

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

LUCIANO DIAS DE MATTOS SOUZA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM JOVENS DE 18 A 24
ANOS – PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS, COMORBIDADES E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

Prof^a. Dr. Irani I. de Lima Argimon
Orientadora

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva
Co-orientador

Porto Alegre
2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

LUCIANO DIAS DE MATTOS SOUZA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM JOVENS DE 18 A 24
ANOS – PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS, COMORBIDADES E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

Banca examinadora:

Dra. Blanca Guevara Werlang
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Dr. Flávio Merino de Freitas Xavier
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Ricardo Tavares Pinheiro
Universidade Católica de Pelotas

Porto Alegre
2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM JOVENS DE 18 A 24
ANOS – PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS, COMORBIDADES E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

LUCIANO DIAS DE MATTOS SOUZA

Tese de Doutorado, apresentada
ao Programa de Pós-graduação
em Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica do Rio
Grande do Sul como registro
parcial para a obtenção do grau
de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr. Irani I. de Lima Argimon

Co-orientador: Ricardo Azevedo da Silva

Porto Alegre

2010

Sumário

Lista de tabelas	5
Lista de figuras	6
Agradecimentos	7
Resumo	9
Abstract	10
Apresentação	11
1 Capítulo 1: Revisão Sistemática de Literatura sobre prevalência e fatores associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada	14
Introdução	14
2.2 Métodos	18
2.3 Resultados	19
2.3.1 Dados de prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada	19
2.3.2 Fatores Associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada	27
2.4 Considerações finais	31
2.5 Referências	33
2 Capítulo 2: Transtorno de Ansiedade Generalizada em jovens entre 18 e 24 anos: prevalência, fatores associados e comorbidades	38
3.1 Introdução	38
3.2 Métodos	42
3.3 Resultados	48
3.4 Discussão	53
3.5 Referências	59
3 Capítulo 3: Transtorno de Ansiedade Generalizada: impacto na qualidade de vida de jovens entre 18 e 24 anos	63
3.1 Introdução	63
3.2 Métodos	65
3.3 Resultados	70
3.4 Discussão	77
3.5 Referências	81
4 Capítulo 4: Considerações Finais	83
5 Referências	90

Lista de tabelas

Tabela 1.1 – Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em crianças e adolescentes iniciais.	18
Tabela 1.2 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em indivíduos entre 18 e 65 anos.	20
Tabela 1.3 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em pesquisas de base populacional com adolescentes ou adultos jovens até idosos.	23
Tabela 1.4 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em outras pesquisas de base populacional.	24
Tabela 1.5 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em adultos maduros e idosos.	25
Tabela 2.1 – Descrição dos jovens de 18 a 24 anos da cidade de Pelotas-RS (2007/2009).	48
Tabela 2.2 – Comorbidades apresentadas pelos 152 indivíduos com TAG entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas, RS (2007/2009).	50
Tabela 2.3 - Razão de prevalência (RP) e teste de associação dos fatores associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada em jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas, RS (2007/2009).	52
Tabela 3.1 – Teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U apresentando a relação entre os domínios de qualidade de vida em jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas (RS) sem transtorno psiquiátrico identificado, diagnosticados com TAG e com outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s).	71
Tabela 3.2 – Teste Kruskal-Wallis apresentando a relação entre os domínios de qualidade de vida em jovens sem transtorno psiquiátrico identificado, diagnosticados com TAG puro, TAG e outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), com um transtorno psiquiátrico que não TAG e outro transtorno psiquiátrico que não TAG com comorbidade(s) através do teste Kruskal-Wallis.	72
Tabela 3.3 – Diferenças dos domínios de qualidade de vida entre jovens sem transtorno psiquiátrico identificado, diagnosticados com TAG puro, TAG e outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), com um transtorno psiquiátrico que não TAG e outro transtorno psiquiátrico que não TAG com comorbidade(s) através do teste Mann-Whitney U.	75
Tabela 3.4 - Relação entre os domínios de qualidade de vida em jovens diagnosticados com TAG com presença de transtorno(s) de humor e TAG com presença de outro transtorno(s) ansioso(s) através do teste Mann-Whitney U.	76

Lista de figuras

Gráfico 2.1 – Prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada em jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas, RS (2007/2009).	50
Quadro 3.1 - Constructos avaliados pelo Medical Outcomes Survey Short-form General Health Survey short form (SF-36).	67
Quadro 3.2 – Distribuição dos oito domínios de qualidade de vida dos jovens entre 18 a 24 da cidade de Pelotas (RS).	68

Agradecimentos

Ao término da redação da presente tese é fundamental agradecer pessoas importantes para a realização do trabalho. Inicialmente, gostaria de agradecer minha orientadora, Doutora Irani I. de Lima Argimon, pelo voto de confiança que me deu ao aceitar minha inserção no grupo de Avaliação e Intervenção na Ciclo Vital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Durante o curso sempre ofereceu grande autonomia com importantes aconselhamentos e orientações. Agradeço ao co-orientador e amigo, Dr. Ricardo Azevedo da Silva, pelo apoio e parceria na elaboração do projeto de pesquisa ainda em 2006, assim como pelos inúmeros momentos de descontração e aprendizagem.

Outros pesquisadores desempenharam funções vitais na realização do estudo. Minha querida amiga, Mestre em Saúde e Comportamento, Karen Jansen que auxiliou na coordenação do trabalho de campo de forma brilhante. Aos professores da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Elaine Tomasi, Ana Laura Cruzeiro, Ricardo Pinheiro e Rosangela Lima que colaboraram para elaboração dos instrumentos e logística da pesquisa. Agradeço também aos Mestres em Saúde e Comportamento, Rodrigo Sinott e Liliane Ores, e aos alunos e bolsistas do programa de pós-graduação em Saúde e Comportamento da UCPel que ajudaram muito na execução do extenso trabalho.

No grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital tive a enorme satisfação em conhecer profissionais extraordinários e pessoas muito interessantes. Inicialmente, as bolsistas Luciana Mallet, Sabrina Rush e Guilherme Wendt, foram extremamente importantes ao estarem 100% disponíveis e auxiliarem na minha adaptação à nova Universidade e grupo de pesquisa. Posteriormente, Marília, Fabrícia, Mariane, Renata e

demais bolsistas que passaram pelo grupo sustentaram, e sustentam o elevado nível de qualidade do trabalho produzido pela equipe. Dentro do grupo, cabe especial menção ao casal 20, Ângela Figueiredo e José Caetano Dell'Áglio Jr. Ambos, de sua forma singular, são modelos profissionais e de personalidade. Agradeço também ao Dudu e a Lalá, pelas brincadeiras e neologismos que tornavam suaves os períodos de cansaço.

Cabe também retribuir com sinceros agradecimentos as instituições que fomentaram a presente investigação e o curso de pós-graduação em Psicologia, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), respectivamente.

Outras pessoas foram muito importantes para mim na realização do curso de Doutorado. A coordenadora do curso de Psicologia da UCPel, Maria Clara Salengue, agradeço pela compreensão em momentos importantes. Agradeço aos demais professores e alunos do programa de pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Agradeço muito as pessoas mais importantes da minha vida, meus familiares. Minha mãe, Viviane Mattos, pelas orientações e ensinamentos em pesquisa, estatística e na vida. Meu irmão, Marcelo Burns, por ser sempre um exemplo de dedicação e ética. Meu pai, José Francisco Souza, por todo o suporte e carinho oferecido em Porto Alegre. Meus avós, Waldo Mattos e Lil Mattos, pelos incentivos e motivações. Minha namorada, Evelin Kelbert, que entre carinhos e caronas sempre me apoiou incondicionalmente. Amo vocês!

Resumo

A presente tese expõe três estudos referentes a aspectos epidemiológicos do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). O primeiro estudo trata de uma revisão sistemática de literatura científica a respeito da prevalência do transtorno de ansiedade generalizada e seus fatores associados. A revisão dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PUBMED, SCIELO, LILACS e ISI WEB OF SCIENCE através da estratégia: #1 “generalized anxiety disorder”; AND #2 “prevalence” OR “incidence” OR “cross-sectional” OR “cohort” OR “longitudinal” AND #3 “general population” OR “population-based” OR “community-based” OR “non-clinic”. Como resultado, o sexo feminino, a faixa etária entre 30 e 59 anos, o baixo nível sócio econômico e não viver com companheiro mostram-se associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada. Os dados de prevalência do TAG apresentam diferenças e oscilações que podem refletir diferentes critérios e instrumentos de avaliação, bem como fatores socioculturais dos locais de realização dos estudos. Posteriormente, a teste contempla dois estudos empíricos. No primeiro, apresenta estudo epidemiológico sobre o TAG em uma etapa fundamental do ciclo vital (18 a 24 anos). Seus objetivos foram avaliar a prevalência do TAG, seus fatores associados e comorbidades mais comuns. Investigação transversal de base populacional com jovens de 18 a 24 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil), realizado no período de novembro de 2007 a junho de 2009. A seleção amostral foi realizada por conglomerados e contou com a participação de 1621 indivíduos. Estes responderam a um questionário com dados sócio-demográficos, uso de substâncias psicoativas, comportamentos de saúde, qualidade de vida, bem como a entrevista estruturada Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) e o questionário de qualidade de vida Medical Outcomes Survey Short-form General Health Survey (SF-36). A prevalência de TAG nos últimos seis meses foi 9,7%. Destes, 70,7% apresentaram algum dos transtornos psiquiátricos atuais aferidos pela MINI. As comorbidades mais encontradas foram com episódio depressivo maior e agorafobia. Após a análise ajustada, o sexo feminino (RP 1,89 IC95% 1,32 a 2,71), o nível socioeconômico D ou E (RP 2,02 IC95% 1,25 a 3,28), a presença de alguma doença importante (RP 2,49 IC95% 1,69 a 3,69), fazer ou ter feito tratamento psicológico e/ou psiquiátrico (RP 2,75 IC95% 1,85 a 4,09), o histórico familiar de transtorno psiquiátrico (RP 1,87 IC95% 1,33 a 2,63), o consumo de tabaco (RP1,90 IC95% 1,35 a 2,68) e drogas ilícitas (RP 2,62 IC95% 1,74 a 3,94) nos últimos três meses estiveram significativamente associados ao TAG. No que se refere à qualidade de vida, os escores dos oito domínios de qualidade de vida no TAG foram significativamente inferiores na comparação com indivíduos sem transtornos psiquiátricos. Posteriormente, o terceiro estudo, visou avaliar o impacto do TAG nos níveis de qualidade de vida destes jovens. Os jovens com TAG apresentaram escores de qualidade de vida que não diferem de indivíduos com outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s) na maioria dos domínios. O TAG puro apresenta prejuízo significativo nos domínios Vitalidade, Funcionamento social, aspecto emocional e Saúde mental quando comparado com a população sem transtornos psiquiátricos. Não houve diferença significativa dos escores de qualidade de vida entre indivíduos que apresentam o TAG com comorbidade de transtornos de humor e jovens diagnosticados com TAG e outro(s) transtorno(s) ansioso(s). Conclui-se que o TAG atinge uma proporção considerável de jovens e, para a maioria destes, existe a comorbidade de transtornos psiquiátricos, assim como apresenta prejuízo significativo na qualidade de vida de jovens, independente da presença de comorbidades.

