



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM MEDICINA E SAÚDE



RAIMUNDA DE FÁTIMA NEVES COÊLHO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – COMPORTAMENTAIS DE
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO SERTÃO PARAIBANO

TESE DE DOUTORADO

Salvador
2013

RAIMUNDA DE FÁTIMA NEVES COÊLHO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – COMPORTAMENTAIS DE
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO SERTÃO PARAIBANO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Medicina e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia
Lucena

Co-orientador: Prof. Dr. Lucas de Castro
Quarantini

**Salvador
2013**

Dados Internacionais de Catalogação -na- Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

C672c Coêlho, Raimunda de Fátima Neves
Características clínico-comportamentais de professores universitários no sertão paraibano / Raimunda de Fátima Neves Coêlho. Bahia, 2013.
153f. : il.

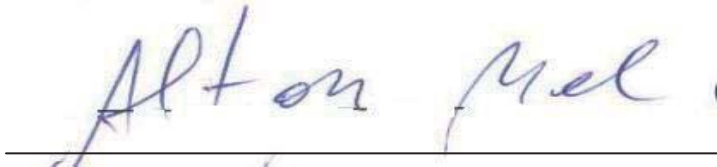
Bibliografia

Orientador: Rita de Cássia Lucena.
Coorientador: Lucas de Castro Quarantini.
Tese (Doutorado) Universidade Federal da Bahia, 2013.

1. Transtornos mentais. 2. Professores Universitários.
3. Transtorno do estresse pós-traumático. 4. Resiliência.
5. Qualidade de vida. I. Lucena, Rita de Cássia.
II. Quarantini, Lucas de Castro. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

COMISSÃO EXAMINADORA

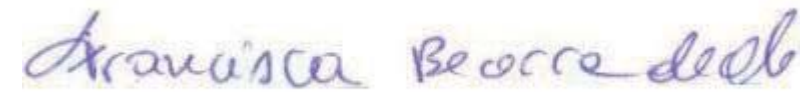
TITULARES:



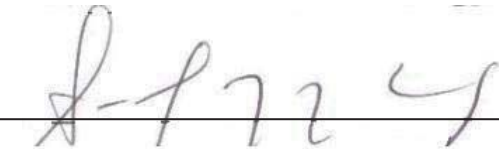
Prof. Dr. Ailton de Souza Melo – Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Prof. Dr. Heronides dos Santos Pereira – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.ª Dr.ª Francisca Bezerra de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof. Dr. Adelmir de Souza Machado – Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Prof. Dr. Lucas de Castro Quarantini - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

SUPLENTE:



Prof.ª Dr.ª Rita de Cássia Lucena – Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Para meu esposo

José Guimarães Coêlho Filho (Zé Filho),
amor da minha vida, significado maior do
meu viver

e para meus filhos

Raisa Neves Coêlho e Igor Neves Coêlho,
pedaços de mim, razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Esta tese exprime todo um desafio que decidi enfrentar e vencer, motivada pela *vontade otimista* de produzir conhecimento socialmente relevante, que numa leitura interdisciplinar pude enxergar uma interconexão entre as áreas de Ciências da Saúde e Ciências Humanas, da qual faço parte.

Destaco, ainda, que todo processo de doutoramento foi permeado pelas incertezas, tensões e desafios que compõem um ritual por vezes angustiante e, paradoxalmente, de contentamento, que somente foi possível pela contribuição de coletivos e pessoas a quem desejo expressar o meu reconhecimento sincero:

- A **Deus**, que a todo momento revestiu-me de FORÇA e CORAGEM;
- A **meus pais**, muito amados, **Maria da Penha** (in memorian) e **Antonio Paulo**, por tudo de bom que me ensinaram/ajudaram a ser, como ser humano;
- Aos **meus irmãos** e a **tia Socorro Neves**, que mesmo a distância estiveram comigo, nos momentos difíceis dessa caminhada;
- A **vovó Antonia Correia (Toinha)**, avó referência, muito querida (in memorian);
- Ao **meu sogro José Guimarães Coêlho (Zé Crispim)**, pelos momentos de orações;
- A **Isabel Leite Peixoto**, grande amiga, pela força e orações permanentes, em prol da conquista dessa titulação;
- A **Rita Lucena**, orientadora, que me transmitiu sempre a solidez de uma referência humana íntegra e solidária, e exerceu com competência e sensibilidade um papel de educadora, quando me incentivava a cada avaliação dos meus escritos e, assim, dentre outros, faço este registro *ipsis litteris*: “Raimunda, parabéns! Você tem mostrado uma capacidade de trabalho fantástica. Seu crescimento durante os últimos dois anos foi enorme. Estou orgulhosa.” (E-mail de 1º de outubro de 2012);
- A **Lucas Quarantini**, co-orientador, sua competência, postura humana, tranquilidade e contribuição intelectual transcenderam, por vezes, o nível do esperado/demandado. Com ele, aprendi a valorizar mais a necessidade de conjugar competência intelectual e simplicidade, convicções e serenidade;
- A **Dr. Adelmir Machado**, com quem tive a oportunidade privilegiada de amadurecimento intelectual, principalmente, na defesa de um rigor metodológico na pesquisa;

- A todos os **discentes**, colaboradores da pesquisa, pela importante contribuição e, principalmente, a **Franciélia Limeira**, exemplo de dedicação e compromisso no aprendizado da pesquisa;
- Aos **professores universitários** dos campi de Cajazeiras e Sousa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pela aceitação (90,9%) em participar da pesquisa, com suas contribuições relevantes;
- A Universidade Federal da Bahia (UFBA) e UFCG, na pessoa do Ex- Pró- Reitor de Pós-Graduação, **Michel François Fossy**, que possibilitaram a realização do Doutorado Interinstitucional (DINTER);
- Ao **Prof. Dr. Edilson Amorim**, pela amizade e confiança, o meu reconhecimento e imensa gratidão;
- A **Prof.^a Dr.^a Francisca Oliveira**, que instigou-me a não capitular, para seleção do Doutorado;
- Aos coordenadores do DINTER UFBA/UFCG, **Dr.^a Helma Cotrim, Dr. Adelmir Machado, Dr. Patrício Marques, Dr.^a Tereza Nascimento** pela condução administrativa do DINTER;
- Aos funcionários da Ótica Santa Luzia – Cajazeiras, pelo apoio e disponibilidade, em especial, **Neurislene Maciel e José D’Jair Rodrigues**.

UM TRIBUTO A MINHA MÃE, **MARIA DA PENHA** (*in memoriam*).

Mãe... são três letras apenas
As desse nome bendito:
Também o céu tem três letras...
E nelas cabem o infinito.
Para louvar nossa mãe,
Todo o bem que se disse
Nunca há de ser tão grande
Como o bem que ela nos quer...
Palavra tão pequenina,
Bem sabe os lábios meus
Que és do tamanho do céu
E apenas menor que Deus.

(Mário Quintana)

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Escores para Resiliência segundo História de Trauma.....	62
Tabela 2	Qualidade de vida segundo a área de conhecimento.....	63
Tabela 3	Resiliência segundo a área de conhecimento.....	64
Tabela 4	Escores para TEPT segundo área de conhecimento e grau de Resiliência	65
Tabela 5	Transtorno segundo a área de conhecimento no intragrupo com menor resiliência.....	66
Tabela 6	Transtorno segundo a área de conhecimento no intragrupo com maior resiliência.....	67
Tabela 7	Frequências absolutas e relativas dos dados demográficos dos 240 docentes.....	68
Tabela 8	Frequências absolutas e relativas da avaliação da qualidade do trabalho feito pelos 240 docentes.....	69
Tabela 9	Resiliência, Impulsividade, TEPT e Religiosidade em 240 professores universitários de Cajazeiras e Sousa.....	70
Tabela 10	Frequências absolutas e relativas das respostas afirmativas para o questionário de História de Trauma em professores universitários de cajazeiras e Sousa.....	70
Tabela 11	Qualidade de Vida de 240 professores universitários de Cajazeiras e Sousa.....	70
Tabela 12	Coeficiente de correlação de Spearman entre TEPT e Qualidade de Vida	70
Tabela 13	Frequências absolutas e relativas dos transtornos mentais avaliados através do M.I.N.I. Plus.....	71
Tabela 14	Valores descritivos para os Transtornos de maior frequência na amostra, segundo a área de conhecimento.....	72
Tabela 15	Coeficiente de correlação de Spearman entre Impulsividade e Qualidade de Vida.....	75
Tabela 16	Coeficiente de correlação de Spearman entre Religiosidade e Qualidade de Vida.....	75
Tabela 17	Qualidade de Vida segundo a carga horária.....	76
Tabela 18	Distribuição de artigos referentes aos instrumentos utilizados na pesquisa	152

Gráfico 1	Episódio Depressivo Maior segundo área de conhecimento.....	77
Gráfico 2	Transtorno de Ansiedade Generalizada segundo área de conhecimento....	77
Gráfico 3	Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão segundo área de conhecimento.....	78
Gráfico 4	Domínio Aspectos Físicos do SF 36 segundo áreas de conhecimento.....	78
Gráfico 5	Domínio Aspectos Sociais do SF 36 segundo áreas de conhecimento.....	79
Gráfico 6	Domínio Aspectos Emocionais do SF 36 segundo áreas de conhecimento.....	80
Gráfico 7	Domínio Saúde Mental do SF 36 segundo áreas de conhecimento.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID- 10	Classificação Internacional de Doenças
CF	Capacidade Funcional
CFP	Centro de Formação de Professores
CCJS	Centro de Ciências Jurídicas e Sociais
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition</i>
EGS	Estado Geral de Saúde
EDM	Episódio Depressivo Maior
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
DRI	<i>Duke Religion Index</i>
M.I.N.I. Plus	<i>International Neuropsychiatric Interview</i>
PCL-C	<i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version</i>
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – item Short Form Health Survey
SM	Saúde Mental
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
THQ	<i>Trauma History Questionnaire</i>
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	Resumo em português e inglês.....	11-12
2	Introdução.....	13
3	Objetivos.....	15
4	Metodologia.....	16
5	Resultados.....	18
5.1	Artigo de Revisão	18
	Qualidade de Vida, Resiliência, História de Trauma, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Impulsividade, Religiosidade e suas relações com Transtornos Mentais em Professores Universitários: Uma revisão da literatura.....	21
5.2	Artigo Original	38
	Standard of resilience, mental disorders and quality of life in university lecturers from different academic areas in Northeast Brazil	41
5.3	Outros Resultados (Tabelas e Gráficos).....	68
6	Conclusões.....	82
7	Considerações Finais.....	83
8	Perspectivas de estudos.....	84
9	Anexos.....	85
	Anexo A – Declaração de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	86
	Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
	Anexo C - Escala de Resiliência.....	89
	Anexo D - Escala de Impulsividade.....	91
	Anexo E - Questionário de Qualidade de Vida – SF – 36.....	93
	Anexo F - Questionário de História de Trauma.....	97
	Anexo G - Escala de Religiosidade da Duke.....	100
	Anexo H - Escala de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (PCL-C).....	102
	Anexo I- Entrevista Diagnóstica M. I. N. I. Plus 5.0.0 (Junho, 2001).....	104
	Anexo J - Resumo Publicado em Anais de Congresso.....	137
10	Apêndices.....	138
	Apêndice 01 – Carta – Convite aos Professores.....	139
	Apêndice 02 – Questionário Sociodemográfico.....	140
	Apêndice 03 – M. I. N. I. Plus – Folha de respostas.....	142
	Apêndice 04 – Tabela de Instrumentos utilizados na pesquisa.....	152
	Apêndice 05 - Fluxograma.....	156
	Apêndice 06 – Orçamento.....	157

1 RESUMO EM INGLÊS E PORTUGUÊS

RESUMO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-COMPORTAMENTAIS DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO SERTÃO PARAIBANO

A profissão docente é considerada estressante e a detecção de aspectos que podem comprometer a saúde física e mental dos indivíduos é necessária, para respaldar programas de suporte ao docente. O estudo objetivou descrever características clínico-comportamentais de professores universitários no sertão paraibano, tendo como objetivos secundários: avaliar correlação entre Resiliência, História de Trauma, Transtorno do Estresse Pós-traumático - TEPT, Impulsividade, Religiosidade, e Qualidade de Vida na população estudada; determinar a frequência de transtornos psiquiátricos em professores, nas diferentes áreas acadêmicas; e avaliar associação entre resiliência e transtornos mentais. Mediante estudo transversal, de natureza censitária, foram coletados dados de variáveis sociodemográficas. Aplicou-se escala de Resiliência e de TEPT (PCL-C), questionários de História de Trauma, de Qualidade de Vida SF 36 e entrevista M. I. N. I. Plus (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), que explorou os transtornos mentais. Análise estatística descritiva da caracterização demográfica dos 240 professores, mostrou que 81,3% tinham menos de 50 anos de idade e 52,5% eram do sexo masculino; Correlação de Spearman indicou associação negativa e significativa ($p < 0,001$) entre todos domínios do SF - 36 e TEPT; Comparação entre Resiliência e História de Trauma, mostrou associação significativa entre Resiliência e eventos traumáticos relacionados a experiências físicas e sexuais ($p=0,040$). Foi evidenciada baixa pontuação para TEPT; alta pontuação para Resiliência e maior exposição a trauma e desastres em geral na população de professores. Episódio Depressivo Maior Atual (EDM), Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) apresentaram maior prevalência. Teste qui-quadrado mostrou que área de Sociais Aplicadas apresentou o maior percentual (13,9%) para EDM atual. Ser mais ou ser menos resiliente não estava associado com o EDM. Professores universitários expostos a peculiaridades ambientais específicas e com Episódio Depressivo Maior Atual, apresentaram alta pontuação em todos os domínios de Qualidade de Vida.

Palavras - chave: 1. Professor Universitário; 2. Transtornos Mentais; 3. Qualidade de Vida; 4. Resiliência; 5. Experiências Traumáticas; 6. Transtorno do Estresse Pós- traumático; 7. Impulsividade; 8. Religiosidade.

ABSTRACT

CLINICAL AND BEHAVIOURAL CHARACTERISTICS OF UNIVERSITY LECTURERS IN THE SEMI-ARID REGION OF PARAIBA

The teaching profession is considered stressful and detecting aspects that may compromise the physical and mental health of individuals is required to underpin programmes for teacher support. This study aims to describe the clinical and behavioural characteristics of university lecturers in the semi-arid region of Paraiba, and has the following secondary objectives: to assess the correlation between Resilience, History of Trauma, Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), Impulsivity, Religiosity and Quality of Life in the studied population; to ascertain the frequency of psychiatric disorders in lecturers from different academic areas; and to assess the association between resilience and mental disorders. Data for socio-demographic variables was collected through a cross-sectional census study. The following instruments were applied: the PTSD Resilience Scale (PCL-C); questionnaires regarding History of Trauma; Quality of Life SF-36; and the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) Plus Interview, which explores mental disorders. Descriptive Statistical Analysis of demographic information related to 240 lecturers demonstrated that 81.3% were less than 50 years old and 52.5% were male; Spearman Correlation indicated a negative and significant association ($p < 0.001$) between all the SF-36 domains and Post-traumatic Stress Disorder; while comparison between Resilience and History of Trauma demonstrated a significant association between Resilience and traumatic events related to physical and sexual experiences ($p=0.040$). We found evidence of low scores for PTSD; high scores for Resilience and greater exposure to trauma and disasters in the general lecturer population. Current Major Depressive Episode (MDE), Mixed Anxiety-Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder (GAD) had greater prevalence. The chi-square test demonstrated that the area of Applied Social Sciences presented with the highest percentage (13.9%) for current MDE. Being more or less resilient did not was not associated with MDE. University lecturers exposed to specific environmental peculiarities and Current Major Depressive Episode, scored high in all domains of Quality of Life.

Key words: 1. University Lecturer; 2. Mental Disorders; 3. Quality of Life; 4. Resilience; 5. Traumatic Experiences; 6. Post-traumatic Stress Disorder; 7. Impulsivity; 8. Religiosity.

2 INTRODUÇÃO

Diante da mudança da política mundial em que, inevitavelmente, está inserida a profissão docente, observa-se uma transformação das atividades do setor público, “[...] do Estado como provedor para o Estado como regulador [...]” (*). Com efeito, essa novidade surge das mudanças nos papéis do Estado, do capital, dos cidadãos, e das instituições do setor público, das quais os docentes, vinculados a elas, assumem novos papéis e relações de trabalho onde se instaura uma nova cultura de uma performance competitiva, conduzindo no caso os professores, na maioria das vezes, a uma fragilidade nos seus novos papéis, na sua identidade e nas relações que estão sendo criadas.

Assim, no atual contexto, o professor universitário vive impulsionado por uma concepção de trabalho e carreira pautada pelo produtivismo, que se caracteriza pela imposição de metas de produtividade focadas no aspecto quantitativo e que não leva em consideração o tempo e as condições materiais necessárias ao desenvolvimento de uma produção acadêmica de qualidade e socialmente referenciada.

Nesse sentido, o docente vive a precarização do trabalho, que trata do processo de exploração, do processo de controle do capital, em que sua condição de trabalho é perseguida pela lógica quantificadora, da eficácia e da eficiência correspondente à lógica da empresa capitalista.

Conseqüentemente, o prolongamento e a intensificação da jornada de trabalho no exercício profissional de professores universitários, vem gerando graves conseqüências para suas vidas, de modo que novos valores e ritmo vem sendo considerados danos para a saúde física e mental de professores e pesquisadores, acentuando-se que tais danos repercutem também sobre a saúde dos alunos.

Nesse processo de quantificação, no qual estão submetidos os professores universitários, cumpre-se aqui reafirmar o grau de estresse no trabalho e o que isto repercute em termos de sofrimento psíquico sobre essa categoria profissional, em que as condições de trabalho dos docentes são precárias, tornando-os suscetíveis a processos de adoecimento, tanto no aspecto físico como no aspecto psíquico (**).

(*) Ball SJ. Globalização e Educação: Precarização do Trabalho Docente- Performatividade, privatização e o pós-estado do bem-estar. 2004; Educ. Soc. Vol. 25. Nº 89. ISSN 0101-7330

(**) Lemos JC. Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

No tocante, ainda, às condições de trabalho desses profissionais, destaca-se que fatores ambientais quanto exigências físicas e mentais são geradores de estresse no trabalho. Condições ambientais têm sido apontadas como estressores inerentes ao exercício da profissão docente. (***)

Portanto, apesar do interesse em discussões acadêmicas e de pesquisas sobre o aumento do trabalho e cumprimento de metas estarem impactando na saúde física e mental dos docentes universitários, ainda, evidencia-se poucos estudos científicos envolvendo professores de ensino superior. O estudo de populações específicas torna-se fundamental para identificação de características regionais, assim como conhecer o perfil docente em aspectos relacionados à qualidade de vida, resiliência e transtornos mentais é essencial para respaldar programas mais efetivos de prevenção de agravos e destinados à melhoria da qualidade de vida, em uma das categorias trabalhistas historicamente menos valorizada no Brasil. Assim, o estudo pretendeu descrever características clínico-comportamentais de professores universitários no sertão paraibano.

Para tanto, tornou-se necessário determinar a frequência de transtornos psiquiátricos na população de professores universitários, em diferentes áreas do conhecimento, e a média de impulsividade, resiliência, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), qualidade de vida e frequência de história de trauma (THQ). Além disso, foi essencial avaliar correlação entre qualidade de vida (QV) e impulsividade, resiliência e intensidade de sintomas pós-traumáticos (TEPT), qualidade de vida e religiosidade, qualidade de vida e carga horária, religiosidade e impulsividade em professores universitários. Bem como, comparar as diferentes áreas do conhecimento em relação à frequência de transtornos mentais e avaliar associação entre resiliência e transtornos mentais.

Por se tratar de uma pesquisa de relevância clínica, os resultados obtidos vêm aprimorar os conhecimentos científicos na área da Psiquiatria, o que pode contribuir de forma significativa para o avanço da literatura, no sentido de oferecer um estudo científico, envolvendo professores universitários e suas características clínico – comportamentais, uma vez que identificou-se na literatura, poucos estudos destinados a docência no ensino superior. Profissão essa, mais importante na formação do indivíduo, porém, menos valorizada historicamente.

(***) Lima MEFM, Lima Filho DO. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário. *Ciência & Cognição*-2009; 14 (3): 62-82 <<http://www.cienciasecognicao.org>>

3 OBJETIVOS

- PRINCIPAL

Descrever as características clínico-comportamentais de professores universitários, nos municípios de Cajazeiras e Sousa-PB.

- SECUNDÁRIOS

- Determinar a média de resiliência, impulsividade, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), religiosidade e qualidade de vida e frequência de história de trauma (THQ) em professores universitários;
- Avaliar correlação entre qualidade de vida (QV) e impulsividade, resiliência e intensidade de sintomas pós-traumáticos (TEPT), qualidade de vida e religiosidade, qualidade de vida e carga horária, religiosidade e impulsividade;
- Determinar frequência de transtornos psiquiátricos na população de professores universitários, em diferentes áreas do conhecimento;
- Comparar as diferentes áreas do conhecimento em relação à frequência de transtornos mentais em professores universitários;
- Avaliar associação entre resiliência e transtornos mentais.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, de abordagem censitária, que descreveu características clínico-comportamentais de professores universitários. Todas as medições foram realizadas em um curto período de tempo, sem período de seguimento, em que examinou-se associações entre as variáveis independentes e, também, obteve-se informações sobre a frequência de transtornos mentais em um determinado momento.

O estudo envolveu todos os professores em efetivo exercício profissional, vinculados à Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, nos campi de Cajazeiras e Sousa - PB. Foram excluídos professores substitutos, os vinculados à Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras e àqueles com afastamento total para qualificação, em função do tempo de permanência e/ou afastamento na Universidade e por serem atuantes no Ensino Médio.

A população estudada era composta de 275 professores universitários, dos quais 264 foram considerados elegíveis. Desse total, 18 (6,8%) não foram localizados e apenas 06 (2,3%) não aceitaram participar, justificando que não apreciavam responder questões pessoais ou pela falta de tempo. Assim, participaram efetivamente da pesquisa 240 docentes (90,9%), sendo 176 atuantes no Campus de Cajazeiras e 64 vinculados ao Campus de Sousa. Os participantes foram informados da natureza do estudo em reuniões departamentais e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nessa pesquisa definiu-se como variável dependente os transtornos mentais e como variáveis independentes: sociodemográficas, áreas de conhecimento, resiliência, qualidade de vida, história de trauma, transtorno do estresse pós-traumático, impulsividade e religiosidade.

Para a coleta de dados, que deu-se de junho de 2011 a julho de 2012, foram utilizados instrumentos autoaplicados, tais como: questionário sociodemográfico; *Trauma History Questionnaire* (THQ) para avaliar eventos traumáticos; o *Medical Outcomes Study*³⁶ – item *Short Form Health Survey* (SF- 36) que avaliou os escores dos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Emocionais e Sociais, Dor, Vitalidade e Saúde Mental; a escala de Resiliência para avaliar o nível de adaptação psicossocial positiva ante acontecimentos adversos da vida; a

Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas.

Além desses, foi aplicada a entrevista diagnóstica M.I.N.I. Plus (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), para exploração dos principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da CID-10. Esse instrumento foi aplicado apenas pela pesquisadora, treinada através da observação e aplicação, no total de seis entrevistas, por entrevistadores experientes do Serviço de Psiquiatria do Complexo HUPES – Hospital Universitário Professor Edgar Santos-Salvador- BA. A identidade dos participantes foi preservada em todos os instrumentos, o que favoreceu a acurácia das respostas.

Na análise estatística, inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvios-padrão, mediana e quartis. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas.

