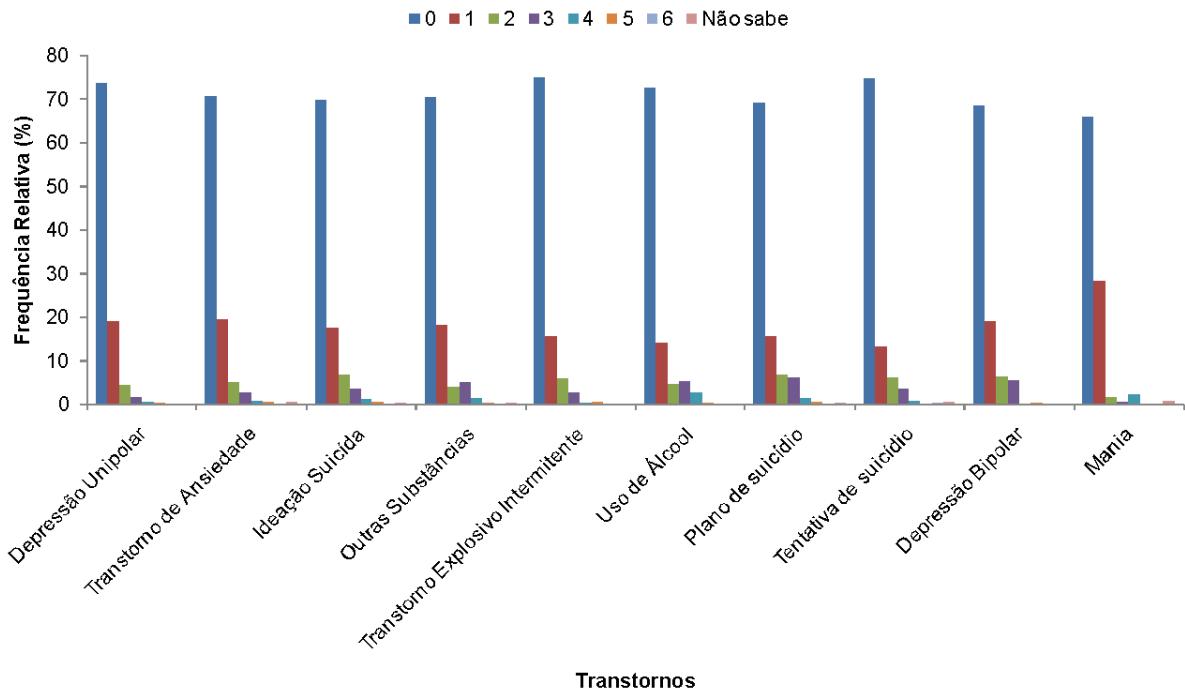
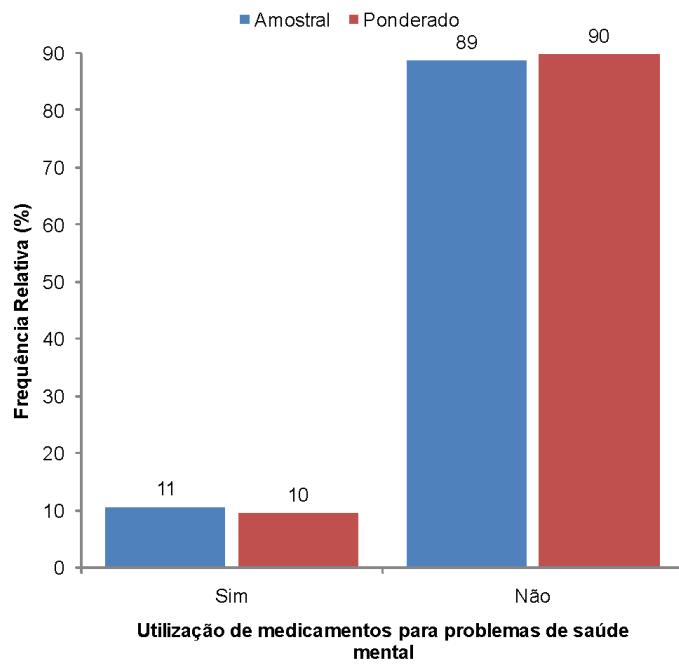


Gráfico 9: Distribuição de freqüência da quantidade de medicamentos utilizados por transtorno sem prescrição médica nos últimos 7 dias.



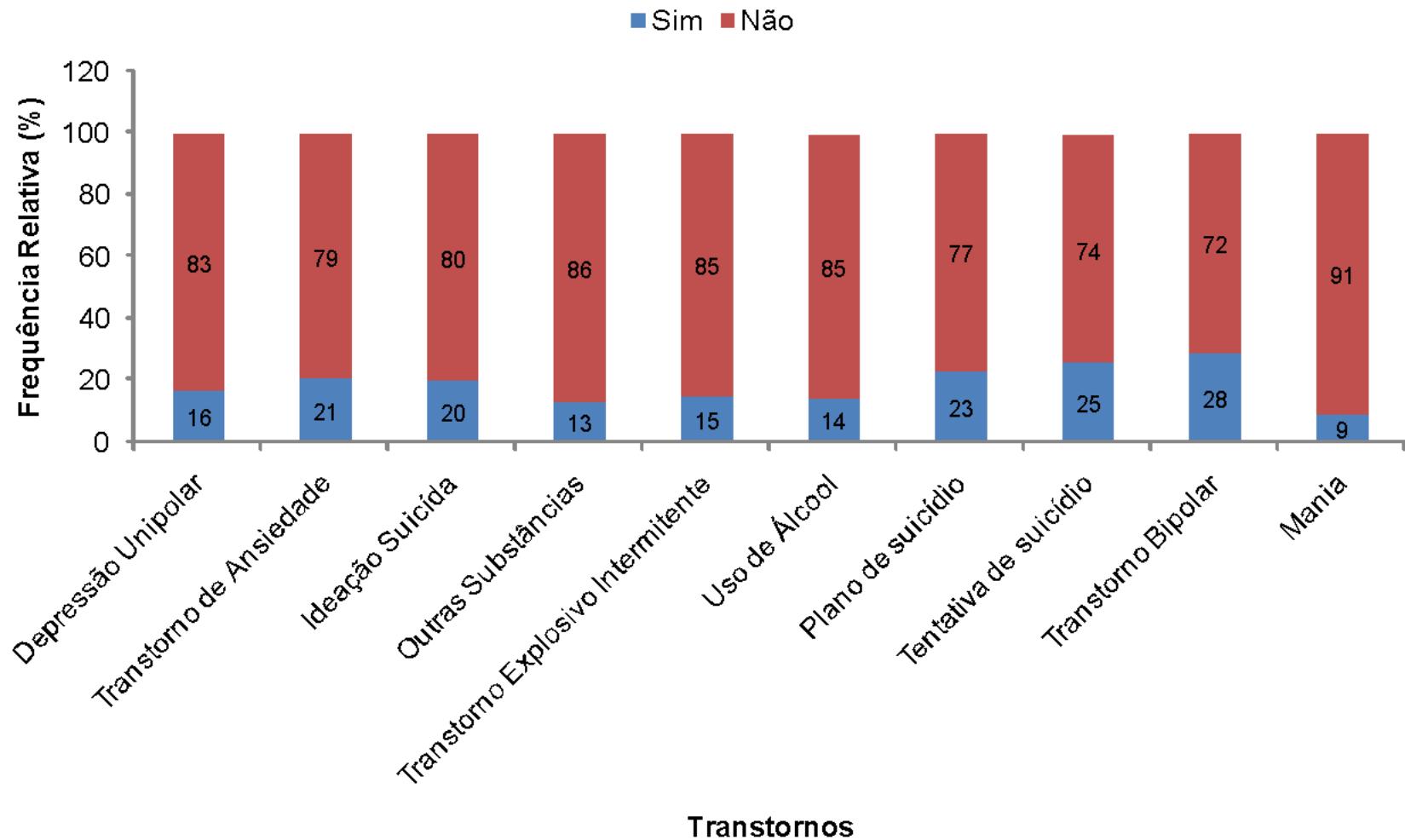
Quanto ao uso de medicamentos especificamente para problemas emocionais, nervosos, de saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com estresse, apenas uma minoria, 10% dos respondentes principais (Gráfico 10), fizeram uso sob prescrição médica, enquanto grande parte, 90%, não o fizeram com essa finalidade nos últimos 12 meses (Tabela 15).

Gráfico 10: Distribuição de freqüência da utilização de medicamentos com prescrição médica para problemas de saúde mental nos últimos 12 meses.



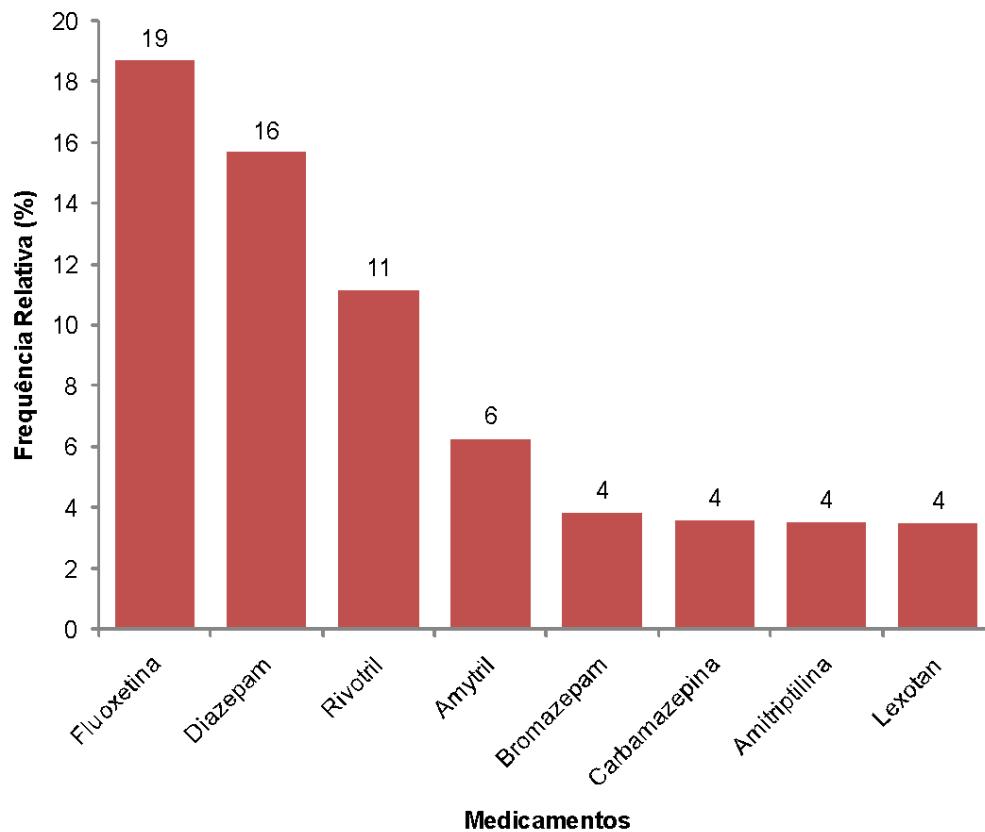
Relacionando o uso de medicamentos com o pré-diagnóstico obtido através da entrevista, observa-se que a maioria dos respondentes, ainda que pré-diagnosticados com algum tipo de transtorno, não utilizam medicação com prescrição médica (Gráfico 11 e Tabela 16).

Gráfico 11: Distribuição de freqüência da utilização de medicamentos com prescrição médica por transtorno para problemas de saúde mental nos últimos 12 meses.



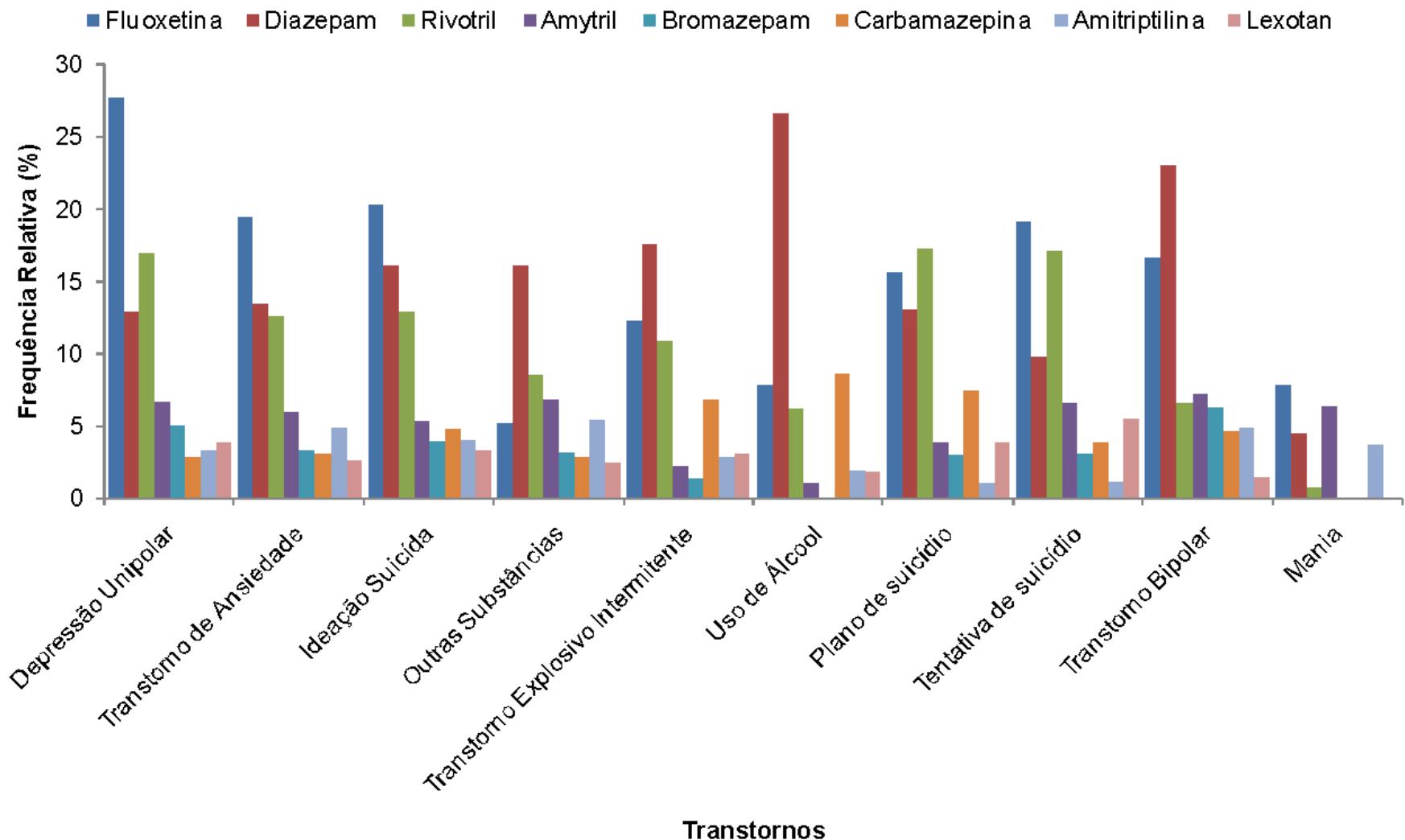
Os medicamentos relacionados à saúde mental mais utilizados pelos respondentes são Fluoxetina e Diazepam, ambos genéricos (Gráfico 12 e Tabela 17).