Palavras-chave: ansiedade, prevalência, transtornos mentais, comorbidade, qualidade de vida

Abstract

This thesis presents three studies on the epidemiology of generalized anxiety disorder (GAD). The first study is a systematic review of scientific literature on the prevalence of generalized anxiety disorder and associated factors. The review was conducted in electronic databases, PubMed, SciELO, LILACS and ISI Web of Science through the strategy: # 1 "generalized anxiety disorder" AND # 2 "prevalence" OR "incidence" OR "cross-sectional" OR "cohort" OR "longitudinal" AND # 3 "general population" OR "population-based" OR "community-based" OR "non-clinic". As a result, female, age between 30 and 59 years, the low economic level and not living with a partner show up associated with Generalized Anxiety Disorder. The data on the prevalence of GAD differ and fluctuations that may reflect different criteria and evaluation tools, as well as sociocultural factors places of the studies. Subsequently, the test includes two empirical studies. The first presents epidemiological study of TAG in a fundamental stage in the life cycle (18 to 24 years). Its objectives were to assess the prevalence of GAD, its associated factors and comorbidities more common. Cross-sectional population-based research with young people 18 to 24 years of age living in the urban area of Pelotas, Rio Grande do Sul (Brazil), conducted from November 2007 to June 2009. The sample selection was carried out by conglomerates, and with the participation of 1621 individuals. They answered a questionnaire including socio-demographic, substance use, health behaviors, quality of life as well as the structured interview Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) and the quality of life questionnaire Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey (SF-36). The prevalence of GAD in the last six months was 9.7%. Of these, 70.7% showed some of the current psychiatric disorders assessed by the MINI. Comorbidities were more often found with major depressive episode and agoraphobia. After adjustment, female gender (PR 1.89 95% CI 1.32 to 2.71), socioeconomic level D or E (PR 2.02 95% CI 1.25 to 3.28), the presence of some important disease (PR 2.49 95% CI 1.69 to 3.69), do or have done psychological treatment and / or psychiatric (PR 2.75 95% CI 1.85 to 4.09), family history of psychiatric disorder (PR 1.87 95% CI 1.33 to 2.63), tobacco consumption (RP1, 90, 95% CI 1.35 to 2.68) and illicit drugs (PR 2.62 95% CI 1.74 to 3, 94) in the last three months were significantly associated with GAD. With regard to quality of life, the scores of eight domains of quality of life in the TAG were significantly lower in comparison with individuals without psychiatric disorders. Subsequently, the third study aimed to evaluate the impact of TAG levels of quality of life of these young people. Young people with GAD had scores of quality of life that does not differ from subjects with other (s) disorder (s) psychiatric (s) in most areas. The pure GAD presents significant impairment in the areas vitality, social functioning, role emotional and mental health compared with people without psychiatric disorders. There was no significant difference in the scores of quality of life among people who have GAD with comorbid mood disorders and young people diagnosed with GAD and the other (s) disorder (s) forward (s). We conclude that the TAG has reached a considerable proportion of young people and, for most of these, there is the comorbidity of psychiatric disorders, and presents significant impairment in quality of life of young people, regardless of the presence of comorbidities.

Key-words: anxiety, prevalence, mental disorders, comorbidity, quality of life

Apresentação

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais têm crescido em quantidade, qualidade e relevância. Tais estudos proporcionam dados de ocorrência, fatores associados e curso da doença em diferentes populações e auxiliam na escolha de estratégias de prevenção e assistência à saúde mental de forma mais adequada à realidade da população investigada. Desta forma, os estudos com populações de adolescentes e adultos jovens crescem em importância, principalmente, quando o foco de contribuição do estudo recai na elaboração de estratégias que auxiliem o trabalho de saúde mental do sistema público de saúde. Tal etapa do ciclo vital tem se caracterizado como de maior incidência de transtornos mentais.

O objetivo de investigar a prevalência e fatores associados de transtornos mentais surgiu ainda no curso de mestrado, quando o doutorando participou de pesquisa transversal de base populacional que visava investigar comportamentos de saúde na adolescência inicial na cidade de Pelotas (RS). Um dos objetivos de tal trabalho foi avaliar a presença de elevada sintomatologia depressiva em jovens entre 11 e 15 anos de idade e seus fatores associados. Neste momento, o mesmo grupo de pesquisa reuniu esforços para elaborar um projeto com técnicas aperfeiçoadas de pesquisa para aferição diagnóstica.

Assim, a presente pesquisa foi estruturada através da parceria entre o grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital vinculado à Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, referência na produção de conhecimento em diferentes etapas do desenvolvimento humano e o programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, de reconhecida importância na realização de estudos epidemiológicos.

Desta forma, este trabalho visa ressaltar a importância do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) por sua proporção na população geral, especialmente em jovens, bem como seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos que apresentam os critérios do DSM-IV-TR para o TAG (APA, 2002).

O primeiro capítulo apresenta uma breve revisão da literatura científica recente a respeito da prevalência do TAG e seus fatores associados. Tais informações epidemiológicas são de grande importância para dimensionar a proporção de tal transtorno.

O segundo capítulo trata de pesquisa empírica sobre saúde e comportamento realizada na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul (RS), com jovens entre 18 e 24 anos de idade. Em estudo transversal, os dados de prevalência do TAG e seus fatores associados foram observados a fim de regionalizar a dimensão do TAG e relacionar com as informações obtidas no Capítulo 1. Como hipótese de investigação, acreditou-se que a prevalência de TAG no contexto brasileiro seria maior do que a descrita pela literatura científica. Ainda de forma hipotética, foi afirmado no projeto de pesquisa que o TAG estaria associado ao sexo feminino, ao baixo nível socioeconômico e ao uso de substâncias. O segundo capítulo ainda apresenta dados sobre as comorbidades mais prevalentes no TAG, tendo em vista sua grande ocorrência.

O terceiro capítulo expõe o impacto do TAG na qualidade de vida de jovens com TAG. Para tal, considera a presença de comorbidades psiquiátricas além de pretender observar variações em relação ao tipo de comorbidade apresentada. A hipótese de tal objetivo era que os níveis de qualidade de vida de indivíduos diagnosticados com TAG seriam significativamente inferiores aos níveis de qualidade de vida de indivíduos diagnosticados com outros transtornos psiquiátricos e significativamente inferiores aos níveis de qualidade de vida da população geral entre 18 a 24 anos da cidade de Pelotas

(RS). Uma segunda hipótese consistiu no maior prejuízo da qualidade de vida dos jovens diagnosticados com TAG e outro transtorno de humor em relação aos jovens diagnosticados com TAG e outro transtorno de ansiedade.

Por fim, nas considerações finais, o autor visa relacionar as informações debatidas ao longo da tese com a perspectiva dimensional a qual os diagnósticos em saúde mental têm sido discutidos. Desta forma, espera-se que o TAG venha a tomar uma posição de destaque nas futuras formatações diagnósticas e que uma visão de espectro seja debatida também com dados da região sul do Brasil.

1. Capítulo 1: Revisão Sistemática de Literatura sobre prevalência e fatores associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada.

1.1 Introdução

Atualmente, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é definido pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition – Text Revision [DSM-IV-TR] (American Psychiatric Association [APA], 2002) como estado de preocupação exacerbado que pode atingir diversas atividades ou eventos da vida do indivíduo. Este pode ser considerado um transtorno crônico e recorrente com seus sintomas (psiquiátricos e somáticos) ocorrendo na maior parte dos dias em um período de pelo menos seis meses.

Contudo, tal entidade nosológica vem sofrendo alterações ao longo dos anos. Desde o final do século XIX até 1980, pacientes que apresentavam a sintomatologia semelhante ao referido quadro clínico eram classificados com o diagnóstico de “neurose ansiosa”. O termo diagnóstico de “Transtorno de Ansiedade Generalizada” foi concebido na formulação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition [DSM-III] (APA, 1980). A partir deste momento, pesquisas epidemiológicas e clínicas têm enfatizado interesse nesta questão de saúde mental. Porém, este manual indicava o diagnóstico de TAG apenas para aqueles indivíduos que não apresentassem Transtorno do Pânico, Transtorno Fóbico ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Assim, o TAG era considerado como um diagnóstico de exclusão. Posteriormente, na versão revisada do mesmo manual (APA, 1980), o TAG deixou de ser considerado como categoria residual e passou a ser diagnosticado mesmo na presença de outros transtornos ansiosos.

Observa-se que nas últimas décadas os critérios diagnósticos do TAG passaram por mudanças substanciais referentes aos sintomas associados ao quadro, bem como, o tempo de duração destes. Atualmente, os critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada presentes no DSM-IV-TR e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Tenth Edit [CID-10] (World Health Organization [WHO], 1992) ainda sofrem importantes questionamentos considerando tal categoria diagnóstica como um limitador da compreensão ampla do fenômeno.

Certamente as alterações e indefinições acerca do diagnóstico de TAG dificultam a produção científica sobre o tema assim como a interpretação de seus achados. Além disso, altos índices de comorbidades entre adultos com TAG são encontrados na literatura científica. Estima-se que apenas 6,9% dos indivíduos com TAG não apresentavam outro transtorno mental. Em investigação realizada na Alemanha, 19,7% dos participantes com TAG preenchem os critérios para algum outro transtorno psiquiátrico, 40,6% para dois e 32,7% para três ou mais transtornos psiquiátricos (Jacobi et al., 2004). Os transtornos de humor são aqueles que mais aparecem associados ao TAG. Segundo Judd, Kessler, Paulus, Zeller, Wittchen, e Kunovac (1998), 80% dos indivíduos com TAG possuem também pelo menos um transtorno humor. Outros transtornos ansiosos – como transtorno do pânico, fobia social; transtornos somatoformes e dependência/ abuso de substâncias (álcool, cigarros e outras drogas) também ocorrem com frequência em indivíduos com TAG (Lieb, Becker & Altamura, 2005).

Contudo, como sugerido pelos critérios do DSM-IV, os indivíduos com TAG possuem um significativo prejuízo em sua funcionalidade. Indivíduos com a referida psicopatologia apresentam média de escore de funcionamento psicossocial mais baixa que indivíduos com outros transtornos ansiosos (Hoyer, Becker & Margraf, 2002;

Hoyer, Hofler, & Jacobi, 2003) assim como quando comparados com indivíduos sem transtornos mentais (Hoyer et al., 2002). Faz-se importante salientar que os prejuízos à saúde de indivíduos com TAG não estão somente relacionados às comorbidades, existentes na maioria dos casos. Hoffman, Dukes e Wittchen (2008) após extensa revisão de literatura concluíram que fatores como o desgaste e prejuízo causados pelo TAG puro (sem comorbidades) são similares aos de indivíduos com transtorno depressivo maior puro (sem comorbidades). Quando associado a outro transtorno psiquiátrico, a sobrecarga econômica e pessoal, assim como, a severidade dos sintomas apresentam aumento (Judd et al., 1998; Stein, 2001; Nutt, Ballenger, Sheehan, & Wittchen, 2002.; Hoffman et. al, 2008). Como reflexo do impacto do transtorno no funcionamento social e laboral do indivíduo, estudos mostram que indivíduos com TAG apresentam médias de falta ao trabalho no último mês - 4,6 dias (Weiller, Bisserbe, Maier & Lecrubier, 1998) e 8 dias (Maier, Gaensicke, Freyberger, Linz, Heun, Lecrubier, 2000) - superiores às médias de indivíduos sem transtornos mentais.