Para a comparação de três ou mais grupos, em relação aos escores, foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas realizadas através do teste de Dunn. Para a comparação de dois grupos, em relação aos escores, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. A opção pelo estudo através de testes não-paramétricos deu-se pelo fato dos escores não apresentarem distribuição normal, a qual foi testada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para se testar a homogeneidade entre as proporções foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (quando ocorreram frequências esperadas menores de 5). O estudo da correlação foi realizado através do coeficiente de correlação de Spearman.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%. Utilizou-se para análise dos dados o pacote estatístico do *software Statistical Package for Social Sciences – SPSS 17.0*.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) - Campina Grande – PB, em 27/10/2010, seguindo criteriosamente as recomendações da Resolução nº 196/96.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO DE REVISÃO

ARTIGO 1

TÍTULO: Qualidade de Vida, Resiliência, História de Trauma, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Impulsividade, Religiosidade e suas relações com Transtornos Mentais em Professores Universitários: Uma revisão da literatura.

PERIÓDICO: Revista Conceitos – UFPB/ADUFPB

SITUAÇÃO: Aceito

PARECER SOBRE APROVAÇÃO DE ARTIGO PARA REVISTA CONCEITOS/ADUFPB/EDIÇÃO 18



**Revista
Conceitos**

de: **Revista Conceitos** <revistaconceitos.adufpb@gmail.com>

para: raimunda.neves6@gmail.com,
Forma Comunicação <formacriativa.com@gmail.com>,
Ricardo Araújo <ricardoaraujo.jornalista@gmail.com>,
Renata Ferreira <renatareporter@gmail.com>

data: 2 de julho de 2013 17:42

assunto: PARECER SOBRE APROVAÇÃO DE ARTIGO PARA REVISTA
CONCEITOS/ADUFPB/EDIÇÃO 18

enviado por: gmail.com

assinado por: gmail.com

: Importante principalmente por causa das pessoas na conversa.

Prezada professora,

Informamos que o artigo intitulado "**Qualidade de Vida, Resiliência, História de Trauma, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Impulsividade, Religiosidade e suas relações com Transtornos Mentais em Professores Universitários: Uma revisão da literatura**", foi aprovado pelo Conselho de Pareceristas para publicação na Revista Conceitos.

Em anexo, declaração do Conselho Editorial da Revista

Grato pela colaboração,

Att.

Ricardo Araújo
Comissão Editorial.

ADUFPB - Seção Sindical do ANDES/SN

Conselho Editorial da Revista Conceitos

Assunto: Parecer de aprovação para publicação de artigo

A/C Professora Raimunda de Fátima Neves Coelho

Parecer

Prezada professora/colaboradora

Raimunda de Fátima Neves Coêlho,

Informamos que o artigo intitulado "**Qualidade de Vida, Resiliência, História de Trauma, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Impulsividade, Religiosidade e suas relações com Transtornos Mentais em Professores Universitários: Uma revisão da literatura**", de autoria dos professores **Raimunda de Fátima Neves Coêlho, Dr. Lucas de Castro Quarantini e Dr.^a Rita de Cássia Lucena**, foi aprovado pelo Conselho Editorial da Revista Conceitos, para ser publicado edição nº 18, julho de 2013, segundo análise e aprovação *Ad hoc* do corpo docente de pareceristas.

Atenciosamente,

Ricardo de Figueiredo Lucena

Organizador e Conselheiro Editorial da Revista Conceitos

Qualidade de Vida, Resiliência, História de Trauma, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Impulsividade, Religiosidade e suas relações com Transtornos Mentais em Professores Universitários: Uma revisão da literatura.

Raimunda de Fátima Neves Coêlho¹

Lucas de Castro Quarantini²

Rita de Cássia Lucena³

¹Professora Mestre da Unidade Acadêmica de Educação, Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande e Doutoranda da Universidade Federal da Bahia.

²Professor Doutor do Departamento de Neurociências e Saúde Mental. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

³Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

Resumo

No âmbito da profissão docente, o professor universitário enfrenta diferentes adversidades, decorrentes de exigências dessa profissão, como maior carga de trabalho e produtividade, contribuindo para o aumento de adoecimento dessa categoria. Diante dessa realidade, este artigo pretendeu abordar os estudos relevantes sobre *qualidade de vida, resiliência história de trauma, transtorno do estresse pós-traumático, impulsividade, religiosidade e suas relações com transtornos mentais em professores universitários*, cujas bases de dados pesquisadas foram ScieLo, PubMed, LILACS e Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. As buscas confirmaram poucas pesquisas. Resultados sugerem estudos sobre características clínico-comportamentais em professores.

Palavras-chave: Características Clínico- Comportamentais. Professor Universitário. Qualidade de Vida. Religiosidade.

Abstract

Within the teaching profession, the university lecturer faces several challenges, including the heavy workload and greater productivity arising from the profession's demands, leading to increased sickness within this sector. Given this situation, this article intends to address relevant studies regarding *quality of life, resilience, history of trauma, post-traumatic stress disorder, impulsivity, religiosity and their relationships with mental disorders in university lecturers*. Researched databases were SciELO, PubMed, LILACS and the Theses and Dissertations Databank of the *Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES)*. These searches revealed few studies, suggesting the need for research about lecturers' clinical and behavioural characteristics.

Key words: Clinical and Behavioural Characteristics. University Lecturers. Quality of Life. Religiosity.

Introdução

Inicialmente, necessário se faz, mesmo que de forma breve tecer considerações sobre a profissão docente, uma vez que este estudo envolve professores universitários. Nesse sentido, a profissão docente é considerada uma das mais antigas profissões, tão quanto a Medicina e o Direito.

Durante muito tempo foi apresentada como uma vocação, um sacerdócio leigo, um apostolado. A sua valorização do ponto de vista social, foi considerada inicialmente de prestígio, quando se voltava mais para preparação de uma classe elitista, em que seu exercício era determinado pelas qualidades morais que esse professor tinha de possuir, bem como de exibir, para aqueles que controlavam seu trabalho, porém, perdendo seu valor quando se volta para a classe trabalhadora.

Nas últimas décadas, no contexto de generalização e de massificação da educação, o sindicalismo docente e as associações profissionais, insistiram para que o ensino fosse reconhecido como um ofício e os docentes, na qualidade de trabalhadores qualificados, fossem tratados pelo seu empregador nos planos material, social e simbólico.

Recentemente, respondendo de certa forma ao discurso de formadores de professores pelo mundo, certas políticas educativas nacionais consideram que a profissão docente deve evoluir

conforme uma lógica de profissionalização, sendo essa entendida no sentido de um reconhecimento de status pela sociedade, diante de sua desvalorização historicamente reconhecida até os dias atuais (TARDIF; LESSARD; GAUTHIER, 1998).

A não valorização tem causado apreensão e tem sido alvo de frequentes críticas e mobilizações do movimento docente, face à realidade do Ensino Superior no Brasil, principalmente, sua mercantilização, transformando a educação de direito do cidadão e dever do Estado em mercadoria, o que na prática tal tendência exige da profissão docente, maior produtividade, maior carga de trabalho e conduz a precarização das condições de trabalho, redução de custos, dentre outros.

Nesse processo de desvalorização da categoria, resultante de mudanças ocorridas na década de 1990, a imposição de metas produtivistas e precarização do trabalho atingiram o meio acadêmico, a partir da implantação de reformas educacionais e modelos pedagógicos que a profissão docente vem enfrentando ano após ano, dificuldades de diferentes tipos, que contribuem para que não se reconheça o lugar central que ocupam os professores na sociedade.

Compreende-se, assim, que especificamente dessa década aos dias atuais, o trabalho nas Instituições de Ensino Superior, é permeado pela mesma lógica da racionalidade que preside a empresa capitalista, como desígnio das políticas neoliberais (MOURA, 2009).

Impõe-se, desse modo, a ideia de eficácia, de eficiência e de produtividade, sob a influência dessas novas configurações do trabalho docente na sociedade contemporânea da informação e do conhecimento, das tecnologias avançadas que exigem permanente requalificação como condição de trabalho. Dessa forma, o professor universitário insere-se, também, na lógica da empresa capitalista quantificadora, materializada no produtivismo acadêmico, que de forma exacerbada e premiada, conduz à competitividade entre os pares.

Em face dessa realidade, observa-se que os professores enfrentam dificuldades psicossociais, quando são confrontados cotidianamente com “um sentimento pessoal de perda de controle, de aceleração [de suas] vidas, de uma corrida interminável rumo a metas [...]” (CASTELLS, 2003, p. 51), e isto, vem contribuindo para o aumento nos índices de adoecimento na categoria. Um recente estudo junto a professores de universidades privadas do Rio Grande do Sul, evidencia que de uma amostra de 1800 docentes, em torno de 50% usavam algum tipo de

medicação psicotrópica, isto em razão do comprometimento da esfera psicoafetiva (CAMPOS, 2009).

Diante dessa situação pretendeu-se abordar neste artigo de revisão, o conteúdo, método e estudos pertinentes aos aspectos como: *Resiliência, qualidade de vida, história de trauma, transtorno do estresse pós-traumático, impulsividade e religiosidade*, relacionados aos *transtornos mentais em professores universitários*.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura e que na busca científica foram utilizados os descritores, a saber: qualidade de vida, resiliência, impulsividade, história de trauma, transtorno do estresse pós-traumático, religiosidade e transtornos mentais em professores universitários e seus respectivos vocábulos em língua portuguesa e inglesa. As bases de dados pesquisadas foram: Scielo, PubMed, Lilacs e Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no período de 1991 a 2013.

Foram incluídos todos os artigos que apresentavam texto completo e algum indicador relacionado com professores universitários, bem como a cada aspecto acima descrito. Foram excluídos artigos nos quais os professores universitários apresentaram doenças físicas associadas.

Resultados

Foram identificados 330 artigos; 183 teses/dissertações, envolvendo professores e os demais descritores. 290 artigos foram excluídos conforme critério anteriormente mencionado. Apenas 15 artigos e 07 teses/dissertações envolviam, especificamente, professores universitários. Desse número, 08 artigos e 04 teses/dissertações abordaram Qualidade de Vida; 05 artigos e 03 teses/dissertações enfocaram transtornos mentais; para Religiosidade encontrou-se apenas 01 artigo; para História de Trauma também 01 artigo; finalmente, para Impulsividade, Transtorno do Estresse Pós-traumático e Resiliência em professores universitários, não foram encontrados estudos. Dentre as publicações em periódicos, 12 são estudos nacionais e 03 internacionais.

Metodologicamente, os resultados serão apresentados sob forma de eixos temáticos, discorrendo-se sobre esses, o conteúdo, método e inclusão de seus respectivos estudos, conforme critérios estabelecidos e, principalmente, de acordo com a questão da pesquisa, ou seja, aspectos como: resiliência, impulsividade, história de trauma, transtorno do estresse pós-traumático, religiosidade, qualidade de vida podem estar relacionados aos transtornos mentais em professores universitários.

Para tanto, a partir de um processo sistemático de localização da literatura em questão, procedeu-se a análise das evidências dos estudos científicos, para obter-se uma visão geral confiável, de modo a permitir a verificação de confluências, dissonâncias e possíveis lacunas no conhecimento acumulado, conforme descrito no que segue.

Ao discorrer sobre os transtornos mentais, destaca-se a existência de dois sistemas de classificação (DSM-IV e CID-10), que definem e descrevem os transtornos mentais específicos de forma clara. Porém, considera-se útil clinicamente a abordagem inicial dos quadros mentais através da perspectiva sindrômica (DALGALARRONDO, 2008). Assim, compreende-se o termo *transtorno* de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, que trata-se de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental (WHO, 1993). Para avaliação desses transtornos, a partir de 2001, recomenda-se a aplicação do *M.I.N.I. Plus (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview)*. É uma entrevista diagnóstica padronizada, breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM- IV e da CID- 10, que representa uma alternativa para seleção de pacientes, segundo critérios internacionais e epidemiológicos *American Psychiatric Association [APA], 1984, 1987. World Health Organization [WHO] 1992 (AMORIM, 2000)*.

Na literatura internacional destacou-se o Estudo da Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental (ECA-MIMH), considerado o primeiro de grandes dimensões, realizado entre 1980 e 1985, em cinco cidades dos Estados Unidos que avaliou transtorno mental, cerca de 20 mil pessoas (BLAZER, 2000).

Entre 1990 e 1992, realizou-se um segundo estudo nos Estados Unidos, a Pesquisa Nacional de Co-morbidade (*National Comorbidity Survey – NCS*), em que cerca de 8 mil pessoas

foram investigadas. O estudo mostrou que a maioria dos indivíduos com transtornos mentais (56%) apresentou diagnóstico comórbido (KESSLER et al., 1994)

No período de 2001 a 2002 outro estudo realizou a replicação da *National Comorbidity Survey (NCS – R)*, que avaliou mais de 9 mil indivíduos, utilizando a CIDI e os critérios diagnósticos do DSM-IV. Identificou-se que 26 % haviam apresentado algum transtorno mental no último ano, e 46% ao longo da vida. Dos 26 % com transtornos mentais no último ano, 60 % relataram transtornos classificados como graves ou moderados (KESSLER et al.,2005)

Na Europa, um amplo estudo multicêntrico envolvendo França, Alemanha, Bélgica, Espanha e Países Baixos, cuja pesquisa tratou da prevalência na vida e no último ano de transtornos depressivos, ansiosos e relacionados ao álcool, identificou a prevalência de pelo menos um desses transtornos, com frequências de 10 %, no ano e de 25% ao longo da vida (LÉPINE et. al., 2005).

Evidencia-se alta prevalência de transtornos mentais na população geral entre 30 e 50% (DALGALARRONDO, op. cit.). No Brasil, os índices variam de 13,5 a 35%, em um país com estimativa de 10 milhões de portadores de doença mental persistente (TOLMAN, 2009).

Um importante estudo nos anos 1990, em três capitais brasileiras evidenciou que cerca de 31 a 50% da população brasileira apresenta durante a vida, pelo menos um episódio de algum transtorno mental (ALMEIDA FILHO et al., 1997). Um segundo estudo investigou índices de transtornos psiquiátricos na comunidade, nos bairros Jardim América e Vila Madalena em São Paulo, em que 45,9% da população estudada tinha pelo menos um diagnóstico de transtorno mental ao longo da vida, 26,8% no último ano e 22,2% no mês anterior a entrevista (ANDRADE et al., 2002).

Outro estudo sobre desordem psiquiátrica realizado em Pelotas, na região sul do país, em uma amostra de 1277 indivíduos, encontrou um índice de 26,5% entre as mulheres e 17,9% entre os homens. Esse estudo verificou uma relação inversa entre ganhos, escolaridade e prevalência de transtornos emocionais (LIMA et al., 1999).

Transtornos psíquicos são associados aos fatores estressores ambientais. Um estudo realizado em Hong Kong, mostrou que a profissão de ensinar é altamente estressante, e que

aproximadamente um terço dos professores pesquisados apresentou sinais de estresse e burnout (CHAN, 2003).

Um estudo na Bulgária que avaliou 69,5% dos professores de uma região desse país, evidenciou elevada taxa de morbidade por distúrbios mentais e por doenças do sistema nervoso (DIMITROV, 1991).

Professores do Reino Unido e de Hong Kong, foram avaliados sobre a relação entre o ambiente psicossocial do trabalho e a saúde mental desses, em que os resultados demonstraram comprometimento excessivo na profissão docente (TANG; LEKA; MACLENNAN, 2012). Um estudo em Belo Horizonte evidenciou que os transtornos psíquicos ocupam o primeiro lugar entre os diagnósticos que provocaram os afastamentos (16%), na rede municipal de ensino (ASSUNÇÃO, 2003).

A frequência de riscos para desenvolver transtornos mentais detectados entre os docentes pesquisados em Vitória da Conquista (BA) foi duas vezes maior que na população geral, sem diferença significativa entre homens e mulheres (DELCOR et al., 2004). Outros estudos sobre a saúde dos professores nos diversos níveis de ensino, realizados na Bahia, também constataram prevalências elevadas de riscos para transtornos mentais em docentes (ARAÚJO et al., 2003; SLIVANY NETO et al., 2000).

Uma pesquisa descritiva da Universidade Federal de Goiás detectou que professores universitários percebem o estresse como um estado do organismo, decorrente do processo de enfrentamento de situações adversas, com manifestações de natureza biopsicossocial (COSTA, et al., 2005)

Em Belo Horizonte realizou-se uma pesquisa sobre prevalência de transtornos mentais comuns em professores, e foi evidenciado que os mesmos foram significativamente associados à experiência com violência e piores condições ambientais (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Um estudo realizado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia, revelou que os professores universitários apresentavam significativo padrão de desgaste físico e mental (SILVA et al., 2006). Outro estudo na Bahia, em Vitória da Conquista, sobre trabalho e distúrbios psíquicos em professores, revelou que a prevalência de distúrbios

psíquicos menores foi de 55,9% entre os 808 professores estudados e concluiu-se que a saúde mental desses estava fortemente associada ao conteúdo de seu trabalho (REIS, 2005).

Docentes de Enfermagem de universidades públicas e de uma privada no município de Alfenas – MG foram avaliados, e constatou-se que a maioria apresentou ansiedade mínima, ausência de depressão e autoestima alta. Porém, os pertencentes à universidade privada apresentaram maiores medianas de escores de ansiedade e de depressão, e menores medianas de escores de autoestima (TERRA, 2010).

Uma pesquisa realizada na cidade de Santa Cruz – RN, com professores universitários da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Núcleo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, revelou que 50% dos entrevistados não apresentaram sintomas clínicos de depressão, 42% com sintomas depressivos leves e 8% com sintomas depressivos moderados (FREITAS et al., 2011).

Aspectos como resiliência, história de trauma, impulsividade, qualidade de vida, religiosidade e transtorno do estresse pós-traumático podem estar relacionados aos transtornos mentais. Para tanto, tornou-se necessário o estudo e conhecimento desses fatores.

O construto resiliência refere-se ao conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo esse vivenciando experiências desfavoráveis. Esse aspecto envolve a interação entre eventos de vida adversos e fatores de proteção internos e externos ao indivíduo (RUTTER, 1987). Para a avaliação da resiliência utiliza-se como instrumento a *Escala de Resiliência* que objetiva medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos adversos (WAGNILD; YOUNG, 1993). Estudos com esse enfoque em professores universitários não foram identificados na literatura científica, porém, destacou-se uma pesquisa na Austrália sobre resiliência e depressão, evidenciando que a resistência pessoal é importante ante problemas de saúde mental (DOWRICK, 2008).

O conceito de história de trauma está relacionado a eventos graves ou traumáticos durante a vida (GREEN, 1996). Utiliza-se para sua avaliação o *Questionário de História de Trauma (Trauma History Questionnaire-THQ)*, trata-se de um questionário de autorrelato composto por 24 itens, que compreende a exposição a acontecimentos traumáticos incluídos no critério A de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo do DSM- IV. Aborda uma série de

eventos traumáticos em três áreas: crime e eventos relacionados (ex.: roubo, assalto); desastre geral e trauma (ex: dano, desastre, morte testemunhada) e experiências físicas e sexuais indesejadas (FISZMAN, 2005). Um estudo retrospectivo na Escola de Enfermagem, da Universidade Rush de Chicago, nos EUA, evidenciou que assaltos representaram 2480 dias de trabalho perdidos e que a taxa de ataque de 03 anos foi de 3,24 por 1000 professores (LEVIN, 2006).

A qualidade de vida é, a partir dos anos 1990, definida de modo mais genérico conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS, como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação* (WHOQOL GROUP, 1995). Dentre os diferentes instrumentos utilizados para avaliação de Qualidade de Vida, destaca-se o SF- 36 (*Brasil SF- 36 (Medical Outcomes Study 36- Item Short- Form Health Survey)*), instrumento genérico, dos mais utilizados, em particular, para avaliar qualidade de vida em saúde. Constituído de oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore de 0-100, no qual zero corresponde ao pior estado de saúde e cem ao melhor. Instrumento traduzido para diversas línguas e validado no Brasil (WARE; SHERBOURNE, 1992, 1994).

Estudos sobre qualidade de vida em professores universitários foram identificados na literatura: um, em Campo Grande – Mato Grosso do Sul, em que a maioria se encontrava com sua qualidade de vida não prejudicada (SOUZA, 2004). Outro, realizado em Jequié – Bahia, no qual os professores apresentaram uma boa avaliação do estilo de vida, associada ao sexo feminino e a união civil estável (FERNANDEZ, 2009), e recentemente, um estudo sobre a percepção da qualidade de vida, saúde e fatores de riscos de professores universitários em uma instituição pública do sul do Brasil, cujo resultado evidenciou uma boa percepção da qualidade de vida e da saúde entre os docentes, embora os fatores de riscos para a saúde apresentaram elevada incidência no grupo avaliado (OLIVEIRA FILHO; NETTO OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012).

No tocante ao transtorno do estresse pós-traumático – TEPT, foi reconhecido a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM- III) de 1980. Caracteriza-se por uma reação de medo intenso, impotência ou horror quando um indivíduo vivencia, testemunha ou é confrontado com um ou

mais eventos que envolvam morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, própria ou de outros. Para avaliação desse transtorno, aplica-se a *Escala Pós-Traumática Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C)*, que dimensiona as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas (BERGER, 2004).

Estudos anteriores envolvendo transtorno do estresse pós-traumático e qualidade de vida em populações diferentes, não específicas de docentes universitários, evidenciaram associação negativa entre transtorno do estresse pós-traumático e qualidade de vida (BOTTINO, 2009; SMITH et al., 2002). Estudo indica que o transtorno do estresse pós-traumático atinge 2 a 5% da população geral, decorrente, na maioria das vezes, da banalização da violência (SILVA, 2011).

Ainda, outro aspecto importante desse estudo, diz respeito à religiosidade que se trata de um construto multidimensional envolvendo crenças, práticas, uma devoção pessoal. A relação entre religiosidade e saúde mental, tem sido uma perene fonte de controvérsias (ALMEIDA; LOTIFO NETO; KOENIG, 2006). Para avaliação da Religiosidade em pesquisas utiliza-se a *Escala de Religiosidade da Duke (Duke Religion Index – DRI)* (STORCH et al., 2004), em que avalia-se sobre as relações entre saúde e religiosidade, constituída de cinco itens de autorrelato, objetivando avaliar as dimensões de religiosidade que mais tem se relacionado com desfechos em saúde. Uma pesquisa com professores de uma universidade particular revelou que professores percebem sua saúde geral *nem melhor e nem pior* e, que existe associação entre religiosidade e as variáveis sexo, prática religiosa e relativas ao ambiente de trabalho (ROCHA; SARRIERA, 2006).

E, finalmente, a impulsividade cujo conceito está relacionado à maneira como as pessoas se comportam e pensam em situações distintas, isto é, como agem e pensam (MOELLER et al., 2001). Para avaliação da impulsividade utiliza-se a *Escala de Impulsividade (Barratt Impulsiveness Scale – BIS 11)*, autoaplicável composta de 30 itens do tipo Likert, que oferecem um total de escore de impulsividade e três sub-escores: atenção, falta de planejamento e impulsividade motora (DIEMEN et al., 2009). Estudos sobre impulsividade com docentes do ensino superior não foram localizados na literatura.

Conclusões

Como essa revisão restringiu-se aos professores universitários, observou-se que as buscas identificaram poucos estudos destinados a essa categoria profissional. No tocante à qualidade de vida, os estudos evidenciaram que os docentes não se encontravam com a qualidade de vida prejudicada (SOUZA, op. cit.; OLIVEIRA FILHO; NETTO OLIVEIRA; OLIVEIRA, op. cit.)

Os estudos sobre transtornos mentais revelaram maior prevalência em professores na área de conhecimento de Ciências Humanas e Sociais (SOUSA, 2013). Outro estudo numa universidade do Nordeste, 42% dos professores de saúde apresentavam sintomas depressivos leves (FREITAS, op.cit.).

Pesquisas evidenciaram alta prevalência de transtornos mentais na população geral, entre 30 e 50% e no Brasil, os índices variam de 13,5 a 53%, país com estimativa de 10 milhões de portadores de doença mental persistente (DALGALARRONDO, op. cit.; TOLMAN, op. cit.).

No Brasil, os estudos evidenciaram que: Em três capitais, 31 a 50% da população tem um diagnóstico de transtorno mental ao longo da vida (ALMEIDA FILHO et al., op. cit.); um maior índice de transtorno mental está entre as mulheres (CHAN, op. cit.); os afastamentos de professores na rede municipal de ensino são decorrentes de transtornos psíquicos (ASSUNÇÃO, op. cit.); estudos com professores nos diversos níveis de ensino, constataram prevalência elevada para transtornos mentais; prevalência de transtornos mentais comuns em professores estão associados a experiências com violência e piores condições ambientais (ARAÚJO et. al., op. cit.; SLIVANY NETO et al., op. cit.).