Gráfico 12: Distribuição de freqüência dos medicamentos utilizados para problemas de saúde mental.



Considerando os pré-diagnósticos obtidos, observa-se que a Fluoxetina é o medicamento mais utilizado para a Depressão Unipolar, Transtorno de Ansiedade e Ideação Suicida (Gráfico 13). Já o Diazepam é o medicamento mais freqüente em pessoas pré-diagnosticadas com Transtorno Bipolar e uso de álcool e outras substâncias (Tabela 18).

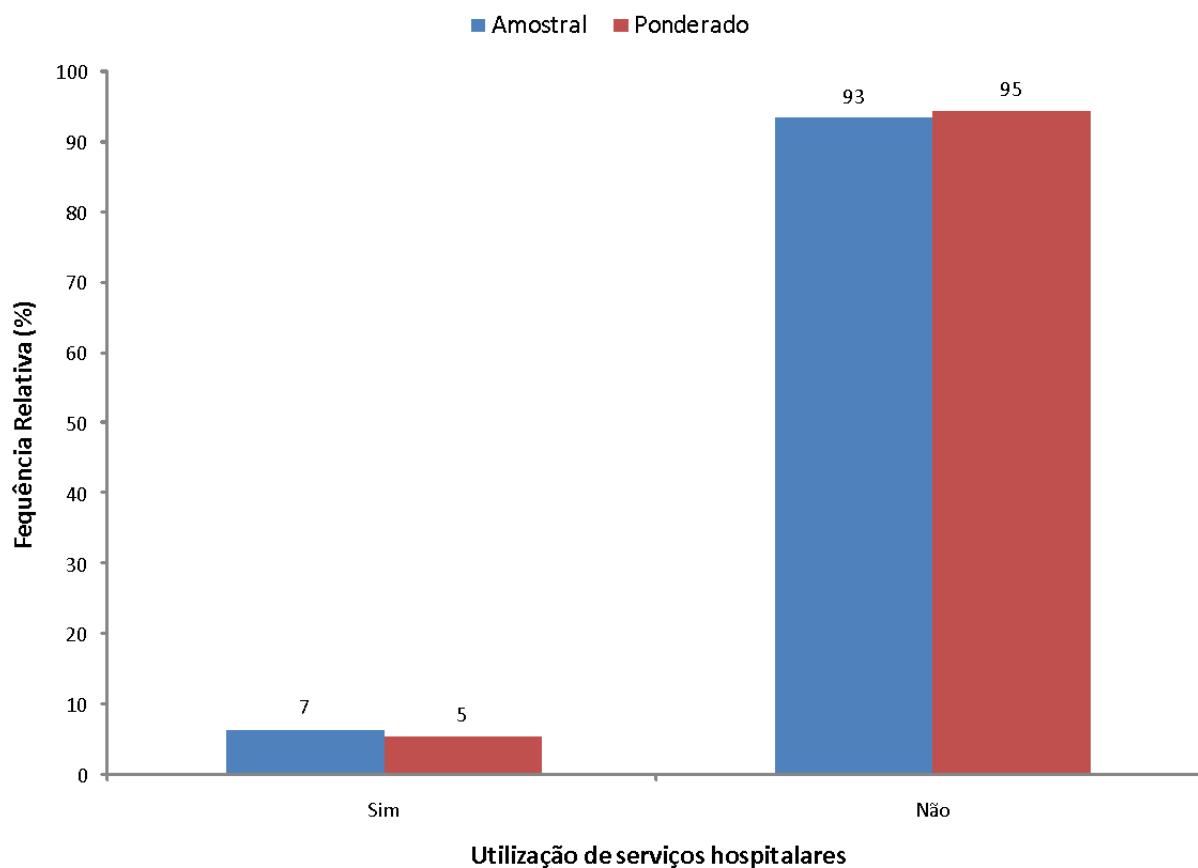
Gráfico 13: Distribuição de freqüência dos medicamentos mais utilizados por transtorno.



5.4. SERVIÇOS ASSOCIADOS À SAÚDE MENTAL

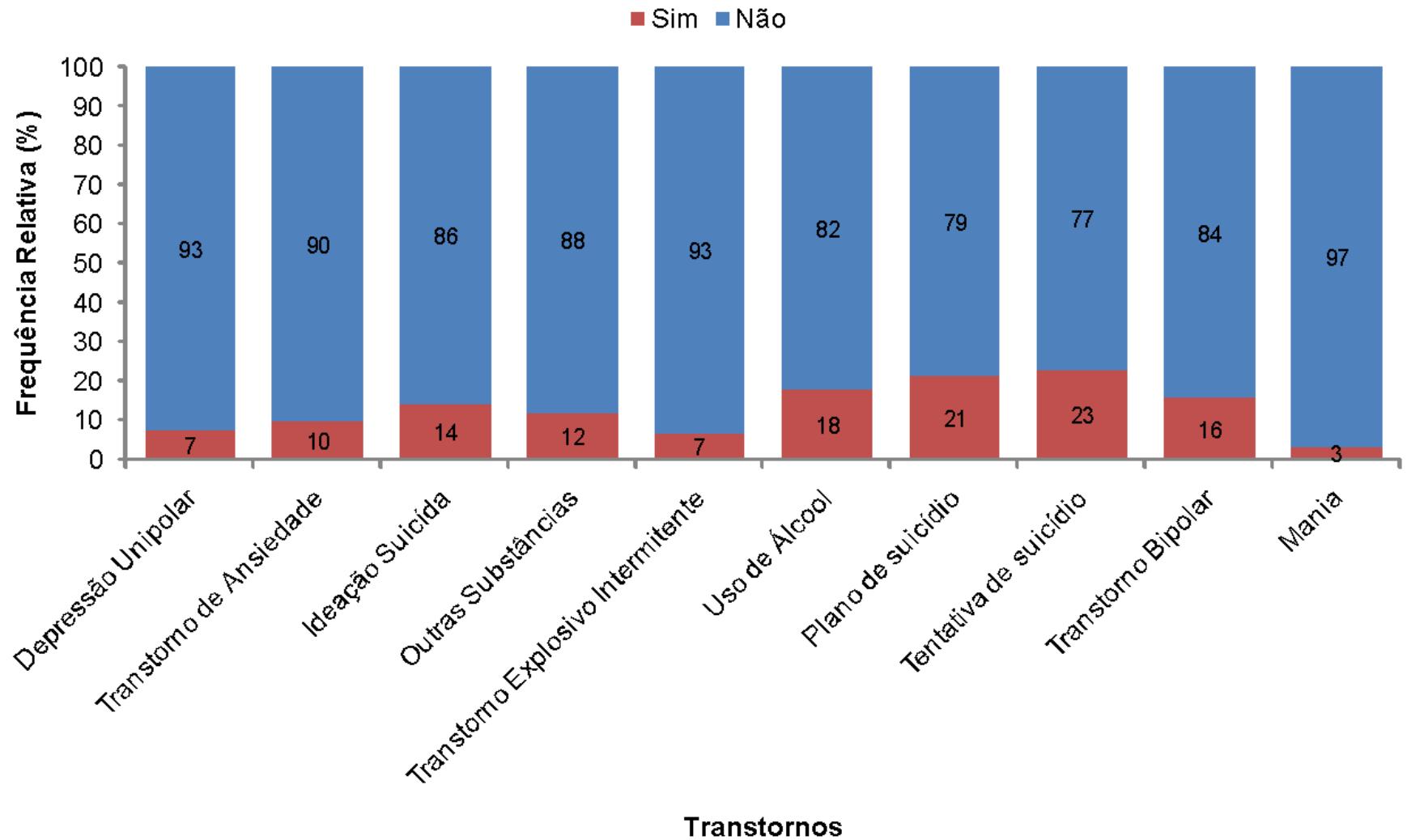
A utilização de hospitais ou outros serviços na busca por ajuda com problemas de saúde mental ocorreu com 5% das pessoas que participaram do módulo relacionado ao uso de serviços de saúde (Gráfico 14 e Tabela 19).

Gráfico 14: Distribuição de freqüência da utilização de serviços hospitalares relacionados a saúde mental.



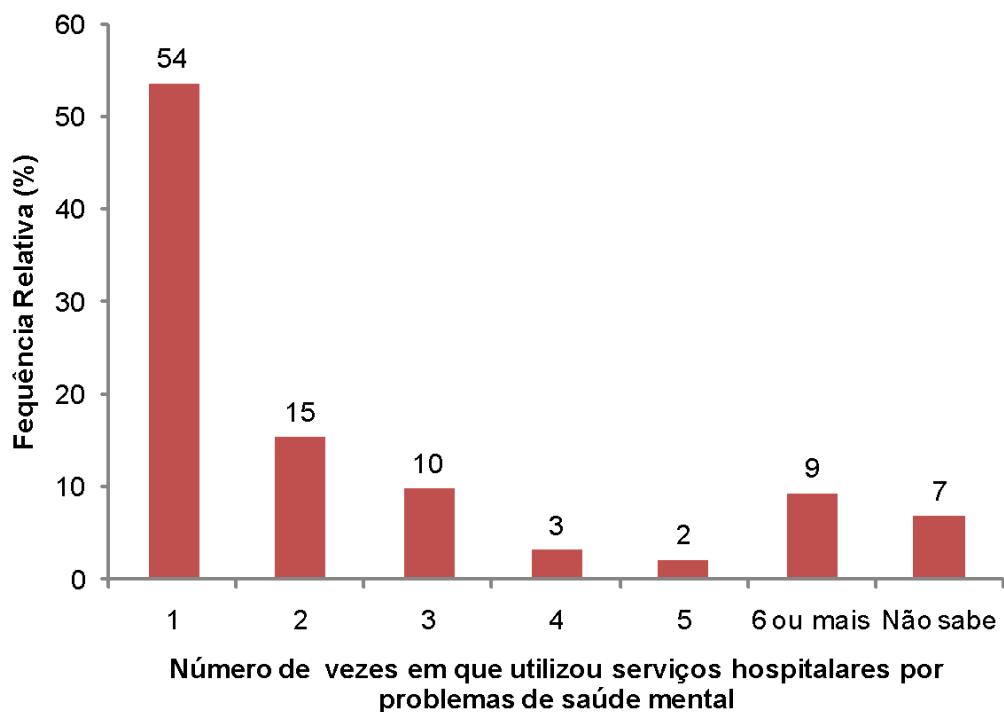
Pode-se notar que a utilização desses serviços, entre as pessoas pré-diagnosticadas com pelo menos um tipo de transtorno é, em geral, menos freqüente entre 7% e 23% (Gráfico 15). As maiores freqüências são observadas nos transtornos Plano e Tentativa de suicídio, sendo 21% e 23% respectivamente (Tabela 20).

Gráfico 15: Distribuição de freqüência da utilização de serviços hospitalares por transtornos.



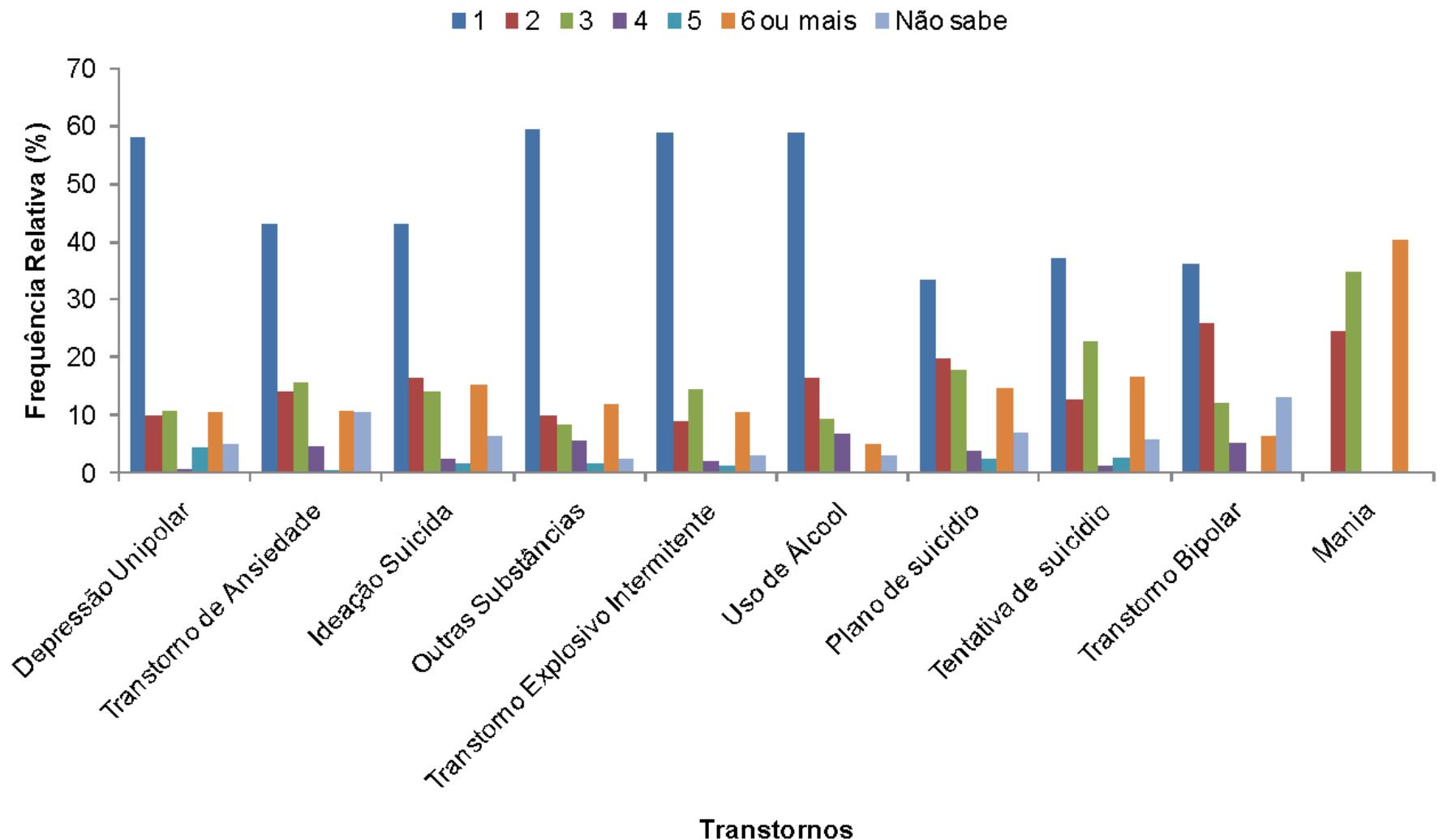
É pouco frequente a utilização desses serviços na busca de ajuda com problemas de saúde mental, sendo que 54% das pessoas que participaram deste módulo (Serviços) o fizeram apenas uma vez (Gráfico 16) e apenas 11% utilizaram por 5 vezes ou mais (Tabela 21).