Assim, o TAG causa substanciais custos econômicos aos pacientes, familiares e aos serviços públicos de saúde. Cabe apontar que pacientes com TAG têm maior probabilidade de utilizar serviços de saúde (Maier et al., 2000). Em estudo realizado em uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul - RS (Rio Grande do Sul) com objetivo avaliar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos que buscaram atendimento em tal local, observou-se que 51,1% dos indivíduos apresentavam algum transtorno mental. O Transtorno de Ansiedade Generalizada foi o segundo mais prevalente (11,5%) (Gonçalves & Kapczinski, 2008). Em geral, em menos de um terço dos casos, indivíduos com TAG atendidos na atenção primária têm o transtorno reconhecido e diagnosticado por um profissional de saúde (Lieb et. al, 2005). Os indivíduos com TAG experienciam os sintomas do quadro clínico

por um período de 5 a 10 anos antes de receber o diagnóstico e tratamento (Ballenger et al., 2001). Grant et al. (2005) observaram em estudo transversal na população geral norte-americana que apenas 50% dos indivíduos diagnosticados com TAG relataram tratamento específico para o transtorno.

Apesar da crescente produção científica em relação ao TAG e de seu relevante impacto na saúde pública, informações sintetizadas a respeito da ocorrência deste transtorno na população geral ainda são inconsistentes. Assim, o objetivo do presente artigo é revisar a literatura científica a cerca da prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada e fatores associados na população geral.

1.2 Método

A revisão dos artigos científicos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PUBMED, SCIELO, LILACS e ISI WEB OF SCIENCE. A estratégia e os termos utilizados na busca foram: #1 “generalized anxiety disorder”; AND #2 “prevalence” OR “incidence” OR “cross-sectional” OR “cohort” OR “longitudinal” AND #3 “general population” OR “population-based” OR “community-based” OR “non-clinic”; assim como os respectivos na língua portuguesa.

A busca foi delimitada em relação ao período de publicação do material, sendo incluídos apenas os artigos publicados entre 2000 e maio de 2009. Foram excluídas do estudo as publicações que não utilizassem critérios diagnósticos para a avaliação da proporção de TAG, assim como as publicações que observaram amostras que não advinham de base populacional.

Além da estratégia acima descrita, os estudos relevantes referenciados nas publicações encontradas foram incluídos na revisão, uma vez que tenham sido publicados no período referido.

1.3 Resultados

No total 391 artigos foram encontrados, sendo que 27 foram considerados relevantes considerando os critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente.

1.3.1 Dados de prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada

Diferentes prevalências do Transtorno de Ansiedade Generalizada têm sido encontradas em publicações de diversos países. As faixas etárias das amostras contribuem para tais discrepâncias. Para minimizar este efeito os resultados serão descritos conforme as etapas do ciclo vital.

TAG na infância e adolescência inicial

Duas publicações encontradas avaliaram crianças e adolescentes iniciais. Em amostra representativa (n=10438) de crianças e adolescentes iniciais (5-15 anos) do Reino Unido a prevalência de TAG durante a vida foi de 0.65%, sendo avaliada através do instrumento *Development and Well-Being Assessment (DAWBA)* (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003). A versão traduzida e validada do mesmo instrumento foi utilizada por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) em amostra representativa de escolares entre 7 e 14 anos de idade de Taubaté (São Paulo) (n=1251) sendo a prevalência de TAG ao longo da vida foi de 0,4% (Tabela 1). Mesmo com condições sociais e culturais bastante distintas, os dados sobre o TAG na infância e adolescência inicial indicam uma baixa prevalência.

Tabela 1.1 – Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em crianças e adolescentes iniciais.

Ano	País	Critérios Diagnósticos	Instrumento	Tamanho da amostra	Idade	TAG Vida
2004	Brasil	DSM IV	DAWBA	1251	7-14	0.4%
2003	Inglaterra, País de Gales e Escócia	DSM IV e CID 10	DAWBA	10438	5-15	0.65%

TAG em indivíduos entre 18 e 65 anos

Cinco estudos avaliam a prevalência de TAG em indivíduos entre 18 e 65 anos. Em amostra representativa na Alemanha (n=4181) foi aplicada a entrevista uma versão adaptada pelos autores do CIDI, o *Munich Composite International Diagnostic Interview* (M-CIDI), para identificação do TAG nos últimos 12 meses, sendo observada a prevalência de 1,5% (Carter, Wittchen, & Pfister, 2001). Em 2004, outra publicação que referia este mesmo estudo apresentou dados de prevalência do TAG no último ano (1,5%) e nos últimos seis meses (1,2%) (Jacobi et al, 2004).

Kringlen, Torgersen e Cramer (2001), realizaram estudo em 57,5% (2066 indivíduos) de uma amostra representativa da população entre 18 e 65 anos residente em Oslo (Noruega), através da entrevista CIDI (versão 1.1) encontraram prevalência de TAG de 4,5% durante a vida e 1,9% durante os últimos doze meses. Já na Irlanda do Norte, em amostra reduzida de 307 indivíduos entre 18 e 64 anos, a ocorrência de TAG ficou abaixo de 1% nos últimos doze meses (McConnell, Bebbington, & McClelland, 2002). Em estudo sul-americano, realizado na Colômbia, os critérios para avaliação da presença ou ausência de transtornos mentais utilizados foram do DSM IV e CID 10 e a prevalência de TAG em 4544 entrevistados entre 18 e 65 anos de idade foi de 1,3% ao longo da vida, 0,7% no último ano e 0,3% no último mês (Posada-Villa, Buitrago-Bonilla, Medina-Barreto, & Rodríguez-Ospina, 2006).

Tabela 1.2 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em indivíduos entre 18 e 65 anos.

Ano	País	Critérios Diagnósticos	Instrumento	Tamanho da amostra	Idade	TAG Vida	TAG 1 ano	TAG 6 meses	TAG 1 mês
2001	Alemanha	DSM IV e CID 10	M-CIDI	4181	18-65	-	1.5%	-	-
2001	Noruega	CID 10 e DSM III R	CIDI 1.1	2066	18-65	4.5%	1.9%	-	-
2002	Irlanda do Norte	CID 10 e DSM III R	SCAN	307	18-64	-	0.15%	-	0.15%
2004	Alemanha	DSM IV e CID 10	M-CIDI	4181	18-65	-	1.5%	1.2%	-
2006	Colômbia	DSM IV e CID 10	CIDI versão 15	4544	18-65	1.3%	0.7%	-	0.3%

TAG em populações de adolescentes ou adultos jovens até idosos

Dezessete publicações consideradas relevantes relatam pesquisas que contaram com a participação de indivíduos de diferentes etapas do desenvolvimento. Na maioria destes estudos (13), as amostras contemplam desde a adolescência ou início da vida adulta jovem (15, 18 ou 20 anos) até idosos (Tabela 1.3).

No Brasil, apenas um estudo de base comunitária com ampla faixa etária de participantes que apresentasse em seus resultados a prevalência do TAG foi encontrado. Este foi realizado em dois bairros da cidade de São Paulo (São Paulo) – Jardim America e Vila Madalena avaliando a presença de transtornos mentais através da entrevista CIDI. Em um total de 1464 indivíduos maiores de 18 anos a prevalência de TAG foi de 4,2% durante a vida, 1,7% nos últimos 12 meses e 1,3% no último mês, com base nos critérios da CID 10 (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti 2002).

Em 2004, foi publicado o *European Study of the Epidemiology of Mental Health* (ESEMeD) com amostra representativa de seis países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha). Na referida investigação, a entrevista desenvolvida e adaptada pela *Coordinating Committee of the WHO-World Mental Health 2000 Initiative* (WMH-CIDI 2000) foi realizada em 21425 indivíduos com idade

igual a 18 anos ou superior. A prevalência de TAG durante a vida foi de 2,8% enquanto no último o índice observado foi de 1,0% (ESEMED/MHEDEA 2000. Investigators, 2004). Outra investigação realizada no continente europeu utilizou o mesmo instrumento de avaliação para transtornos psiquiátricos. Na Ucrânia, em uma amostra de 4725 indivíduos com 18 ou mais anos de idade, a prevalência de TAG durante a vida, no último ano e nos últimos seis meses foi de, respectivamente, 1,95%, 1,19% e 0,71%. Já na Itália, através da entrevista neuropsiquiátrica MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*), a prevalência de TAG durante a vida foi de 6,9% em uma amostra representativa de 2363 indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos (Faravelli et al., 2004).

No Japão, Kawakami, Shimizu, Haratani, Iwata e Kitamura (2004), avaliaram a prevalência ao longo da vida e nos últimos seis meses de transtornos mentais em indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos com a entrevista CIDI 1.1 baseada nos critérios diagnósticos do DSM III R. Do total de 1029 participantes, 1,4% apresentaram diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada durante a vida e 0,8% nos últimos seis meses.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, com amostra representativa de base populacional nacional, a prevalência de TAG durante a vida e nos últimos 12 meses foi de 4,1% e 2,1%, respectivamente. O diagnóstico de TAG foi avaliado com base nos critérios do DSM IV observados em entrevistas face a face com 43093 indivíduos maiores de 18 anos que participavam do estudo *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC* (Grant et. al., 2005). A *National Comorbidity Survey Replication*, outra investigação realizada no mesmo país com amostra nacional representativa (n=9282) encontrou prevalência de TAG durante a vida de 5,7% (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters,

2005) e 3,1% nos últimos 12 meses (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), através da mesma versão *Composite International Diagnostic Interview* utilizada no estudo europeu multicêntrico.

No Chile, duas publicações foram encontradas do mesmo estudo referindo diferentes critérios temporais do TAG. O estudo contou com amostra nacional representativa de indivíduos de 15 anos ou mais (n=2978), com base nos critérios diagnósticos do DSM III R a prevalência de TAG foi de 0,9% no último mês, 1,2% nos últimos seis meses, 6,3% no último ano e 11,1% ao longo da vida (Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Baker, & Torres, 2004; Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Levav, Torres, 2006).

Em 2007, um estudo realizado em Casablanca (Marrocos) apontou a prevalência de TAG de 4,3% (Kadri, Agoub, El Gnaoui, Berrada, & Moussaoui, 2007). Este dado foi aferido através da entrevista neuropsiquiátrica MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*), que se utiliza dos critérios do DSM-IV, em uma amostra representativa de 800 indivíduos. Em Israel, 2082 indivíduos com vinte anos ou mais de idade responderam a versão abreviada do CIDI que identifica casos de transtorno de ansiedade generalizada e episódio depressivo maior. Nesta investigação, a prevalência de TAG foi de 2,5%.