Pesquisa revelou que professores universitários apresentavam significativo padrão de desgaste físico e mental (SILVA et al., op. cit.). História de Trauma evidenciou que assaltos nos EUA representaram 2.480 dias de trabalho perdidos e que a taxa de ataque de 03 anos foi de 3,24 por 1000 professores (WARE; SHERBOURNE, op. cit.). Conclui-se, também, que o transtorno do estresse pós-traumático - TEPT, atinge 2 a 5 % da população geral decorrente da violência (SILVA, op. cit.) e que estudos em populações não específicas de professores, evidenciaram associação negativa entre transtorno do estresse pós-traumático e qualidade de vida (BOTTINO, op.cit.; SMITH et al., op. cit.).

Professores de universidade particular percebem sua saúde geral *nem melhor, nem pior*, associada à prática religiosa (ROCHA; SARRIERA, op. cit.). Estudos sobre impulsividade com professores não foram localizados na literatura.

E, finalmente, estudos sobre resiliência em professores universitários não foram identificados, por tratar-se de uma nova área de investigação científica no campo da saúde. Identificou-se na literatura um estudo longitudinal na Austrália com ênfase na relação resiliência e depressão, o que levou a conclusão de que a resistência pessoal é importante em problemas de saúde mental (DOWRICK, op. cit.).

Portanto, como os transtornos mentais constituem-se um problema maior de saúde pública e, confirmada a existência de poucos estudos com professores universitários, torna-se necessário realizar estudos epidemiológicos de população específica. Prioritariamente, que envolvam a profissão docente das universidades públicas, ante a carência de pesquisas sobre transtornos mentais e comportamentais associados a fatores como resiliência, impulsividade, história de trauma, transtorno do estresse pós-traumático, religiosidade e qualidade de vida dessa profissão, em diferentes áreas do conhecimento, tendo em vista a descrição de características que se relacionem entre transtornos mentais e aspectos clínicos-comportamentais em professores universitários. Essas informações deverão gerar conhecimentos para respaldar programas de prevenção e intervenção destinados a essa categoria profissional.

Referências

ALMEIDA, A.M.; LOTIFO NETO, F.; KOENIG, G.H. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev Bras Psiquiatr.** 2006; 28 (3): 242-250.

ALMEIDA FILHO, N. et. al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **Br J Psychiatry.** 1997; 171: 524 – 529.

AMORIM, P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. Setembro 2000

[Acesso em 23 mar. 2012]; 22(3): 106-15. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000300003&script=sci_arttext

ANDRADE, L. et. al. Prevalence of ICD – 10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2002; 37: 316 – 25.

ARAÚJO, T.M. et. al. Saúde e trabalho docente : dando visibilidade aos processos de desgaste e adoecimento docente a partir da construção de uma rede de produção coletiva. **Educ Rev**. 2003; 37: 183 – 212.

ASSUNÇÃO, A.A. Saúde e condições de trabalho nas escolas públicas. In: OLIVEIRA, D.A. (org.). **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

BERGER, W. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Psiquiatr**. 2004; 26(2): 167-175.

BLAZER, D.G. Mood disorders: epidemiology. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (Ed). **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7 th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1298 – 1307.

BOTTINO, S.M. **Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós – traumático na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama** [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009.

CAMPOS, W.C. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores nas instituições de ensino privado no Rio Grande do Sul. In: **Andes – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições do Ensino Superior**, 2009.

CASTELLS, M. **A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

CHAN, D.W. Hardiness and its role in the stress – burnout: relationship among prospective Chinese teachers in Hong Kong. **Teach Teach Educ**. 2003; 19 (4): 381- 95.

COSTA, E.C. et al. Percepções sobre o estresse entre professores universitários. **Rev RENE**. 2005; 6 (3): 39 – 47.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELCOR, N.S. et. al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2004; 20 (1): 187 – 203.

DIEMEN, L. V. et al. Adaption and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. **Rev Bras Psiquiatr**. 2007; 29(2): 153-6.

DIMITROV, I. Neurological morbidity in teachers. **Folia Med (Plovdiv)**. 1991; 33 (3): 28 – 35.

DOWRICK, C. Resilience and depression: perspectives from primary care. **Health**. 2008; 12 (4): 439-52.

FERNANDEZ, M.H. Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador. **Rev Bras Promoç Saúde** [periódico na Internet]. 2009. [Acesso em 23 ago. 2012]; 22 (3): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/408/40811734006.pdf>

FISZMAN, A. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. **Rev Bras Psiquiatr**. 2005; 27(1): 63-6.

FREITAS, R.P. et al. Índice de depressão em professores de um campus em implantação da UFRN. **Extensão e Sociedade**. 2011 [Acesso em 05 de out. 2012]; 3(3). Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/index.php/extensaoesociedade/article/view/1243>

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte. **Cad Saude Publica**. 2006; 22 (12): 2679 -91.

GREEN, B.L. Trauma history questionnaire. In: STAN, B.H.; VARRA, E.M. **Measurement of stress, trauma and adaptation**. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996. p. 366 – 8.

KESSLER, R.C. et al. Lifetime and 12 – month prevalence of DSM – III – R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**. Jan. 1994; 51 (1): 08 – 19.

_____. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS – R). **JAMA**. June. 2005; 289 (23): 3095 – 3105.

LÉPINE, J.P et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale. **Encephale**. 2005; 31: 182 – 194.

LEVIN, P.F, Lesões associadas com ataques de professores: magnitude, natureza, custo e resultados. **AAOHN J**. 2006; 54 (5): 210 – 6.

LIMA, M.S. de et al. Psychiatric disorders and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 1999; 34: 316 – 22.

MOELLER, F.G. et al. Psychiatric aspects of impulsivity. **Am J Psychiat**. 2001; 158 (11): 1783 – 93

MOURA, E. M. Carreira e Valorização do Trabalho Docente. In : **GT Carreira. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior**. [Acesso em 11 set. 2012]. 2009. Disponível em: <http://www.andes.org.br>.

OLIVEIRA FILHO, A. ;NETTO OLIVEIRA, E.R.;OLIVEIRA, A.A. Qualidade de Vida e fatores de riscos de professores universitários. **Rev. Educ. Fís/UEM**. [periódico na Internet]. 2012. [Acesso em 28 nov. 2012]; 23 (1): 57-67. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/10468>

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

REIS, E.J. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2005; 21 (5): 1480-90

ROCHA, K.B.; SARRIERA, J.C. Saúde percebida em professores universitários: gênero, religião e condições de trabalho. **Psicol Esc Educ** [periódico na Internet] 2006. [acesso em 23 ago. 2012] 10 (2): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em:
http://www.cbpabp.org.br/cbpexpress/burn_out_genero.pdf

RUTTER, M. Psychosocialresilience and protective mechanism. **Am J Orthopsychiat** 1987; 57: 316 – 31.

SILVA, A.B. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SILVA, N.E. et al. Trabalho docente e saúde em uma instituição de ensino superior da Bahia. **Anais do IV Seminário da REDESTRADO – Regulação Educacional do Trabalho Docente** – Nov. 2006 – UERJ. Rio de Janeiro.

SLIVANY NETO,A.M. et al. Condição de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino, Salvador Bahia. **Rev Baiana Saúde Publica**. 2000; 24: 42 – 56.

SMITH, M.Y et al. The impact PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS. **Pain** [resumo] 2002 [Acesso em 30 ago. 2012]; 98: 9 – 17. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12098612>

SOUSA, A.M. **O perfil do adoecimento docente na Universidade de Brasília de 2006 a 2011**. [Dissertação de mestrado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013

SOUZA, J.C. Qualidade de vida de professores universitários. **J Bras Psiquiatr**. 2004; 53: 263 – 226.

STORCH, E.A. et al. The Duke Religion Index: A Psychometric Investigation. **Pastor. Psychol.** 2004; 53(2): 175-81.

TANG, J.J.; LEKA, S.; MACLENNAN, S. The psychosocial work environment and mental health of teachers: a comparative study between the United Kingdom and Hong Kong. **Int Arch Occup Environ Health**. [periódico na Internet]. 2012 jul. [Acesso em 26 out. 2012]. [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00420-012-0799-8>

TARDIF, M ; LESSARD, C. ; GAUTHIER, C. **Formation des maîtres et contextes Sociaux: perspectives internationales**. Paris : PUF, 1998.

TERRA, F.S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades públicas e privada**. [tese]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2010

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. 1995; (41): 1403-10.

TOLMAN, A. **Depressão em adultos: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento**. Tradução Sandra Mallman. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WAGNILD, G.M.; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J Nurs Meas**. 1993; 1:165-78.

WARE, J.E.; KOSINSKI, M.; KELLER, E.D. **The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual**. Boston, MA. The Health Institute, 1994.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 Item Short- Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. **Med Care**. 1992; 30: 473 – 483.

5.2 ARTIGO ORIGINAL

TÍTULO: Standard of resilience, mental disorders and quality of life in university lecturers from different academic areas in Northeast Brazil.

PERIÓDICO: The World Journal of Biological Psychiatry

FATOR DE IMPACTO: 3.57

SITUAÇÃO: Submetido

18/07/13

ScholarOne Manuscripts

The World Journal
of Biological Psychiatry

informa
healthcare

[Edit Account](#) | [Instructions & Forms](#) | [Log Out](#) | [Get Help Now](#)

SCHOLARONE™
Manuscripts

[Main Menu](#) → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as Raimunda Coêlho

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *The World Journal of Biological Psychiatry*.

Manuscript ID: SWBP-2013-0062

Title: Standards of resilience, mental disorders and quality of life in university lecturers from different academic areas in Northeast Brazil

Authors: Coêlho, Raimunda
Quarantini, Lucas
Sousa, Franciélia
Coêlho, Igor
Lucena, Rita

Date Submitted: 18-Jul-2013



Print



Return to Dashboard

ScholarOne Manuscripts™ v4.12 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2013. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.



Follow ScholarOne on Twitter

[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)

The World Journal of Biological Psychiatry



**Standards of resilience, mental disorders and quality of life
in university lecturers from different academic areas in
Northeast Brazil**

Journal:	<i>The World Journal of Biological Psychiatry</i>
Manuscript ID:	SWBP-2013-0062
Manuscript Categories:	Original Investigation/Summaries of Original Research
Date Submitted by the Author:	18-Jul-2013
Complete List of Authors:	Coêlho, Raimunda; Federal University of Campina Grande, Academic Unit of Education Quarantini, Lucas; Faculty of Medicine, Federal University of Bahia, Neurosciences and Mental Health Sousa, Franciêlia; Federal University of Campina Grande, Coêlho, Igor; Federal University of Paraíba, Lucena, Rita; Faculty of Medicine, Federal University of Bahia,
Keywords:	Quality of life, Major depressive disorder, Affective disorders, Psychological Resilience, Lecturer

Title: Standard of resilience, mental disorders and quality of life in university lecturers from different academic areas in Northeast Brazil.

Short Title: Resilience, Disorders, QOL in teachers.

Raimunda de Fátima Neves Coêlho¹

Lucas de Castro Quarantini²

Franciélia Limeira de Sousa³

Igor Neves Coêlho⁴

Rita de Cássia Lucena²

¹Academic Unit of Education, Teacher Training Centre, Federal University of Campina Grande [UFCG]. Rua Sete de Setembro nº 02, Centro – Cajazeiras - PB. CEP 58900-000. Tel.: (55-31) 83- 91255883, Fax: (55-83) 3531-1660. E-mail: raimunda.neves6@gmail.com

²Department of Neurosciences and Mental Health. Faculty of Medicine, Federal University of Bahia [UFBA]. Rua Augusto Viana S/N, Hospital das Clínicas - HUPES, 5º andar – Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde – PPgMS, Bairro Canela. – Salvador- Bahia - Brasil. CEP 40110-060.

³ Mathematics Student, Teacher Training Centre, Federal University of Campina Grande [UFCG]. Rua Epifânio Sobreira nº 49, Centro – Cajazeiras – Paraíba - Brasil. CEP 58900-000.

⁴Medical Student, Federal University of Paraíba, [UFPB], Brazil. Avenida Franca Filho no. 323 ap. 402, Manaíra – João Pessoa – Paraíba – Brasil. CEP 58038-150

Number of tables: 06; Number of Words: 3.332

ABSTRACT

Objectives: to assess Resilience, Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), Mental Disorders and Quality of Life in university lecturers from different academic areas in Northeast Brazil. Method: Socio-demographic data was collected through a cross-sectional census study. We applied: a Resilience Scale and a PTSD Scale; questionnaires about History of Trauma and the Quality of Life SF-36, and the M.I.N.I. Plus interview. Results: Descriptive Statistical Analysis demonstrated that 81.3% of the lecturers were under 50 years old and 52.5% were male. Spearman Correlation indicated a negative and significant association ($p < 0.001$) for all SF-36 and PTSD domains; the Chi-squared Test demonstrated that Applied Social Sciences presented a higher percentage (13.9 %) for Current Major Depressive Episode (Current-MDE). Conclusion: We found low scores for PTSD and high scores for Resilience, greater exposure to trauma and disasters in general and MDE, Mixed Anxiety-Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder were of greatest prevalence. . Being more or less resilient did not was not associated with MDE. University lecturers exposed to specific environmental peculiarities and Current Major Depressive Episode, scored high in all domains of Quality of Life.

Key Words: Psychological Resilience; Mental Disorders; Post-traumatic Stress Disorder; Quality of Life; Lecturer.

INTRODUCTION

Recent studies show that resilient behaviour relies on an individual's relationship with their environment. Current discussions refer to the importance of an accumulation of risk factors in predicting resilience, and studies reveal the influence of these factors on the origin of psychiatric disorders (Lipp ME et al. 2009).

Mental disorders have high prevalence in the general population, between 30 and 50% (Dalgarrondo 2008), and in Brazil, which has an estimated 10 million patients with persistent mental illness, these indices vary between 13.5 and 35% (Tolman 2009).

A study recently conducted in Brazil revealed that university lecturers presented a significant level of mental and physical stress (Silva NE et al. 2006). Another demonstrated that 50 % of teachers did not present with clinical symptoms of depression, 42% manifested symptoms of mild depression and 8% symptoms of moderate of depression (Freitas et al. 2011).

In recent decades, a considerable increase in the prevalence of post-traumatic stress disorder has been observed in the general population, in most cases as a result of the trivialization of violence (Silva AB 2011). The prevalence of post-traumatic stress disorder is 0.5% of the global population for men and 1.2% for women (Velasco 2011).

Epidemiological studies indicate that most adults experience at least one traumatic event in their lifetime (Bonanno and Mancini 2008). In the Brazilian population, the exposure to traumatic events is considered to be high, this in contrast to a scarcity of studies about trauma and post-traumatic stress disorder – PTSD (Fizman et al. 2005). Despite the important social and personal impact inherent in post-traumatic stress disorder, few studies have been carried out in Brazil (Bernik et al. 2003).

A growing body of evidence suggests that the teaching profession is exposed to constant stress (Servilha and Pereira 2008; Schmidt 1993; Bachion et al. 2005) resulting from working

conditions. Furthermore, the exercise of teaching may determine exposure to specific environmental conditions, some considered adverse, which may increase susceptibility to post-traumatic stress disorder.

The theme of quality of life has been an object of interest within the health field in Brazil and many other countries (Seild and Zannon 2004). However, few studies have been related to the teaching context or to university lecturers in particular.

Environmental factors and physical and mental demands may generate stress at work (Lima ME and Lima DO 2009), limiting the external validity of studies conducted in different contexts. In this sense, it is necessary to study specific populations in order to identify regional characteristics, which may support programmes that are more effective for the prevention of injury and are aimed at improving teachers' quality of life.

This study, therefore, investigated the association between resilience, traumatic experience, PTSD, mental disorders and quality of life in university lecturers from the semi-arid region of Paraíba, in the cities of Cajazeiras and Sousa, with estimated populations of 58,793 and 65,807 inhabitants (Brazilian Institute of Geography and Statistics [IBGE] 2010), respectively. Both have a semi-arid, hot and dry, climate with average temperatures ranging from 23°C to 30°C, while the vegetation is caatinga and is characterized by lack of water.

METHODS

A cross-sectional census study was conducted between July 2011 and July 2012. All currently active lecturers from the public universities in the semi-arid region of Paraíba were considered eligible for the study. Substitute lecturers and those on full leave of absence for

professional training, because of length of service, and/or leave of absence from the university were all excluded from the study.

Once informed of the nature of the study in departmental meetings, all the participants signed the Statement of Free and Informed Consent. We used self-report instruments to collect data, namely: socio-demographic questionnaires; the Trauma History Questionnaire (THQ) (Fizman et al. 2005) to assess traumatic events; the Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) (Ciconelli et al. 1999), which assesses scores in the domains of Functional Capacity, Pain, Vitality, Mental Health and Physical, Emotional and Social Aspects; the Resilience Scale to evaluate the level of positive psychosocial adaptation to adverse life events (Pesce et al. 2005); the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) to screen for PTSD (Berger et al. 2004), which evaluates the consequences of a range of traumatic experiences; and the M.I.N.I. Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Amorim 2000), to explore the principal psychiatric disorders from Axis 1 of the DSM-IV and ICD-10.

In order to ensure the greatest possible number of participants, we decided to deliver the questionnaires to the lecturers at their respective departmental meetings. The instruments were numbered randomly, delivered in sealed envelopes and later returned, also in sealed envelopes, to the departments in a previously allocated file, maintaining lecturer anonymity and enabling accuracy of response.

Although these were self-report instruments, the researcher explained the questions to the participants, in order to avoid distorted understandings and consequent measurement errors.

A socio-demographic questionnaire with closed questions was used as a measure; this offered the respondent a range of previously selected responses. Resilience was characterized as a continuous variable, leading to a total score. The median was used to characterize the “more

resilient” (above the 50th percentile) and “less resilient” (below the 50th percentile) populations. The history of trauma was assessed by considering the categorical variable and by counting and the PTSD as a continuous variable, thus obtaining the total score.

The measurement for quality of life was evaluated through the eight domains, calculating SF-36 scores and consisting of two phases: one which corresponds to data weighting and another in which we calculated the Raw Scale, whereby the value of previous questions were transformed into scores for the eight domains, varying from zero (representing the worse level of quality of life) to one hundred (representing the best level of quality of life) for each domain.

We used the M.I.N.I. Plus to evaluate mental disorders; this is a brief (15- to 30-minute), standardised diagnostic interview, compatible with DSM-IV and ICD-10 criteria. The interviews were scheduled at a pre-determined location for each participant, in the lecturer’s own work environment and conducted by the researcher alone, who had been trained through the observation and application of six interviews conducted by experienced interviewers from the Complex Psychiatry Service of the Professor Edgar Santos University Hospital in Salvador, Bahia. The instrument explores mental disorders and represents an option for the selection of patients according to the international and epidemiological criteria of the American Psychiatric Association [APA] (1984, 1987), and the World Health Organization [WHO] (1992).

In the statistical analysis, the quantitative variables were described through the observation of minimum and maximum values and the calculation of averages, standard deviations, medians and quartiles. We calculated absolute and relative frequencies for the qualitative variables. To compare the four areas of knowledge in relation to the quantitative variables (scores), we used the non-parametric Kruskal Wallis test, making multiple comparisons through the Dunn test. This test, which is a continuation of the Kruskal-Wallis test for the comparison of differences between groups area, two by two. In order to compare the groups in

relation to the qualitative variables (disorders and resilience intragroups), we used the chi-squared test or Fisher's exact test. The level of significance for the tests was 5%. Data analysis was conducted using SPSS 17 Statistical Package for Social Sciences software.

The Human Research Ethics Committee of the Alcides Carneiro University Hospital [HUAC] in Campina Grande, Paraíba, approved the study on 27/10/2010, in strict accordance with the recommendations of Resolution no. 196/96.

RESULTS

The target population was composed of 275 university lecturers, 264 of whom were considered eligible. Of these, 18 (6.8%) could not be located and 06 (2.3%) did not agree to participate, either saying they did not want to answer personal questions or did not have time to do so. The final sample was composed of 240 teachers (90.9%) from the Federal University of Campina Grande in Paraíba, with 16 lecturers from the Cajazeiras campus and 64 from the Sousa one.

Of the 240 lecturers who constituted the study sample, 75 (31.3%) worked in the area of Health Sciences; 74 (30.8%) in Human Sciences; 64 (26.7%) in Applied Social Sciences and 27 (11.3%) in Exact Sciences. In terms of age, 195 (81.3%) were under 50 years of age, while 60% were white. Most teachers (52.5%) were male; 61.7% were married; 59.9% were from other cities in Paraíba and 11.7% were from Cajazeiras; 41.3% had a master's degree and 24.6% a doctorate. More than half (64.2%) had an income above eight minimum wages; 52 (21.7%) confirmed using alcohol, 18 (7.5%) using tobacco and 05 (2.1%) using drugs.

In relation to professional information, the length of service variable demonstrated that 28.8% had worked in teaching from 1 to 5 years. One hundred and sixty-seven (70%) of the study lecturers had produced at least one scientific publication and 58.7% stated that they

regularly completed scientific productions; 62.1% considered the teaching profession to be stressful and the main justification for this was work overload (34.2%).

The quality of life of the 240 teachers was assessed through scores obtained in the eight SF-36 domains. Functional Capacity ($m=83.54$) and Social Aspects ($m=72.92$) had the highest scores, while General Health ($m=60.97$) and Vitality ($m=65.17$) had the lowest. A comparison of the domains in relation to gender demonstrated that males had a significantly higher total than females in relation to pain, vitality and mental health. The comparison between quality of life and length of service demonstrated that lecturers who had taught for up to five years had significantly higher totals in the Functional Capacity and General Health domains. No significant association was observed between quality of life and number of working hours per week.

The average score for resilience was 136.9; $SD = 19.9$; median = 139 with a range of 127 (minimum = 48, maximum = 175). The average score for PTSD was 29.8%; $SD = 11.9$; median = 27; with a range of 53 (minimum = 17, maximum = 70).

In relation to the parameters that characterize history of trauma, 191 (79.6%) of the teachers stated that they had lived through traumatic experiences related to disasters in general and to trauma; 166 (69.2%) to crime; 39 (16.63%) to adverse physical and sexual experiences and in 17 (7.1%) cases these experiences were related to other events.

To study the association between PTSD and quality of life, we conducted a Spearman correlation, observing a negative and significant correlation ($p < 0.001$) between all the SF-36 domains and the PTSD scale, whose magnitude for each domain was: Functional Capacity, $r = -0.324$; Physical Aspects, $r = -0.445$, Pain, $r = -0.482$; General Health, $r = -0.369$; Vitality, $r = -0.559$; Social Functioning, $r = -0.585$; Aspects emotional, $r = -0.045$; and Mental Health, $r = -0.606$. The comparison between resilience and history of trauma, presented in Table 1, demonstrated a significant association between resilience and traumatic events related to physical

and sexual experiences, in which those with an affirmative response had a significantly lower resilience total than the group who responded negatively ($p = 0.040$).

We also conducted a comparison between the teaching area groups in relation to resilience, quality of life, PTSD and the mental disorders of greatest prevalence (Major Depressive Episode – MDE, Generalized Anxiety Disorder – GAD, and Mixed Anxiety-Depressive Disorder).

Table 2 shows a comparison between quality of life and the teaching area groups made using the Kruskal-Wallis test, with multiple comparisons made through the Dunn test. We observed that the Health Sciences group differed significantly from the Applied Social Sciences group in the domains of Physical Aspects and Mental Health ($p < 0.05$), and had a significantly higher total. The Applied Social Sciences group differed from Human Sciences ($p < 0.05$), and Health ($p < 0.05$) in terms of Social Aspects and from the other groups ($p < 0.05$) in terms of Emotional Aspects, with a significantly lower total.