Gráfico 16: Distribuição de freqüência da ocorrência na utilização de serviços hospitalares.



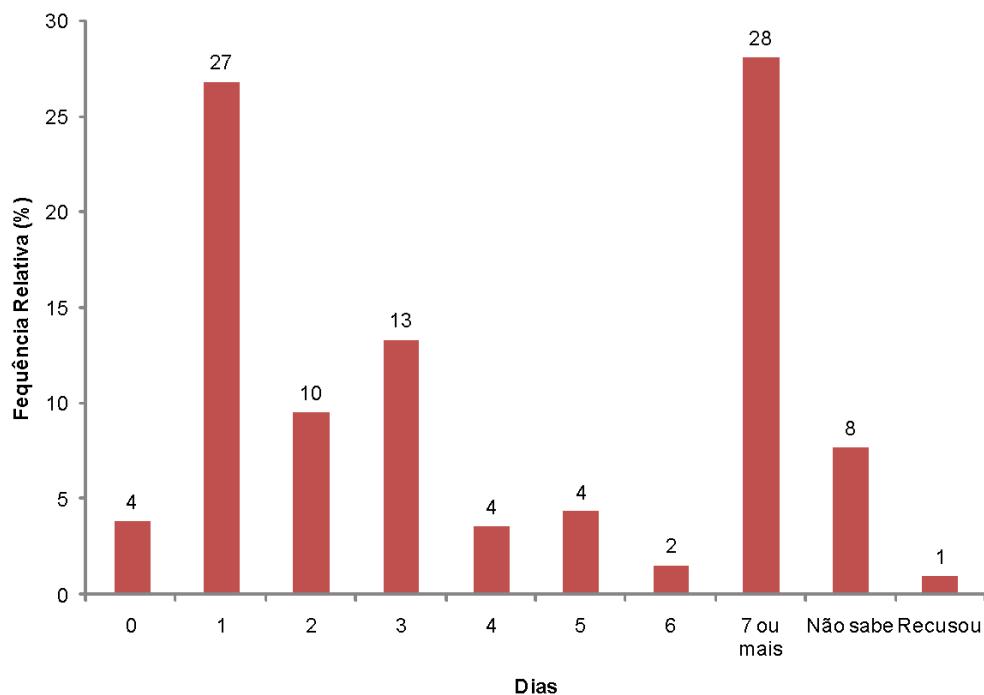
Considerando os pré-diagnósticos obtidos, observa-se que grande parte dos respondentes pré-diagnosticados com Mania utilizaram ajuda desse tipo por, no mínimo, 2 vezes (Tabela 22).

Gráfico 17: Distribuição de freqüência da ocorrência na utilização de serviços hospitalares por transtorno.



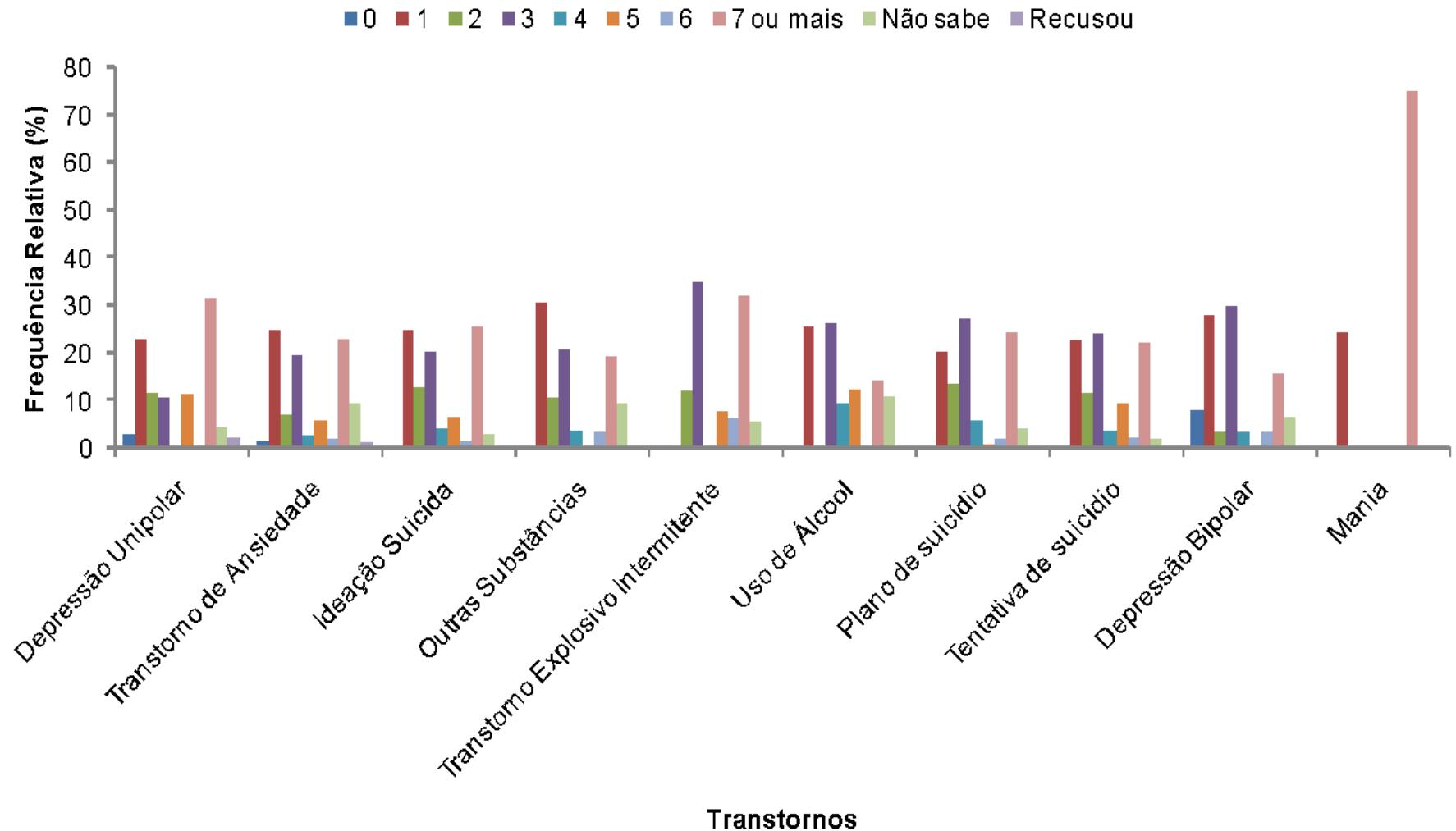
A maior parte das pessoas que permaneceram em hospital para receber algum tipo de ajuda em problemas de saúde mental o fizeram por 7 dias ou mais (Gráfico 18 e Gráfico 18). Observa-se também que 27% permaneceram hospitalizados por apenas um dia. (Tabela 23).

Gráfico 18: Distribuição de freqüência da permanência no hospital por transtorno.



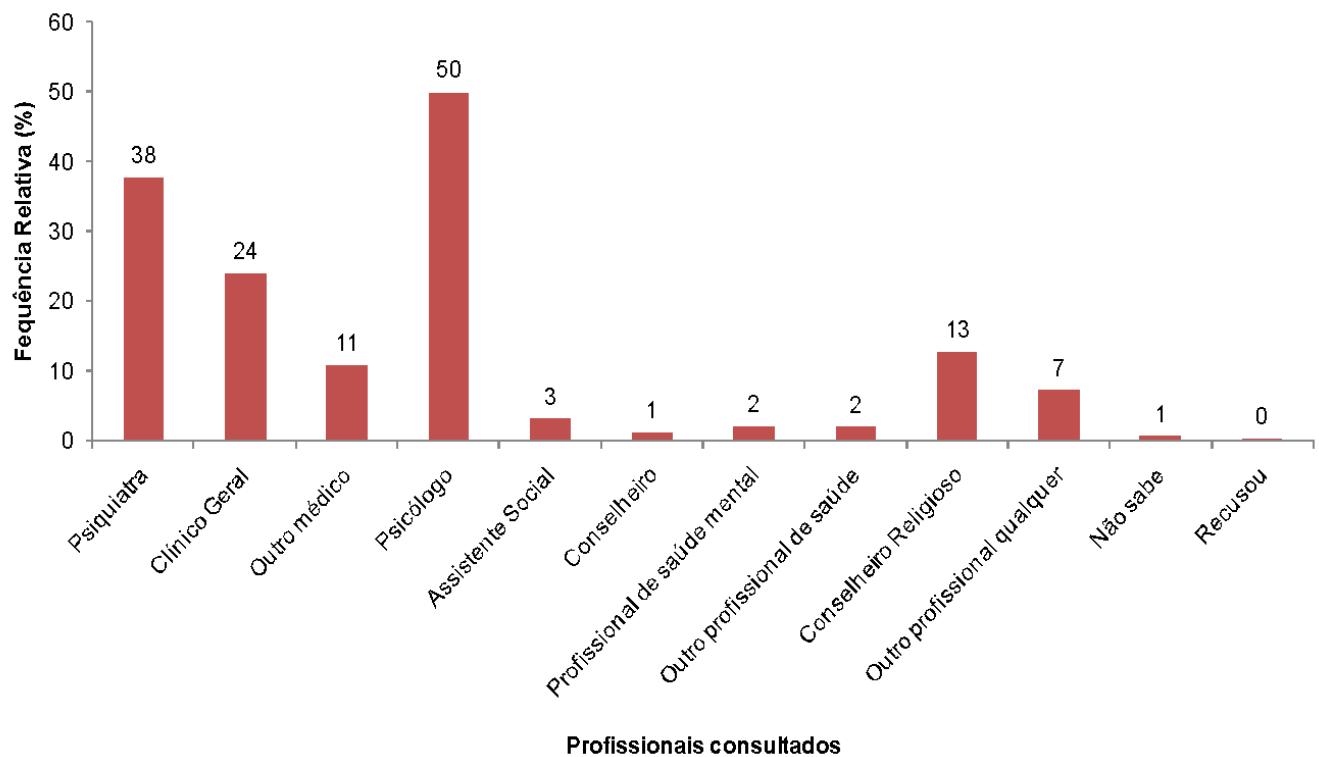
As pessoas pré-diagnosticadas com Mania foram as que mais tempo permaneceram hospitalizadas, 7 dias ou mais (Gráfico 19). Os transtornos Plano e Tentativa de suicídio apresentaram tempos de permanência no hospital parecidos (Tabela 24).

Gráfico 19: Distribuição de freqüência da permanência diária em hospital por problemas de saúde mental.



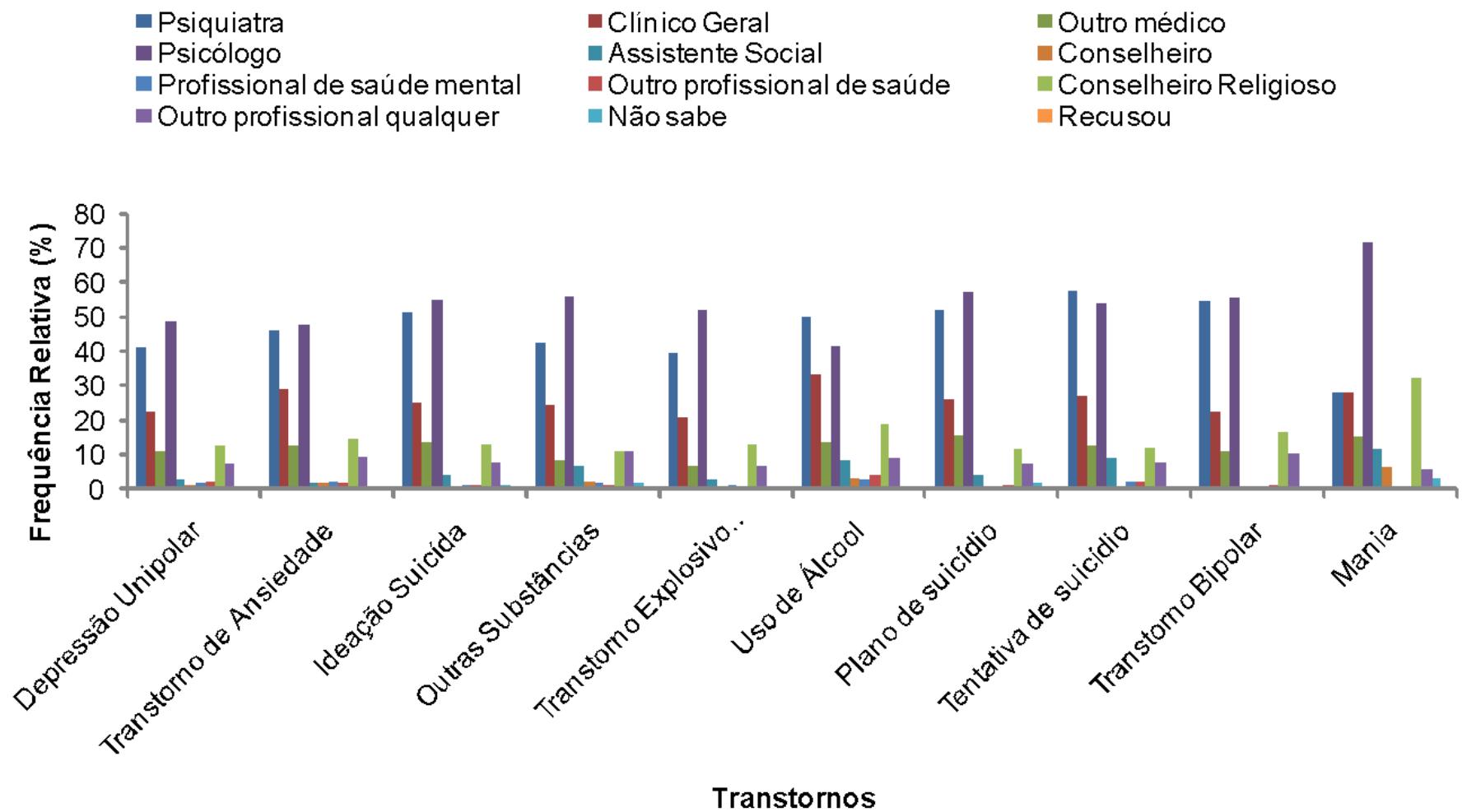
Os psicólogos são os profissionais mais consultados na busca por ajuda para os problemas de saúde mental, 50%, seguido pelos psiquiatras, 38% e clínico geral, 24% (Gráfico 20 e Tabela 25).