Mais recentemente, dos 4351 participantes de estudo transversal Sul-africano (Herman, Stein, Seedat, Heeringa, Moomal, Williams, 2009), 2,7% apresentaram TAG durante a vida, enquanto 1,4% o relataram no último ano. A investigação intitulada *South African Stress and Health* (SASH) foi conduzida em amostra representativa da população sul-africana de indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos e utilizou a entrevista CIDI 3.0 para aferição diagnóstica. No Iraque, também se utilizando da

mesma entrevista diagnóstica, Alhasnawi et. al (2009) encontram a prevalência de TAG de 3,7% ao longo da vida e 2,3% no último ano.

Tabela 1.3 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em pesquisas de base populacional com adolescentes ou adultos jovens até idosos.

Ano	País	Critérios Diagnósticos	Instrumento	Tamanho da amostra	Idade	TAG Vida	TAG 1 ano	TAG 6 meses	TAG 1 mês
2002	Brasil	CID 10	CIDI 1.1	1464	18+	4.2%	1.7%	-	1.3%
2004	Itália	DSM IV	MINI	2363	14-79	6.9%	-	-	-
2004	Chile	DSM III R	CIDI 1.0 e 1.1	2978	15+	-	-	1.2%	0.9%
2004	Japão	DSM III R	CIDI 1.1	1029	20+	1.4%	-	0.8%	-
2004	Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha	DSM IV e CID 10	WMH-CIDI 2000	21425	18+	2.8%	1.0%	-	-
2005	EUA	DSM IV e CID 10	WMH -CIDI 2000	9282	18+	5.7%	3.1%	-	-
2005	EUA	DSM IV	NIAAA <i>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule DSM IV</i>	43093	18+	4.1%	2.1%	-	-
2005	Ucrânia	DSM IV e CID 10	WMH-CIDI 2000	4725	18+	1.95 %	1.19%	-	0.71%
2006	Chile	DSM III R	CIDI 1.0 e 1.1	2978	15+	11.1 %	6.3%	-	-
2007	Marrocos	DSM IV	MINI	800	15+	-	-	4.3%	-
2008	Israel	DSM IV	CIDI <i>Short Form</i>	2082	20+	-	2.5%	-	-
2009	África do Sul	DSM IV e CID 10	CIDI 3.0	4351	18+	2.7%	1.4%	-	-
2009	Iraque	DSM IV e CID 10	CIDI 3.0	4332	18+	3.7%	2.3%	-	-

Outros quatro estudos foram realizados com faixas etárias específicas (Tabela 1.4). Nestas publicações a ocorrência do TAG também apresenta variações. Wang, Berglund e Kessler (2000), realizaram um estudo transversal realizado com 3032 indivíduos, acessados por telefone ou correspondência, que indica prevalência de TAG no último ano de 3,3%. Esta foi avaliada através da versão abreviada da CIDI que utilizou os critérios diagnósticos do DSM III R.

Pirkola et. al (2005) observaram, em amostra representativa de 5 distritos da Finlândia, de indivíduos com 30 ou mais anos de idade (6005 participantes), a prevalência de TAG de 1,3%. Para tal, o instrumento utilizado foi a tradução do M-CIDI. A prevalência de TAG em amostra representativa de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos na Ucrânia (n=4725), sendo o diagnóstico avaliado pela entrevista CIDI, foi de 1,95% durante a vida, 1,19% no último ano e 0,71% no último mês (Bromet et al., 2005).

Dois destes estudos ocorreram na Ásia. Em Singapura, Lim et. al (2005) observaram a prevalência do TAG, durante a vida e atualmente, em 3,3% e 3%, respectivamente, ao entrevistarem indivíduos entre 20 e 59 anos. Em Hong Kong (Lee, Tsang, Chui, Kwok, & Cheung, 2007), a ocorrência do referido transtorno nos últimos 6 meses em indivíduos entre 15 e 60 anos foi de 4.1%, com base nos critérios do DSM IV para TAG.

Tabela 1.4 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em outras pesquisas de base populacional.

Ano	País	Critérios Diagnósticos	Instrumento	Tamanho da amostra	Idade	TAG Vida	TAG 1 ano	TAG 6 meses	TAG 1 mês
2000	EUA	DSM III R	CIDI <i>Short Form</i>	3032	25-74	-	3.3%	-	-
2005	Singapura	DSM IV	SCAN 2.1	2847	20-59	3.3%	-	-	3.0%
2005	Finlândia	DSM IV	M-CIDI	6005	30+	-	1.3%	-	-
2007	Hong Kong	DSM IV	Instrumento elaborado pelo autor	3304	15-60	-	-	4.1%	-

TAG em adultos maduros e idosos

Três publicações avaliaram o TAG exclusivamente em idosos (Tabela 1.5).

Na Holanda, em amostra representativa de indivíduos entre 55 e 85 anos (n=3056), através de aferição diagnóstica foi utilizada *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule* (NIMHDIS), a prevalência de TAG nos últimos seis meses foi de 7,3% (Beekman, de Beurs, van Balkom, Deeg, van Dyck, van Tilburg,

2000). Em 2001, no Brasil, Xavier e colaboradores realizaram um estudo transversal na cidade de Veranópolis (Rio Grande do Sul) com uma amostra representativa de idosos com mais de 80 anos. A investigação indicou prevalência de 10,6% para TAG, este diagnóstico foi aferido através da *Structured Clinical Interview (SCID)* (Xavier et al., 2001). Em amostra representativa de idosos (mais de 65 anos de idade) de Quebec (Canadá) a prevalência de TAG durante o último ano foi de 1,2%. Neste estudo foi utilizado o ESA-Q (Enquête Sur la Santé des Aînés i Diagnostic Questionnaire), um questionário computadorizado para avaliação de transtornos mentais desenvolvido e validado com base nos critérios do DSM V (Préville et al., 2008).

Tabela 1.5 - Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada em adultos maduros e idosos.

Ano	País	Critérios Diagnósticos	Instrumento	Tamanho da amostra	Idade	TAG	
						1 ano	6 meses
2000	Holanda	DSM III	NIMHDIS	3056	55-85	-	7.3%
2001	Brasil	DSM IV	SCID	77	80+	-	10.6%
2008	Canadá	DSM IV	ESA-Q	2798	65+	1.2%	-

1.3.2 Fatores Associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada

Sexo

A maior parte dos artigos avaliados apresenta o sexo feminino com maior proporção de TAG, significativamente maior, em relação ao sexo masculino no que se refere à ocorrência do transtorno na vida (Grant et al., 2005; Faravelli et al., 2004), no último ano (Autonell et al. 2007; Grant et al., 2005) nos últimos seis meses (Lee et al., 2007) e no último mês (Lim et al., 2005; Carter et al., 2001).

Apenas em três estudos, não foi verificada diferença significativa. O estudo de Muhsen et al. (2008) não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à prevalência de TAG entre o grupo feminino e masculino, embora as mulheres têm apresentado proporção consideravelmente superior aos homens. Já em investigação realizada na Finlândia, tanto o sexo masculino quanto o sexo feminino apresentaram prevalência de TAG de 1,3% (Pirkola et al., 2005). Apenas o estudo de Kawakami et al. (2004) não houve diferença estatisticamente significativa quanto à ocorrência de TAG na comparação entre os sexos, sendo a proporção de TAG entre o sexo masculino levemente superior ao sexo feminino.

Idade

Dos oito estudos que investigaram a relação entre diferentes faixas etárias e o TAG, quatro o apresentam como significativamente mais prevalente em adultos de meia idade. Grant et al., (2005) indicam que indivíduos com idades entre 30 a 64 anos têm maior proporção de TAG no último ano e na vida. O estudo de Kessler et al., (2005) traz dado semelhante, apontando maior prevalência de TAG em adultos entre 30 e 59 anos. Já os estudos de Muhsen et al., (2008) e Lim et al., (2005) apresentam índices

mais elevados de TAG em indivíduos de 40 a 59 anos e 45 a 59 anos, respectivamente. Em contrapartida, os adultos jovens (entre 20 e 34 anos) em estudo de base populacional japonês obtiveram maior prevalência de TAG quando comparados aos demais grupos etários (Kawakami et al., 2004). Outros dois estudos encontraram a prevalência de TAG associada de forma diretamente proporcional as faixas etárias estudadas, sendo que os idosos apresentaram maior ocorrência do transtorno (Herman et al., 2009; Alhasnawi et al., 2009). Em Honk Kong, segundo Lee et al. (2007), não houve diferença significativa entre os grupos etários em relação à prevalência de TAG.

Outros Fatores Associados

Uma diferença na proporção de TAG entre grupos étnicos foi apontada em Grant et al. (2005). Nesta investigação, ser negro, asiático ou hispânico foi associado com menor proporção de TAG em relação aos indivíduos de raça branca. Já em estudo publicado por Lim et al. (2005) a etnia não apresentou diferença significativa para o TAG no último mês.

Três investigações na literatura científica apresentam a relação entre o TAG e o estado civil dos indivíduos. Em Grant et al. (2005), viúvos, solteiros e separados apresentaram maiores índices de TAG quando comparados aos casados. Em publicação do mesmo ano, comparados aos solteiros (nunca casados), os divorciados ou separados apresentaram maior proporção de TAG, enquanto os viúvos e casados não diferiram de forma significativa (Lim et al., 2005). Já em Lee et al. (2007), os solteiros e casados apresentaram índices de TAG significativamente menores do que divorciados ou separados. Assim, a literatura sugere que solteiros, separados e divorciados tenham risco acrescido para também apresentar TAG.

Tradicionalmente, a escolaridade é um dos fatores sociais apresentam relação próxima com transtornos mentais. Contudo, na maioria dos estudos avaliados o nível de escolaridade/ educação não apresentou diferença significativa em relação à prevalência de TAG (Grant et al., 2005; Lim et al., 2005; Lee et al., 2007). Em apenas uma das pesquisas analisadas, os indivíduos sem educação acadêmica apresentaram maior proporção de TAG quando comparados os indivíduos com educação acadêmica (Muhsen et al., 2008).

Porém, é importante salientar que tal associação não foi avaliada através de análise estatística multivariada. Assim, pode ter sofrido influência de outras variáveis, como a renda familiar, por exemplo. Tendo em vista que nesta investigação a renda familiar mais baixa também se apresentou como fator associado à presença de TAG. Outros dois estudos ressaltaram em seus resultados a tendência linear de que quanto menor a renda, maior o risco para TAG (Grant et al., 2005; Lim et al., 2005).

No que tange ao trabalho, a relação com o TAG ainda permanece inconsistente. Quando comparados aos trabalhadores assalariados os indivíduos aposentados e que realizam atividades domésticas obtiveram maiores prevalências de TAG enquanto que nenhuma diferença significativa foi observada com as categorias desempregados, autônomo e empregado meio turno (Lim et al., 2005). Já no estudo de Muhsen et al. (2008), a ausência de emprego se apresentou como fator associado ao TAG. Enquanto em Lee et al. (2007), não houve diferença significativa das proporções de TAG das categorias empregados, estudantes, desempregados e aposentados quando comparados aos indivíduos que trabalham em casa.