The resilience total for this group of teachers ($n=240$) varied from 48 to 175, with a median of 139. We used 140 as the cut-off point, constructing two intragroups: resilience < 140 and resilience ≥ 140 . A comparison of resilience according to knowledge area did not reveal significant differences between areas (Table 3). There was also evidence that the areas did not differ in relation to PTSD in the two resilience intragroups (Table 4).

In Tables 5 and 6 we evaluated the disorders with greatest frequency, MDE (4.4% Current and 24.4% Past), GAD (30.5%) and Mixed Anxiety-Depressive Disorder (27.6%), according to knowledge area for the intragroups of more and less resilience. For these two intragroups, we observed that academic areas demonstrated significant differences in relation to MDE, whereby the greatest frequency of current cases occurred in the Applied Social Sciences group ($p < 0.001$).

However, the intragroup with lower resilience, areas showed significant difference in the GAD, which showed Applied Social lower frequency current case against the remaining areas.

DISCUSSION

The population of lecturers studied did not present impaired quality of life, since the majority of domains achieved a normal score. Three studies carried out in Brazil, in Campo Grande (Mato Grosso do Sul) (Souze et al. 2004), Jequié (Bahia) (Fernandez et al. 2009) and Paraná (Oliveira Filho et al. 2012), achieved similar results, also indicating that quality of life was not impaired. However, we should highlight that the General Health domain obtained better results in the first study.

More time in teaching implies greater vulnerability in the General Health and Functional Capacity domains. A study of Physical Education teachers compared to this study also found evidence that length of service is a factor that favours worse quality of life in teaching (Sousa JC and Costa 2011). However, we must consider that the advance of age may be a confusion factor for this association. Another study in Bauru (São Paulo), demonstrated that a greater teaching workload results in worse quality of life scores, without any association with length of service (Martinez et al. 2009).

We found high scores for resilience in the lecturers we studied. We did not identify studies with this focus in the literature, which hindered the comparison with and/or contrast to these results.

The participants reported low scores for PTSD, and a negative association was identified between PTSD and quality of life. Thus, the lower the PTSD score, the higher scores obtained in the SF-36 domains. Previous studies involving PTSD and quality of life in different populations,

not specific to university teachers, have also evidenced the same association (Bottino 2009; Senneseth et al. 2012; Smith et al. 2002; Cordova et al. 1995).

Although the teachers presented higher scores in terms of events related to disasters in general and trauma, we observed that they were not potentially affected by these traumatic experiences, which were not determinants for PTSD incidence or worse quality of life.

Furthermore, we started out from the principle that people from different academic areas may present different frequencies in terms of mental disorders. Accordingly, the study provided evidence that Major Depressive Episode (MDE), GAD and Mixed Anxiety-Depressive Disorder had greatest prevalence. One study conducted in the city of Santa Cruz (Rio Grande do Norte) on university lecturers from the Trairi Faculty of Health Sciences in the Centre of the Federal University of Rio Grande do Norte [UFRN] revealed that 42% of interviewees presented with mild depressive symptoms and 8% with moderate depressive symptoms (Freitas et al. 2011). This study differs from our research in that it only involved lecturers in health.

When comparing these disorders according to knowledge area, the findings demonstrated a greatest prevalence of current depression cases in the Applied Social Sciences group (13.9%; $p < 0.001$). A study about the effect of the work of lawyers in the United States, demonstrated that lawyers presented strong and significant stability in relation to exposure to clients exposed to trauma, PTSD, depression and functional incapacity (Levin et al. 2012), in contrast to our research focus of the exercise of teaching Applied Social Sciences, which revealed a greatest frequency of depression in lecturers from this area.

However, a study about the teacher illness profile at the University of Brasilia from 2006 to 2011, revealed a greatest prevalence of mental disorders in the Human and Social Sciences knowledge areas (Sousa AM 2013). Another research study conducted at John Hopkins

University in Baltimore (USA), which aimed to identify the incidence of depression in teachers, provided evidence that depression is a relevant issue for the legal profession (Allan 1998).

We therefore imputed that the presence of this disorder in Applied Social Sciences lecturers may be a vulnerability factor, since, despite high scores for resilience in the group as a whole, in comparison with areas within the intragroups of more or less resilience, we reached the same conclusion, that is, to be more or less resilient does not was not associated with MDE. However, a study about resilience and depression in Australia, with a population that was not specific to university lecturers, demonstrated that personal resistance is important in the face of mental health problems (Dowrick et al. 2008).

One study revealed that cognitive variables, such as the need for approval from others, perfectionism and self-concept with low expectations of self-efficacy and acceptance from others, were strongly associated with depression, thus supporting the hypothesis of cognitive vulnerability to depression (Gouveia 1990). Furthermore, a review study about cognitive vulnerability to depression concluded that various cognitive vulnerability factors might considerably increase the probability of depression (Blaut and Paulewicz 2001). Thus, aspects such as resilience, traumatic experience, PTSD and quality of life were not seen to be related to mental disorders, which may be explained by the individual's own vulnerability.

We also found discussions in the literature regarding recent studies that seek to identify an endophenotype of vulnerability to depression (Mello et al. 2007). Another possible explanation may be attributed to parenting style. Researchers have found evidence of the impact of parenting style on vulnerability to depression; their results indicated that 80% of the 324 adults interviewed self-reported as victims of physical and/or emotional negligence and emotional abuse (Moskyina et al. 2007). These studies may indicate potential interactions between biological vulnerability

and parenting practices, resulting from an endophenotype vulnerable to the development of depression and stress.

Thus, in this study depression may be related to the individual's own vulnerability; to the interaction between each person's genotype, the environment and inappropriate parenting practices responsible for the acquisition of cognitive distortions.

In the discussion process, one issue was investigated: How could we explain the fact that the area of Applied Social Sciences was more vulnerable? A study conducted at the 15th Region Labour Court in São Paulo reported that public workers and judges were seen to require institutional care in relation to their working conditions, principally to their interpersonal relationships at work and work overload, leading to a high incidence (76%) of stress (Oliveira and Lipp MA 2009).

Accordingly, we observed that lecturers in Applied Social Sciences take on activities beyond teaching, often taking on public roles and advocacy work, to combine teaching with advocacy.

Indeed, their multiple functions may be one of the explanations for the greater number of current MDE cases in this area, when confronted by a range of occupational stress situations.

We need to report on certain methodological limitations. Information bias is a possibility, although the way we applied the measurement instruments, protecting participant identity, may have minimized this. External validity is limited, because the sample is based on criteria restricted to a region with specific characteristics. Obtaining data retrospectively may be affected by memory bias. However, this possibility tends to be less significant when addressing traumatic life events.

The relationship between traumatic events, PTSD, resilience, mental disorders and quality of life involves an intricate chain of variables, some inherent to the individual and others

potentially influenced by the environment. Observational studies enable one to delineate specific populations according to these factors. However, associations must be interpreted cautiously, since aspects such as temporality, causality and vulnerability may not be properly assessed.

The semi-arid region in the Northeast of Brazil possesses adverse environmental characteristics that may constitute a determinant of low quality of life. This study contests this speculative belief. However, our sample was formed of university lecturers, who purportedly have higher levels of information and as professionals may be less vulnerable to the region's inclement climate and social problems.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank all the lecturers at the Cajazeiras and Sousa Campuses of the Federal University of Campina Grande in Paraíba, who took part in this study, as well as the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel [CAPES] for its financial support.

CONFLICTS OF INTEREST

None to declare.

REFERENCES

Allan RB. 1998. Lawyers: Are we a profession in distress? *The Nebraska Lawyer*.

Amorim P. 2000. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* [serial online]; 22(3): 106 - 15. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000300003&script=sci_arttext via the INTERNET. Accessed 2012 Mar 23.

Bachion MM, Abreu LO, Godoy LF, Costa EC. 2005. Vulnerabilidade ao estresse entre professores de uma universidade pública. *R Enferm UERJ* [serial online]; 13: 32 - 7. Available: <http://www.facenf.uerj.br/v13n1/v13n1a05.pdf> via the INTERNET. Accessed 2013 Feb 05.

Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. 2004. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [serial online]; 26(2): 167 - 75. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt via the INTERNET. Accessed 2012 Oct 04.

Bernik M, Laranjeiras M, Corregiari F. 2003. Tratamento farmacológico do transtorno do estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* [serial online]; 25(Supl I): 46 - 50. Available: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a11v25s1.pdf> via the INTERNET. Accessed 2012 Oct 04.

Blaut A, Paulewicz B. 2011. Cognitive vulnerability to depression. *Psychiatr Pol* 45(6): 889 - 99.

Bonanno GA, Mancini AD. 2008. The human capacity to thrive in the face of potential trauma.

Pediatrics [serial online]; 121(2): 369 – 75. Available:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/369.full.pdf+html?sid=366ee028-aff1-4d00-aebe-803af79fdb21> via the INTERNET. Accessed 2012 Nov 10.

Bottino SM. 2009. Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós – traumático na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama [doctorate thesis]. São Paulo (SP): University of São Paulo. 101 p. Available from: University of São Paulo Digital Library of Thesis and Dissertations.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. 1999. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF - 36 (Brasil SF- 36). Rev Bras Reumatol 39(3): 143-50.

Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. 1995.

Frequency and correlates of post- traumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. J Consult Clin Psychol 63(6): 981 – 6.

Dalgalarondo P. 2008. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Dowrick C, Kokanovic R, Hergaty K, Griffiths F, Gunn J. 2008. Resilience and depression: perspectives from primary care. Health 12(4): 439 - 52.

Fernandez MH, Porto GG, Almeida LG, Rocha VM. 2009. Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador. Rev Bras Promoç Saúde [serial online]; 22(2): 24 – 9. Available:

<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/352/2257> via the INTERNET. Accessed 2012 Oct 10.

Fizzman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. 2005. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. Rev Bras Psiquiatr [serial online]; 27(1): 63- 6. Available: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23715.pdf> via the INTERNET. Accessed 2012 Mar 23.

Freitas RP, Rego KS, Silva RA, Silva ER. 2011. Índice de depressão em professores de um campus em implantação da UFRN. Extensão e Sociedade [serial online]; 3(3). Available: <http://www.periodicos.ufrn.br/index.php/extensoesociedade/article/view/1243> via the INTERNET. Accessed 2012 Oct 05.

Gouveia JA. 1990. Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão: Estudo da sua interação com os acontecimentos da vida. [thesis]. Coimbra (PT): Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra. 202 p. Available from: Digital Repository of the University of Coimbra.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Cidades. [Internet]. Available: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/uf.php?coduf=25&search=Paraíba>. Accessed 2012 Oct 26.

Levin A, Besser A, Albert L, Smith D, Neria Y. 2012. The effect of attorneys' work with trauma-exposed clients on PTSD symptoms, depression, and functional impairment: A cross-lagged longitudinal study. *Law Hum Behav* 36(6): 538-47.

Lima ME, Lima DO. 2009. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário. *Cien Cogn* [serial online]; 14(3): 62 - 82. Available:

<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/253> via the INTERNET.

Accessed 2012 Oct 05

Lipp ME, Malagris LE, Oliveira JB, Prieto MA. 2009. Depressão: vulnerabilidade e resiliência.

In: Lacerda AL, Quarantini LC, Scippa AM, organizadores. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed. p 205 - 16.

Martinez KA, Vitta A, Lopes ES. 2009. Avaliação da qualidade de vida dos professores universitários da cidade de Bauru – SP. *Salusvita* [serial online]; 28(3): 217 - 24. Available:

http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v28_n3_2009_art_01.pdf via the INTERNET.

Accessed 2012 Nov 13.

Mello AF, Juruena MF, Pariente CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL et al. 2007. Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Rev Bras Psiquiatr* [serial online]; 29 (Supl I): S13 - 8.

Available: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29s1/a04v20s1.pdf> via the INTERNET. Accessed 2012

Nov 22.

Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M et al. 2007.

Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety* 24(3): 163 - 8.

Oliveira Filho A, Netto-Oliveira ER, Oliveira AA. 2012. Qualidade de Vida e fatores de riscos de professores universitários. *Rev Educ Fís/UEM*. [serial online]; 23(1): 57 - 67. Available:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/10468> via the INTERNET.

Accessed 2012 Nov 28.

Oliveira JB, Lipp MA. 2009 dez. Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos.

Bol Acad Paul Psicol [serial online]; 77(2): 287-306. Available:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415->

[711X2009000200007&script=sci_arttext&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2009000200007&script=sci_arttext&tlng=es) via the INTERNET. Accessed 2013 Jan 10.

Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. 2005. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* [serial online];

21(2): 436 - 48. Available: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf> via the INTERNET.

Accessed 2012 Oct 10.

Schmidt IT. 1993. Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário. *Bol Psicol* 43(98/99):

21 - 33.

Seild EM, Zannon CM. 2004. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.

Cad Saúde Pública [serial online]; 20(2): 580 - 8. Available:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[311X2004000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) via the INTERNET. Accessed 2012 Oct 10.

Senneseth M, Alsaker K, Natvig GK. 2012. Health- related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attends suffering from psychosocial crises: a longitudinal study. J Nurs Adv 68 (2): 402 – 13.

Servilha EA, Pereira PM. 2008. Condições de trabalho, saúde e voz em professores universitários. Rev Ciênc Méd [serial online]; 17(1): 21-31. Available: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/741/721> via the INTERNET.

Accessed 2012 Sept 20.

Silva AB. 2011. Mentas ansiosas: medo e ansiedade além dos limites. Rio de Janeiro: Objetiva.

Silva NE, Figueiredo DS, Freitas CE, Araújo TM, Paranhos IS. 2006. Trabalho docente e saúde em uma instituição de ensino superior da Bahia. Anais do IV Seminário da REDESTRADO – Regulação Educacional do Trabalho Docente; 2006 Nov 06-07; Rio de Janeiro (RJ). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro. p 01 – 13.

Smith MY, Egert J, Winkel G, Jacobson J. 2002. The impact PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS. Pain 98(1-2): 09 – 17.

Sousa AM. 2013. O perfil do adoecimento docente na Universidade de Brasília de 2006 a 2011.

[Master's dissertation]. Brasília (DF): University of Brasília. 103 p. Available:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12950/1/2013_AdrianaModestoSousa.pdf Institutional

Repository at the University of Brasília.

Souza JC, Cardoso WL, Damasceno C, Souza N, Siqueira AF. 2004. Qualidade de vida de professores universitários. *J Bras Psiquiatr* 53(4): 263 – 6.

Sousa JC, Costa DS. 2011. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. *J Bras Psiquiatr* [online]; 60(1): 23 – 72. Available:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000100005&script=sci_arttext. Accessed

2012 Nov 13.

Tolman A. 2009. *Depressão em adultos: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*.

Mallman S, tradutor. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 120 p. Translation of the 2005 edition.

Velasco PM. 2011. *Depressão e transtornos mentais: tudo o que você precisa saber*. 3 ed. Rio de Janeiro: Wark Ed.

Table 1: Descriptive values for Resilience, according to the History and Trauma Domains

Domain	Category	No.	1st. Q.	Median	3rd. Q.	Minimum	Maximum	p*
Crime	No	74	130.00	137.00	149.00	48	175	0.724
	Yes	165	129.00	140.00	149.00	49	172	
General and Trauma	No	49	126.00	138.00	150.00	63	168	0.637
	Yes	190	129.00	139.00	149.00	48	175	
Physical and Sexual	No	200	130.00	139.00	151.00	48	175	0.040
	Yes	39	123.00	132.00	143.00	62	172	
Others Events	No	221	130.00	139.00	149.00	48	175	0.575
	Yes	17	121.00	132.00	148.00	62	167	

(*) descriptive level of probability for the non-parametric Mann-Whitney test

Table 2: Quality of Life by Knowledge Area

Score	Area	No.	1st. Q.	Median	3rd. Q.	Minimum	Maximum	p*
FC	Human	74	70.00	90.00	95.00	30.00	100.00	0.147
	Health	75	80.00	90.00	100.00	0.00	100.00	
	Exact	27	70.00	90.00	95.00	40.00	100.00	
	Applied Social	64	70.00	87.50	95.00	20.00	100.00	
PA	Human	74	50.00	75.00	100.00	0.00	100.00	0.014
	Health	75	50.00	100.00	100.00	0.00	100.00	
	Exact	27	50.00	100.00	100.00	0.00	100.00	
	Applied Social	64	25.00	75.00	100.00	0.00	100.00	
Pain	Human	74	51.00	63.00	100.00	0.00	100.00	0.076
	Health	75	62.00	74.00	100.00	0.00	100.00	
	Exact	27	72.00	84.00	100.00	41.00	100.00	
	Applied Social	64	51.00	64.00	84.00	0.00	100.00	
GH	Human	74	52.00	62.00	72.00	5.00	100.00	0.075
	Health	75	52.00	62.00	77.00	20.00	95.00	
	Exact	27	40.00	52.00	72.00	20.00	85.00	
	Applied Social	64	47.00	62.00	72.00	15.00	97.00	
Vitality	Human	74	55.00	70.00	80.00	10.00	100.00	0.201
	Health	75	55.00	70.00	80.00	15.00	100.00	
	Exact	27	65.00	75.00	85.00	10.00	95.00	
	Applied Social	64	50.00	67.50	75.00	15.00	100.00	
SA	Human	74	62.50	75.00	100.00	0.00	100.00	0.029
	Health	75	62.50	75.00	100.00	0.00	100.00	
	Exact	27	62.50	75.00	100.00	37.50	100.00	
	Applied Social	64	50.00	62.50	87.50	12.50	100.00	
EA	Human	74	33.33	100.00	100.00	0.00	100.00	< 0.001
	Health	75	66.67	100.00	100.00	0.00	100.00	
	Exact	27	33.33	100.00	100.00	0.00	100.00	
	Applied Social	64	0.00	33.33	100.00	0.00	100.00	
MH	Human	74	64.00	76.00	88.00	0.00	100.00	0.046
	Health	75	68.00	80.00	88.00	36.00	100.00	
	Exact	27	64.00	80.00	92.00	24.00	96.00	
	Applied Social	64	56.00	72.00	84.00	24.00	100.00	

(*) descriptive level of probability for the non-parametric Kruskal-Wallis test

FC= Functional Capacity; PA= Physical Aspects; GH= General Health; SA= Social Aspects; EA= Emotional Aspects; MH= Mental Health

Table 3: Resilience by Knowledge Area

Resilience	Area								p*
	Human		Health		Exact		Applied Social		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
< 140	38	51.4	40	53.3	16	61.5	33	51.6	0.826
>= 140	36	48.7	35	46.7	10	38.5	31	48.4	

(*) descriptive level of probability for the chi-squared test

Table 4: PTSD scores by Knowledge Area and resilience of

PTSD Score	Area	No.	1st. Q.	Median	3rd. Q.	Minimum	Maxim	p*
Resilience < 140	Human	37	21.00	27.00	40.00	17.00	70.00	0.261
	Health	40	23.50	29.00	35.50	17.00	51.00	
	Exact	16	20.00	26.50	33.00	17.00	56.00	
	Applied Social	23	26.00	32.00	42.00	17.00	65.00	
Resilience >=140	Human	36	20.50	24.00	35.00	17.00	56.00	0.199
	Health	35	17.00	22.00	32.00	17.00	53.00	
	Exact	10	21.00	24.50	32.00	17.00	45.00	
	Applied Social	31	21.00	28.00	37.00	17.00	53.00	

(*) descriptive level of probability for the non-parametric Kruskal-Wallis test

Table 5: Disorders by Knowledge Area, in the intragroup of Less Resilience

Disorder	Category	Area								p*
		Human		Health		Exact		Applied Social		
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Major Depression	Absent	22	78,6	13	65,0	5	71,4	8	44,4	0,159
	Current	1	3,6	0	0,0	0	0,0	3	16,7	
	Past	5	17,9	7	35,0	2	28,6	7	38,9	
Mixed Disorder	Absent	7	70,0	15	75,0	7	77,8	8	53,3	0,557
	Current	3	30,0	5	25,0	2	22,2	7	46,7	
General Anxiety	Absent	5	50,0	12	60,0	5	50,0	14	93,3	0,039
	Current	5	50,0	8	40,0	5	50,0	1	6,7	

(*) descriptive level of probability for Fisher's exact test

Table 6: Disorders by Knowledge Area, in the intragroup of More Resilience

Disorder	Category	Area								p*
		Human		Health		Exact		Applied Social		
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Major Depression	Absent	12	92,3	20	90,9	9	100,0	7	38,9	< 0,001
	Current	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	
	Past	1	7,7	2	9,1	0	0,0	9	50,0	
Mixed Disorder	Absent	18	78,3	11	84,6	1	100,0	8	61,5	0,599
	Current	5	21,7	2	15,4	0	0,0	5	38,5	
General Anxiety	Absent	18	78,3	9	69,2	0	0,0	10	76,9	0,444
	Current	5	21,7	4	30,8	1	100,0	3	23,1	

(*) descriptive level of probability for Fisher's exact test

5.3 OUTROS RESULTADOS (TABELAS E GRÁFICOS)

Tabela 7 Frequências absolutas e relativas dos dados demográficos dos 240 docentes

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	126	52,5
	Feminino	114	47,5
Idade	< 50 anos	195	81,3
	>= 50 anos	45	18,8
Estado Civil	Solteiro	66	27,5
	Casado	148	61,7
	Viúvo	2	0,8
	Separado	13	5,4
	Outros	11	4,6
Num Filhos	0-2	101	42,1
	3-5	96	40,0
	>5	43	17,9
Cor	Branco	144	60,0
	Negro	12	5,0
	Índio	6	2,5
	Pardo	71	29,6
	Mulato	7	2,9
Natural	Cajazeiras-PB	28	11,7
	Outras cidades da Paraíba	127	52,9
	Outros Estados	81	33,8
	Outros países	4	1,7
Escolaridade	Graduação	9	3,8
	Especialização	69	28,8
	Mestrado	99	41,3
	Doutorado	59	24,6
	Pós-doutorado	4	1,7
Área de Conhecimento	Humanas	74	30,8
	Saúde	75	31,3
	Exatas	27	11,3
	Sociais Aplicadas	64	26,7

Tabela 8: Frequências absolutas e relativas da avaliação da qualidade do trabalho feito pelos 240 docentes

Variável	Categoria	n	%
QV Trabalho	Excelente	24	10,0
	Boa	172	71,7
	Ruim	44	18,3
Profissão Estressante	Não	91	37,9
	Sim	149	62,1
Motivo Principal	Sobrecarga do trabalho	51	34,2
	Pressões do ambiente profissional	17	11,4
	Conflitos interpessoais	14	9,4
	Outros	32	21,5
	Pressões e Sobrecarga	8	5,4
	Sobrecarga e Conflitos	6	4,0
	Sobrecarga e Outros	2	1,3
	Conflitos e Outros	1	0,7
	Pressões e Outros	1	0,7
	Pressões e Conflitos	1	0,7
	Pressões, Sobrecarga e Conflitos	6	4,0
	Pressões, Conflitos e Outros	3	2,0
	Pressões, Sobrecarga e Outros	3	2,0
	Todas as alternativas	4	2,7
Produtividade	Ruim	11	4,6
	Boa	204	85,0
	Excelente	25	10,4

Tabela 9: Resiliência, Impulsividade, TEPT e Religiosidade em professores universitários de Cajazeiras e Sousa.

Variável	N	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Resiliência	239	136,91	19,89	139,00	48	175
Impulsividade	240	63,17	8,28	62,00	47	93
TEPT	239	29,85	11,90	27,00	17	70
Religiosidade	240	13,31	5,74	12,00	5	27

Tabela 10: Frequências absolutas e relativas das respostas afirmativas para o questionário de História de Trauma em professores universitários de Cajazeiras e Sousa.

História de Trauma	n	%
Crime	166	69,2
Geral e Trauma	191	79,6
Físicas e Sexuais	39	16,3
Outros	17	7,1

Tabela 11: Qualidade de Vida de 240 professores universitários de Cajazeiras e Sousa.