Gráfico 20: Distribuição de freqüência dos profissionais consultados na busca de por ajuda de pessoas com problemas de saúde mental.



Com exceção do transtorno Mania, a distribuição dos profissionais nos transtornos são parecidas (Gráfico 21 e Tabela 26 e 27).

Gráfico 21: Distribuição de freqüência dos profissionais consultados por transtorno



6. ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial foi dividida em duas partes principais, que estudaram a utilização de serviços de saúde e a utilização de medicamentos para problemas de saúde mental. Em cada parte, foram ajustados modelos estatísticos de regressão logística, considerando o modelo de ponderação proposto anteriormente. A escolha das variáveis explicativas foi feita segundo o método *stepwise backwards* condicional e as variáveis foram incluídas no modelo com nível descritivo menor que 5% e retiradas do modelo com nível descritivo maior que 10% (Paula, G. A., 2004). Em seguida foram retiradas ou agrupadas as variáveis que ainda apresentavam estimativas estatisticamente não significantes para o modelo com nível descritivo maior que 5%. Caso fosse encontrado a presença de *outliers* na análise de resíduos, essas observações eram retiradas e o modelo ajustado novamente para verificar se existiam mudanças significativas nas estimativas dos parâmetros.

6.1. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Para construir a variável utilização de serviço de saúde foi verificado se o entrevistado, que foi diagnosticado pela entrevista, consultou algum serviço de saúde por problemas emocionais, de nervos, saúde mental, ou uso de álcool ou drogas¹.

A variável criada foi dicotomizada das seguinte forma:

$$\text{Utilização de Serviços de Saúde} = \begin{cases} 1, & \text{se o indivíduo diagnosticado pela entrevista} \\ & \text{procurou algum serviço de saúde.} \\ 0, & \text{se o indivíduo não procurou.} \end{cases}$$

¹ Esta informação é obtida nas questões SR2, SR9.1, SR10, SR11, SR12 e SR16 do instrumento de pesquisa.

O modelo 6.1.1 proposto está descrito na tabela 6.1.1 a seguir.

Tabela 6.1.1. Modelo 6.1.1 para utilização de serviços de saúde.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR*	Intervalo Confiança OR* (95%)
Constante	-3,35	0,36	<0,001	0,04	-
Gênero (Feminino)	0,38	0,11	<0,001	1,46	(1,19 ; 1,80)
Idade A (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Idade B	0,27	0,15	0,07	1,31	(0,98 ; 1,76)
Idade C	0,54	0,16	<0,001	1,71	(1,26 ; 2,32)
Idade D	0,73	0,18	<0,001	2,07	(1,46 ; 2,92)
Idade E	1,37	0,23	<0,001	3,93	(2,49 ; 6,22)
Idade F	0,95	0,25	<0,001	2,58	(1,57 ; 4,24)
Idade G	1,03	0,32	<0,001	2,81	(1,51 ; 5,25)
Idade H	1,42	0,65	0,03	4,15	(1,16 ; 14,86)
Escolaridade A	1,45	0,34	<0,001	4,25	(2,18 ; 8,27)
Escolaridade B	1,40	0,37	<0,001	4,05	(1,95 ; 8,41)
Escolaridade C	0,65	0,33	0,05	1,91	(1,01 ; 3,63)
Escolaridade D	0,46	0,33	0,17	1,58	(0,82 ; 3,04)
Escolaridade E	0,30	0,33	0,37	1,35	(0,71 ; 2,56)
Escolaridade F	0,14	0,35	0,68	1,15	(0,58 ; 2,30)
Escolaridade G (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Depressão Unipolar	1,26	0,10	<0,001	3,53	(2,88 ; 4,33)
Transtorno Bipolar	1,47	0,18	<0,001	4,33	(3,07 ; 6,11)
Trans. Ansiedade	0,45	0,10	<0,001	1,56	(1,27 ; 1,91)
Trans. Exp. Intermittente	0,56	0,13	<0,001	1,75	(1,35 ; 2,26)
Ideação Suicida	0,36	0,14	0,01	1,43	(1,08 ; 1,88)
Tentativa Suicídio	0,74	0,21	<0,001	2,10	(1,40 ; 3,16)
Uso de Álcool	0,61	0,16	<0,001	1,84	(1,34 ; 2,54)
Outras Substâncias	0,79	0,13	<0,001	2,20	(1,70 ; 2,87)

* OR: Razão de chances

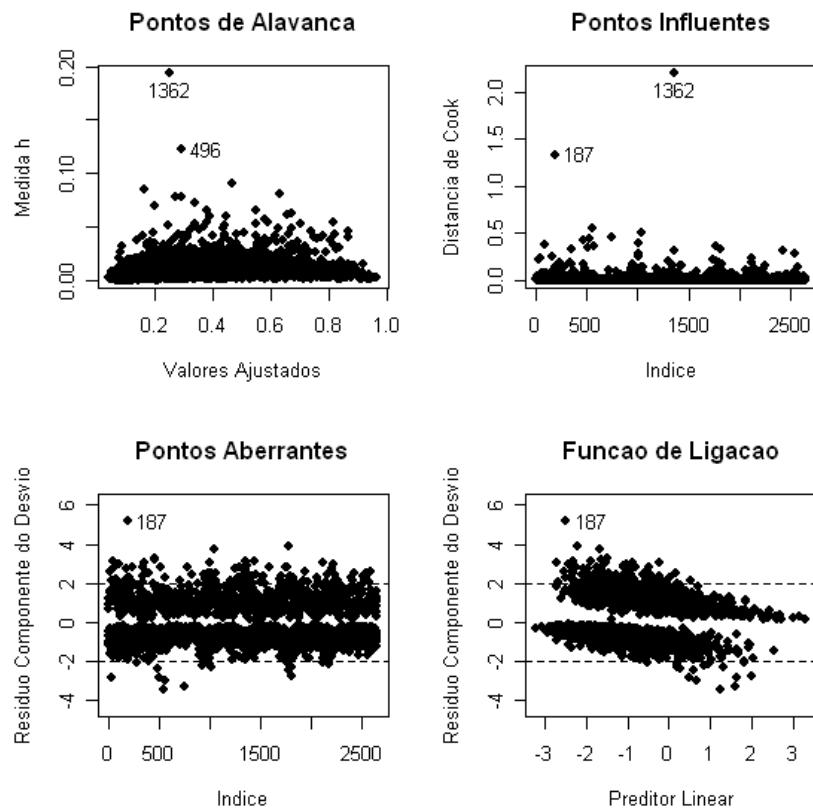
Observamos que ao se adotar um nível de significância de 5% a razão de chances da Idade B e Escolaridade D, E e F podem ser consideradas estatisticamente iguais às suas referências. Assim, ajustou-se o modelo 6.1.1a, agrupando essas categorias com suas referência. Os resultados estão descritos na tabela 6.1.1a.

Tabela 6.1.1a. Modelo 6.1.1a para utilização de serviços de saúde.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-2,83	0,15	<0,001	0,06	-
Gênero (Feminino)	0,36	0,11	<0,001	1,44	(1,17 ; 1,77)
Idade A + B (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Idade C	0,37	0,12	<0,001	1,44	(1,13 ; 1,84)
Idade D	0,53	0,15	<0,001	1,69	(1,27 ; 2,26)
Idade E	1,13	0,21	<0,001	3,11	(2,06 ; 4,68)
Idade F	0,68	0,23	<0,001	1,98	(1,27 ; 3,08)
Idade G	0,75	0,30	0,01	2,11	(1,18 ; 3,76)
Idade H	1,18	0,64	0,07	3,25	(0,92 ; 11,47)
Escolaridade A	1,13	0,15	<0,001	3,08	(2,29 ; 4,15)
Escolaridade B	1,04	0,21	<0,001	2,83	(1,87 ; 4,28)
Escolaridade C	0,28	0,12	0,02	1,32	(1,05 ; 1,66)
Escolaridade D+E+F+G (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Depressão Unipolar	1,27	0,10	<0,001	3,56	(2,90 ; 4,36)
Transtorno Bipolar	1,47	0,17	<0,001	4,34	(3,08 ; 6,11)
Trans. Ansiedade	0,45	0,10	<0,001	1,57	(1,28 ; 1,92)
Trans. Exp. Intermitente	0,54	0,13	<0,001	1,71	(1,33 ; 2,20)
Ideação Suicida	0,37	0,14	0,01	1,45	(1,10 ; 1,91)
Tentativa Suicídio	0,74	0,21	<0,001	2,09	(1,39 ; 3,14)
Uso de Álcool	0,60	0,16	<0,001	1,82	(1,32 ; 2,51)
Outras Substâncias	0,80	0,13	<0,001	2,22	(1,71 ; 2,89)

Ao analisar os resíduos do modelo descrito na tabela 6.1.1, notou-se que duas observações se destacavam das demais (Gráfico 6.1.1) a seguir.

Gráfico 6.1.1. Análise de Resíduos Modelo 6.1.1.



Após retirar essas observações do banco de dados ajustamos o modelo 6.1.2, os resultados estão descritos na tabela 6.1.2.

Tabela 6.1.2. Modelo 6.1.2 para utilização de serviços de saúde.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-3,39	0,36	<0,001	0,03	-
Gênero (Feminino)	0,41	0,11	<0,001	1,50	(1,22 ; 1,85)
Idade A (ref.)	-	-	<0,001		
Idade B	0,24	0,15	0,11	1,27	(0,95 ; 1,71)
Idade C	0,56	0,16	<0,001	1,75	(1,29 ; 2,37)
Idade D	0,76	0,18	<0,001	2,14	(1,51 ; 3,04)
Idade E	1,42	0,24	<0,001	4,13	(2,61 ; 6,55)
Idade F	1,02	0,26	<0,001	2,77	(1,68 ; 4,56)
Idade G	1,09	0,32	<0,001	2,97	(1,59 ; 5,56)
Idade H	0,28	0,95	0,77	1,33	(0,21 ; 8,54)
Escolaridade A	1,45	0,34	<0,001	4,28	(2,19 ; 8,35)
Escolaridade B	1,42	0,37	<0,001	4,12	(1,98 ; 8,58)
Escolaridade C	0,65	0,33	0,05	1,92	(1,01 ; 3,66)
Escolaridade D	0,42	0,34	0,21	1,53	(0,79 ; 2,95)
Escolaridade E	0,28	0,33	0,39	1,33	(0,69 ; 2,53)
Escolaridade F	-0,02	0,36	0,95	0,98	(0,49 ; 1,96)
Escolaridade G (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Depressão Unipolar	1,29	0,11	<0,001	3,63	(2,95 ; 4,45)
Transtorno Bipolar	1,49	0,18	<0,001	4,45	(3,15 ; 6,28)
Trans. Ansiedade	0,41	0,10	<0,001	1,50	(1,22 ; 1,85)
Trans. Exp. Intermittente	0,58	0,13	<0,001	1,79	(1,39 ; 2,31)
Ideação Suicida	0,38	0,14	0,01	1,46	(1,10 ; 1,93)
Tentativa Suicídio	0,74	0,21	<0,001	2,10	(1,39 ; 3,16)
Uso de Álcool	0,64	0,16	<0,001	1,91	(1,38 ; 2,63)
Outras Substâncias	0,81	0,13	<0,001	2,24	(1,72 ; 2,92)

Como no modelo 6.1.1, observou-se no modelo 6.1.2 que ao se adotar um nível de significância de 5% a razão de chances da Idade B e H , e a Escolaridade D, E e F podem ser consideradas estatisticamente iguais às suas referências. Com essa informação ajustou-se o modelo 6.1.2a descrito na tabela 6.1.2a.

Tabela 6.1.2a. Modelo 6.1.2a para utilização de serviços de saúde.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-2,93	0,15	<0,001	0,05	-
Gênero (Feminino)	0,39	0,11	<0,001	1,48	(1,20 ; 1,82)
Idade A+B+H (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Idade C	0,41	0,12	<0,001	1,50	(1,18 ; 1,91)
Idade D	0,58	0,15	<0,001	1,78	(1,33 ; 2,38)
Idade E	1,19	0,21	<0,001	3,30	(2,18 ; 4,98)
Idade F	0,75	0,23	<0,001	2,11	(1,35 ; 3,30)
Idade G	0,81	0,30	0,01	2,24	(1,25 ; 4,01)
Escolaridade A	1,17	0,15	<0,001	3,24	(2,40 ; 4,37)
Escolaridade B	1,10	0,21	<0,001	3,01	(1,98 ; 4,57)
Escolaridade C	0,33	0,12	0,01	1,39	(1,11 ; 1,75)
Escolaridade D+E+F+G (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Depressão Unipolar	1,30	0,10	<0,001	3,65	(2,98 ; 4,49)
Transtorno Bipolar	1,50	0,18	<0,001	4,49	(3,19 ; 6,33)
Trans. Ansiedade	0,41	0,10	<0,001	1,51	(1,23 ; 1,85)
Trans. Exp. Intermittente	0,56	0,13	<0,001	1,75	(1,36 ; 2,26)
Ideação Suicida	0,39	0,14	0,01	1,48	(1,12 ; 1,95)
Tentativa Suicídio	0,73	0,21	<0,001	2,08	(1,38 ; 3,13)
Uso de Álcool	0,63	0,16	<0,001	1,88	(1,36 ; 2,59)
Outras Substâncias	0,82	0,13	<0,001	2,27	(1,75 ; 2,96)

A retirada das observações 187 e 1362 da análise (Gráfico 6.1.1), não alteraram as estimativas de forma significante (Tabela 6.1.3) do modelo 6.1.1.

Tabela 6.1.3. Comparação das estimativas dos modelos.