Outras duas variáveis foram investigadas como possíveis fatores associados ao TAG – a presença de religião e alguma doença crônica. Ter uma religião esteve associado a uma maior prevalência de TAG (Lim et al., 2005) enquanto que apresentar

alguma doença crônica de saúde também foi fator associado à presença de TAG (Muhsen et al., 2008). Contudo, estas associações necessitam de mais estudos para que sejam confirmadas, ou não, como fatores relacionados ao TAG.

1.4 Considerações finais

Como observado na seção de resultados, não são poucos os estudos epidemiológicos que avaliaram a prevalência de TAG em amostra representativas de população geral. Porém, também não é pequena a quantidade de instrumentos utilizados em pesquisas para a avaliação dos transtornos psiquiátricos. Parece plausível que as diferenças e oscilações entre os dados de prevalência pesquisados podem refletir não apenas os diferentes critérios utilizados para definição do TAG (DSM-IV, DSM-III-R, DSM-III, CID-10), bem como diferentes instrumentos de avaliação (SCAN, SCID, MINI, CIDI, DAWBA, ESA-Q, NIMHDIS, NIAAA) e suas diferentes versões.

Os fatores socioculturais dos locais de realização dos estudos podem explicar as diferentes prevalências encontradas. O aspecto sociocultural também pode auxiliar a esclarecer pequenas diferenças encontradas nos fatores associados ao TAG.

O sexo feminino, faixa etária entre 30 e 59 anos, baixo nível sócio econômico e não viver com companheiro mostram-se associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada.

As maiores prevalências de TAG no sexo feminino são amplamente descritas. Alguns estudos relacionam tal dado com a síndrome pré-menstrual e alterações hormonais (McLeod, Hoehn-Saric, Foster, & Hipsley, 1993; Pigott, 2003). Com relação à idade, de fato, o TAG pode se manifestar pela primeira vez em qualquer etapa do desenvolvimento. No entanto, grande parte da literatura científica aponta o referido transtorno como sendo mais prevalente em adultos do que em adolescentes e idosos (Kessler et al., 2005). Rubio e López-Ibor (2007) através de estudo longitudinal prospectivo com duração de 40 anos, observaram que, após os 50 anos, os sintomas exclusivamente somáticos tendem a se sobrepor aos outros sintomas de TAG,

diminuindo a prevalência do transtorno entre os idosos. Mesmo assim, a terceira idade sofre as conseqüências do transtorno ansioso em questão. O TAG durante a vida está associado a um maior prejuízo das capacidades cognitivas na velhice (Lenze, Pollock, Shear, Mulsant, Bharucha, & Reynolds, 2003). Assim, embora o TAG atinja todas as etapas do desenvolvimento do ciclo vital, faz-se necessária a identificação de tal quadro clínico na população jovem. Quando ocorre antes dos 25 anos, especialmente em mulheres, o prognóstico de tal quadro clínico é pior (Rubio & López-Ibor, 2007).

O nível socioeconômico também pode ser considerado um fator importante no TAG, tendo em vista que altas prevalências foram encontradas em países em desenvolvimento.

Desta forma, o referido transtorno apresenta-se como um importante problema de saúde pública visto que possui dados de prevalência consideráveis, relaciona-se com prejuízos à saúde em curto e médio prazo se não tratados e, em geral, sua identificação é negligenciada nos locais de atenção à saúde.

Assim, surge como necessária realização de estudos epidemiológicos sobre o TAG. Através da identificação dos fatores associados ao transtorno na população geral relacionados ao contexto sociocultural, locais se disponibilizarão informações nacionais para criação de estratégias de prevenção e tratamento de forma mais adequada e contextualizada a realidade brasileira.

1.5 Referências

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Daradkeh, T. K. (2001). Al Ain community psychiatric survey. I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 20–28.
- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M.M., Othman, A.Y. et. al. (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*, 8, 97-109.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 316–325.
- American Psychiatric Association, K.A. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Suppl. 2), 4-11.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels, K. et. al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 11), 53–58.
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., van Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Community of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P. M., Tintle, N. L., Zakhosha, V., et. al. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 681–690.
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H., Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depressive and Anxiety*, 13, 78–88.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 1), 21– 27.

- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., et al., (2004). The Sesto Fiorentino Study: Background, Methods and Preliminary Results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 216–225.
- Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10):1203-11.
- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2043-2053.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B. et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability and DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Herman, A.A., Stein, D.J., Seedat, S., Heeringa, S.G., Moomal, H., Williams, D.R. (2009). The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *South African Medical Journal (SMAJ)*, 99(5), 339-344.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 72-90.
- Hoyer, J., Becker, E. S., Margraf, J. (2002). Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychological Medicine*, 32, 1227–1237.
- Hoyer, J., Hofler, M., Jacobi, F., Wittchen, H. U. (2003). Physical illnesses and generalized anxiety disorder. *Psychosomatic Medicine Psychological*, 53 (2), 112.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, M., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1–15.
- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U., Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorder: results from the National Comorbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 6–11.
- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S., Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of General Psychiatry*, 10, 1-6.

- Karam, E. G., Mneimneh, Z., Karam, A. N., Fayyad, J., Soumana, Nasser, S., et al. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: A national epidemiological survey. *The Lancet*, 367(9515):1000–1006.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research*, 121, 293–301.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091–1098.
- Lee, S., Tsang, A., Chui, H., Kwok, K., Cheung, E. A. (2007). Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community mental health journal*, 43(4), 305-319.
- Lenze, E. J., Pollock, B. G., Shear, M. K., Mulsant, B. H., Bharucha, A., Reynolds 3rd, C. F. (2003). Treatment considerations for anxiety in the elderly. *CNS Spectrums*, 8(12 Suppl 3), 6-13.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. European Neuropsychopharmacology*, 15, 445–452.
- Lim, L., Ng, T. P., Chua, H. C., Chiam, P. C., Won, V., Lee, T., et al. (2005). Generalised anxiety disorder in Singapore: prevalence, co-morbidity and risk factors in a multi-ethnic population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 972–979.
- Maier, W., Gaensicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective, a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
- McConnell, P., Bebbington, P., McClelland, R., Gillespie, K., Houghton, S. (2002). Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 181, 214-219.
- McLeod, D. R., Hoehn-Saric, R., Foster, G. V., Hipsley, P. A. (1993). The influence of premenstrual syndrome on ratings of anxiety in women with generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(4), 248-251.

- Muhsen, K., Lipsitz, J., Garty-Sandalon, N., Gross, R., Green, M. S. (2008). Correlates of generalized anxiety disorder: independent of co-morbidity with depression. findings from the first israeli national health interview survey (2003–2004). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 898–904.
- Munaretti, C. L. & Terra, M. B. (2007). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 108-115.
- Nutt, D. J., Ballenger, J. C., Sheehan, D., Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: co-morbidity, comparative biology and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 315–325.
- Pigott, T. A. (2003). Anxiety disorders in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 621-672.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., et. al. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1–10.
- Posada-Villa, J. A., Buitrago-Bonilla, J. P., Medina-Barreto, Y., Rodríguez-Ospina, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*, 4(6), 33-41.
- Prévile, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., et. al. (2008). The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Quebec's Older Adult Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822–832.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: a 40 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 372-379.
- Stein, D. J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 29–34.
- Tanios, C. Y., Abou-Saleh, M. T., Karam, A. N., Salamoun, M. M., Mneimneh, Z. N., Karam, E.G. (2008). The epidemiology of anxiety disorders in the Arab world: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 409-419.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1362–1370.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Baker, C., Torres, S. (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299-305.

- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Trentini, C. M., Argimon, I., Bertollucci, P.H., Poyares, D., et. al. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 35(3), 294-302.
- Wang, P.S.; Berglund, P., Kessler, R.C. (2000). Recent care of common mental disorders in United States. Prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 284-292.
- Weiller, E., Bisslerbe, J. C., Maier, W., & Lecrubier, Y. (1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *Br J Psychiatry*, 173(34), 18-23.
- World Health Organization. (1992) *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Geneva.

2. Capítulo 2: Transtorno de Ansiedade Generalizada em jovens entre 18 e 24 anos: prevalência, fatores associados e comorbidades.

2.1 Introdução

Nas últimas décadas, modificações substanciais ocorreram com os critérios diagnósticos do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Isto acarretou em algumas dificuldades na prática clínica, na produção científica sobre o tema, assim como na interpretação destes achados como consequência.

Lieb, Becker e Altamura (2005), em revisão sistemática de pesquisas epidemiológicas sobre o TAG na Europa, observaram que sua prevalência durante a vida oscilou entre 0,1% a 21,6%, enquanto nos últimos 12 meses esta medida de ocorrência variou entre 0,1% e 8,9%. Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, com amostra representativa de base populacional nacional, a prevalência de TAG durante a vida e nos últimos 12 meses foi de 4,1% e 2,1%, respectivamente (Grant et al., 2005). Outra investigação realizada no mesmo país encontrou prevalência de TAG durante a vida de 5,7% (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005). Em estudos realizados em países em desenvolvimento a ocorrência do transtorno em questão também apresenta variações consideráveis. Em 2007, em estudo realizado em Casablanca (Marrocos), a prevalência de TAG no último ano encontrada foi de 4,3% (Kadri, Agoub, El Gnaoui, Berrada, & Moussaoui, 2007). No Brasil, poucos estudos de base comunitária, com ampla faixa etária de participantes e que apresentassem em seus resultados a prevalência do TAG foram encontrados. O estudo de maior relevância foi realizado em dois bairros da cidade de São Paulo (São Paulo) – Jardim America e Vila Madalena. Desta investigação, um total de 1464 indivíduos maiores de 18 anos participou e a prevalência de TAG, identificado com base nos critérios da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Tenth*

Edition [CID-10] (World Health Organization [WHO], 1992), foi de 4,2% durante a vida, 1,7% nos últimos 12 meses e 1,3% no último mês (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002).

Além de seus dados de prevalência, os prejuízos no funcionamento social (Maier, Gaensicke, Freyberger, Linz, Heun, & Lecrubier, 2000) e laboral (Weiller, Bisserbe, Maier, & Lecrubier, 1998) do indivíduo, característicos do quadro clínico, podem contribuir para considerar o TAG um problema de saúde pública. A literatura apresenta elevados índices de comorbidade no TAG. Apenas 6,9% dos indivíduos com TAG não apresentam outro transtorno mental (Jacobi, et al., 2004). Mesmo assim, os prejuízos à saúde de indivíduos com TAG não estão somente relacionados às comorbidades existentes na maioria dos casos. Hoffman, Dukes e Wittchen (2008), após extensa revisão de literatura, concluem que o desgaste e o prejuízo causados pelo TAG puro (sem comorbidades) são similares aos de indivíduos com transtorno depressivo maior puro (sem comorbidades).