Variável	N	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	240	83,54	17,72	90,00	0	100
Aspectos Físicos	240	69,69	36,31	87,50	0	100
Dor	240	71,53	24,38	74,00	0	100
Estado Geral de Saúde	240	60,97	16,44	62,00	5	100
Vitalidade	240	65,17	19,98	70,00	10	100
Aspectos Sociais	240	72,92	25,53	75,00	0	100
Aspectos Emocionais	240	66,67	40,91	100,00	0	100
Saúde Mental	240	72,83	18,52	76,00	0	100

Tabela 12: Coeficiente de correlação de Spearman entre TEPT e Qualidade de Vida.

	CF	AF	Dor	EGS
r	-0,324	-0,445	-0,482	-0,369
p	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001

	Vitalidade	AS	AE	SM
r	-0,559	-0,585	-0,445	-0,606
p	<,0001	<,0001	<,0001	<,0001

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental

Tabela 13: Frequências absolutas e relativas dos transtornos mentais avaliados através do M.I.N.I.Plus

Depressão Maior	n	%
Ausente	96	71,1
Atual	6	4,4
Passada	33	24,4
Total	135	100,0
Transtorno Distímico	n	%
Ausente	128	94,8
Atual	2	1,5
Passado	5	3,7
Total	135	100,0
Risco de Suicídio	n	%
Ausente	134	99,3
Alto	1	0,7
Total	135	100,0
Episódio Hipomaniaco	n	%
Ausente	125	92,6
Atual	4	3,0
Passado	5	3,7
Atual e vida inteira	1	0,7
Total	135	100,0
Transtorno do Pânico	n	%
Ausente	119	88,1
Atual	2	1,5
Vida inteira	1	0,7
ataques pobres em sintomas vida inteira	2	1,5
T.ansiedade c/ataques de pânico devido a condição médica e induzido por substancia atual	3	2,2
T. pânico atual com ataques pobres em sintomas vida inteira	1	0,7
T. pânico atual e vida inteira	7	5,2
Total	135	100,0

Tabela 13: Frequências absolutas e relativas dos transtornos mentais avaliados através do M.I.N.I. Plus (Continuação)

	n	%
Agorafobia		
Ausente	104	77,0
Na vida	3	2,2
transtorno de pânico atual sem agorafobia	5	3,7
transtorno de pânico atual com agorafobia	1	0,7
agorafobia atual sem pânico	3	2,2
agorafobia atual e vida inteira	2	1,5
Agorafobia atual sem pânico sem ataques pobres em sintomas	13	9,6
Agorafobia vida inteira e atual sem pânico e sem ataques pobres em sintomas	3	2,2
Agorafobia atual com pânico sem ataques pobres em sintomas	1	0,7
Total	135	100,0
Fobia Social		
Ausente	129	95,6
Atual	5	3,7
Atual não generalizada	1	0,7
Total	135	100,0
Fobia Específica		
Ausente	128	94,8
Atual	7	5,2
Total	135	100,0
TOC		
Ausente	127	94,1
Atual	6	4,4
induzido por substância e devido a condição médica geral	2	1,5
Total	135	100,0
Abuso e dep de álcool		
Ausente	98	72,6
Atual	8	5,9
Vida inteira	4	3,0
abuso de álcool vida inteira	12	8,9
Abuso de álcool atual	10	7,4
Abuso de álcool atual e vida inteira	2	1,5
Dependência atual e vida inteira	1	0,7
Total	135	100,0

Tabela 13: Frequências absolutas e relativas dos transtornos mentais avaliados através do M.I.N.I. Plus (Continuação)

Abuso e dep de drogas psico	n	%
Ausente	121	89,6
dep atual	3	2,2
dep vida interia	3	2,2
abuso atual	7	5,2
dep atual e vida inteira	1	0,7
Total	135	100,0
Transtorno Psicótico	n	%
Ausente	105	100,0
Total	105	100,0
Anorexia Nervosa	n	%
Ausente	105	100,0
Total	105	100,0
Bulimia Nervosa	n	%
Ausente	101	96,2
Atual	4	3,8
Total	105	100,0
Transtorno de Ansiedade Geral	n	%
Ausente	73	69,5
Atual	26	24,8
Condições médicas	6	5,7
Total	105	100,0
Hipocondria	n	%
Ausente	94	89,5
Atual	11	10,5
Total	105	100,0
Transtorno Dismórfico Corporal	n	%
Ausente	93	88,6
Atual	12	11,4
Total	105	100,0
Transtorno Doloroso	n	%
Ausente	86	82,7
associado a fatores psicológicos agudo	4	3,8
associado a fatores psicológicos e a condição médica	2	1,9
Associado a fatores psicológicos atual crônico	12	11,5
Total	104	100,0

Tabela 13: Frequências absolutas e relativas dos transtornos mentais avaliados através do M.I.N.I. Plus (Continuação)

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade Adulto		
	n	%
Ausente	95	90,5
Atual	10	9,5
Total	105	100,0
Transtorno de Ajustamento		
	n	%
Ausente	88	83,8
Atual	17	16,2
Total	105	100,0
Transtorno Disfórico Pré-menstrual		
	n	%
Ausente	38	76,0
Atual	12	24,0
Total	50	100,0
Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão		
	n	%
Ausente	76	72,4
Atual	29	27,6
Total	105	100,0

Tabela 14: Valores descritivos para os Transtornos de maior frequência na amostra, segundo a área de conhecimento

Transtorno	Categoria	Área								p*
		Humanas		Saúde		Exatas		Sociais Aplicadas		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Depressão Maior	Ausente	34	83,0	33	78,6	14	87,5	15	41,7	< 0,001 ⁽¹⁾
	Atual	1	2,4	0	0,0	0	0,0	5	13,9	
	Passado	6	14,6	9	21,4	2	12,5	16	44,4	
Transtorno Misto	Ausente	25	75,8	26	78,8	9	81,8	16	57,1	0,203
	Atual	8	24,2	7	21,2	2	18,2	12	42,9	
Ansiedade Geral	Ausente	23	69,7	21	63,6	5	45,5	24	85,7	0,072 ⁽²⁾
	Atual	10	30,3	12	36,4	6	54,6	4	14,3	

(1) nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

(2) nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Tabela 15: Coeficiente de correlação de Spearman entre Impulsividade e Qualidade de Vida.

	CF	AF	Dor	EGS
r	-0,083	-0,259	-0,174	-0,185
p	0,201	<,0001	0,007	0,004

	Vitalidade	AS	AE	SM
r	-0,218	-0,264	-0,282	-0,316
p	< 0,001	<,0001	<,0001	<,0001

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental

Tabela 16: Coeficiente de correlação de Spearman entre Religiosidade e Qualidade de Vida

	CF	AF	Dor	EGS
r	-0,038	-0,010	0,022	-0,071
p	0,556	0,884	0,730	0,272

	Vitalidade	AS	AE	SM
r	-0,011	0,002	0,077	-0,083
p	0,866	0,971	0,235	0,199

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental

Tabela 17: Qualidade de Vida segundo a carga horária

Escore	Carga Hor.	n	1o. Q.	Mediana	3o. Q.	Mínimo	Máximo	p*
CF	8h/aula	54	80,00	90,00	100,00	50,00	100,00	0,541
	9-12h/aula	67	65,00	90,00	95,00	20,00	100,00	
	13-18h/aula	92	75,00	90,00	95,00	30,00	100,00	
	>18h/aula	27	85,00	90,00	95,00	0,00	100,00	
AF	8h/aula	54	50,00	100,00	100,00	0,00	100,00	0,632
	9-12h/aula	67	25,00	75,00	100,00	0,00	100,00	
	13-18h/aula	92	50,00	87,50	100,00	0,00	100,00	
	>18h/aula	27	50,00	100,00	100,00	0,00	100,00	
Dor	8h/aula	54	62,00	74,00	100,00	0,00	100,00	0,166
	9-12h/aula	67	41,00	62,00	84,00	0,00	100,00	
	13-18h/aula	92	52,00	74,00	100,00	0,00	100,00	
	>18h/aula	27	62,00	84,00	100,00	41,00	100,00	
EGS	8h/aula	54	52,00	62,00	72,00	32,00	95,00	0,927
	9-12h/aula	67	47,00	62,00	77,00	5,00	100,00	
	13-18h/aula	92	52,00	62,00	72,00	15,00	97,00	
	>18h/aula	27	52,00	62,00	77,00	32,00	85,00	
Vitalidade	8h/aula	54	50,00	70,00	75,00	15,00	100,00	0,600
	9-12h/aula	67	50,00	70,00	75,00	10,00	100,00	
	13-18h/aula	92	57,50	70,00	80,00	10,00	100,00	
	>18h/aula	27	60,00	70,00	80,00	25,00	90,00	
AS	8h/aula	54	50,00	75,00	87,50	12,50	100,00	0,843
	9-12h/aula	67	50,00	75,00	100,00	0,00	100,00	
	13-18h/aula	92	56,25	75,00	100,00	0,00	100,00	
	>18h/aula	27	50,00	75,00	100,00	0,00	100,00	
AE	8h/aula	54	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00	0,496
	9-12h/aula	67	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00	
	13-18h/aula	92	33,33	100,00	100,00	0,00	100,00	
	>18h/aula	27	33,33	100,00	100,00	0,00	100,00	
SM	8h/aula	54	68,00	80,00	84,00	28,00	100,00	0,280
	9-12h/aula	67	56,00	72,00	84,00	16,00	100,00	
	13-18h/aula	92	62,00	80,00	88,00	32,00	100,00	
	>18h/aula	27	64,00	80,00	84,00	0,00	92,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EGS= Estado Geral de Saúde; AS= Aspectos Sociais;

AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental

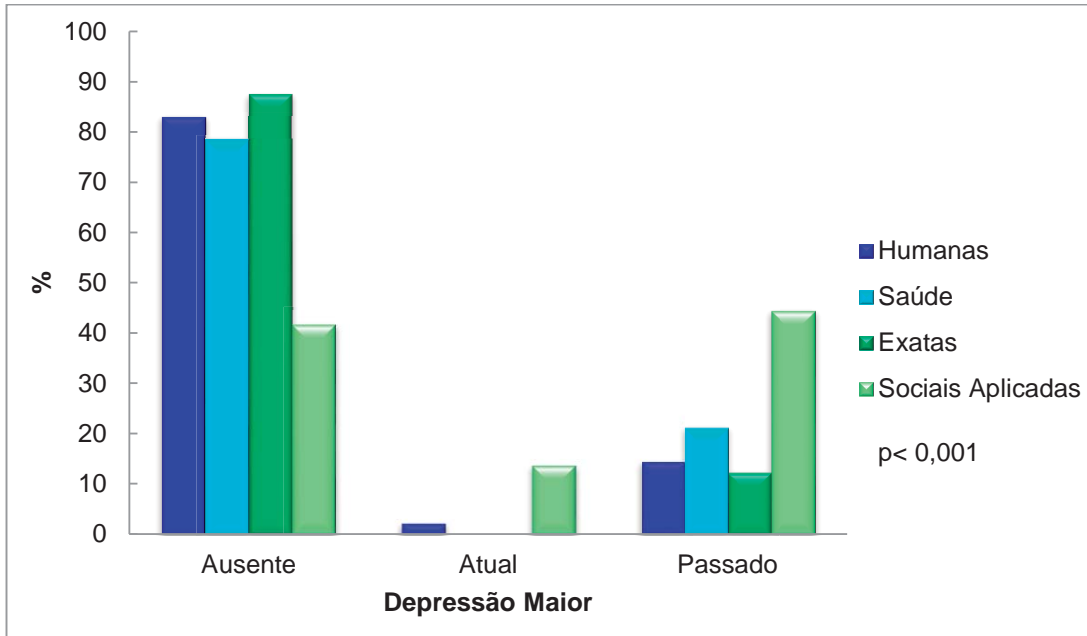
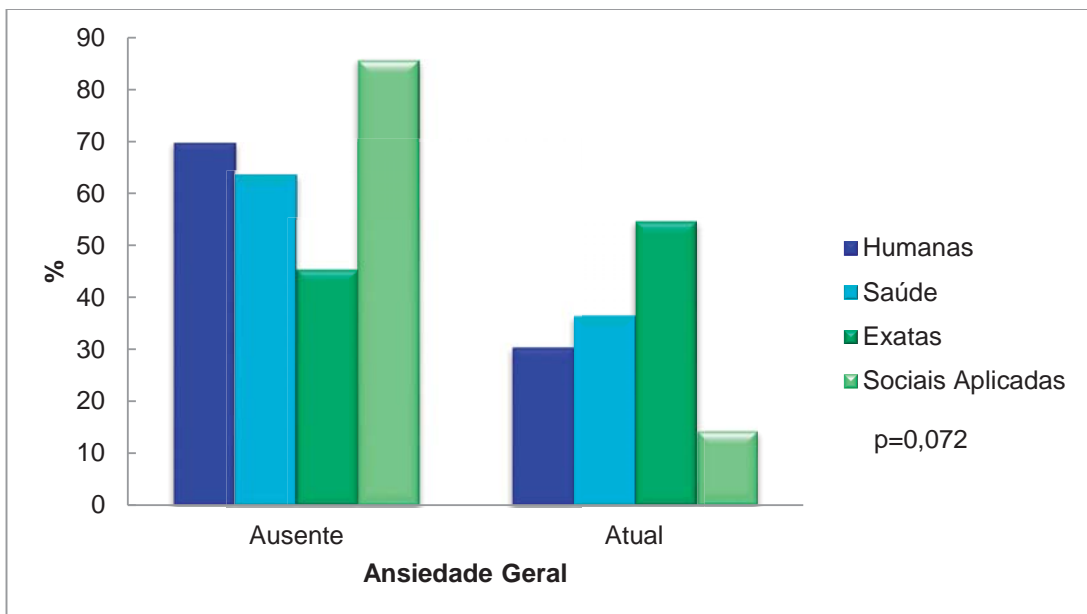
Gráfico 1: Episódio Depressivo Maior segundo área de conhecimento**Gráfico 2:** Transtorno de Ansiedade Generalizada segundo área de conhecimento

Gráfico 3: Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão segundo área de conhecimento

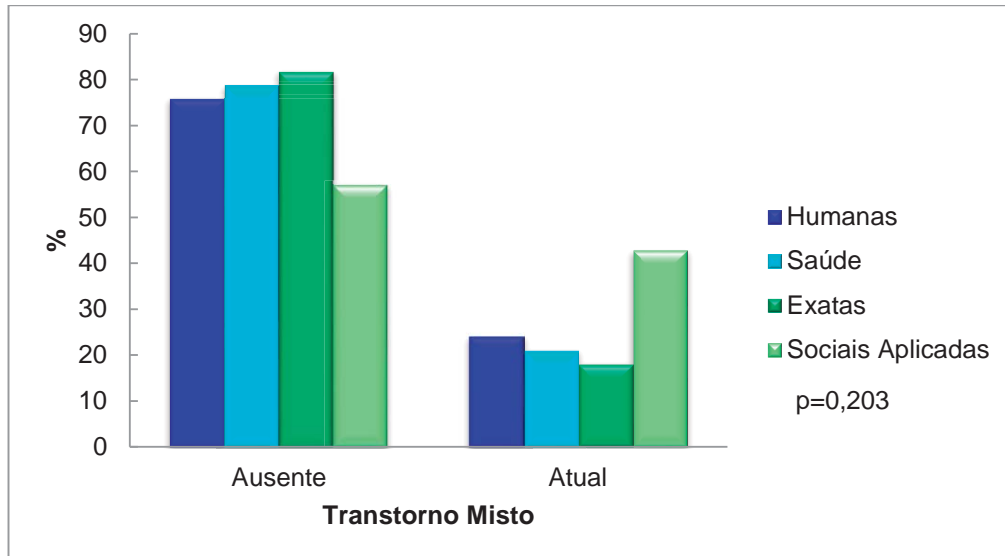


Gráfico 4: Domínio Aspectos Físicos do SF 36 segundo áreas de conhecimento

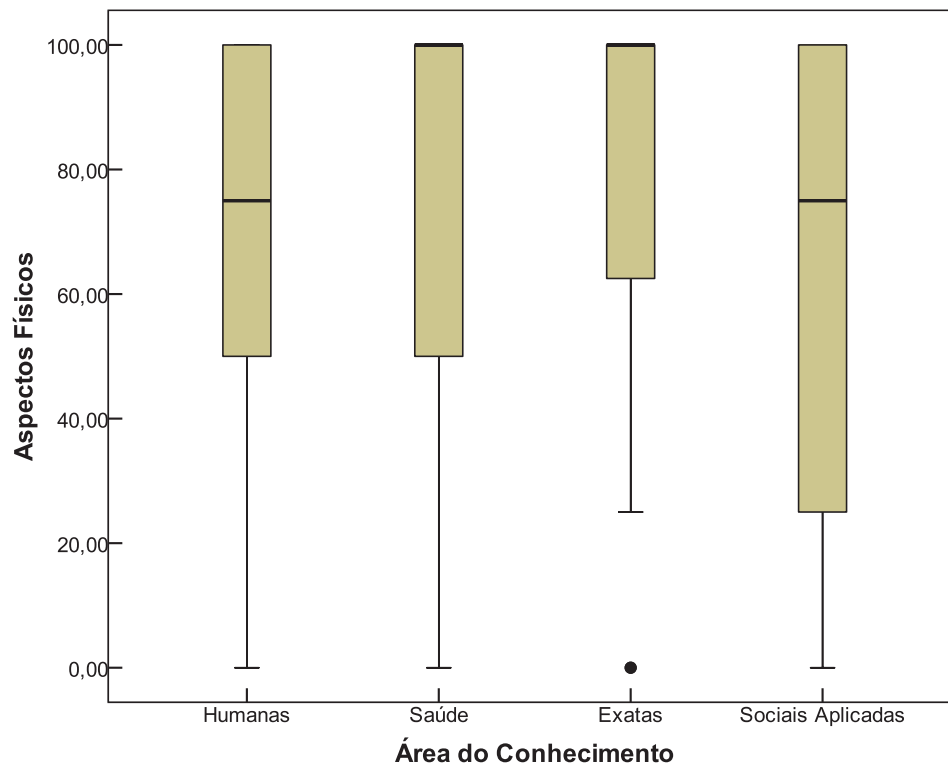


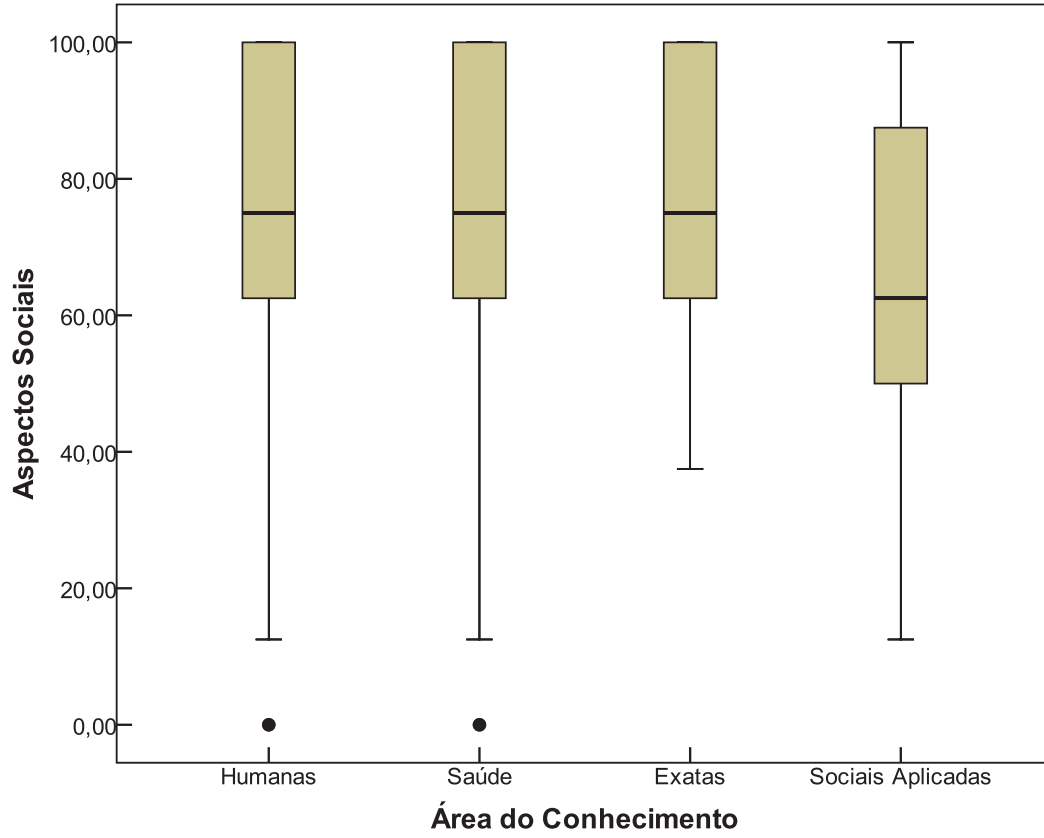
Gráfico 5: Domínio Aspectos Sociais do SF 36 segundo áreas de conhecimento

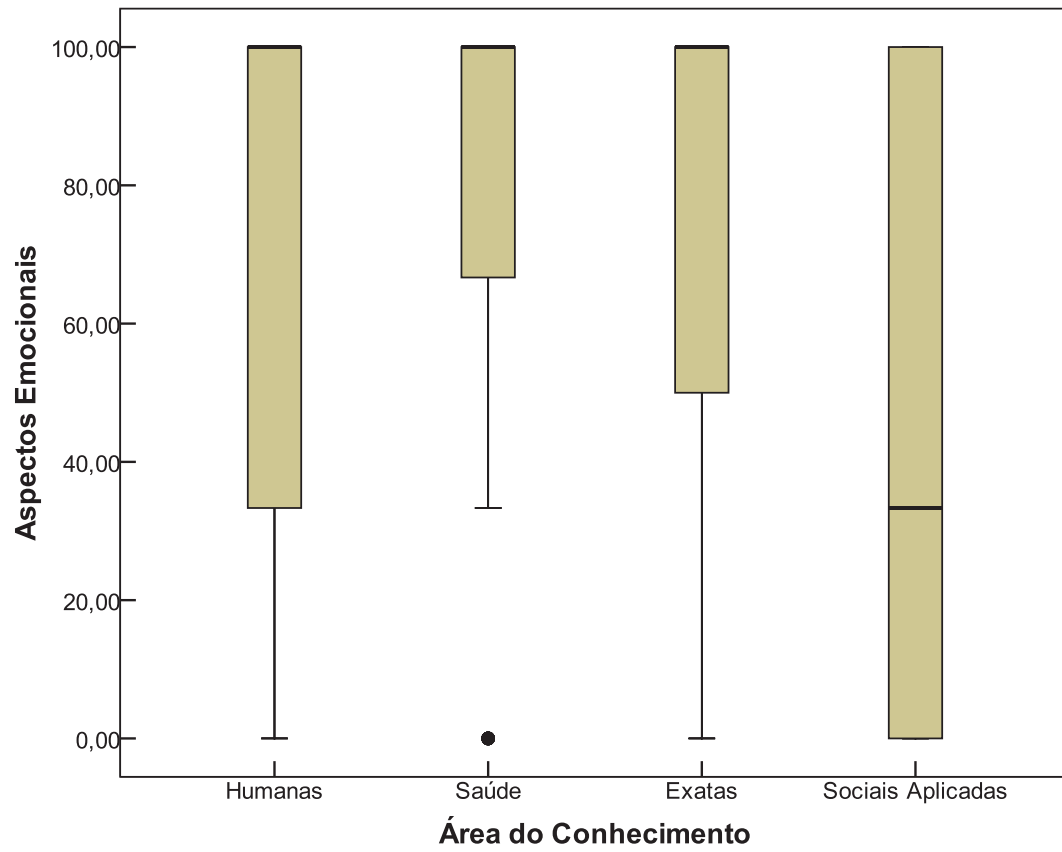
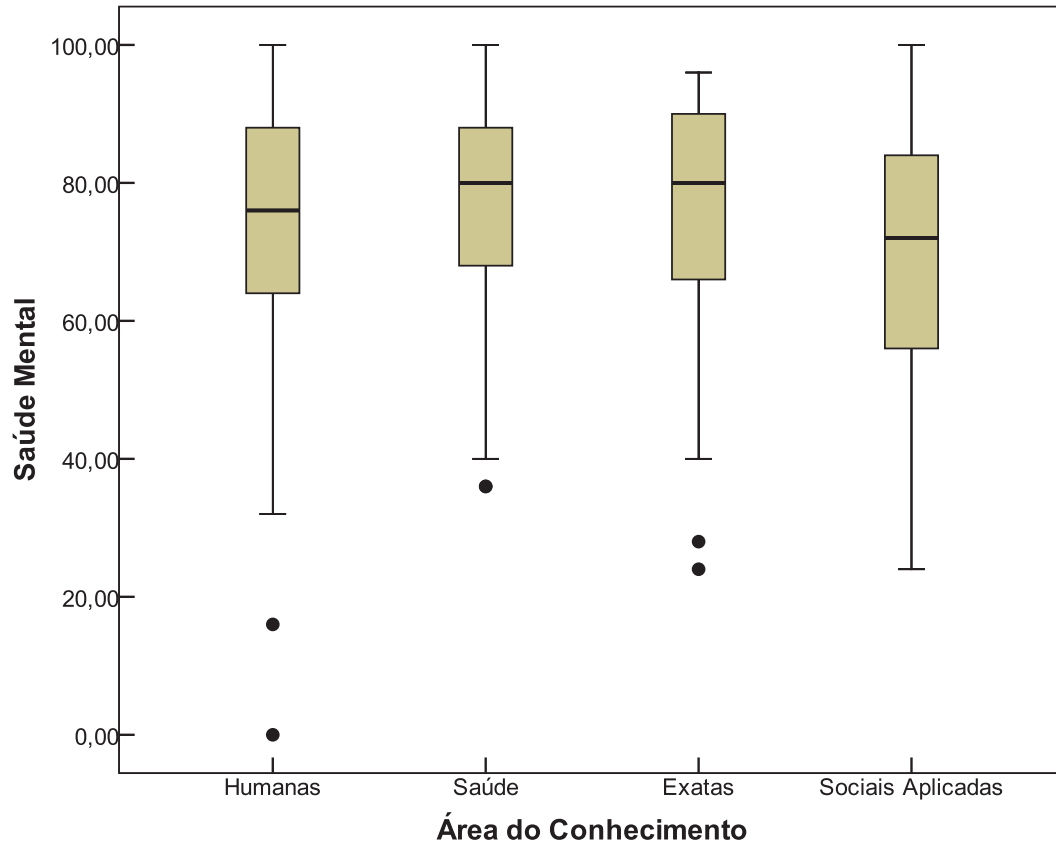
Gráfico 6: Domínio Aspectos Emocionais do SF 36 segundo áreas de conhecimento