Parâmetro	Modelo 6.1.1.a		Modelo 6.1.2.a		% Variação nas Estimativas
	Estimativa	Erro Padrão	Estimativa	Erro Padrão	
Constante	-2,83	0,15	-2,93	0,15	4%
Gênero (Feminino)	0,36	0,11	0,39	0,11	9%
Idade A+B (ref.)	-	-	-	-	-
Idade C	0,37	0,12	0,41	0,12	11%
Idade D	0,53	0,15	0,58	0,15	10%
Idade E	1,13	0,21	1,19	0,21	5%
Idade F	0,68	0,23	0,75	0,23	10%
Idade G	0,75	0,30	0,81	0,30	8%
Idade H	1,18	0,64	(ref.)	-	-
Escolaridade A	1,13	0,15	1,17	0,15	4%
Escolaridade B	1,04	0,21	1,10	0,21	6%
Escolaridade C	0,28	0,12	0,33	0,12	18%
Escolaridade D+E+F+G	(ref.)	-	(ref.)	-	-
Depressão Unipolar	1,27	0,10	1,30	0,10	2%
Depressão Bipolar	1,47	0,17	1,50	0,18	2%
Trans. Ansiedade	0,45	0,10	0,41	0,10	-9%
Trans. Exp. Intermittente	0,54	0,13	0,56	0,13	5%
Ideação Suicida	0,37	0,14	0,39	0,14	5%
Tentativa Suicídio	0,74	0,21	0,73	0,21	0%
Uso de Álcool	0,60	0,16	0,63	0,16	5%
Outras Substâncias	0,80	0,13	0,82	0,13	3%

Considerando os resultado obtidos no modelo 6.1 e analisando-se cada variável isoladamente, ou seja, desconsiderando variações nas demais variáveis, verificou-se que a chance de mulheres procurarem serviço de saúde, por problemas emocionais, de nervos, saúde mental, ou uso de álcool ou drogas, é 46% maior que a chance do homem procurar esse tipo de serviço. E conforme aumenta a escolaridade do indivíduo a procura pelo serviço de saúde também aumenta.

Entre os transtornos mentais, os indivíduos diagnosticados pela entrevista com transtorno bipolar apresentaram a maior chance de procura de serviço de saúde em

relação a chance dos indivíduos que não foram diagnosticados com esse transtorno (OR=4,33).

Para indivíduos classificados na categoria E da variável idade (55-59 anos), a chance de procura de serviço de saúde é 293% maior em relação aos indivíduos classificados na categoria A (18-24 anos).

6.2. CONSULTA AO PSIQUIATRA

As respostas da questão: "Quais tipos de profissionais o(a) Sr(a) já consultou para problemas emocionais ou de nervos ou problemas com álcool ou drogas"², foram consideradas para construir a variável consulta ao psiquiatra, que foi dicotomizada da seguinte maneira:

$$\text{Consulta ao Psiquiatra} = \begin{cases} 1, & \text{se o indivíduo diagnosticado pela entrevista} \\ & \text{consultou o psiquiatra.} \\ 0, & \text{se o indivíduo não consultou o psiquiatra.} \end{cases}$$

Foi obtido o modelo 6.2.1 descrito na tabela 6.2.1.

Tabela 6.2.1. Modelo 6.2.1 para consulta ao psiquiatra.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-1,86	0,25	<0,001	0,16	-
Idade A (ref.)	-	-	<0,001	-	-
Idade B	0,05	0,26	0,85	1,05	(0,63 ; 1,77)
Idade C	0,72	0,26	0,01	2,06	(1,24 ; 3,42)
Idade D	0,79	0,28	0,01	2,20	(1,26 ; 3,84)
Idade E	1,32	0,34	<0,001	3,74	(1,92 ; 7,31)
Idade F	1,36	0,39	<0,001	3,90	(1,81 ; 8,38)
Idade G	1,17	0,50	0,02	3,21	(1,21 ; 8,51)
Idade H	-0,11	1,45	0,94	0,90	(0,05; 15,38)
Depressão Unipolar	0,59	0,18	<0,001	1,80	(1,27 ; 2,55)
Transtorno Bipolar	1,21	0,24	<0,001	3,34	(2,07 ; 5,39)
Ideação Suicida	0,50	0,21	0,02	1,64	(1,08 ; 2,50)
Tentativa Suicídio	0,54	0,27	0,04	1,72	(1,02 ; 2,90)
Uso de Álcool	0,48	0,22	0,03	1,62	(1,04 ; 2,51)

² Informação referente à variável SR17 do instrumento de pesquisa.

Observa-se que o erro padrão referente à razão de chances da Idade H é maior que os demais, devido ao pequeno número de pessoas nesta faixa etária (80 a 120 anos). Considerando um nível de significância de 5%, foram agrupadas as faixas etárias B e H em relação a referência Idade A e ajustado o modelo 6.2.1a.

Tabela 6.2.1a. Modelo para consulta ao psiquiatra.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-1,83	0,18	<0,001	0,16	-
Idade A+B+H (ref.)			<0,001		
Idade C	0,69	0,20	<0,001	2,00	(1,36 ; 2,94)
Idade D	0,76	0,23	<0,001	2,13	(1,36 ; 3,36)
Idade E	1,29	0,30	<0,001	3,63	(2,02 ; 6,53)
Idade F	1,33	0,35	<0,001	3,78	(1,89 ; 7,56)
Idade G	1,13	0,47	0,02	3,11	(1,24 ; 7,78)
Depressão Unipolar	0,59	0,18	<0,001	1,80	(1,27 ; 2,55)
Transtorno Bipolar	1,21	0,24	<0,001	3,34	(2,07 ; 5,37)
Ideação Suicida	0,50	0,21	0,02	1,65	(1,09 ; 2,50)
Tentativa Suicídio	0,54	0,27	0,04	1,72	(1,02 ; 2,90)
Uso de Álcool	0,48	0,22	0,03	1,62	(1,04 ; 2,51)

No modelo 6.2.1 verificou-se que os indivíduos com idade maior que 54 anos apresentaram chance de se consultar o psiquiatra maior que 274% em relação a chance de indivíduos com idade entre 18 e 34 anos consultarem o psiquiatra. A chance dos indivíduos com transtorno bipolar consultar o psiquiatra é 234% maior que a chance do indivíduo que não possui esse transtorno, a maior entre os transtornos.

6.3. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Inicialmente, considerou-se a resposta do entrevistado a questão: “O(A) Sr(a) usou algum medicamento para problemas com suas emoções, nervos, saúde mental, uso de álcool ou drogas, energia, concentração, sono ou capacidade de lidar com o estresse em algum momento nos últimos 12 meses?”. O modelo 6.3.1 apresentou um ajuste adequado e as suposições de modelagem não foram violadas (Apêndice 8.4.2).

Verificou-se que a chance de mulheres utilizarem medicamentos para os problemas descritos acima é 71% maior do que a chance de utilização de medicamentos pelos homens. Além disso, em geral, pessoas com mais idade têm maiores chances de utilização de medicamentos. Considerando os pré-diagnósticos obtidos através do questionário, observa-se que aqueles que causam maiores alterações na chance de utilização de medicamentos são: Transtorno Bipolar, cuja presença provoca um aumento na chance de utilização de medicamentos em 615%, Depressão Unipolar, aumento de 199% na chance de utilização de medicamentos e Transtorno de Ansiedade, aumento de 126% na chance de utilização de medicamentos. Todos os valores estimados com seus respectivos intervalos de confiança são encontrados na Tabela 6.3.1.

Tabela 6.3.1. Modelo 6.3.1 para a utilização de medicamentos

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-5,01	0,30	< 0,001	0,01	-
Idade A (ref.)	-	-	-	-	-
Idade B	0,92	0,28	0,00	2,50	(1,45 ; 4,33)
Idade C	1,13	0,28	< 0,001	3,08	(1,78 ; 5,34)
Idade D	1,38	0,30	< 0,001	3,96	(2,20 ; 7,12)
Idade E	2,05	0,34	< 0,001	7,78	(3,99 ; 15,15)
Idade F	2,22	0,34	< 0,001	9,23	(4,70 ; 18,11)
Idade G	1,90	0,44	< 0,001	6,68	(2,80 ; 15,9)
Idade H	3,22	0,70	< 0,001	24,93	(6,33 ; 98,08)
Gênero (Feminino)	0,54	0,17	0,00	1,71	(1,23 ; 2,38)
Transtorno Bipolar	1,97	0,22	< 0,001	7,15	(4,67 ; 10,94)
Depressão Unipolar	1,10	0,16	< 0,001	2,99	(2,17 ; 4,13)
Transtorno de Ansiedade	0,82	0,15	< 0,001	2,26	(1,70 ; 3,01)
Tentativa Suicida	0,62	0,21	0,00	1,86	(1,23 ; 2,81)
Uso de Álcool	0,60	0,22	0,01	1,82	(1,18 ; 2,81)
Outras Substâncias	0,57	0,19	0,00	1,78	(1,23 ; 2,56)

6.4. MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Em uma segunda etapa, considerou-se a resposta do entrevistado com relação aos 3 medicamentos com maior freqüência de utilização: Fluoxetina, Diazepam e Rivotril.

6.4.1. FLUOXETINA

A chance de utilização de Fluoxetina é influenciada pelo Gênero: mulheres têm 143% mais chance de utilização do homens; a presença de Depressão Unipolar, que implica em um aumento na chance de utilização da Fluoxetina em 657%; Transtorno Bipolar, que causa um aumento de 355% na chance de utilização de Fluoxetina e Outras Substâncias, que provoca uma diminuição de 83% na chance de utilização de Fluoxetina (Tabela 6.4.1). O modelo apresentou um ajuste adequado e as suposições de modelagem não foram violadas (Apêndice 8.4.4).

Tabela 6.4.1. Modelo 6.4.1 para utilização de Fluoxetina.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-3,41	0,64	< 0,001	0,03	-
Gênero (Feminino)	0,89	0,46	0,05	2,43	(0,99 ; 5,97)
Depressão Unipolar	2,02	0,55	< 0,001	7,57	(2,59 ; 22,11)
Transtorno Bipolar	1,51	0,62	0,01	4,55	(1,36 ; 15,21)
Outras Substâncias	-1,77	0,63	0,00	0,17	(0,05 ; 0,58)

6.4.2. DIAZEPAM

Com relação ao Diazepam, a chance de utilização é influenciada apenas pelo pré-diagnóstico Uso de Álcool, que ocasiona um aumento de 132% na chance de utilização do Diazepam (Tabela 6.4.2). Além disso, o modelo 6.4.2 apresentou um ajuste adequado e as suposições de modelagem não foram violadas (Apêndice 8.4.5).

Tabela 6.4.2. Modelo 6.4.2 para utilização de Diazepam.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-1,85	0,20	< 0,001	0,16	-
Uso de Álcool	0,84	0,40	0,04	2,32	(1,06 ; 5,08)

6.4.3. RIVOTRIL

O Rivotril tem sua chance de utilização influenciada apenas pelo pré-diagnóstico Depressão Unipolar, cuja presença provoca um aumento de 214% na chance de utilização deste medicamento (Tabela 6.4.3). O modelo 6.4.3 apresentou um ajuste adequado e as suposições de modelagem não foram violadas (Apêndice 8.4.6).

Tabela 6.2.3. Modelo 6.4.3 para utilização de Rivotril.

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	P-valor	OR	Intervalo Confiança OR (95%)
Constante	-2,74	0,36	< 0,001	0,06	-
Depressão Unipolar	1,15	0,43	0,01	3,14	(1,35 ; 7,34)

7. CONCLUSÕES

Os resultados da estimativa de proporções segundo gênero, faixa etária e região, quando comparados com o CENSO 2000, mostram não apenas a importância da utilização de um modelo de ponderação e pós-estratificação para uma estimativa mais precisa, mas também que esse modelo corrige eventuais diferenças nas probabilidades utilizadas na seleção dos respondentes no processo de amostragem e no possível viés introduzido pela não-resposta.

Os transtornos mais observados são Depressão (17% unipolar e 4% bipolar) e Transtornos de Ansiedade (17%).

O uso de álcool e outras substâncias são os transtornos mais freqüentes nos homens. O transtorno explosivo intermitente apresentou igual distribuição entre os gêneros. E os pré-diagnósticos apresentados pela entrevista afetam em maior proporção as mulheres.

Os medicamentos mais utilizados são os genéricos Fluoxetina e Diazepam. O uso de Fluoxetina é mais freqüente em Depressão Unipolar, Transtorno de Ansiedade e Ideação Suicída. Já o Diazepam é mais freqüentemente usado no transtorno bipolar, uso de álcool e outras substâncias.

É menos freqüente a utilização de serviços de assistência à saúde mental, sendo que a procura aumenta para problemas que podem ser considerados mais graves, como Plano de suicídio e Tentativa de suicídio, que também são responsáveis pelos maiores tempos de permanência em internação hospitalar.

A maioria das pessoas que disseram já ter buscado ajuda para problemas emocionais, de nervos, de saúde mental ou uso de álcool e drogas, foram assistidas por psicólogos, seguido pelos psiquiatras.

A chance de procura de serviços de saúde para problema de saúde mental é maior para indivíduos do sexo feminino, com mais de 55 anos, que tenha estudado mais de 12 anos e foi diagnosticado pela entrevista com transtorno bipolar.

Os indivíduos com mais de 55 anos e diagnosticado pela entrevista com transtorno bipolar tem maior chance de consultar o psiquiatra para problemas de saúde mental.

Os transtornos que mais influenciam a chance de utilização de medicamentos para problemas de saúde mental são: Transtorno Bipolar e Depressão Unipolar. Além disso, mulheres têm maior chance de utilização do que homens e, em geral, o aumento na idade provoca um aumento na chance de utilização de medicamentos.

O pré-diagnóstico de Depressão Unipolar juntamente com Transtorno Bipolar e Uso de Álcool provocam um aumento na chance de utilização dos medicamentos Fluoxetina, Diazepam e Rivotril, enquanto o pré-diagnóstico de Outras Substâncias causa uma redução na chance de utilização de Fluoxetina. Além disso, mulheres têm mais chance de utilização de Fluoxetina com relação aos homens.

8. APÊNDICE

8.1. TABELAS

Tabela 4: Tempo de duração das entrevistas (horas:minutos).

Percentil	Tipo de Entrevista	
	Curto	Longo
Mínimo	0:25	0:40
25%	1:00	2:05
50%	1:20	2:45
75%	1:48	3:40
Máximo	13:25	16:00

Tabela 5: Quantidade de entrevistas.