A relação entre o TAG e as etapas do desenvolvimento ainda é inconsistente. Carter, Wittchen, Pfister e Kessler (2001) mostram que o TAG é pouco prevalente até os 18 anos e grande parte da literatura científica aponta o referido transtorno como sendo mais prevalente em adultos do que em adolescentes e idosos (Kessler et al., 2005). Contudo, alguns estudos apontam para as mulheres mais jovens (18 a 24 anos) como sendo o grupo de maior prevalência de TAG (ESEMEd/MHEDEA, 2000. Investigators, 2004). De fato, o TAG pode se manifestar pela primeira vez em qualquer idade. Embora o TAG atinja todas as etapas do desenvolvimento do ciclo vital, faz-se necessária a identificação de tal quadro clínico na população jovem. Quando ocorre antes dos 25 anos, especialmente em mulheres, o prognóstico de tal quadro clínico é pior (Rubio & López-Ibor, 2007).

Segundo a literatura científica, na população geral, o TAG apresenta-se associado ao sexo feminino (Carter et al., 2001; Faravelli et al., 2004; Grant et al., 2005; Lim et al., 2005; Autonell et al. 2007; Lee, Tsang, Chui, Kwok & Cheung, 2007) e ao baixo nível socioeconômico (Grant et al., 2005; Lim et al., 2005). Fatores como relacionamento conjugal (Lim et al., 2005; Lee et al., 2007), ter trabalho remunerado (Lim et al., 2005; Muhsen et al., 2008) e relatar alguma doença crônica (Muhsen et al., 2008) também podem apresentar relação significativa com a presença do referido transtorno psiquiátrico, porém mais estudos são necessários para evidenciar estas associações.

Em geral, em menos de um terço dos casos, indivíduos com TAG atendidos na atenção primária têm o transtorno reconhecido e diagnosticado por um profissional de saúde (Lieb et al., 2005). Os indivíduos com TAG experimentam os sintomas do quadro clínico por um período de 5 a 10 anos antes de receber o diagnóstico e tratamento (Ballenger et al., 2001). Grant et al.(2005) observaram, em estudo transversal na população geral norte-americana, que apenas 50% dos indivíduos diagnosticados com TAG relataram tratamento específico para o transtorno. Em estudo realizado em uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul - RS (Rio Grande do Sul) com o objetivo de avaliar a prevalência de transtornos mentais em indivíduos que buscaram atendimento em uma unidade básica de saúde, observou-se que 51,1% dos indivíduos apresentavam algum transtorno mental sendo o Transtorno de Ansiedade Generalizada foi o segundo mais prevalente (11,5%) (Gonçalves & Kapczinski, 2008).

Desta forma, o referido transtorno apresenta-se como um importante problema de saúde pública visto que possui dados de prevalência consideráveis, relaciona-se com prejuízos à saúde em curto e médio prazo e, em geral, sua identificação é negligenciada

nos locais de atenção à saúde. Assim, o presente artigo apresenta estudo epidemiológico sobre o TAG em uma etapa fundamental do ciclo vital - jovens (18 a 24 anos). Seu objetivo foi avaliar a prevalência do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), bem como os fatores associados ao transtorno e às comorbidades mais comuns.

2.2 Método

A pesquisa realizada teve delineamento transversal de base populacional e contou com a participação de jovens de 18 a 24 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil). A seleção amostral foi realizada por conglomerados e a aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada no período de novembro de 2007 a junho de 2009.

Para estimar o número de participantes necessários para realização desta investigação considerou-se a população de 39.667 jovens e a divisão censitária atual de 448 setores na cidade de Pelotas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2008). Através do programa Epi-Info 6.04d (Dean et al., 1994), o cálculo amostral foi realizado com nível de confiança de 95%, erro de 1% e estimativa de prevalência de TAG de 4% (Grant et al., 2005), resultando em 1390 indivíduos. A este número foi acrescido 20% para controle de fatores de confusão, perdas e recusas. Assim, a amostra necessária para aferição da prevalência de TAG no referido universo de jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas (RS) foi de 1668 indivíduos.

Visando atingir a representatividade da amostra, 79 setores censitários foram sorteados aleatoriamente. A seleção dos domicílios nos setores sorteados foi realizada segundo uma amostragem sistemática, sendo o primeiro domicílio a residência da esquina pré-estabelecida pelo IBGE como início do setor e o intervalo de seleção foram determinados por um pulo de dois domicílios entre os sorteados.

Após a identificação dos jovens nas residências sorteadas, alunos do Centro de Ciência da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas, especificamente dos cursos de Psicologia e Medicina, devidamente treinados, explicaram os objetivos do estudo. Os jovens que consentiram em participar do estudo, através da assinatura do

termo de consentimento livre e esclarecido, responderam ao instrumento de pesquisa. Neste, constava um questionário que coletou dados sócio-demográficos, uso de substâncias psicoativas, comportamentos de saúde, qualidade de vida, bem como uma entrevista estruturada para identificação de transtornos do eixo I do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition – Text Revision* [DSM-IV-TR] (American Psychiatric Association [APA], 2002).

No referido instrumento, as variáveis independentes em estudo foram avaliadas como descrito abaixo:

Sexo: feminino e masculino.

Cor da pele: auto-relato do entrevistado com base nas categorias branca, preta, mulata, amarela e indígena. Devido à distribuição das frequências entre estas categorias, a análise dos dados utilizou uma variável dicotômica (branca / não-branca).

Relação conjugal estável: foi considerada como morar com companheiro(a) de forma dicotômica.

Escolaridade: para os jovens que assinalaram estar estudando no período da entrevista, a escolaridade foi avaliada através da questão “*Em que série tu estás?*”. Os jovens que não estavam estudando foram questionados da seguinte forma: “*Até que série completastes?*”. Em ambas perguntas a opção de resposta foi semi-estruturada em série e grau. Posteriormente, esta variável foi considerada em relação a 4 categorias conforme a quantidade de anos estudados.

Condição socioeconômica: a avaliação socioeconômica dos participantes foi realizada através da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2003), que se baseia no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D, ou E), a partir

dos escores alcançados. A letra “A” refere-se à classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa.

Trabalho remunerado: consiste em uma variável dicotômica (sim / não) relativa à pergunta “*Nos últimos 12 meses, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?*”.

Pais separados: variável dicotômica (sim / não) resultante de auto-relato dos participantes sobre a situação conjugal de seus pais.

Prática religiosa: esta variável dicotômica (sim / não) foi verificada através do relato da frequência de participação em missa/culto/sessão. Para tal, o sim foi considerado para os jovens que relataram frequência de pelo menos uma vez por mês, enquanto as frequências menores que uma vez por mês foram consideradas como não prática religiosa.

Doença importante: o item “*Tu tens alguma doença importante?*” foi avaliado através das categorias sim e não. Não foi realizado nenhum tipo de exame físico para avaliação do relato dos participantes.

Tratamento para saúde mental: “*Tu já fizeste ou fazes tratamento psicoterapêutico com psiquiatra ou psicólogo?*” visou aferir a participação do jovem em tratamentos para saúde mental ao longo da vida.

Uso de psicofármacos nos últimos 30 dias: avaliada como variável dicotômica (sim / não), esta foi obtida através da questão em relação à questão: “*Nos últimos 30 dias, tu tomaste algum remédio para os nervos?*”.

Internação psiquiátrica: avaliou de forma dicotômica (sim / não) o relato de internações psiquiátricas ao longo da vida através da pergunta: “*Tu baixaste hospital alguma vez por problemas de nervos?*”.

Historia familiar de transtornos mentais: para avaliar a presença de transtornos mentais na família, os jovens deveriam assinalar “sim” para a questão “*Algum dos teus familiares já sofreu ou sofre dos nervos?*”, em qualquer uma das opções de familiares consideradas nas opções de resposta (pai/mãe/irmão[ã]/avós/filho[a]).

Uso de substâncias: a variável relativa ao uso de álcool, assim como uso de tabaco e uso de drogas ilícitas foram avaliadas em relação aos 3 meses anteriores à entrevista e analisadas como variáveis dicotômicas (sim ou não). As informações sobre consumo de substâncias psicoativas foram obtidas por meio do ASSIST 2.0 - Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (Henrique, de Micheli, Lacerda, Lacerda & Formigoni, 2004), adaptado e validado para o Brasil. A consistência interna do instrumento foi considerada boa, além dele apresenta bons índices de sensibilidade, variando de 84% a 91%, especificidade de 79% a 98%, valores preditivos positivos de 80% a 93% e negativos de 85% a 96%.

Com relação à variável dependente desta investigação, a presença ou ausência de Transtorno de Ansiedade Generalizada, esta foi aferida por meio da entrevista estruturada *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* (MINI) (Amorim, 2000). Consiste em uma entrevista de curta duração que visa classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes (Episódio Depressivo, Distímia, Risco de Suicídio, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ansiedade Generalizada).

Após a aplicação e codificação dos instrumentos, a digitação dos dados foi realizada no programa Epi-Info 6.04d. Através da dupla entrada dos dados, checagem automática no momento da digitação e verificação das inconsistências da digitação

comparando as duas entradas de dados buscou-se maior fidelidade às informações coletadas. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 10.0 (SPSS Inc, 1999). A análise inicial teve como objetivo obter frequências das variáveis independentes, a fim de caracterizar a amostra do estudo, assim como a prevalência do TAG.

A técnica estatística de regressão logística avaliou a razão de prevalência das variáveis independentes em relação ao desfecho (Transtorno de Ansiedade Generalizada). Primeiro, foi realizada a análise bivariada dos dados para verificar uma a uma a associação entre variáveis independentes com o TAG. Na análise multivariada, as variáveis em estudo que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bruta (bivariada) foram incluídas na análise ajustada, para qual foi considerado estatisticamente significativo valor $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. Esta ainda seguiu um modelo hierárquico no qual cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído, e as variáveis com um valor $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança permaneciam no modelo.

No modelo hierárquico, o primeiro nível incluiu: sexo, relação conjugal estável e nível socioeconômico. O segundo nível incluiu ter pais separados, presença de alguma doença importante, fazer ou ter feito tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, ter utilizado psicofármaco nos últimos 30 dias, histórico de internação psiquiátrica, histórico familiar de transtorno psiquiátrico, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos últimos três meses.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), de acordo com o protocolo 2006/96. Os participantes que apresentaram algum dos transtornos aferidos na entrevista padronizada

breve (MINI) e/ou abuso de substâncias receberam encaminhamento para atendimento no ambulatório de psiquiatria do Campus Saúde da UCPel.

2.3 Resultados

Um total de 1621 jovens entre 18 e 24 anos consentiram participar do estudo e outros 202 indivíduos não aceitaram participar do mesmo, totalizando um percentual de perdas de 11,1%.

Do total de participantes, 55,8% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 20,5 anos (2,1 d.p.) e 73,6% relataram ter a cor da pele branca. Com relação à escolaridade, 41% relataram ter entre 9 e 11 anos de estudo, assim como grande parte indicou ser da classe socioeconômica C (48,1%). A Tabela 3.1 apresenta uma caracterização das variáveis independentes da amostra investigada.