Gráfico 7: Domínio Saúde Mental do SF 36 segundo áreas de conhecimento

6 CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que professores universitários apresentaram:

- Altos escores para resiliência;
- Baixa pontuação para Transtorno do Estresse Pós-traumático – TEPT;
- Alta pontuação em todos os domínios de Qualidade de Vida;
- Maior frequência de casos atuais para Transtorno de Ansiedade Generalizada - TAG;
- Maior número de casos atuais para Episódio Depressivo Maior na área de Sociais Aplicadas, e
- Resiliência não estava associada aos transtornos mentais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho constituiu-se em um desafio e ao mesmo tempo uma aprendizagem, por tratar-se de um estudo inédito com professores universitários. Nesse sentido, necessário se faz destacar dificuldades enfrentadas no decorrer do estudo, aspectos positivos observados, limitações presentes e, ainda, recomendações para ações futuras a partir dos resultados constatados, a saber:

- Crescimento pessoal e acadêmico, contribuindo para maior conhecimento intelectual e melhoria nas relações interpessoais;
- O cuidado na condução da aplicação dos instrumentos, de modo a favorecer uma aplicação uniforme junto aos participantes e a garantia da confidencialidade desses no estudo, foram aspectos de permanente preocupação, tendo em vista obter-se um melhor controle de qualidade na pesquisa.
- Tornou-se positivo apresentar o projeto aos professores em reuniões departamentais, o que resultou numa maior aceitação para participação na pesquisa.
- Envolvimento de alunos de graduação tornou-se importante, diante da aprendizagem pertinente ao rigor científico aplicado na pesquisa.
- Uma dificuldade encontrada refere-se à aplicação dos instrumentos com os professores da área de Saúde, uma vez que a maioria possui carga horária de apenas 20 horas e reside em outras cidades, até mesmo em outros Estados.
- A maioria dos professores considerou excessivo o número de instrumentos autoaplicativos, porém, fez comentário positivo em relação à realização da entrevista (M.I.N.I. Plus).
- As limitações dos resultados de estudos transversais que usam questionário pessoal, retratam uma característica de situação de saúde de um momento específico no tempo, razão esta que justifica a necessidade de estudos longitudinais.
- Os dados resultantes para os transtornos EDM, TAG e Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão, indicam a necessidade de reconhecimento e assistência adequada à profissão docente pelas Universidades, na criação de Programas ou Núcleos de Apoio à Saúde Mental.

8 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

- Pesquisas do tipo quanti-qualitativo para aprofundar conhecimento sobre a alta prevalência de Transtornos Mentais em professores universitários;
- Estudos epidemiológicos que considerem uma população maior envolvendo outras universidades do próprio Estado da Paraíba, ou em um estudo multicêntrico;
- Continuidade da pesquisa, desenvolvendo um estudo de base populacional sobre transtornos mentais e comportamentais em professores universitários de Instituições Públicas e Privadas no sertão paraibano (Cajazeiras, Sousa e Patos), intitulado: Estudo multicêntrico de características clínico – comportamentais em professores universitários no sertão paraibano. A importância desse estudo dar-se-á pela estimativa de frequência e distribuição dos transtornos psiquiátricos em diferentes locais e culturas;
- Estudo sobre os transtornos mais significativos encontrados na pesquisa (EDM, TAG e Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão), tendo em vista conhecer os significados do processo de adoecimento dos professores, para que possa contribuir à melhoria da relação paciente – profissional, favorecer a aderência a determinados tratamentos e aprimorar a qualidade dos serviços.

9 ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 27/ 10/ 2010 foi aprovado o Projeto de Pesquisa: Características Clínico – Comportamentais de Professores Universitários do Sertão Paraibano. Projeto a ser realizado no período de: Março de 2011 a Novembro de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 30 de Novembro de 2010.

*Recebido em
07/12/10*

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Campina Grande

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-COMPORTAMENTAIS DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DO SERTÃO PARAIBANO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente e domiciliado (a) _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF. _____ nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo: **Características Clínico-Comportamentais de Professores Universitários do Sertão Paraibano**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa descrever as características clínico-comportamentais de professores universitários, nos municípios de Cajazeiras e Sousa – PB, tendo em vista respaldar programas amplos de prevenção e intervenção destinados a essa profissão.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Cajazeiras, _____ de _____ de _____

Participante/pesquisa: _____

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsáveis pelo Projeto: Dr^a. Rita Lucena-Orientadora-UFBA e Raimunda de Fátima Neves Coêlho- Doutoranda.

Telefones para contato: (83) 91255883/ 3531-2733/ e-mail: raimunda.neves6@gmail.com

(71) 97110110 e-mail: rcslucena@yahoo.com.br

ANEXO C - ESCALA DE RESILIÊNCIA

Instruções: A escala de Resiliência mede níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos adversos da vida. Marque com um X apenas uma alternativa para cada nível de mensuração. <i>Responda rápido.</i>	Discordo			Nem concordo, nem discordo	Concordo		
	Bastante	Muito	Pouco		Bastante	Muito	Pouco
1 - Quando eu faço planos, eu prossigo com eles (até o fim) (eu corro atrás deles).	1	2	3	4	5	6	7
2 - Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3 - Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa (contar comigo).	1	2	3	4	5	6	7
4 - Manter interesse nas coisas é importante para mim (pelas coisas).	1	2	3	4	5	6	7
5 - Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6 - Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7 - Eu normalmente consigo as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8 - Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9 - Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10 - Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11 - Eu raramente procuro saber a razão das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12 - Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13 - Eu posso superar momentos difíceis porque eu passei por dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14 - Eu tenho auto-disciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15 - Eu me mantenho interessado nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16 - Eu normalmente posso achar um motivo	1	2	3	4	5	6	7

para rir.							
17 - Minha crença em mim mesmo me faz superar momentos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18 - Em uma emergência, eu sou uma pessoa em que as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19 - Eu sempre olho para uma situação de maneiras diferentes.	1	2	3	4	5	6	7
20 - Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21 - Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22 - Eu não me fixo em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23 - Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24 - Eu tenho energia suficiente para fazer o que preciso fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25 - Tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO D - ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRAT (BIS 11)

Instruções: As pessoas são diferentes quanto à maneira como se comportam e pensam em situações distintas. Este é um questionário para medir algumas formas como você age e pensa, não existe resposta certa ou errada. Marque apenas uma alternativa para cada questão. Não pense em nenhuma das questões. Responda rápida e honestamente.

FORMAS DE AGIR E PENSAR	<i>Raramente/Nunca</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre ou quase sempre</i>
1 - Eu planejo minhas atividades com cuidado.	1	2	3	4
2 - Eu faço as coisas sem pensar.	1	2	3	4
3 - Eu sou despreocupado, 'cuca fresca'.	1	2	3	4
4 - Meus pensamentos são rápidos.	1	2	3	4
5 - Eu planejo minhas saídas ou passeios com antecedência.	1	2	3	4
6 - Eu sou uma pessoa controlada.	1	2	3	4
7 - Eu me concentro com facilidade.	1	2	3	4
8 - Eu tenho facilidade para economizar dinheiro.	1	2	3	4
9 - Eu acho difícil ficar sentado por muito tempo.	1	2	3	4
10 - Eu costumo pensar com cuidado em tudo.	1	2	3	4
11 - Eu quero ter um trabalho fixo para poder pagar minhas despesas.	1	2	3	4
12 - Eu falo as coisas sem pensar.	1	2	3	4
13 - Eu gosto de ficar pensando sobre problemas complicados.	1	2	3	4
14 - eu troco de trabalho frequentemente ou não fico muito tempo com a mesma atividade (cursos, esportes).	1	2	3	4

15 - Eu faço as coisas no impulso	1	2	3	4
16 - eu me canso com facilidade tentando resolver problemas mentalmente, de cabeça.	1	2	3	4
17 - Eu me cuido para não ficar doente.	1	2	3	4
18 - Eu faço as coisas no momento em que penso.	1	2	3	4
19 - Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão.	1	2	3	4
20 - Eu troco de casa com frequência ou não gosto de viver no mesmo lugar por muito tempo.	1	2	3	4
21 - Eu compro coisas impulsivamente, sem pensar.	1	2	3	4
22 - Eu termino o que começo.	1	2	3	4
23 - Eu caminho e me movimento rápido	1	2	3	4
24 - Eu resolvo os problemas com tentativa e erro.	1	2	3	4
25 - Eu gasto mais do que ganho ou do que posso.	1	2	3	4
26 - Eu falo rápido.	1	2	3	4
27 - enquanto estou pensando uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ao mesmo tempo.	1	2	3	4
28 - Eu me interesso mais pelo presente do que pelo futuro.	1	2	3	4
29 - Eu me sinto inquieto em aulas ou palestras.	1	2	3	4
30 - Eu faço planos para o futuro.	1	2	3	4

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF -36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

<i>Excelente</i>	<i>Muito Boa</i>	<i>Boa</i>	<i>Ruim</i>	<i>Muito Ruim</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

<i>Muito Melhor</i>	<i>Um Pouco Melhor</i>	<i>Quase a Mesma</i>	<i>Um Pouco Pior</i>	<i>Muito Pior</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

<i>Atividades</i>	<i>Sim, dificulta muito</i>	<i>Sim, dificulta um pouco</i>	<i>Não, não dificulta de modo algum</i>
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

<i>De forma nenhuma</i>	<i>Ligeiramente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

<i>Nenhuma</i>	<i>Muito leve</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave</i>	<i>Muito grave</i>
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

<i>De maneira alguma</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	<i>Todo tempo</i>	<i>A maior parte do tempo</i>	<i>Uma boa parte do tempo</i>	<i>Alguma parte do tempo</i>	<i>Uma pequena parte do tempo</i>	<i>Nunca</i>
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

<i>Todo Tempo</i>	<i>A maior parte do tempo</i>	<i>Alguma parte do tempo</i>	<i>Uma pequena parte do tempo</i>	<i>Nenhuma parte do tempo</i>
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	<i>Definitivamente verdadeiro</i>	<i>A maioria das vezes verdadeiro</i>	<i>Não sei</i>	<i>A maioria das vezes falso</i>	<i>Definitivamente falso</i>

a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO F - QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA

Instruções: A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida. Para cada evento, por favor, indique (com um X) se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época (se não tiver certeza, faça o melhor que puder). Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

EVENTOS RELACIONADOS A CRIME			<i>Em caso afirmativo</i>		
			<i>Nº de vezes</i>	<i>Idade aproximada</i>	
1 - Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
2 - Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
3 - Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
4 - Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você estava lá?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
DESASTRES EM GERAL E TRAUMA			<i>Em caso afirmativo</i>		
			<i>Especificar Acidente:</i>	<i>Nº de vezes</i>	<i>Idade aproximada</i>
5 - Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
6 - você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
7 - Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
8 - Você já foi exposto(a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
9 - Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido(a)?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			
10 - Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque poderia ter sido morto(a) ou gravemente ferido(a)?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>			

11 - Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
12 - Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
13 - Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
14 - Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro(a) (namorado(a) ou filho (a))?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
15 - Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
16 - Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu forma inesperada?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
17 - Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>					
EXPERIÊNCIAS FÍSICAS E SEXUAIS			<i>Em caso afirmativo</i>				
			<i>Quem foi a pessoas? (Ex. abaixo)</i>	<i>Está experiência Repetiu-se?</i>		<i>Quant. vezes</i>	<i>Idade(s) aproxim.(s)</i>
<i>Sim</i>	<i>Não</i>						
18 - Alguém já o(a) abrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
19 - Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o(a) obrigou a tocar nas dele(a), sob força ou? ameaça?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
20 - Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo(a) a ter contato sexual contra a sua vontade?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
21 - Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o(a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
22 - Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o(a) atacou desarmado e o(a) feriu gravemente?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
23 - Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	<i>Sim</i>	<i>Não</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>		

(Quem foi a pessoa? Exemplo: estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão ou outro)

<i>OUTROS EVENTOS</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Em caso afirmativo</i>				
			<i>Qual o tipo de Evento?</i>	<i>Está experiência Repetiu-se?</i>		<i>Quant. vezes</i>	<i>Idade(s) aproxim.(s)</i>
				<i>Sim</i>	<i>Não</i>		
24 - Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima?							

ANEXO G - ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA DUKE (Duke Religion Index – DRI)

Instruções: A escala de religiosidade trata-se de uma avaliação sobre as relações entre saúde e religiosidade.

Marque com um X a alternativa que mais se adequa à sua vivência.

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- 1.() Mais do que uma vez por semana 2.() Uma vez por semana 3.() Duas a três vezes por mês
4.() Algumas vezes por ano 5.() Uma vez por ano ou menos 6.() Nunca

2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- 1.() Mais do que uma vez ao dia 2.() Diariamente 3.() Duas ou mais vezes por semana
4.() Uma vez por semana 5.() Poucas vezes por mês 6.() Raramente ou nunca

A seção seguinte contém 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- 1.() Totalmente verdade para mim 2.() Em geral é verdade 3.() Não estou certo
4.() Em geral não é verdade 5.() Não é verdade

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- 1.() Totalmente verdade para mim 2.() Em geral é verdade 3.() Não estou certo
4.() Em geral não é verdade 5.() Não é verdade

5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- 1.() Totalmente verdade para mim 2.() Em geral é verdade 3.() Não estou certo
- 4.() Em geral não é verdade 5.() Não é verdade

ANEXO H - ESCALA DE TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (PCL-C)

Instruções: Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês. -Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

PROBLEMAS/QUEIXAS	Nada	Um Pouco	Médio	Bastante	Muito
1 - <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2 - <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante no passado?	1	2	3	4	5
3 - De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4 - Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5 - Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6 - Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7 - Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8 - Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9 - <i>Perda de interesse</i> nas atividades que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5

10 - Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
11 - Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
12 - Sentir-se como se você <i>não tivesse expectativas para o futuro?</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
13 - Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo?</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
14 - Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
15 - Ter <i>dificuldades</i> para se <i>concentrar?</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
16 - Estar ' <i>superalerta</i> ', <i>vigilante</i> ou ' <i>em guarda</i> '?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
17 - Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado?</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

ANEXO I - ENTREVISTA DIAGNÓSTICA M. I. N. I. PLUS 5.0.0 (JUNHO, 2001)

M.I.N.I. PLUS

Instruções: Esta entrevista diagnóstica será aplicada somente pela pesquisadora, em local agendado com cada sujeito participante, cujas informações serão mantidas em sigilo absoluto. No momento de análise dos dados os sujeitos participantes receberão uma codificação específica, evitando quebra de anonimato.

<i>Número do entrevistado(a):</i>	_____	<i>Número do protocolo:</i>	_____
<i>Data de nascimento:</i>	_____	<i>Hora de início da entrevista:</i>	_____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i>	_____	<i>Hora do fim da entrevista:</i>	_____
<i>Data da entrevista:</i>	_____	<i>Duração total da entrevista:</i>	_____

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
		A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?	(	NÃO	SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b ou A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE **NÃO**: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE $\pm 5\%$ AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, $\pm 3,5$ KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE **A3e = SIM**: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? o Não o SIM

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11

A4 HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM **A3** (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE **A1a** OU **A2a** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE **A1b** OU **A2b** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL)?

<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>	
NÃO	SIM	NÃO	SIM

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.

SE **A4** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **A3a - A3g** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
A5 Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12

SE **A5** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **A4 e A5** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A6 Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13

SE **A6** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **A4, A5 e A6** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
π Não π Sim

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 π Não π Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A8 coTAR **SIM** SE A7 (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	o
Passado	o

- A9 coTAR **SIM** SE A7b = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>	
Atual	o
Passado	o

- A10 coTAR **SIM** SE A7a = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	o
Passado	o

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em idade que apresentou esses problemas de depressão ? 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = **SIM, ATUAL**), EXPLORAR O SEGUINTE:

- A13 a **A2b** É COTADA **SIM** ? NÃO SIM
- b Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade

de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	NÃO	SIM	17
A13a OU A13b SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

A14 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	18
b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	19
c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	20
d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	
e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	
f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃO	SIM
Episódio Depressivo Maior com características melancólicas Atual	

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Leve	<input type="checkbox"/> 296.21/296.31
Moderado	<input type="checkbox"/> 296.22/296.32
Severo sem aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/> 296.23
Severo com aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/> 296.24
Em remissão parcial	<input type="checkbox"/> 296.25
Em remissão completa	<input type="checkbox"/> 296.26
Crônico	<input type="checkbox"/>
Com características catatônicas	<input type="checkbox"/>
Com características melancólicas	<input type="checkbox"/>
Com características atípicas	<input type="checkbox"/>
Com início no pós-parto	<input type="checkbox"/>
Com padrão sazonal	<input type="checkbox"/>
Com recuperação completa entre episódios	<input type="checkbox"/>
Sem recuperação completa entre episódios	<input type="checkbox"/>

Assinale tudo que se aplica

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, PASSAR PARA RISCO DE SUICÍDIO (

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

Se a sintomatologia do(a) entrevistado(a) preenche os critérios para um Episódio Depressivo Maior Atual, NÃO explore Transtorno Distímico Atual, mas explore Transtorno Distímico Passado. Assegure-se de que a Transtorno Distímico Passado explorado não corresponde, de fato, a um Episódio Depressivo Maior passado e de que existe um intervalo de pelo menos 2 meses de remissão completa entre qualquer Episódio Depressivo Maior anterior e o Transtorno Distímico Passado. [APLICAR ESSAS REGRAS UNICAMENTE SE ESTÁ INTERESSADO EM EXPLORAR DEPRESSÃO DUPLA.]

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
 Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	23
B3	Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:				
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	29
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	30
B5	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? π Não π Sim				
	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? π Não π Sim				
	NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).				
	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	<input type="radio"/>	NÃO	SIM	31

B5 É COTADA SIM?

CRONOLOGIA

B6 Que idade quando, pela primeira vez, teve esses problemas de depressão, continuamente, por um período de 2 anos ou mais ?

idade 32

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
Atual	<input type="radio"/>
Passado	<input type="radio"/>

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

			Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO SIM	4
----	---------------------------------------	---------	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

1.1	NÃO SIM	
1.1.1.1.1	RISCO DE SUICÍDIO	
1.1.1.1.2	ATUAL	
1-5 pontos	Baixo	π
6-9 pontos	Moderado	π

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

(\surd SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO(A)” OU “CHEIO (A) DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
		SE D1a = SIM:			
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
		SE D2a = SIM:			
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
		D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	NÃO	SIM	

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

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

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

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

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 a - D3 g
PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?
π Não π Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
π Não π Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE
A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12

SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL,
REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram
em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU
necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM NÃO SIM 13
COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

SE D5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL,
REEXPLORAR D3, D4 e D5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D6 COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM oU INCERTO
E D5 = NÃO, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	o
Passado	o

- D7 COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM oU INCERTO
E D5 = SIM OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	o
Passado	o

- D8 COTAR SIM SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral	
Atual	o
Passado	o

D9 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

SE **D8** OU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	<input type="radio"/>
Passado	<input type="radio"/>

NÃO	SIM
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM
<i>Padrão Sazonal</i>	

NÃO	SIM
<i>Com remissão completa entre episódios</i>	

1.1.1.2 ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É **MANÍACO** / **HYPOMANÍACO** / **MISTO** / **DEPRESSIVO**

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------------|
| X1 | Leve | <input type="radio"/> |
| X2 | Moderado | <input type="radio"/> |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="radio"/> |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="radio"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="radio"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="radio"/> |

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ?

idade

18

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / iritabilidade excessiva já teve?

19

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

(SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E6, E7 E E8, ASSINALAR NÃO EM CADA QUADRO DIAGNÓSTICO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?	NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis conseqüências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
		E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
E5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? π Não π Sim			

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 π Não π Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 18
 SE **E5 (SUMÁRIO) = NÃO**, PASSAR A **E9**.

E6 E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM? NÃO SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO
VIDA INTEIRA

E7 SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ? NÃO SIM
ATAQUES POBRES EM SINTOMAS
VIDA INTEIRA

E8 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ? NÃO SIM 19
TRANSTORNO DE PÂNICO
ATUAL

(SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM **E4**).

E9 E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM
E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i>	
ATUAL	

E10 E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM
E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?

1.1.1.2.1.1.1.1	NÃO SIM
<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i>	
ATUAL	

CRONOLOGIA

E11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ? idade 20

E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ? 21

F. AGORAFOBIA

F1	Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	22
-----------	---	-----	-----	----

SE **F1 = NÃO**, COTAR **NÃO** EM **F2** E **F3**.

F2 Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a)

NÃO	SIM 23
AGORAFOBIA VIDA INTEIRA	

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO	SIM 24
AGORAFOBIA ATUAL	

SE **SIM**, ASSINALAR SE:

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA **SIM**?

F2 o vida inteira

F3 o atual

TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO **SIM** ?

E6 o vida inteira

E8 o atual

F4 a **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **NÃO** ?

1.1.1.2.1.1.1.2	NÃO SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO 1.1.1.2.1.1.2 ATUAL	

b **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

1.1.1.2.1.1.2.1	NÃO SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO 1.1.1.2.1.1.3 ATUAL	

c **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **NÃO**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

1.1.1.2.1.1.3.1	NÃO SIM
1.1.1.2.1.1.4 AGORAFOBIA ATUAL	

d **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**
E **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **NÃO**
E **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
1.1.1.2.1.1.5 AGORAFOBIA ATUAL <i>sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada</i>	

e **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**
E **E7** (ATAQUES POBRES EM SINTOMAS) É COTADA **NÃO**?

NÃO	SIM
1.1.1.2.1.1.6 AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de ataques</i>	

CRONOLOGIA

F5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?

idade 25

F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?