Situação	R Principal		Cônjuge	
	n	%	n	%
Entrevistas realizadas	4730	61	506	84
Recusa	1065	14	63	10
Conversão de Recusa	25	0,3	9	1
Campo Interrompido	482	6	5	1
Sem contato	1398	18	19	3
Total	7700	100	602	100

Tabela 6: Distribuição de freqüência do pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	Amostral		Ponderado
	n	%	%
Depressão Unipolar	873	17	18
Transtorno de Ansiedade	818	17	17
Ideação Suicida	580	12	12
Outras Substâncias	392	9	8
Transtorno Explosivo Intermitente	373	9	8
Uso de Álcool	269	6	6
Plano de suicídio	236	5	5
Tentativa de suicídio	201	4	4
Transtorno Bipolar	186	4	4
Mania	102	2	2

Tabela 7: Distribuição de freqüência do pré-diagnóstico por gênero.

Pré-diagnóstico	Masculino			Feminino		
	Amostral		Ponderado	Amostral		Ponderado
	n	%	%	n	%	%
Depressão Unipolar	253	28	31	567	72	69
Transtorno de Ansiedade	276	31	34	533	69	66
Ideação Suicida	195	30	34	371	70	66
Outras Substâncias	248	55	61	156	45	39
Transtorno Explosivo Intermítente	206	43	50	209	57	50
Uso de Álcool	207	78	79	56	22	21
Plano de suicídio	62	25	28	158	75	72
Tentativa de suicídio	47	20	24	149	80	76
Transtorno Bipolar	71	28	34	138	72	66
Mania	51	37	46	61	63	54

Tabela 8: Distribuição de freqüência da condição dos respondentes por faixa etária.

Faixa Etária	Não diagnosticado		Diagnosticado	
	n	%	n	%
18-24	632	65	340	35
25-34	740	61	482	39
35-44	616	60	417	40
45-54	433	60	284	40
55-59	129	58	95	42
60-69	238	74	84	26
70-79	137	77	41	23
80-100	60	95	3	5
Total	2984		1746	

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 9: Distribuição de freqüência conjunta de pré-diagnóstico por faixa etária.

Pré-diagnóstico	18-24		25-34		35-44		45-54		55-59		60-69		70-79		80 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão Unipolar	129	13	222	18	215	21	144	20	49	22	44	14	17	9	2	3
Transtorno de Ansiedade	133	14	206	17	218	21	130	18	55	24	44	14	22	12	1	1
Ideação Suicída	104	11	180	15	148	14	77	11	21	9	21	7	14	8	1	1
Outras Substâncias	99	10	140	11	93	9	42	6	14	6	11	4	4	3	1	1
Transtorno Explosivo Intermitente	135	14	125	10	80	8	47	7	11	5	10	3	6	3	1	2
Uso de Álcool	36	4	67	5	75	7	48	7	12	5	18	6	7	4	0	1
Plano de suicídio	43	4	68	6	57	6	31	4	9	4	7	2	5	3	0	0
Tentativa de suicídio	42	4	64	5	45	4	23	3	6	3	10	3	5	3	0	0
Transtorno Bipolar	55	6	69	6	54	5	21	3	8	4	0	0	2	1	0	0
Mania	24	2	43	4	26	3	13	2	3	1	3	1	0	0	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 10: Distribuição de freqüência conjunta de faixa etária por pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	18-24		25-34		35-44		45-54		55-59		60-69		70-79		80 ou mais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Depressão Unipolar	12 9	13 2	22 5	18 21	21 4	21 20	14 49	20 22	44 14	14 17	17 9	2 2	3 3				
Transtorno de Ansiedade	13 3	14 6	20 8	17 21	21 0	13 18	55 24	44 14	14 22	14 12	14 1	1 1					
Ideação Suicída	10 4	11 0	18 15	14 8	14 14	77 11	21 9	21 7	7 14	7 8	7 1	7 1					
Outras Substâncias	99	10	14 0	11	93	9	42	6	14	6	11	4	4	3	1	1	
Transtorno Explosivo Intermitente	13 5	14 14	12 5	10	80	8	47	7	11	5	10	3	6	3	1	2	
Uso de Álcool	36	4	67	5	75	7	48	7	12	5	18	6	7	4	0	1	
Plano de suicídio	43	4	68	6	57	6	31	4	9	4	7	2	5	3	0	0	

Tentativa de suicídio	42	4	64	5	45	4	23	3	6	3	10	3	5	3	0	0
Transtorno Bipolar	55	6	69	6	54	5	21	3	8	4	0	0	2	1	0	0
Mania	24	2	43	4	26	3	13	2	3	1	3	1	0	0	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 11: Distribuição de freqüência da utilização de medicamentos com prescrição médica.

Quantidade de Medicamentos	Não Ponderado		Ponderado
	n	%	%
0	1679	63	66
1	405	15	15
2	237	9	8
3	147	6	5
4	81	3	2
5	43	2	1
6 ou mais	64	2	2
Não sabe	4	0	0

Tabela 12: Distribuição de freqüência da utilização de medicamentos sem prescrição médica.

Quantidade de Medicamentos	Não Ponderado		Ponderado
	n	%	%
0	2064	78	76
1	443	17	17
2	90	3	4
3	36	1	2
4	10	0	1
5	9	0	0
6 ou mais	1	0	0
Não sabe	7	0	0

Tabela 13: Distribuição de freqüência da quantidade de medicamentos utilizados com prescrição médica nos últimos 7 dias.

Pré-diagnóstico	Quantidade de medicamentos							
	0	1	2	3	4	5	6 ou mais	Não sabe
Depressão Unipolar	61	15	10	7	2	2	3	0
Transtorno de Ansiedade	57	16	12	7	3	2	2	0
Ideação Suicída	58	17	9	7	4	2	2	0
Outras Substâncias	70	13	9	4	2	1	1	0
Transtorno Explosivo Intermítente	68	16	7	4	3	1	2	1
Uso de Álcool	64	14	13	3	2	2	1	0
Plano de suicídio	59	15	9	8	3	3	3	0
Tentativa de suicídio	58	15	8	6	6	3	5	1
Transtorno Bipolar	54	19	16	5	5	1	0	0
Mania	75	11	6	3	3	1	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 14: Distribuição de freqüência da quantidade de medicamentos utilizados sem prescrição médica.

Pré-diagnóstico	Quantidade de medicamentos							
	0	1	2	3	4	5	6 ou mais	Não sabe
Depressão Unipolar	73	19	4	2	1	0	0	0
Transtorno de Ansiedade	70	19	5	3	1	1	0	1
Ideação Suicída	70	18	7	4	1	1	0	0
Outras Substâncias	70	18	4	5	1	0	0	0
Transtorno Explosivo Intermítente	75	15	6	3	0	1	0	0
Uso de Álcool	73	14	5	5	3	0	0	0
Plano de suicídio	69	16	7	6	1	1	0	0
Tentativa de suicídio	75	13	6	4	1	0	0	1
Transtorno Bipolar	69	19	6	5	0	0	0	0
Mania	66	28	2	1	2	0	0	1

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 15: Distribuição de freqüência da utilização de medicamentos com prescrição médica para problemas de saúde nos últimos 12 meses.

Utilização	Amostral		Ponderado
	n	%	%
Sim	286	11	10
Não	2364	89	90
Não sabe	10	0	0
Recusou	0	0	0
Total	2660	100	100

Tabela 16: Distribuição de freqüência da utilização de medicamentos com prescrição médica para problemas de saúde nos últimos 12 meses por pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	Sim		Não		Não sabe		Recusou	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão Unipolar	143	16	725	83	5	1	0	0
Transtorno de Ansiedade	168	21	646	79	4	0	0	0
Ideação Suicída	102	20	418	80	3	1	0	0
Outras Substâncias	50	13	333	86	2	1	0	0
Transtorno Explosivo Intermítente	55	15	317	85	1	0	0	0
Uso de Álcool	37	14	223	85	2	1	0	0
Plano de suicídio	54	23	181	77	1	0	0	0
Tentativa de suicídio	51	25	148	74	2	1	0	0
Transtorno Bipolar	53	28	133	72	0	0	0	0
Mania	9	9	93	91	0	0	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 17: Distribuição de freqüência dos medicamentos mais utilizados.

Medicamento	n	%
Fluoxetina	48	19
Diazepam	40	16
Rivotril	29	11
Amytril	16	6
Bromazepam	10	4
Carbamazepin	9	4
a		
Amitriptilina	9	4
Lexotan	9	4

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 18: Distribuição de freqüência dos medicamentos mais utilizados por transtorno.

Pré-diagnóstico	Fluoxetina		Diazepam		Rivotril		Amytril		Bromazepam		Carbamazepina		Amitriptilina		Lexotan	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão Unipolar	33	28	16	13	20	17	8	7	6	5	3	3	4	3	5	4
Transtorno de Ansiedade	28	19	20	13	18	13	9	6	5	3	5	3	7	5	4	3
Ideação Suicída	19	20	15	16	12	13	5	5	4	4	5	5	4	4	3	3
Outras Substâncias	3	5	9	16	5	9	4	7	2	3	2	3	3	5	1	2
Transtorno Explosivo Intermitente	6	12	9	18	6	11	1	2	1	1	4	7	2	3	2	3
Uso de Álcool	3	8	11	27	3	6	0	1	0	0	4	9	1	2	1	2
Plano de suicídio	7	16	6	13	8	17	2	4	1	3	3	7	0	1	2	4
Tentativa de suicídio	8	19	4	10	7	17	3	7	1	3	2	4	0	1	2	5
Transtorno Bipolar	10	17	14	23	4	7	5	7	4	6	3	5	3	5	1	1
Mania	1	8	0	4	0	1	0	6	0	0	0	0	0	4	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 19: Distribuição de freqüência da utilização de serviços hospitalares por problemas de saúde mental.

Utilização	Amostral		Ponderado
	n	%	%
Sim	175	7	5
Não	2484	93	95
Não sabe	1	0	0
Total	2660	100	100

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 20: Distribuição de freqüência da utilização de serviços hospitalares por problemas de saúde mental por pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	Sim		Não	
	n	%	n	%
Depressão Unipolar	61	7	759	93
Transtorno de Ansiedade	80	10	729	90
Ideação Suicida	73	14	440	86
Outras Substâncias	47	12	346	88
Transtorno Explosivo Intermitente	28	7	387	93
Uso de Álcool	46	18	213	82
Plano de suicídio	47	21	173	79
Tentativa de suicídio	45	23	151	77
Transtorno Bipolar	33	16	176	84
Mania	4	3	109	97

Tabela 21: Distribuição de freqüência da utilização de serviços hospitalares por problemas de saúde mental.

Ocorrências	n	%
1	78	54
2	22	15
3	14	10
4	4	3
5	3	2
6 ou mais	14	9
Não sabe	10	7

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 22: Freqüência relativa da utilização de serviços hospitalares por pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	Quantidade de vezes								Total
	1	2	3	4	5	6 ou mais	Não sabe	Total	
Depressão Unipolar	58%	10%	11%	1%	5%	10%	5%	100%	
Transtorno de Ansiedade	43%	14%	16%	5%	0%	11%	10%	100%	
Ideação Suicida	43%	16%	14%	3%	2%	15%	7%	100%	
Outras Substâncias	60%	10%	9%	6%	2%	12%	2%	100%	
Transtorno Explosivo Intermítente	59%	9%	15%	2%	1%	11%	3%	100%	
Uso de Álcool	59%	17%	10%	7%	0%	5%	3%	100%	
Plano de suicídio	34%	20%	18%	4%	3%	15%	7%	100%	
Tentativa de suicídio	37%	13%	23%	1%	3%	17%	6%	100%	
Transtorno Bipolar	36%	26%	12%	6%	0%	7%	13%	100%	
Mania	0%	25%	35%	0%	0%	40%	0%	100%	

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 23: Distribuição de freqüência da permanência em hospital por problemas de saúde mental.

Ocorrências	n	%
0	3	4
1	18	27
2	6	10
3	9	13
4	2	4
5	3	4
6	1	2
7 ou mais	19	28
Não sabe	5	8
Recusou	1	1

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 24: Distribuição de freqüência da permanência em hospital por problemas de saúde mental por pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	0		1		2		3		4		5		6		7 ou mais		Não sabe		Recusou	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão Unipolar	1	3	6	23	3	12	3	11	0	0	3	12	0	0	8	32	1	5	1	3
Transtorno de Ansiedade	1	2	11	25	3	7	9	20	1	3	3	6	1	2	11	23	4	10	1	2
Ideação Suicida	0	0	10	25	5	13	9	21	2	5	3	7	1	2	11	26	1	3	0	0
Outras Substâncias	0	0	6	31	2	11	4	21	1	4	0	0	1	4	4	20	2	10	0	0
Transtorno Explosivo Intermitente	0	0	0	0	1	12	4	35	0	0	1	8	1	6	4	32	1	6	0	0
Uso de Álcool	0	0	5	26	0	0	5	26	2	10	2	13	0	0	3	14	2	11	0	0
Plano de suicídio	0	0	6	21	4	14	9	27	2	6	0	1	1	2	8	25	1	4	0	0
Tentativa de suicídio	0	0	6	23	3	12	7	24	1	4	3	10	1	3	6	23	1	2	0	0
Transtorno Bipolar	2	8	6	28	1	4	6	30	1	4	0	0	1	3	3	16	1	7	0	0
Mania	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	75	0	0	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 25: Distribuição de freqüência dos profissionais procurados na busca por ajuda com problemas de saúde mental.

Profissional	n	%
Psiquiatra	344	37
Clínico Geral	234	25
Outro médico	116	13
Psicólogo	426	46
Assistente Social	23	3
Conselheiro	8	1
Profissional de saúde mental	18	2
Outro profissional de saúde	15	2
Conselheiro Religioso	102	11
Outro profissional qualquer	60	7
Não sabe	7	1
Recusou	3	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 26: Distribuição de freqüência dos profissionais procurados na busca por ajuda com problemas de saúde mental por pré-diagnóstico.

Pré-diagnóstico	Psiquiatra		Clínico Geral		Outro médico		Psicólogo		Assistente Social		Conselheiro	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Depressão Unipolar	157	41	87	23	43	11	186	49	11	3	6	1
Transtorno de Ansiedade	157	47	100	30	44	13	162	48	7	2	6	2
Ideação Suicida	131	52	64	25	36	14	140	55	12	5	1	0
Outras Substâncias	77	43	44	25	15	9	101	56	13	7	4	2
Transtorno Explosivo Intermitente	69	40	36	21	13	7	90	52	6	3	1	1
Uso de Álcool	54	50	36	33	15	14	46	42	9	9	3	3
Plano de suicídio	65	52	33	26	20	16	71	57	6	5	0	0
Tentativa de suicídio	68	58	32	27	15	13	64	54	11	9	0	0
Transtorno Bipolar	69	55	29	23	14	11	70	56	1	1	0	0
Mania	7	28	7	28	4	16	18	72	3	12	2	7

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

Tabela 27: Distribuição de freqüência dos profissionais procurados na busca por ajuda com problemas de saúde mental por pré-diagnóstico (cont.).