No que se refere a uso de drogas durante a vida, o álcool (81,7%), o tabaco (45,0%) e a maconha (18,2%) foram as de maior prevalência entre os investigados. Se considerados os três meses anteriores ao preenchimento do questionário, as mesmas substâncias foram as mais relatadas – 73,2%, 31,7% e 8,1%, respectivamente, na mesma ordem do uso durante a vida.

Aproximadamente 14% dos entrevistados apresentaram alguma doença importante. Dentre estas, bronquite (n=23), gastrite (n=19), pressão alta (n=19), renite (n=19), hipotireoidismo (n=17) e sinusite (n=15). Do total de entrevistados, 95 jovens relataram ter utilizado algum tipo de medicação “para os nervos” nos últimos trinta dias, sendo que as medicações mais utilizadas foram Fluoxetina (n=24) e Diazepam (n=14).

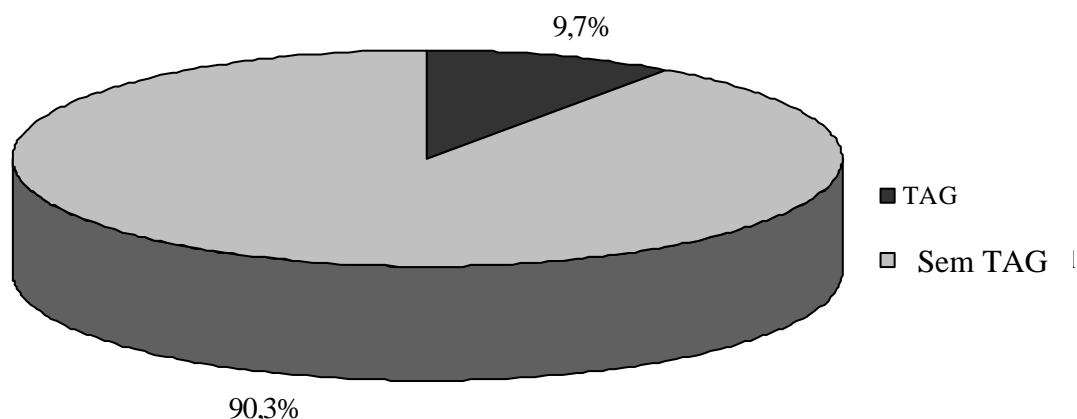
Tabela 2.1 – Descrição dos jovens de 18 a 24 anos da cidade de Pelotas-RS (2007/2009).

	n	%
Sexo		
Masculino	717	44,2
Feminino	904	55,8
Cor da pele*		
Branca	1190	73,6
Não Branca	427	26,4
Relação conjugal estável*		
Mora com companheiro(a)	455	28,1
Não mora com companheiro(a)	1164	71,9
Escolaridade*		
De 0 a 4 anos	118	7,3
De 5 a 8 anos	356	22,0
De 9 a 11 anos	662	41,0
12 ou mais anos	479	29,7
Nível socioeconômico		
A ou B	608	37,5
C	780	48,1
D ou E	233	14,4
Trabalho remunerado nos últimos 12 meses*		
Sim	1070	66,9
Não	530	33,1
Pais separados*		
Sim	588	36,4
Não	1026	63,6
Pratica religião*		
Sim	522	32,3
Não	1092	67,7
Tem alguma doença importante*		
Sim	233	14,4
Não	1384	85,6
Faz ou fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico*		
Sim	223	15,1
Não	1251	84,9
Uso de psicofármaco nos últimos 30 dias?		
Sim	95	5,9
Não	1516	94,1
Internação por problema dos nervos?*		
Sim	39	2,4
Não	1576	97,6
História familiar de transtorno mental*		
Sim	890	55,6
Não	711	44,4
Bebeu álcool nos últimos três meses*		
Sim	1173	73,2
Não	430	26,5
Fumou tabaco nos últimos três meses*		
Sim	508	31,7
Não	1095	68,3
Usou drogas ilícitas nos últimos três meses*		
Sim	203	12,8
Não	1377	87,2

* percentuais válidos de acordo com dados perdidos

O Transtorno de Ansiedade Generalizada nos últimos seis meses foi identificado em 9,7% (152) dos jovens entrevistados (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1 – Prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada em jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas, RS (2007/2009).



Destes 152 indivíduos, 70,7% apresentaram algum dos transtornos psiquiátricos atuais aferidos pela MINI. Ainda em relação aos indivíduos diagnosticados com TAG, 30% apresentaram um outro transtorno psiquiátrico, 18,7% dois outros transtornos psiquiátricos e 22% três ou mais transtornos psiquiátricos, além do TAG. Cabe salientar a alta comorbidade do TAG com episódio depressivo maior e agorafobia, presentes em grande parte dos casos (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 – Comorbidades apresentadas pelos 152 indivíduos com TAG entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas, RS (2007/2009).

Transtornos psiquiátricos atuais investigados	% (n)
Episódio Depressivo Maior	44,7 (68)
Episódio Hipomaniaco ou Maníaco	15,1 (23)
Transtorno Distímico	13,3 (20)
Transtorno do Pânico	9,2 (14)
Transtorno do Pânico ao longo da Vida	16,4 (25)
Agorafobia	37,5 (57)
Fobia Social	16,4 (25)
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	14,5 (22)
Transtorno de Estresse Pós-traumático	9,9 (15)
Anorexia Nervosa	0,7 (1)
Bulimia Nervosa	5,3 (8)
Transtorno de personalidade Anti-Social	6,6 (10)

Na análise bivariada, o TAG esteve associado com o sexo feminino (RP 1,89 IC95% 1,32 a 2,71), nível socioeconômico D ou E (RP 2,02 IC95% 1,25 a 3,28), presença de alguma doença importante (RP 2,49 IC95% 1,69 a 3,69), fazer ou ter feito tratamento psicológico e/ou psiquiátrico (RP 2,75 IC95% 1,85 a 4,09), ter utilizado psicofármaco nos últimos 30 dias (RP 3,78 IC95% 2,29 a 6,24), histórico familiar de transtorno psiquiátrico (RP 1,87 IC95% 1,33 a 2,63), consumo de tabaco (RP 1,90 IC95% 1,35 a 2,68) e drogas ilícitas nos últimos três meses (RP 2,62 IC95% 1,74 a 3,94). Ter pais separados e presença de internação psiquiátrica apresentaram tendência de associação com o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Na análise multivariada, as mulheres apresentaram 85% mais chances de preencher os critérios diagnósticos para o TAG do que os homens (RP 1,85 IC95% 1,29 a 2,66). Os jovens do nível socioeconômico D ou E apresentaram aproximadamente o dobro de chances para TAG (RP 1,96 IC95% 1,21 a 3,19) do que os jovens do nível socioeconômico A ou B. Da mesma forma, os participantes que relataram ter uma doença importante bem como aqueles que fazem, ou já fizeram, tratamento psiquiátrico ou psicológico apresentaram TAG significativamente em maior proporção do que os jovens que não relataram tais características ($p < 0,050$). Foi 70% maior a proporção de jovens com TAG entre aqueles com histórico familiar de transtorno psiquiátrico (RP 1,70 IC95% 1,15 a 2,52) em comparação aos que não relataram história de transtorno mental na família. O consumo de substâncias também esteve associado ao TAG, os jovens que consumiram tabaco nos últimos três meses (RP 1,54 IC95% 1,03 a 2,33) e drogas ilícitas no mesmo período (RP 2,09 IC95% 1,28 a 3,40) apresentaram maior proporção de indivíduos com TAG (Tabela 2.3).

Tabela 2.3 - Razão de prevalência (RP) e teste de associação dos fatores associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada em jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas, RS (2007/2009).

		RP bruta (IC 95%)	p valor	RP ajustada (IC 95%)	p valor
1º Nível	Sexo		0,001		0,001
	Masculino	Referência		Referência	
	Feminino	1,89 (1,32 a 2,71)		1,85 (1,29 a 2,66)	
	Cor da pele		0,584		
	Branca	Referência		-	
	Não Branca	1,11 (0,76 a 1,61)		-	
	Relação conjugal estável		0,170		0,768
	Mora com companheiro (a)	Referência		Referência	
	Não mora com companheiro (a)	0,78 (0,54 a 1,11)		0,95 (0,65 a 1,37)	
	Escolaridade		0,269		
	De 0 a 4 anos	1,55 (0,84 a 2,85)	0,163	-	
	De 5 a 8 anos	1,15 (0,73 a 1,82)	0,554	-	
	De 9 a 11 anos	0,88 (0,58 a 1,34)	0,546	-	
	12 ou mais anos	Referência		-	
	Nível socioeconômico		0,017		0,025
	A ou B	Referência		Referência	
	C	1,38 (0,94 a 2,04)	0,101	1,31 (0,89 a 1,94)	0,175
	D ou E	2,02 (1,25 a 3,28)	0,004	1,96 (1,21 a 3,19)	0,007
	Trabalho remunerado		0,895		
	Sim	0,98 (0,68 a 1,40)		-	
Não	Referência		-		
2º Nível	Pais separados		0,050		0,471
	Sim	1,41 (1,00 a 1,98)		1,16 (0,78 a 1,71)	
	Não	Referência		Referência	
	Pratica religião		0,727		
	Sim	Referência		-	
	Não	1,07 (0,74 a 1,53)		-	
	Tem alguma doença importante		0,000		0,001
	Sim	2,49 (1,69 a 3,69)		2,19 (1,33 a 3,28)	
	Não	Referência		Referência	
	Faz ou fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico		0,000		0,001
	Sim	2,75 (1,85 a 4,09)		2,11 (1,34 a 3,30)	
	Não	Referência		Referência	
	Uso de psicofármaco		0,000		0,104
	Sim	3,78 (2,29 a 6,24)		1,67 (0,90 a 3,12)	
	Não	Referência		Referência	
	Internação por problema dos nervos		0,076		0,622
	Sim	2,13 (0,92 a 4,93)		0,78 (0,29 a 2,09)	
	Não	Referência		Referência	
	História familiar de transtorno mental		0,000		0,008
	Sim	1,87 (1,33 a 2,63)		1,70 (1,15 a 2,52)	
Não	Referência		Referência		
Bebeu álcool nos últimos três meses		0,301			
Sim	0,82 (0,57 a 1,19)		-		
Não	Referência		-		
Fumou tabaco nos últimos três meses		0,000		0,037	
Sim	1,90 (1,35 a 2,68)		1,54 (1,03 a 2,33)		
Não	Referência		Referência		
Usou drogas ilícitas nos últimos três meses		0,000		0,003	
Sim	2,62 (1,74 a 3,94)		2,09 (1,28 a 3,40)		
Não	Referência		Referência		

3.4 Discussão

O presente estudo expõe dados importantes a respeito do TAG na adolescência e início da vida adulta. Na apreciação crítica das informações obtidas por esta investigação cabe considerar que os processos de avaliação diagnóstica realizados ocorreram em único encontro e na residência do indivíduo. Ademais, o diagnóstico diferencial do desfecho estudado em relação a outros transtornos de ansiedade e de estados de ansiedade não patológica pode ter influenciado na prevalência elevada do TAG. Contudo, é importante salientar que os entrevistadores foram alunos de graduação do curso de Psicologia, devidamente treinados para realizar uma entrevista estruturada baseada nos critérios do DSM-IV e esta possui validação para o contexto nacional. Além disso, o rigor metodológico, o grande número de participantes (amostra maior do que a necessária para aferir a prevalência de TAG), bem como a forma de seleção da amostra, consistem em qualidades importantes que dão crédito aos resultados encontrados.