26

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	(NÃO	SIM	1
----	---	---	-----	-----	---

G2 Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ? NÃO SIM 2

G3 Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ? NÃO SIM 3

G4 Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?

4

NÃO **SIM**

1.1.1.2.1.1.7 FOBIA SOCIAL

(Transtorno de Ansiedade Social)

ATUAL

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?

NÃO SIM

SE SIM **II Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)**

SE NÃO **II Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)**

CRONOLOGIA

G5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ? idade 5

G6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ? 6

H. FOBIA ESPECÍFICA

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

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	(NÃO	SIM	1
----	--	---	-----	-----	---

H2 Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ? NÃO SIM 2

H3 Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ? NÃO SIM 3

H4 Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?

4

1.1.1.2.1.1.7.1 NÃO

SIM

FOBIA ESPECÍFICA

ATUAL

CRONOLOGIA

H5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ? idade 5

H6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?

6

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

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

I1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas.)

NÃO SIM 1
(\ passar a I4

(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS).

I2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?

NÃO SIM 2
(\ passar a I4

I3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?

NÃO SIM 3

obsessões

I4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?

NÃO SIM 4

compulsões

I3 **OU** I4 SÃO COTADAS SIM?

NÃO SIM

I5 Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?

NÃO SIM 5

I6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?

NÃO SIM 6

I7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? π Não π Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ? π Não π Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 7

I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

NÃO SIM
T.O.C. ATUAL

I8 I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?

NÃO SIM
T.O.C. ATUAL
devido a condição médica geral

- 19 **I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM
E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
T.O.C. ATUAL <i>induzido por substância</i>	

CRONOLOGIA

- I10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ? idade 8
- I11 No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ? 9

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

([^] SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

K1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	([^] NÃO	SIM	1
K2	Nos últimos 12 meses:			
	a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
	b Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?		NÃO	SIM
3	(COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).			
	c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
	d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
	e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
	f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
	g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	([^] SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

- K3 **Nos últimos 12 meses:**
- a Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)
- NÃO SIM 9
- b Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente

	arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA (Opcional)

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

K4	Ao longo da sua vida , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	(NÃO	SIM	13
K5	Ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	14
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?		NÃO	SIM
15	(COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).			
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	16
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	17
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	18
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	19
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k5 ?

NÃO	(SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

K6 **Ao longo da sua vida:**

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS) | NÃO | SIM | 21 |
| b | Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 22 |
| c | Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 23 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 24 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO SIM

**ABUSO DE ÁLCOOL
VIDA INTEIRA**

L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (OUTRAS QUE O ÁLCOOL)

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

Agora, vou mostrar / ler para você, uma lista de drogas e medicamentos (MOSTRAR / LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO).

- | | | | | |
|----|---|--|----------|-----|
| L1 | a | Alguma vez na sua vida, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”? | \
NÃO | SIM |
|----|---|--|----------|-----|

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGENÉOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Caapi /Chacrona), trombeteira / saia-branca, Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA

Assinalar

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE SERÁ EXPLORADA ABAIXO, EM CASO DE USO CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL DE VÁRIAS SUSTÂNCIAS:

- L2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:**
- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO). NÃO SIM 2
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

- L3 a Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] nos últimos 12 meses ? NÃO SIM 8

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:

Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM

Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO). NÃO SIM

Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?

NÃO SIM

Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?

NÃO SIM

Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?

NÃO SIM

Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?

NÃO SIM

Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?

NÃO SIM

b HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L3b (SUMÁRIO), nos últimos 12 meses ?

NÃO SIM

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:

L4 a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS).

NÃO SIM 9

b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?

NÃO SIM 10

c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?

NÃO SIM 11

d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?

NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

L5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA

 idade

13

OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] de forma abusiva ?

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. **SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.** AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS SÃO VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

TODAS AS RESPOSTAS DO(A) ENTREVISTADO(A) DEVEM SER COTADAS NA COLUNA “A”. **UTILIZAR A COLUNA “B” (JULGAMENTO CLÍNICO DO/A ENTREVISTADOR/A) APENAS SE EXISTEM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS (DURANTE A ENTREVISTA) OU EXTERNAS (POR EXEMPLO, INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA) DE QUE O SINTOMA ESTÁ PRESENTE, APESAR DE ESTAR SENDO NEGADO PELO(A) ENTREVISTADO(A).**

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

		COLUNA A		COLUNA B		
		Resposta do(a) entrevistado(a)		Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		
			BIZARRO		BIZARRO	
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO SIM	SIM	SIM SIM	1
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO SIM	SIM <M6	SIM SIM <M6	2
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM <M6	SIM <M6	4
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.	NÃO	SIM	SIM	5
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM <M6	SIM <M6	6
M4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO SIM	SIM	SIM SIM	7
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO SIM	SIM	SIM SIM	8

		⟨M6	⟨M6	
M5 a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.	NÃO SIM	SIM	SIM SIM 9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO SIM	SIM	SIM SIM 10
		COLUNA A (ENTREVISTADO/A)		COLUNA B (ENTREVISTADOR/A)
			BIZARRO	BIZARRO
M6 a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO SIM		SIM SIM 11
			SIM	
b	SE SIM : Ouvia essas coisas/vozes no último mês? COTAR “SIM BIZARRO” SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVI VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	NÃO SIM	SIM	SIM SIM 12
			⟨M8	⟨M8
M7 a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.	NÃO SIM		SIM 13
b	IF YES: Teve essas visões no último mês ?	NÃO SIM		SIM 14

JULGAMENTO DO CLÍNICO

M8 b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO SIM 15
M9 b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO SIM 16
M10 b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO SIM 17
M11 a	HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE M1 A M10b? SE M11a = NÃO < PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.			NÃO SIM

M11 b

OS ÚNICOS SINTOMAS PRESENTES SÃO AQUELES IDENTIFICADOS PELO CLÍNICO DE M1 A M7 (COLUNA B) E DE M8b A M10b ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO “b” COTADA “SIM” DE M1 A M10b) E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA “SIM” DE M1 A M10b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SE **NÃO**, CONTINUAR.

ALERTA: SE PELO MENOS UMA QUESTÃO “b” = **SIM** : COTAR M11c E M11d.
SE TODAS AS QUESTÕES “b” = **NÃO** : COTAR APENAS M11d.

NÃO	SIM
TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
Atual	o
Vida inteira	o
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

<p>M11c DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARR0?" oU HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0?"</p>	<p>1.1.1.2.1.1.7.2 N Ã O Critério A da</p>	<p>1.1.1.2.1.1.9 SIM Critério A da Esquizofrenia preenchido</p>																				
<p>M11d DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARR0?" oU HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0?" <small>(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)</small></p>	<p>1.1.1.2.1.1.9.2 N Ã O Critério A da Esquizofrenia</p>	<p>1.1.1.2.1.1.11 SIM Critério A da Esquizofrenia preenchido</p>																				
<p>oU M11c É COTADA "SIM" ?</p>																						
<p>M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?</p>	π Não	π Sim																				
<p>b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?</p>	π Não	π Sim																				
<p>c <i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO</i>: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</p>	π Não	π Sim																				
<p>d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA??</p>	NÃO	SIM	INCERTO	21																		
<p>SE M12d = NÃO:</p>	COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE																					
<p>SE M12d = SIM:</p>	COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																					
<p>SE M12d = INCERTO:</p>	COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																					
<p>M13a</p>																						
<p>M12d É COTADA nÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>22</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">TRANTORNO PSICÓTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">devido à condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NÃO	SIM	22	TRANTORNO PSICÓTICO			devido à condição médica geral			Atual	o		Vida inteira	o		Incerto	o	
NÃO	SIM	22																				
TRANTORNO PSICÓTICO																						
devido à condição médica geral																						
Atual	o																					
Vida inteira	o																					
Incerto	o																					
<p>SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:</p>																						
<p>ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)</p>																						
<p>E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)</p>																						
<p>M13b</p>																						
<p>M12d É COTADA nÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>23</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">TRANTORNO PSICÓTICO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">induzido por substância</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NÃO	SIM	23	TRANTORNO PSICÓTICO			induzido por substância			Atual	o		Vida inteira	o		Incerto	o	
NÃO	SIM	23																				
TRANTORNO PSICÓTICO																						
induzido por substância																						
Atual	o																					
Vida inteira	o																					
Incerto	o																					
<p>SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:</p>																						
<p>ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)</p>																						
<p>E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)</p>																						
<p>M14 Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.</p>	_____			24																		
<p>M15 a Durante ou depois desse (de um deseese) período(s) em teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ?</p>	NÃO	SIM	25																			
<p>b SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.</p>	_____			26																		
<p>c Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?</p>	NÃO	SIM	27																			
<p>d SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ?</p>	_____			28																		

M16 a	O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM).	NÃO	SIM	29
b	JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:	1 o ausente		30
		2 o leve		
		3 o moderada		
		4 o severa		
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d)?	1 o ≥ 1 dia a <1 mês		31
		2 o ≥ 1 mês a <6 meses		
		3 o ≥ 6 meses		
CRONOLOGIA				
M18 a	Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns?	<input type="text"/>	idade	32
b	Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve?	<input type="text"/>		33

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

- SE o(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE PELO MENOS UM SINTOMA PSICÓTICO (M11a = SIM E M11b = NÃO), NÃO EXPLICADO POR UMA CAUSA ORGÂNICA (M12d = SIM OU INCERTO);
- APÓS A ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS ‘A’ (EDM) E ‘D’ (EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO)

M19 a	o(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO A8 = SIM)?	NÃO	SIM	
b	SE SIM: QUESTÃO A1 (HUMOR DEPRESSIVO) É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
c	o(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO D7 = SIM)?	NÃO	SIM	
d	M19a OU M19c É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
		↓		
		PARAR. Passar à M24		

NOTA: VERIFICAR QUE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES M20 À M23 ESTÃO DE ACORDO COM AS DATAS DOS EPISÓDIOS PSICÓTICO (M11c E M11d), DEPRESSIVO (A8) E MANÍACO (D7), JÁ EXPLORADOS. EM CASO DE DISCREPÂNCIAS, REEXPLORAR A SEQUÊNCIA DOS TRANSTORNOS, TENDO COMO REFERÊNCIA EVENTOS MARCANTES DE VIDA E COTAR M20 A M23 EM FUNÇÃO.

M20	Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA “A” DE M1 À M7]. Quando apresentava essas crenças/ experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)]?	NÃO	SIM	34
		↓		
		PARAR. Passar à M24		
M21	Essas crenças/ experiências que descreveu (DAR EXEMPLOS SE NECESSÁRIO) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) /	NÃO	SIM	35

eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?

↓
PARAR. Passar à M24

M22 Você já teve essas crenças/ experiências durante 2 semanas ou mais, quando não se sentia nem [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?

NÃO SIM 36

↓

PARAR. Passar à M24

M23 O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?

- 1 o humor 37
2 o crenças / experiências
3 o mesma duração

M24 AO FINAL DA ENTREVISTA, PASSAR AOS ALGORITMOS PARA OS TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR.

CONSULTE OS ÍTENS M11a E M11b:

SE O CRITÉRIO "A" DA ESQUIZOFRENIA FOI PREENCHIDO (M11c E/OU M11d = SIM) (ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

SE O CRITÉRIO "A" DA ESQUIZOFRENIA NÃO FOI PREENCHIDO (M11c E/OU M11d = NÃO) (ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR (ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

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

N1 a Qual é a sua altura ?

cm.

b Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?

kgs.

O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).

NÃO SIM

Durante os últimos 3 meses:

N2 Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?

(
NÃO SIM 1

N3 Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?

(
NÃO SIM 2

N4 a Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?

NÃO SIM 3

b Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?

NÃO SIM 4

c Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?

NÃO SIM 5

N5 HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?

(
NÃO SIM

N6 APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?

(
NÃO SIM 6

PARA AS MULHERES: N5 E N6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: N5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
1.1.1.2.1.1.12 ANOREXIA NERVOSA	

CRONOLOGIA

N7	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de peso que acabamos de falar ?	<input type="text"/> idade	7
N8	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>	8
N9	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de peso, de forma persistente ?	<input type="text"/>	9

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

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

O. BULIMIA NERVOSA

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

O1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	\	NÃO	SIM	10
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	\	NÃO	SIM	11
O3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	\	NÃO	SIM	12
O4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	\	NÃO	SIM	13
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	\	NÃO	SIM	14
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	\	NÃO	SIM	15
		↓	passar a O8		
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kgs ?	\	NÃO	SIM	16

[RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO "N" (ANOREXIA NERVOSA)]

O8 **05** É COTADA "SIM" E **07** COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
1.1.1.2.1.1.13	BULIMIA NERVOSA
ATUAL	

CRONOLOGIA

O9 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ? idade 17

O10 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ? 18

O11 No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ? 19

O12 **SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA**

Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso?

[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMPENSATÓRIOS NÃO PURGATIVOS COMO O JEJUM OU EXERCÍCIOS EXAUSTIVOS].

NÃO	SIM ²⁰
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>
BULIMIA NERVOSA	

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

07 E **012** SÃO COTADAS SIM?

NÃO	SIM ²¹
ANOREXIA NERVOSA	
<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>	
1.1.1.2.1.1.14 ATUAL	

Tipo Restritivo

Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?

NÃO	SIM ²²
1.1.1.2.1.1.15	ANOREXIA NERVOSA
<i>Tipo Restritivo</i>	
ATUAL	

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

([^] SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

P1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias ?	NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?	NÃO	SIM	3
P2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	NÃO	SIM	4

P3 DE **P3 a** A **P3f** COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE:

Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? | NÃO | SIM | 5 |
| b | Tinha os músculos tensos? | NÃO | SIM | 6 |
| c | Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)? | NÃO | SIM | 7 |
| d | Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ? | NÃO | SIM | 8 |
| e | Sentia-se particularmente irritável ? | NÃO | SIM | 9 |
| f | Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 10 |

P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?

(
NÃO SIM

P4 Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

(
NÃO SIM 11

P5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? π Não π Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? π Não π Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).

P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 12

P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
1.1.1.2.1.1.16	TRANSTORNO DE ANSIEDADE

P6 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
1.1.1.2.1.1.18	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL

P7 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?**

NO	YES
1.1.1.2.1.1.19	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL

CRONOLOGIA

P8 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/ esses problemas de ansiedade ? idade 13

P9 No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente ? 14

S. HIPOCONDRIA

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

S1	Nos últimos 6 meses, esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave ? NÃO COTAR SIM SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A).	(NÃO	SIM	1
S2	Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ?	(NÃO	SIM	2
S3	Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ?	(NÃO	SIM	3
S4	A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave ?	(NÃO	SIM	4
S5	Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	(NÃO	SIM	5
S6	S5 É COTADA SIM?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 1.1.1.2.1.1.19.1 NÃO SIM HIPOCONDRIA ATUAL </div>		

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	(NÃO	SIM	1
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	(NÃO	SIM	2
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	(NÃO	SIM	3
T4	T3 É COTADA SIM?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL </div>		

U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

U1	Atualmente, uma dor é seu principal problema ?	(NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

U2	Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?	NÃO	SIM	2								
U3	Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?	NÃO	SIM	3								
U4	Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor ou eles mantêm ou agravam a dor ?	NÃO	SIM	4								
U5	A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ? (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)	NÃO	SIM	5								
U6	Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?	NÃO	SIM	6								
U7	A dor está presente há mais de 6 meses ?	NÃO	SIM	7								
		↓	↓									
		Agudo	Crônico									
U8	U6 É COTADA NÃO ? SE U8 É COTADA SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1.1.1.2.1.1.20 ATUAL</td> </tr> <tr> <td>o agudo</td> <td>o crônico</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos		1.1.1.2.1.1.20 ATUAL		o agudo	o crônico
NÃO	SIM											
TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos												
1.1.1.2.1.1.20 ATUAL												
o agudo	o crônico											
U9	U6 É COTADA SIM ? SE U8 OU U9 SÃO COTADAS SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1.1.1.2.1.1.21 ATUAL</td> </tr> <tr> <td>o agudo</td> <td>o crônico</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral		1.1.1.2.1.1.21 ATUAL		o agudo	o crônico
NÃO	SIM											
TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral												
1.1.1.2.1.1.21 ATUAL												
o agudo	o crônico											

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

Quando criança:

W5 a	Era ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre “a todo vapor” ?	NÃO	SIM	21
b	Era desatento(a) e se distraía com facilidade ?	NÃO	SIM	22
c	Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa ?	NÃO	SIM	23
d	Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc ?	NÃO	SIM	24
e	Tinha o estopim curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a) ?	NÃO	SIM	25
f	As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse ?	NÃO	SIM	26
g	Tendia a ser impulsivo(a) sem pensar nas consequências ?	NÃO	SIM	27
h	Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a) ?	NÃO	SIM	28
i	Se metia em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças ?	NÃO	SIM	29
j	Teve reclamações da escola sobre seu comportamento ?	NÃO	SIM	30

	W5 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM w5?	(	NÃO	SIM	
W6	Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	(	NÃO	SIM	31
	Enquanto adulto:				
W7 a	Ainda é muito distraído (a) ?		NÃO	SIM	32
b	É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?		NÃO	SIM	33
c	É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?		NÃO	SIM	34
d	Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”, ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?		NÃO	SIM	35
e	Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?		NÃO	SIM	36
f	Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?		NÃO	SIM	37
g	Tem dificuldades de organizar seu trabalho?		NÃO	SIM	38
h	Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?		NÃO	SIM	39
i	É subempregado(a) ou trabalha aquém de suas possibilidades ?		NÃO	SIM	40
j	Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?		NÃO	SIM	41
k	Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?		NÃO	SIM	42
l	Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?		NÃO	SIM	43
m	Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?		NÃO	SIM	44
n	Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuveiro ou fora de foco?		NÃO	SIM	45
	W7 (SUMÁRIO): HÁ 9 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM w7?	(	NÃO	SIM	
W8	Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	(	NÃO	SIM	46

W8 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (ADULTO) ATUAL	

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

MESMO SE UM FATOR ESTRESSANTE ESTÁ PRESENTE OU DESENCADEOU O(S) TRANSTORNO(S) DO(A) ENTREVISTADO(A), NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO EM PRESENÇA DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO. PULAR O MÓDULO TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS SINTOMAS DO(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER TRANSTORNO DO EIXO I OU CORRESPONDEM A UMA MERA EXACERBAÇÃO DE UM TRANSTORNO DO EIXO I OU II PRÉ-EXISTENTE.

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas,	(NÃO	SIM	1
----	---	---	-----	-----	---

desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].

X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	NÃO	SIM	2
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	NÃO	SIM	3
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	NÃO	SIM	4
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	NÃO	SIM	5
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	5
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	NÃO	SIM	6

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

QUALIFICADORES:

ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO

- | | | |
|---|---|-----------------------|
| A | Depressão, crises de choro, desesperança. | <input type="radio"/> |
| B | Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações. | <input type="radio"/> |
| C | Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais) | <input type="radio"/> |
| D | Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social. | <input type="radio"/> |

SE ASSINALADOS:

- Somente **A**, cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)
- Somente **B**, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)
- Somente **C**, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)
- Somente **A e B**, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)
- **C e (A ou B)**, cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)
- Somente **D**, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)

SE X5 = NÃO, COTAR **SIM** E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	
com _____	
<i>(qualificadores)</i>	

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

Y1	No último ano, em quase todos os meses sua menstruação foi precedida por um período de	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

mais ou menos uma semana em que o seu estado de humor mudou de forma significativa ?

Y2	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, tem dificuldades nas suas atividades cotidianas, uma diminuição da sua eficiência no trabalho, problemas de relacionamento ou evita sair ou ver as pessoas ?	↳	NÃO	SIM	2
Y3	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, (mas não durante ou após a menstruação) tem os seguintes problemas, a maior parte do tempo:				
a	Sente-se triste, desanimada, deprimida ou se sente sem esperança ou se auto-deprecia ?		NÃO	SIM	3
b	Sente-se particularmente ansiosa, tensa, nervosa, com os nervos à flor da pele?		NÃO	SIM	4
c	Com frequência, sente-se subitamente triste ou chora ou ainda fica particularmente sensível aos comentários dos outros ?		NÃO	SIM	5
d	Fica extremamente irritável, tem explosões de raiva ou briga com frequência ?		NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" de Y3a à Y3d ?	↳	NÃO	SIM	7
e	Tem menos interesse por suas atividades cotidianas como o trabalho, atividades de lazer, encontrar os amigos ?		NÃO	SIM	8
f	Tem dificuldades de se concentrar?		NÃO	SIM	9
g	Sente-se abatida, se cansa facilmente ou sente-se sem energia ?		NÃO	SIM	10
h	Seu apetite muda de forma significativa, você come muito ou tem "desejos" de comer certos alimentos ?		NÃO	SIM	11
i	Dorme demais ou, ao contrário, tem dificuldades de dormir ?		NÃO	SIM	12
j	Tem a impressão de ser dominada pelas situações ou de perder o controle ?		NÃO	SIM	13
k	Tem sintomas físicos como os seios sensíveis ou inchados, dores de cabeça, dores musculares ou nas articulações, sensação de estar inchada ou ainda um ganho de peso ?		NÃO	SIM	14

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

SE SIM, O DIAGNÓSTICO DEVE SER CONFIRMADO POR UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA (COTAÇÕES COTIDIANAS DURANTE PELO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS).

1.1.1.2.1.1.22	NÃO SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR.
[PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR NÃO NO QUADRO DIAGNÓSTICO].
(↳ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM.)

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês ?	↳	NÃO	SIM	1
----	---	---	-----	-----	---

Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês :					
	a.	Teve dificuldade de se concentrar ou “brancos na mente” ?	NÃO	SIM	2	
	b.	Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	3	
	c.	Sentiu-se cansado (a), sem energia ?	NÃO	SIM	4	
	d.	Sentiu-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	5	
	e.	Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?	NÃO	SIM	6	
	f.	Chorava facilmente ?	NÃO	SIM	7	
	g.	Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?	NÃO	SIM	8	
	h.	Temia sempre o pior ?	NÃO	SIM	9	
	i.	Sentiu-se sem esperança ?	NÃO	SIM	10	
	j.	Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?	NÃO	SIM	11	
		Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?	NÃO	SIM		
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?			NÃO	SIM	12
Z4	a.	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	π Não	π Sim		
	b.	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	π Não	π Sim		
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA SINTOMATOLOGIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>					
		UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	INCERTO	13
Z5	a.	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:				
		Depressão Maior VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	14	
		Distímia VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	15	
		Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	16	
		Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	17	
	b.	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso	NÃO	SIM	18	
		qualquer outro Transtorno do Humor	NÃO	SIM	19	
	c.	A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ?	NÃO			
		SIM				20

Z6 **Z5c É COTADA NÃO?**

NÃO	SIM
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	

ANEXO J - RESUMO PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSO

V COLÓQUIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS E PRÁTICAS CURRICULARES
Avaliação das Políticas Curriculares: da educação básica ao ensino superior

**IMPACTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E O FAZER
DOCENTE NO ENSINO SUPERIOR: UMA REVISÃO DA
LITERATURA**

**IMPACT OF PSYCHIATRIC DISORDERS AND THE TEACHING WORK IN THE UPGRADE LEVEL
TEACHING: A LITERATURE REVIEW.**

Raimunda de Fátima Neves Coêlho

RESUMO

Considerada a profissão docente no Ensino Superior um fazer estressante, determinado hoje pelas exigências das Políticas Educacionais, vem provocando sérios transtornos comportamentais e psíquicos a essa categoria. Diante dessa problemática, esta pesquisa objetiva revisar o impacto da associação entre os transtornos psiquiátricos em professores e o fazer docente universitário, no período de 1990 a 2011. Do ponto de vista metodológico, realizou-se uma revisão da literatura através do sistema MEDLINE entre os anos de 1990-2011, utilizando-se das palavras-chave “depression” “teachers” (depressão professores), “depressive- symptoms” (sintomas depressivos), “ teachers” “diseases” (doenças professores). As informações referentes a dados nacionais foram pesquisadas no sistema LILACS, empregando-se os termos “ transtornos mentais” “professores”, também no mesmo período. Os resultados evidenciam poucas investigações com docentes de Ensino Superior, havendo predominância de pesquisas envolvendo professores da Educação Básica. Como há poucas pesquisas na área, os resultados sugerem pesquisas sobre os transtornos psiquiátricos em professores do Ensino Superior, desencadeados pelo fazer docente universitário, tendo em vista contribuir com programas amplos de prevenção destinados a essa categoria.