Pré-diagnóstico	Profissional de saúde mental		Outro profissional de saúde		Conselheiro Religioso		Outro profissional qualquer		Não sabe		Recusou	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depressão Unipolar	9	2	9	2	48	13	30	8	2	0	0	0
Transtorno de Ansiedade	8	2	7	2	51	15	34	10	2	1	2	1
Ideação Suicida	4	2	4	2	35	14	21	8	3	1	1	0
Outras Substâncias	4	2	2	1	20	11	21	12	4	2	0	0
Transtorno Explosivo Intermitente	2	1	1	0	23	13	12	7	1	1	0	0
Uso de Álcool	3	3	5	5	21	19	10	9	0	0	0	0
Plano de suicídio	1	1	2	1	15	12	10	8	2	2	1	1
Tentativa de suicídio	3	2	3	3	14	12	10	8	1	1	0	0
Transtorno Bipolar	1	1	2	1	22	17	14	11	1	1	0	0
Mania	0	0	0	0	8	32	2	6	1	3	0	0

* Com modelo de ponderação e pós-estratificação.

8.2. GRÁFICOS

Gráfico 22: *Boxplot do tempo de duração da entrevista.*

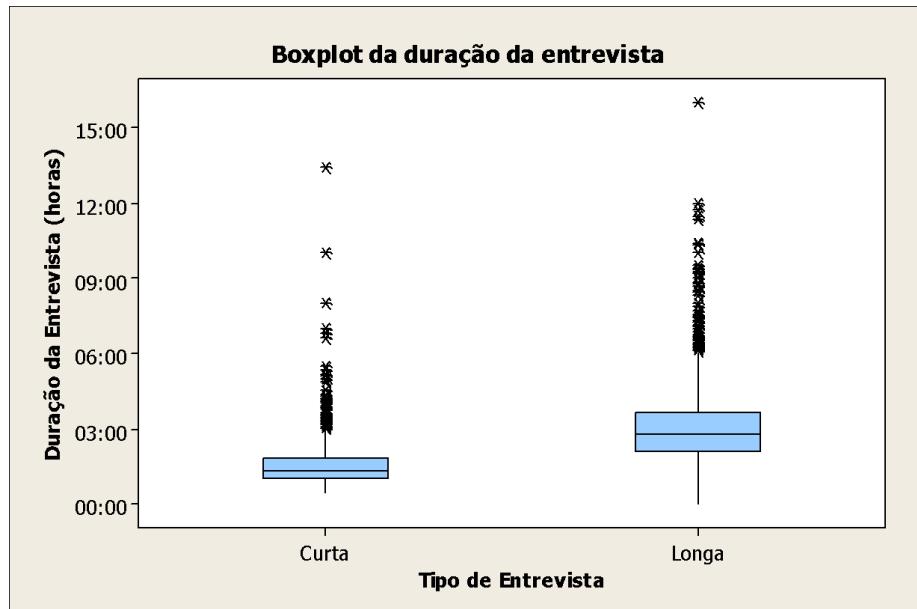


Gráfico 23: *Boxplot do tempo de duração da entrevista sem outliers.*

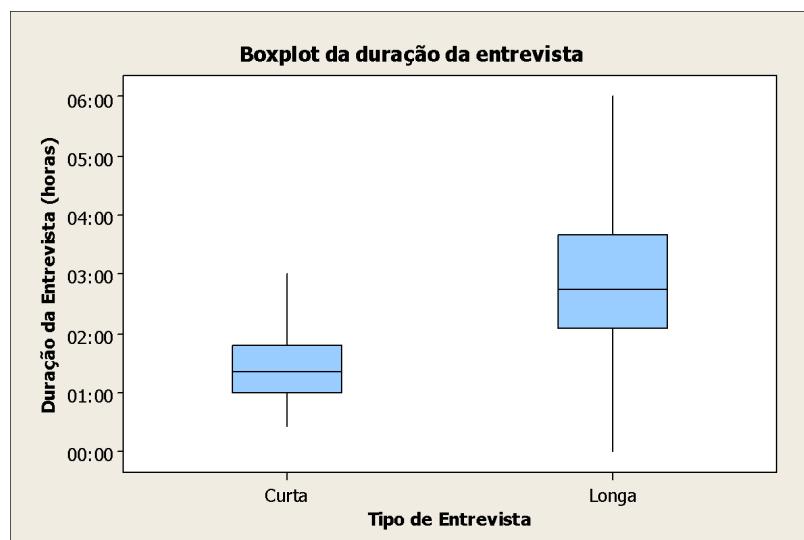
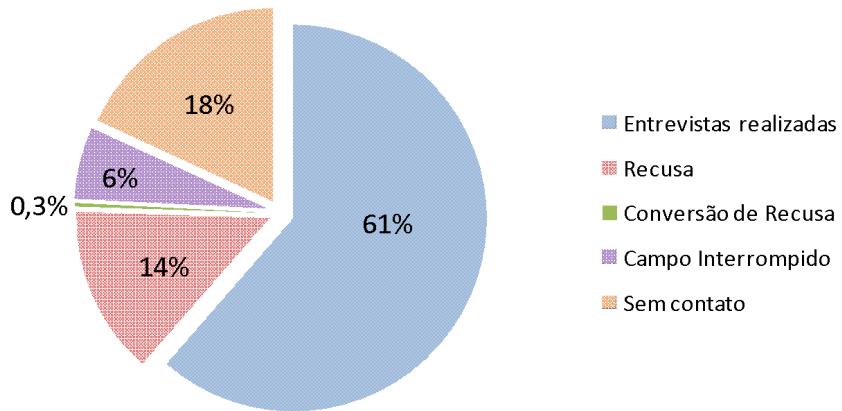


Gráfico 24. Distribuição da amostral final.



8.3. PROCEDIMENTO DA TABELA DE SELEÇÃO DE KISH.

Atribuir o número "1" para o membro da família mais velho do sexo masculino e seqüencialmente até o mais novo. Continuar a numerar, agora com os membros do sexo feminino, da mais velha para a mais nova. A pessoa entrevistada depende da linha correspondente ao número de pessoas elegíveis conforme classificação descrita anteriormente.

<i>Tabela de Seleção H</i>			
Se o Número de Pessoas Elegíveis for:		Entrevistar a Pessoa de Número:	
1			1
2			2
3			2
4			3
5			4
6+			4

8.4. MODELOS AJUSTADOS.

8.4.1. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

$$\log\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \alpha + \beta_j \cdot Idade_{ij} + \beta_k \cdot Escolaridade_{ik} + \beta_8 \cdot Gênero_i + \beta_9 \cdot TB_i + \beta_{11} \cdot DU_i + \beta_{12} \cdot TA_i + \beta_{13} \cdot TE_i + \beta_{14} \cdot IS_i + \beta_{15} \cdot TS_i + \beta_{16} \cdot UA_i + \beta_{17} \cdot OS_i,$$

sendo:

π_i : probabilidade do i -ésimo indivíduo procurar serviço de saúde para problemas de saúde mental.

$\frac{\pi_i}{1-\pi_i}$: chance do i -ésimo indivíduo procurar serviço de saúde para problemas de saúde mental.

$Idade_{ij}$: Variável indicadora da j -ésima faixa etária para o i -ésimo indivíduo.

$Escolaridade_{ij}$: Variável indicadora da j -ésima categoria para o i -ésimo indivíduo.

$Gênero_i$: 0 se o i -ésimo indivíduo é do sexo masculino.

1 se o i -ésimo indivíduo é do sexo feminino.

TB_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno Bipolar.

1 caso contrário.

DU_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Depressão Unipolar.

1 caso contrário.

TA_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno de Ansiedade.

1 caso contrário.

TE_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno Explosivo Intermittente.

1 caso contrário.

IS_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Ideação Suicida.

1 caso contrário.

TS_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Tentativa Suicídio.

1 caso contrário.

UA_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Uso de Álcool.

1 caso contrário.

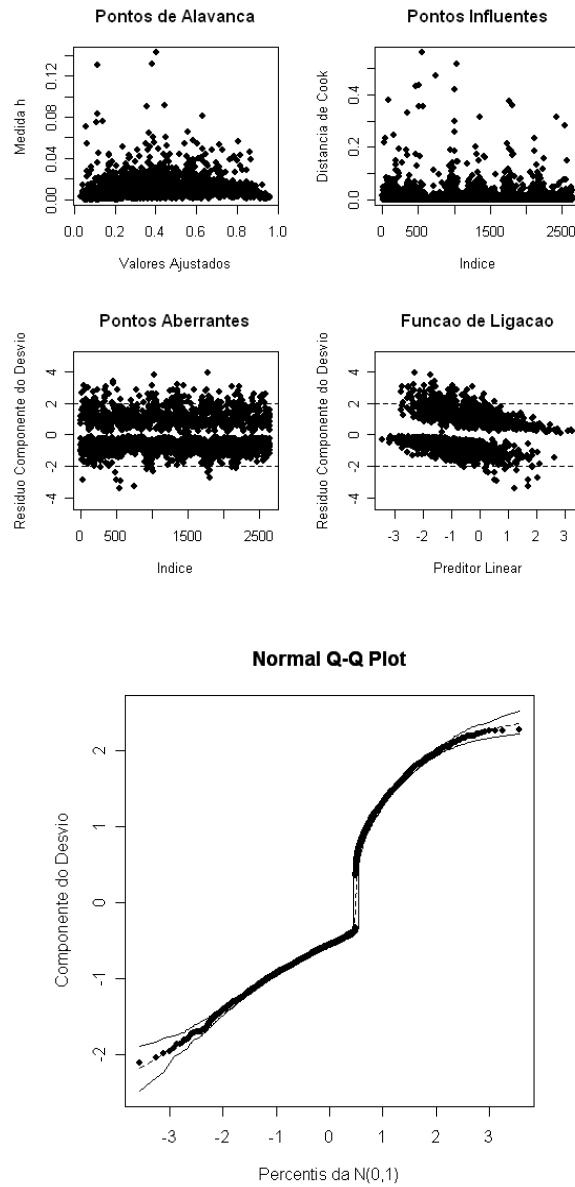
OS_i: 0 se o i-ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Outras Substâncias.
1 caso contrário.

e^α : representa a chance de um indivíduo do sexo masculino, pertencente a faixa etária A e sem nenhum transtorno pré-diagnosticado utilizar medicamentos para problemas de saúde mental.

OR = e^{β_8} : representa a razão das chances de um indivíduo do sexo feminino utilizar medicamentos para problemas de saúde mental em relação a um indivíduo do sexo masculino, considerando as demais variáveis do modelo invariantes, isto é, representa o efeito de gênero.

Para as demais variáveis explicativas a interpretação é análoga.

<u>Qualidade do ajuste do modelo</u>	
Deviance Residual	2676 (2632 g.l.)
Hosmer e Lemeshow	0,23 (nível descriptivo)



* A exclusão das observações 40 e 245 alteram as estimativas de forma significante, porém não foram encontradas informações que justifiquem a análise sem esses dois indivíduos.

8.4.2. CONSULTA AO PSIQUIATRA

$$\log\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \alpha + \beta_j \cdot Idade_{ij} + \beta_8 \cdot TB_i + \beta_9 \cdot DU_i + \beta_{10} \cdot IS_i + \beta_{11} \cdot TS_i + \beta_{12} \cdot UA_i,$$

sendo:

π_i : probabilidade do i -ésimo indivíduo consultar o psiquiatra para problemas de saúde mental.

$\frac{\pi_i}{1-\pi_i}$: chance do i -ésimo indivíduo consultar o psiquiatra para problemas de saúde mental.

$Idade_{ij}$: Variável indicadora da j -ésima faixa etária para o i -ésimo indivíduo.

TB_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno Bipolar.
1 caso contrário.

DU_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Depressão Unipolar.
1 caso contrário.

IS_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Ideação Suicida.
1 caso contrário.

TS_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Tentativa Suicídio.
1 caso contrário.

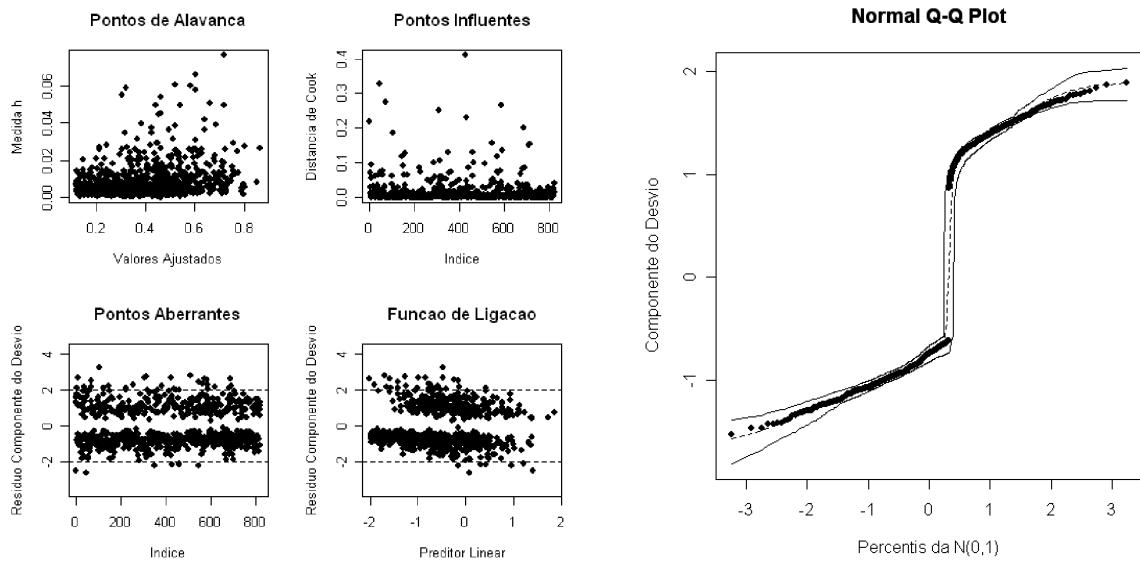
UA_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Uso de Álcool.
1 caso contrário.

e^α : representa a chance de um indivíduo pertencente a faixa etária A e sem nenhum transtorno pré-diagnosticado consultar o psiquiatra para problemas de saúde mental.