Palavras-chave: Transtornos Psiquiátricos – Fazer docente- Ensino Superior

10 APÊNDICES

APÊNDICE 01**CARTA CONVITE**

Cajazeiras, de..... de 2010.

Prezado (a) professor (a)

Diante das novas exigências da sociedade contemporânea, profissionais de diferentes áreas do saber buscam qualificar-se, tendo em vista uma atualização do conhecimento científico que possa potencializar a produção científica e, conseqüentemente, subsidiar suas práticas docentes numa interface entre Ensino, Pesquisa e Extensão.

Nesse sentido, como professora da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras, é com satisfação que quero convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa que estou realizando em função do meu doutoramento junto à Universidade Federal da Bahia, sob o título: **Características Clínico-Comportamentais de Professores Universitários do Sertão Paraibano**, que tem como objetivo principal descrever características clínico-comportamentais de professores universitários nos municípios de Cajazeiras e Sousa- PB.

Outrossim, esclareço que sua participação será em responder alguns instrumentos de natureza autoaplicativos, bem como uma entrevista diagnóstica aplicada pela pesquisadora.

Certa de que contarei com sua atenção, uma vez que suas informações serão relevantes para o estudo em questão. Atenciosamente agradeço o apoio e a consideração.

Raimunda de Fátima Neves Coêlho
Professora da Unidade Acadêmica de Educação

e-mail: raimunda.neves6@gmail.com

Fone: (83) 3531-2733/ (83) 91255883

APÊNDICE 02

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº: _____	Data ____/____/____	Profa. Raimunda Neves Coêlho e-mail: Raimunda.neves6@gmail.com Fone: (83) 3531-2733/ (83) 9125-5883
-----------	---------------------	--

O objetivo deste questionário é conhecer as características clínico-comportamentais de professores universitários. Aqui não existem respostas “certas” e “erradas”. Nós apenas gostaríamos de saber a sua opinião. Desde já, agradecemos a sua colaboração! Suas informações serão mantidas em sigilo absoluto.

I. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	
1. Sexo: () Masculino () Feminino 2. Idade: () 20-49 anos () 50-69 anos () > 69 anos 3. Estado civil () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () Outros 4. Filhos: () 0 () 0 - 2 () 3 - 5 () Mais que 5 5. Cor de Pele: () Branco () Negro () Índio () Pardo () Mulato 6. Naturalidade: () Cajazeiras - PB () Outras cidades da Paraíba () Outros Estados () Outro País 7. Nível de Escolaridade: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado	8. Religião: () Católica () Protestante () Espírita () Agnóstica () Outras 9. Renda Familiar: () Até 4 salários mínimos () 5 - 8 salários mínimos () > 8 salários mínimos 10. Número de dependentes: () 0 () 0-2 () 3-5 () Mais que 5 11. Posse de itens (citar quantidades). Televisores em cores: _____ Máquina de lavar: _____ Rádio: _____ Vídeo cassete/DVD: _____ Banheiro: _____ Geladeira: _____ Automóvel: _____ Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex): _____ Empregada mensalista: _____

II. DADOS ESPECÍFICOS	
<p>Hábitos de vida</p> <p>12. Realiza atividade física? () Não () Sim Sim Frequência: () 1-2 vezes/semana () 3- 4 vezes/semana () > 4 vezes/semana</p> <p>13. Etilismo: () Não () Sim () < 1 ano () 2-4 anos () 5 -10 anos () >10 anos</p> <p>14. Tabagismo: () Não () Sim () < 1 ano () 2-4 anos () 5 -10 anos () >10 anos</p> <p>15. Drogas ilícitas: () Não () Sim () < 1 ano () 2-4 anos () 5 -10 anos () >10 anos</p> <p>16. Faz uso de psicoterapia? () Não () Sim Sim () < 1 ano () 2-4 anos () 5 -10 anos () >10 anos</p> <p>Transtorno Psicológico</p> <p>17. Fadiga permanente: () Sim () Não</p> <p>18. Transtorno do sono: () Sim () Não</p> <p>19. Irritabilidade: () Sim () Não</p> <p>20. Agressividade: () Sim () Não</p> <p>21. Sintomas depressivos: () Sim () Não</p> <p>Informação profissional</p> <p>22. Áreas de conhecimento: () Ciências Humanas () Ciências da Saúde () Ciências Exatas () Ciências Sociais Aplicadas</p> <p>22. Tempo de serviço: () < 1 ano () 1 - 5 anos () 6 - 10 anos () 10 - 20 anos () 20 - 30 anos () > 30 anos</p> <p>23. Participação em grupos de estudo e pesquisa: () Não () Sim () < 1 ano () 2-4 anos () 5 -10 anos () >10 anos</p>	<p>24. Realiza atividades na Instituição de: () Ensino e Pesquisa () Ensino e Extensão () Ensino () Ensino, Pesquisa e Extensão () Representação Administrativa</p> <p>25. Quantas disciplinas você ensina por semestre? () 1 disciplina () 2 disciplinas () mais que 3</p> <p>26. Carga horária semanal em sala de aula: () 8h/aula () 9- 12h/aula () 13- 18h/aula () >18h/aula</p> <p>27. Quantas turmas por semestre? () 2 turmas () 3 turmas () 4 turmas () > 4 turmas</p> <p>28. Quantos alunos por semestre? () até 50 alunos () 51 a 100 alunos () >100</p> <p>29. Publicação científica: () Não () Sim () semestral () anual () bial</p> <p>30. Como avalia sua qualidade de vida em relação às horas de trabalho: () Excelente () Boa () Ruim</p> <p>31. Você considera a profissão docente estressante? () Não () Sim Motivo Principal: () Pressões do ambiente profissional () Sobrecarga do trabalho docente () Conflitos interpessoais () Outros</p> <p>32. Como avalia sua produtividade como professor: () Ruim () Boa () Excelente</p>

APÊNDICE 03

M.I.N.I PLUS - FOLHA DE RESPOSTAS

DATA:

ENTREVISTADORA: Raimunda de Fátima Neves Coêlho

PROTOCOLO:

A- EPISÓDIO DEPRESIVO MAIOR

(1) AUSENTE (2) ATUAL (3) PASSADO

(1) COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (2) SEM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS

(1) DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA (2) INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA (3) PURO

	Atual	Pasd	Atual	Pasd		Atual	Pasd	Atual	Pasd
	NÃO		SIM			NÃO		SIM	
A1 a					A7b				
A1 b					A8				
A2 a					A9				
A2 b					A10				
A3 a					A11				
A3 b					A12				
A3 c					A13 a				
A3 d					A13 b				
A3 e					A14 a				
A3f					A14 b				
A3g					A14 c				
A4					A14 d				
A5					A14 e				
A6					A14f				

B-TRANSTORNO DISTIMICO

(1) AUSENTE (2) ATUAL (3) PASSADO

	Atual	Pasd	Atual	Pasd		Atual	Pasd	Atual	Pasd
	NÃO		SIM			NÃO		SIM	
B1					B3 e				
B2					B3 f				
B3 a					B4				
B3 b					B5 a				
B3 c					B5 b				
B3 d					B6				

C- RISCO DE SUICIDIO

(1) AUSENTE (2) BAIXO (3) MODERADO (4) ALTO

	NÃO	SIM	Pontos		NÃO	SIM	Pontos
C1			1	C4			10
C2			2	C5			10
C3			6	C6			4

C7 Número de tentativas _____**C8** Tipo de tentativas:

- 0 – Arma de fogo
- 1 – Enforcamento
- 2 – Cortar o pulso
- 3 – Medicação
- 4 – Pular de local alto
- 5 – Envenenamento

D- EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

EPISÓDIO HIPOMANIACO:

(1) AUSENTE (2) ATUAL (3) PASSADO

EPISÓDIO MANIACO:

(1) AUSENTE (2) ATUAL (3) PASSADO

	Atual	Pasd	Atual	Pasd		Atual	Pasd	Atual	Pasd
	NÃO		SIM			NÃO		SIM	
D1 a					D4a				
D1 b					D4b				
D2 a					D5				
D2 b					D6				
D3a					D7				
D3b					D8				
D3c					D9				
D3d					D10				
D3e					D11				
D3f									
D3g									

E- TRANSTORNO DE PÂNICO

- (1) AUSENTE (2) ATUAL (3) AO LONGO DA VIDA
 (4) ATAQUES POBRES EM SINTOMAS VIDA INTEIRA
 (5) T. ANSIEDADE C/ ATAQUES DE PANICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL ATUAL
 (6) T. ANSIEDADE COM ATAQUE DE PÂNICO INDUZ. SUBSTANCIA ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
E1a			E4j		
E1b			E4k		
E2			E4l		
E3			E4m		
E4a			E5a		
E4b			E5b		
E4c			E6		
E4d			E7		
E4e			E8		
E4f			E9		
E4g			E10		
E4h			E11		
E4i			E12		

F-AGORAFOBIA

- (1) AUSENTE (2) NA VIDA (3) T.PÂNICO ATUAL S/ AGORAFOBIA
 (4) T PANICO ATUAL C/ AGORAFOBIA (5) AGORAFOBIA ATUAL S/ PÂNICO
 (6) AGORAFOBIA ATUAL C/ PANICO NO PASSADO
 (7) AGORAFOBIA ATUAL S/ ATAQUES POBRES EM SINTOMAS

K-ABUSO E DEPÊNDENCIA DE ALCOOL

- (1) AUSENTE (2) ATUAL (3) VIDA INTEIRA
 (4) ABUSO DE ALCOOL VIDA INTEIRA

	Atual			Ao longo da vida	
	NÃO	SIM		NÃO	SIM
K1			K4		
K2a			K5a		
K2b			K5b		
K2c			K5c		
K2d			K5d		
K2e			K5e		
K2f			K5f		
K2g			K5g		
K3a			K6a		
K3b			K6b		
K3c			K6c		
K3d			K6d		

L-ABUSO E DEPENDENCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

- (1) AUSENTE
 (2) DEPENDENCIA DE SUBST. ATUAL
 SUBSTANCIA(S) _____
 (3) DEPENDENCIA DE SUBST. VIDA INTEIRA
 SUBSTANCIA(S) _____
 (4) ABUSO DE SUBSTANCIA ATUAL
 SUBSTANCIA(S) _____

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
L1			L3a4		
L2a			L3a5		
L2b			L3a6		
L2c			L3a7		
L2d			L3a8		
L2e			L3b		
L2f			L4a		
L2g			L4b		
L3a1			L4c		
L3a2			L4d		
L3a3			L5		

N- ANOREXIA NERVOSA

(1) AUSENTE (2) ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
N1a			N4c		
N1b			N5		
N2			N6		
N3			N7		
N4a			N8		
N4b			N9		

O-BULIMIA NERVOSA

(1) AUSENTE (2) ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
O1			O7		
O2			O8		
O3			O9		
O4			O10		
O5			O11		
O6			O12		

P-TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

(1) AUSENTE

(2) ATUAL

(3) DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA

(4) INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
P1a			P3f		
P1b			P4		
P2			P5a		
P3a			P5b		
P3b			P6		
P3c			P7		
P3d			P8		
P3e			P9		

Q- TRANSTORNO DA ANSIEDADE GENERALIZADA
 (1) AUSENTE (2) VIDA INTEIRA

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Q1a			Q2a		
Q1b			Q2b		
Q1c			Q2c		
Q1d			Q2d		
Q1e			Q2e		
Q1f			Q2f		

R – TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
R1a			R4		
R1b			R4		
R1c			R4		
R1d			R5		
R2			R5		
R2			R5		
R2			R5		
R2			R5		
R2			R5		
R2			R5		
R3			R5		
R3			R5		
R3			R6		
R3			R7		
R3			R8		
R4			R9		
R4					

S-HIPOCONDRIA

(1) AUSENTE (2) ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
S1			S4		
S2			S5		
S3			S6		

T-TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

- (1) AUSENTE (2) ASSOCIADO A FOTORES PSICOLÓGICOS
 (3) ASSOCIADO A FOTORES PSICOLÓGICOS E CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

T1			T3		
T2			T4		

U-TRANSTORNO DOLOROSO

- (1) AUSENTE (2) ASSOCIADO A FOTORES PSICOLÓGICOS
 (3) ASSOCIADO A FOTORES PSICOLÓGICOS E CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
U1			U6		
U2			U7		
U3			U8		
U4			U9		
U5					

W- TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE ADULTO

- (1) AUSENTE (2) ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
W5a			W7d		
W5b			W7e		
W5c			W7f		
W5d			W7g		
W5e			W7h		
W5f			W7i		
W5g			W7j		
W5h			W7k		
W5i			W7l		
W5j			W7m		
W6			W7n		
W7a			W8		
W7b					
W7c					

X-TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

- (1) AUSENTE (2) PRESENTE C/ _____
 (QUALIFICADORES)

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
X1			X3b		
X2			X4		
X3a			X5		

QUALIFICADORES : _____

Y- TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

(1) AUSENTE (2) PROVÁVEL ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Y1			Y3f		
Y2			Y3g		
Y3a			Y3h		
Y3b			Y3i		
Y3c			Y3j		
Y3d			Y3k		
Y3e					

Z- TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

(1) AUSENTE (2) ATUAL

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Z1			Z4a		
Z2a			Z4b		
Z2b			Z5a		
Z2c			Z5a		
Z2d			Z5a		
Z2e			Z5a		
Z2f			Z5b		
Z2g			Z5b		
Z2h			Z5c		
Z2i			Z6		
Z2j					
Z3					

APÊNDICE 04

Tabela 18 – Distribuição de artigos referentes aos instrumentos utilizados na pesquisa, conforme criação/adaptação, validação, ano/periódico, conceito, objetivos e aplicação (n=7)

INSTRUMENTO	CRIAÇÃO/ADAPTAÇÃO	AUTOR/VALIDAÇÃO	PERIÓDICO/A NO	CONCEITO	OBJETIVOS	APLICAÇÃO
Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS)	Desenvolvido por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida.	Patrícia Amorim Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Goiânia 2000 ¹	Revista Brasileira de Psiquiatria 2000	Entrevista diagnóstica padronizada, breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10. Representa uma alternativa para seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos American Psychiatric Association [APA], 1984, 1987. World Health Organization [WHO] 1992.	- Avaliar transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria - Explorar transtornos atuais como prioridade.	Prática clínica; Pesquisa em atenção primária; Psiquiatria; Estudos de população homogênea; Estudos clínicos e epidemiológicos; Pesquisadores após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas).
WWW.medical-outcomes.com	Sheehan D, Lecrubier Y, Amorim P, et al. 1998					
Escala de Impulsividade (Barratt Impulsiveness Scale – BIS 11)	Desenvolvida por Ernest Barratt MD, 2000	Lisa Von Diemen, Claudia Maciel Szobot; Felix Kessler; Flavio Pechansky. 2007 ⁴	Revista Brasileira de Psiquiatria, 2007.	É uma escala autoaplicável composta de 30 itens do tipo Likert, que oferecem um total de escore de impulsividade e três sub-escores: atenção, falta de planejamento e impulsividade motora.	- Medir impulsividade associada a diversos transtornos psiquiátricos.	Investigação Psiquiátrica.

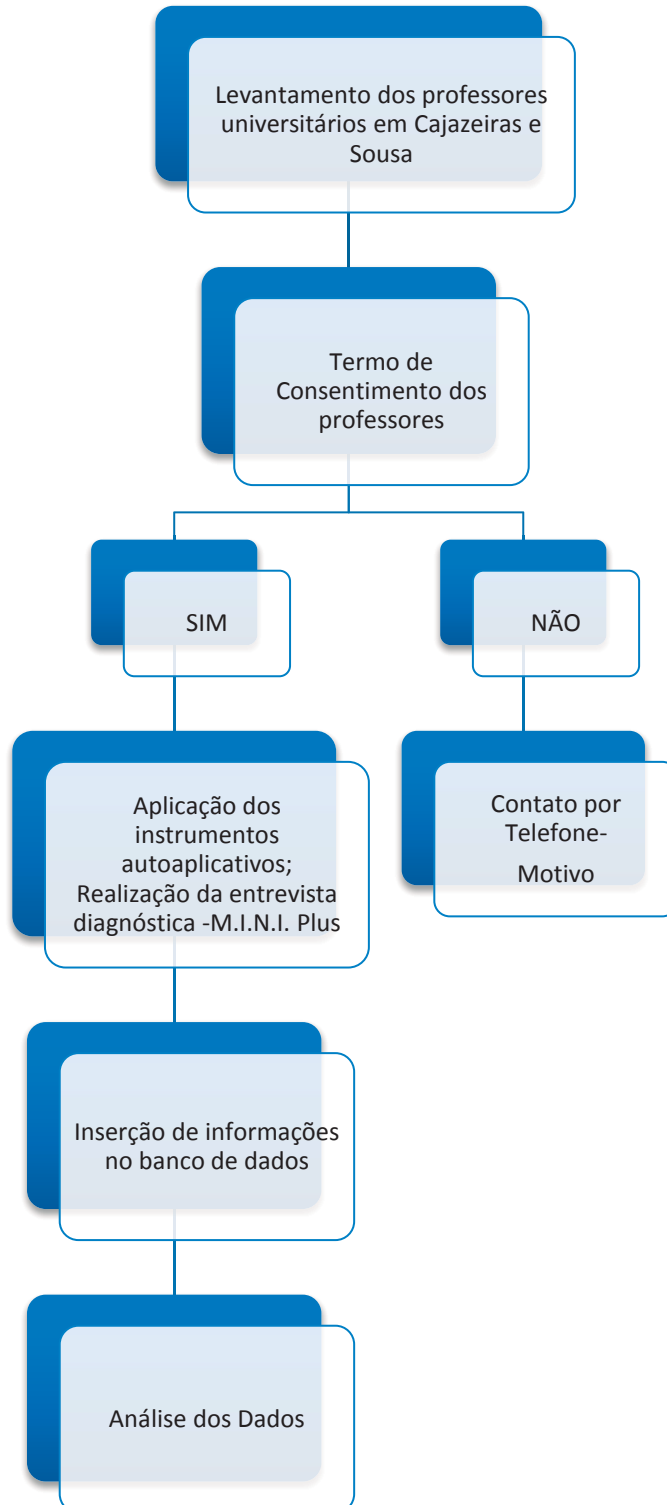
INSTRUMENTO (continua)	CRIAÇÃO/ADAP TACÃO	AUTOR/VALIDAÇ ÃO	PERIÓDICO/A NO	CONCEITO	OBJETIVOS	APLICAÇÃO
Escala de Resiliência	Wagnild e Young (1993)	Renata P. Pesce, Simone A. Assis, Joviana Q. Avanci, Nilton C. Santos, Juaci V. Malaquias Raquel Carvalhaes, 2005 ² .	Cad. Saúde Pública 2005	Apesar de não haver consenso quanto sua definição, entende-se por resiliência o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis. Envolve a interação entre eventos de vida adversos e fatores de proteção internos e externos ao indivíduo. Rutter M. 1987. Luthar SS, Zigler E. 1991	- Medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida adversos. Wagnild e Young (1993)	Tema recentemente incorporado ao campo da saúde Prevenção de problemas e promoção da saúde mental. Na Psiquiatria e Psicologia
Questionário de História de Trauma (Trauma History Questionnaire-THQ)	Green BL, 1996.	Adriana Fiszman, Mariana Cabizuca, Claudia Lanfredi, Ivan Figueira, 2005 ⁷	Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005	O THQ é um questionário de auto-relato composto por 24 itens, que compreende a exposição a acontecimentos traumáticos incluídos no critério A de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo do DSM-IV. Aborda uma série de eventos traumáticos em três áreas: crime e eventos relacionados (ex.: roubo, assalto); desastre geral e trauma (por exemplo: dano, desastre morte, testemunhando) e experiências físicas e sexuais indesejadas.	- Detectar experiências traumáticas. - Avaliar prevalência de trauma e stress pós-traumático em diferentes tipos de amostras.	Diagnósticos psiquiátricos associados com história de trauma Investigação no campo de transtornos relacionados ao trauma emocional

INSTRUMENTO (continua)	CRIAÇÃO/ADAP TACÃO	AUTOR/VALIDAÇ ÃO	PERIÓDICO/A NO	CONCEITO	OBJETIVOS	APLICAÇÃO
Qualidade de vida SF-36(Brasil SF-36) (Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey)	JE Ware e Stewart, 1992	Rozana Mesquita Ciconelli, Marcos Bosi Ferraz, Wilton Santos, Ivone Meinão e Marina Rodrigues Quaresma. 1999 ³	Revista Brasileira de Reumatologia, 1999.	Instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida. Questionário multidimensional formado por vários domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Ware JE, 1992, 1994.	- Descrever a qualidade de vida de uma população e sua mudança ao longo do tempo; - Identificar os preditores para a qualidade de vida em uma população; - Analisar o custo-benefício de uma determinada intervenção. Studensky S, 2005. Suenkeler IH, 2002. Raimundo CRR, 2005.	Útil para a avaliação de determinadas doenças, em nível de pesquisa e assistencial. Pode ser usado em estudos clínicos e epidemiológicos
Escala de Religiosidade da Duke (Duke Religion Index DRI)	Koenig, Parkerson, and Meador (1997)	Eric A. Storch, Jonathan W. Roberti, Amanda D. Heidgerken, Adam B. Lewin, Erin M. Killiany, Audrey L. Baumeister, Erica A. Bravata, and Gary R. Geffken. 2004 ⁵	Pastoral Psychology, 2004	É um construto multidimensional, que envolve crenças, práticas, uma devoção pessoal. DRI é uma escala de cinco itens de auto-relato.	- Avaliar três dimensões de religiosidade que mais tem se relacionado com desfechos em saúde: Organizacional(RO), não-Organizacional(RNO) e religiosidade intrínseca (RI).	Investigação de relações entre indicadores de envolvimento religiosos e de saúde mental. Moreira-Almeida et al., 2006

INSTRUMENTO (conclusão)	CRIAÇÃO/ADAP TAÇÃO	AUTOR/VALIDAÇ ÃO	PERIÓDICO/A NO	CONCEITO	OBJETIVOS	APLICAÇÃO
TEPT Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version (PCL-C)	Weathers, Litz, Huska e Keane do National Center for PTSD (EUA), 1993	William Berger, Mauro V. Mendlowicz, Wanderson F. Souza, Ivan Figueira, 2004 ⁶	Revista Psiquiátrica RS, 2004	Caracterizado por uma reação de medo intenso, impotência ou horror quando um indivíduo vivencia, testemunha ou é confrontado com um ou mais eventos que envolvam morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, própria ou de outros. Tem como base os critérios diagnósticos do DSM-III-R para o TEPT.	- Avaliar as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas.	Desenvolvida para a população civil para rastreamento do TEPT; Em pesquisas clínicas para avaliação de respostas ao tratamento do TEPT; Determinar prevalência do TEPT após o diagnóstico de patologias graves, tratamentos muito agressivos(quimiotera pia e radioterapia) e; Para comparar evolução e o prognóstico de pacientes com e sem TEPT portadores de patologias graves.

APÊNDICE 05

FLUXOGRAMA



APÊNDICE 06**ORÇAMENTO**

ITEM	QTDE	VALOR UNITÁRIO	SUBTOTAL
Folhas A4 para impressão (500fls)	10	R\$ 14,00	R\$ 140,00
Recarga de cartucho da impressora	30	R\$ 20,00	R\$ 600,00
Pasta arquivo	10	R\$ 7,00	R\$ 70,00
Caneta	10	R\$ 2,00	R\$ 20,00
Lapiseira	06	R\$ 16,00	R\$ 96,00
Classificador	08	R\$ 1,50	R\$ 12,00
Etiqueta adesiva (96 etiquetas)	02	R\$ 3,50	R\$ 7,00
Serviços gráficos (cópias)	5000	R\$ 0,10	R\$ 500,00
Artigos não encontrados no site de Periódicos da CAPES	06	R\$ 90,00	R\$ 540,00

VALOR TOTAL: R\$1985,00