$OR = e^{\beta_8}$: representa a razão das chances de um indivíduo com transtorno bipolar consultar o psiquiatra para problemas de saúde mental em relação a um indivíduo sem transtorno bipolar, considerando as demais variáveis do modelo invariantes.

Para as demais variáveis explicativas a interpretação é análoga.

<u>Qualidade do ajuste do modelo</u>	
Deviance Residual	1040 (815 g.l.)
Hosmer e Lemeshow	0,35 (nível descritivo)



8.4.3. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

$$\log\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \alpha + \beta_j \cdot Idade_{ij} + \beta_8 \cdot Gênero_i + \beta_9 \cdot TB_i + \beta_{11} \cdot DU_i + \beta_{12} \cdot TA_i + \beta_{13} \cdot TS_i + \beta_{14} \cdot UA_i + \beta_{15} \cdot OS_i,$$

sendo:

π_i : probabilidade do i -ésimo indivíduo utilizar medicamentos para problemas de saúde mental.

$\frac{\pi_i}{1-\pi_i}$: chance do i -ésimo indivíduo utilizar medicamentos para problemas de saúde mental.

$Idade_{ij}$: Variável indicadora da j -ésima faixa etária para o i -ésimo indivíduo.

$Gênero_i$: 0 se o i -ésimo indivíduo é do sexo masculino.

1 se o i -ésimo indivíduo é do sexo feminino.

TB_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno Bipolar.

1 caso contrário.

DU_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Depressão Unipolar.

1 caso contrário.

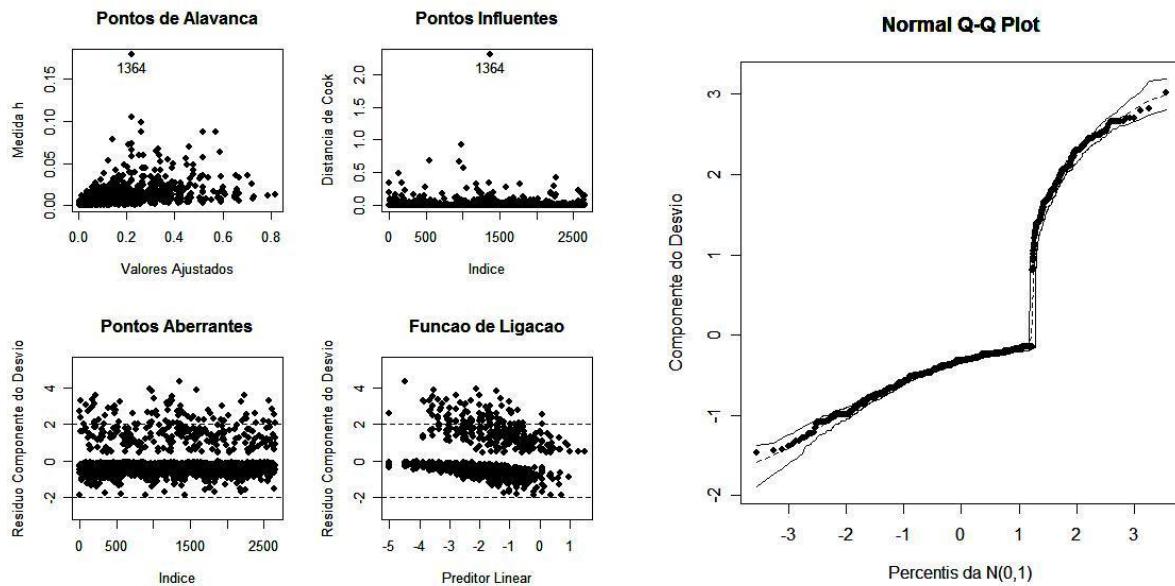
- TA_i: 0 se o i-ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno de Ansiedade.
1 caso contrário.
- TS_i: 0 se o i-ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Tentativa Suicida.
1 caso contrário.
- UA_i: 0 se o i-ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Uso de Álcool.
1 caso contrário.
- OS_i: 0 se o i-ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Outras Substâncias.
1 caso contrário.

e^{α} : representa a chance de um indivíduo do sexo masculino, pertencente a faixa etária A e sem nenhum transtorno pré-diagnosticado utilizar medicamentos para problemas de saúde mental.

OR = e^{β_8} : representa a razão das chances de um indivíduo do sexo feminino utilizar medicamentos para problemas de saúde mental em relação a um indivíduo do sexo masculino, considerando as demais variáveis do modelo invariantes.

Para as demais variáveis explicativas a interpretação é análoga.

<u>Qualidade do ajuste do modelo</u>		
	<u>Valor</u>	<u>gl</u>
Desvio nulo	1691	2649
Desvio	1392	2635



* A exclusão da observação 1364 não alterou as estimativas de forma significante.

8.4.4. UTILIZAÇÃO DE FLUOXETINA

$$\log\left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i}\right) = \alpha + \beta_1 \cdot Gênero_i + \beta_2 \cdot TB_i + \beta_3 \cdot DU_i + \beta_4 \cdot OS_i,$$

sendo:

π_i : probabilidade do i -ésimo indivíduo utilizar Fluoxetina.

$\frac{\pi_i}{1 - \pi_i}$: chance do i -ésimo indivíduo utilizar Fluoxetina.

Gênero_i: 0 se o i -ésimo indivíduo é do sexo masculino.

1 se o i -ésimo indivíduo é do sexo feminino.

TB_i: 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Transtorno Bipolar.

1 caso contrário.

DU_i: 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Depressão Unipolar.

1 caso contrário.

OS_i: 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Outras Substâncias.

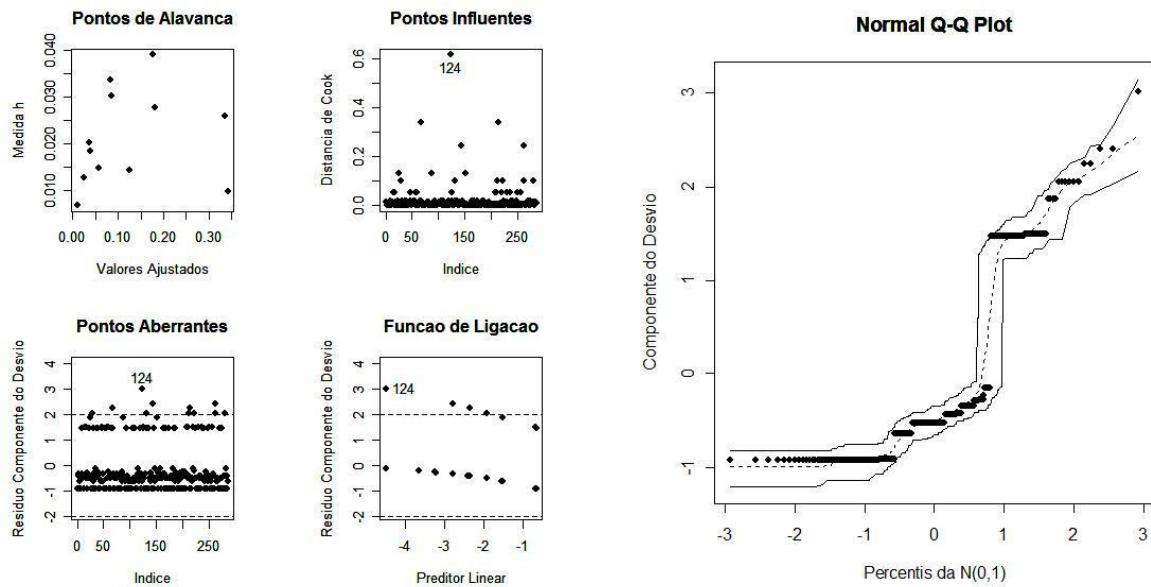
1 caso contrário.

e^α : representa a chance de um indivíduo do sexo masculino sem nenhum transtorno pré-diagnosticado utilizar Fluoxetina.

OR = e^{β_1} : representa a razão das chances de um indivíduo do sexo feminino utilizar Fluoxetina em relação a um indivíduo do sexo masculino, considerando as demais variáveis do modelo invariantes.

Para as demais variáveis explicativas a interpretação é análoga.

Qualidade do ajuste do modelo		
	Valor	GI
Desvio nulo	248	285
Desvio	213	281



* A exclusão da observação 124 não alterou as estimativas de forma significante.

8.4.5. UTILIZAÇÃO DE DIAZEPAM

$$\log\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \alpha + \beta_1 \cdot UA_i,$$

sendo:

π_i : probabilidade do i -ésimo indivíduo utilizar Diazepam.

$\frac{\pi_i}{1-\pi_i}$: chance do i -ésimo indivíduo utilizar Diazepam.

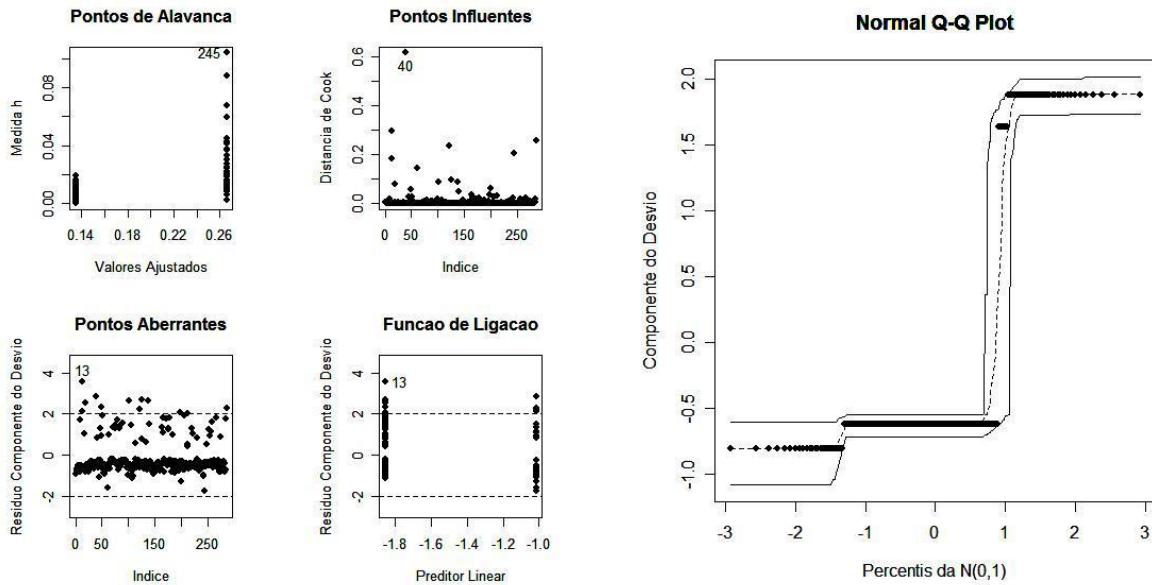
UA_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Uso de Álcool.
1 caso contrário.

e^α : representa a chance de um indivíduo sem nenhum transtorno pré-diagnosticado utilizar Diazepam.

$OR = e^{\beta_1}$: representa a razão das chances de um indivíduo com pré-diagnóstico de Uso de Álcool utilizar Diazepam em relação a um indivíduo sem pré-diagnóstico de Uso de Álcool, considerando as demais variáveis do modelo invariantes.

<u>Qualidade do ajuste do modelo</u>	
<u>Valor</u>	<u>gl</u>

Desvio nulo	224	285
Desvio	220	284



* A exclusão das observações 40 e 245 alteram as estimativas de forma significante, porém não foram encontradas informações que justifiquem a análise sem esses dois indivíduos.

8.4.6. UTILIZAÇÃO DE RIVOTRIL

$$\log\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \alpha + \beta_1 \cdot DU_i,$$

sendo:

π_i : probabilidade do i -ésimo indivíduo utilizar Rivotril.

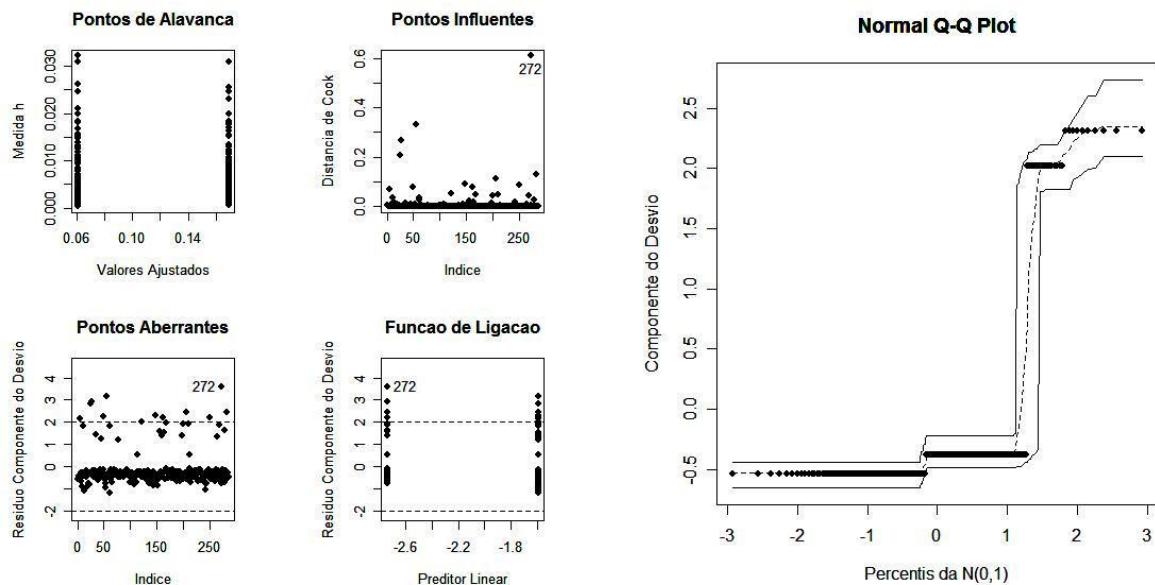
$\frac{\pi_i}{1-\pi_i}$: chance do i -ésimo indivíduo utilizar Rivotril.

DU_i : 0 se o i -ésimo indivíduo não foi pré-diagnosticado com Depressão Unipolar.
1 caso contrário.

e^α : representa a chance de um indivíduo sem nenhum transtorno pré-diagnosticado utilizar Rivotril.

$OR = e^{\beta_1}$: representa a razão das chances de um indivíduo com pré-diagnóstico de Depressão Unipolar utilizar Rivotril em relação a um indivíduo sem pré-diagnóstico de Depressão Unipolar, considerando as demais variáveis do modelo invariantes.

<u>Qualidade do ajuste do modelo</u>		
	<u>Valor</u>	<u>gl</u>
Desvio nulo	180	285
Desvio	173	284



* A exclusão da observação 272 não alterou as estimativas de forma significante.