A prevalência de TAG nos últimos seis meses se mostra superior a encontrada na literatura, que oscila entre 0,8 a 7,3%, como apresentado no capítulo anterior. No Brasil, ocorreu estudo de base comunitária, com 1464 indivíduos com 18 anos de idade ou mais, que avaliou a presença de transtornos mentais através da entrevista *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). No referido estudo, a prevalência de TAG foi de 1,7% nos últimos 12 meses e 1,3% no último mês (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002). Os dois estudos de maior relevância sobre o tema apontam prevalências mais baixas do que a encontrada em Pelotas. Grant e colaboradores (2005), em estudo com amostra representativa de indivíduos de 18 ou mais anos de idade, observou 2,1% de prevalência de TAG no último ano e 4,1% durante a vida. Já em estudo multicêntrico realizado na Europa, a prevalência de TAG no último ano foi de 1,0%, enquanto que

para o período de vida esta foi de 2,8% (ESEMed/MHEDEA, 2000; Investigators, 2004). Em investigação que avaliou o TAG da mesma forma que o presente estudo, através da MINI, em uma amostra representativa de 800 indivíduos de Casablanca (Marrocos) com 15 anos de idade ou mais, a prevalência de TAG nos últimos seis meses foi de 4,3% (Kadri et al., 2007). Os dados mais semelhantes ao resultado encontrado se referem aos estudos realizados na Chile e Holanda. No Chile, em amostra nacional representativa de indivíduos de 15 anos ou mais (n=2978), com base nos critérios diagnósticos do DSM-III-R (APA, 1980), a prevalência de TAG ao longo da vida foi de 11,1% (Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Baker, & Torres, 2004; Vicente, Kohn, Rioseco, Saldivia, Levav & Torres, 2006). Já a prevalência de TAG nos últimos seis meses foi de 7,3% com base nos critérios do DSM III na Holanda, porém a amostra representativa (n= 3056) estudada tinha faixa etária entre 55 e 85 anos (Beekman, de Beurs, van Balkom, Deeg, van Dyck, & van Tilburg, 2000). Outro dado de população divergente da estudada se mostrou semelhante. Xavier et al. (2001), em estudo transversal realizado também numa cidade de médio porte do Rio Grande do Sul, com uma amostra representativa de idosos com mais de 80 anos, observou prevalência de 10,6% para o TAG.

Como descrito na literatura científica, o índice de comorbidade psiquiátrica do TAG se mostrou bastante elevado (Lieb et al., 2005), ocorrendo em mais de 70% dos casos. Em estudo realizado na Alemanha (Carter et al., 2001), 92,1% dos indivíduos que apresentavam TAG também foram diagnosticados com outro transtorno mental, sendo que 32,7% dos indivíduos apresentavam três ou mais comorbidades. No presente estudo, 22% dos jovens com TAG tinham outros três ou mais transtornos psiquiátricos. Ainda é bastante provável que estes números estejam subestimados pela ausência de

outros transtornos mentais na entrevista diagnóstica utilizada (transtornos relacionados a substâncias, por exemplo).

O episódio depressivo maior foi o transtorno mais comórbido ao TAG (44,7%). O episódio hipomaníaco ou maníaco (15,1%), assim como o transtorno distímico (13,3%), também apresentaram comorbidade expressiva. A agorafobia se mostrou como uma condição psiquiátrica de grande relevância na observação do TAG, sendo presente em 37,5% dos casos. A fobia social, bem como o transtorno obsessivo-compulsivo, foram observados em mais de 10% dos indivíduos com TAG. A comorbidade entre o TAG e transtornos depressivos é bastante descrita na literatura científica (de Graaf, Bijl, Spijker, Beekman & Vollebergh, 2003; Hettema, 2008) e grande parte das investigações epidemiológicas sobre comorbidades psiquiátricas indica que o TAG, assim como outros transtornos de ansiedade, precede o surgimento de transtornos depressivos (de Graaf, et al., 2003; Kessler, Nelson, McGonagle, Liu, Swartz & Blazer, 1996; Merikangas et al., 1996). O resultado de estudo longitudinal de 10 anos de duração que avaliou a incidência de TAG, fatores associados e suas comorbidades indicam que os fatores associados ao TAG têm associações mais fortes com outros transtornos de ansiedade do que com transtornos depressivos, avaliados através da CIDI. A mesma investigação ainda aponta que o clima familiar e os perfis de personalidade do TAG diferem significativamente dos outros transtornos de ansiedade e depressivos (Beesdo, Pine, Lieb, & Wittchen, 2010). Assim este estudo longitudinal apóia a hipótese do TAG como um transtorno heterogêneo, porém salienta a importância de mais estudos sobre o tema.

Com relação aos fatores associados ao TAG, esta investigação observou que as mulheres e indivíduos de baixo nível socioeconômico apresentaram o transtorno em maior proporção do que homens e indivíduos de alto nível socioeconômico,

respectivamente. Estas relações são evidenciadas pela literatura científica (Grant et al., 2005; Autonell et al., 2007; Lee et al., 2007; Lim et al., 2005). A observação de tal fenômeno entre jovens de 18 a 24 anos de idade pode indicar a influência do nível socioeconômico no surgimento do transtorno estudado. Contudo, a presente investigação trata de um estudo transversal, sendo limitada pelo viés de causalidade reversa em função de seu delineamento.

O consumo de tabaco e drogas ilícitas também esteve associado ao TAG. Isso serve de suporte à hipótese da automedicação, que afirma que alguns jovens têm determinadas ações comportamentais em relação ao consumo de drogas para aliviar sintomas emocionais, como a ansiedade (Robinson, Sareen, Cox, & Bolton, 2009). No presente estudo, apenas o consumo de álcool nos últimos três meses não esteve associado ao TAG, o que contradiz a hipótese levantada. Entretanto, a grande proporção de jovens que fizeram uso de álcool nos três meses anteriores à entrevista, os padrões culturais do consumo de álcool e a faixa etária de abrangência da investigação podem explicar tal ausência de associação significativa. Falk, Yi e Hilton (2008) relatam que o surgimento do TAG é quase cinco vezes mais provável de ocorrer depois do abuso de álcool do que depois do mesmo.

O histórico familiar de transtorno psiquiátrico também se apresentou como um fator associado ao desfecho em estudo, assim como o descrito pela literatura (Newman & Bland, 2006). Este parece estar mais relacionado com um possível ambiente estressor no qual o jovem vive do que vinculado à predisposição genética ao TAG. Tendo em vista a forma do questionamento ao jovem, é provável que a influência da percepção do jovem sobre seus familiares no momento de resposta e/ou do conhecimento do mesmo sobre características específicas destes familiares tenham maior peso no momento da resposta.

Outro dado relevante se refere à associação significativa do TAG com a participação em tratamento psiquiátrico ou psicológico. Isto indica que grande proporção dos indivíduos que apresentam TAG atualmente passou, ou está passando, por tratamento em saúde mental. Entretanto, torna questionável a efetividade de tais procedimentos. Cabe salientar que grande parte dos indivíduos com TAG apresentam alguma outra condição psiquiátrica e que apenas 50% dos indivíduos diagnosticados com TAG relatou tratamento específico para o transtorno (Grant et al., 2005)

Outros fatores que se apresentaram associados ao TAG necessitam de mais atenção em futuros estudos para verificar sua influência neste transtorno. Ter relatado uma doença importante apresentou associação significativa com TAG. Em dado semelhante, apresentar alguma doença crônica de saúde também foi fator associado à presença de TAG em estudo realizado em Israel (Muhsen et al., 2008). A condição da relação conjugal, apontada por parte da literatura científica como associada ao TAG (Grant et al., 2005; Lim et al., 2005), não se fez valer no presente estudo. Os jovens que moram com companheiro(a) não diferiram em proporção de TAG em relação aos jovens que não moram com companheiro(a).

Por fim, pode-se concluir que o TAG atinge uma proporção considerável de jovens entre 18 e 24 anos de idade, para a maioria destes indivíduos existe a comorbidade de transtornos mentais, principalmente transtornos depressivos e agorafobia. Para maximizar a eficácia e sensibilidade de avaliações em saúde mental destes jovens pode ser útil observar características simples como o sexo e condição socioeconômica, histórico familiar e individual de tratamentos anteriores, bem como o consumo de substâncias. Da mesma forma, políticas públicas de prevenção em saúde mental para crianças e adolescentes, principalmente com características semelhantes aos

fatores associados ao TAG encontrados, podem auxiliar na minimização dos prejuízos deste e de outros transtornos mentais na vida adulta jovem.

2.5 Referências

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>
- Amorim P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3),106-115.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 316–325.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, K.A. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 35(Suppl. 2), 4-11.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels, K. et. al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 11), 53–58.
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., van Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Beesdo, K., Pine, D.S., Lieb, R., Wittchen, H.U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H., Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depressive and Anxiety*, 13, 78–88.
- Dean, A.G., Dean, J.Á., Coulombier, D., Brendel, K.A., Smith, D.C., Burton, A.H., Dicker, R.C., Sullivan, K., Fagan, R.F., Arner, T.G. Epi-Info version 6.04d; A word processing database, and statistics program for epidemiology on

microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.

- de Graaf, R., Bijl, R.V., Spijker, J., Beekman, A. T. F, Vollebergh W. A. M.. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 1–11.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 1), 21– 27.
- Falk, D.E., Yi, H., Hilton, M.E. (2008). Age of Onset and Temporal Sequencing of Lifetime DSM-IV Alcohol Use Disorders Relative to Comorbid Mood and Anxiety Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 234–245.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D’Adamo, D., et al., (2004). The Sesto Fiorentino Study: Background, Methods and Preliminary Results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 216–225.
- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2043-2053.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B. et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability and DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Henrique, I.F.S., de Micheli, D., Lacerda, R.B., Lacerda, L.A., Formigoni, M.L.O.S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2),199-206.
- Hettema, J.M. (2008). The nosologic relationship between generalized anxiety disorder and major depression. *Depression and Anxiety*, 25, 300–316.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 72-90.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, M., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1–15.

- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S., Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of General Psychiatry, 10*, 1-6.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 168* (suppl. 30), 17–30.
- Lee, S., Tsang, A., Chui, H., Kwok, K., Cheung, E. A. (2007). Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community mental health journal, 43*(4), 305-319.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. European Neuropsychopharmacology, 15*, 445–452.
- Lim, L., Ng, T. P., Chua, H. C., Chiam, P. C., Won, V., Lee, T., et al. (2005). Generalised anxiety disorder in Singapore: prevalence, co-morbidity and risk factors in a multi-ethnic population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 972–979.
- Maier, W., Gaensicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective, a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 29-36.
- Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H. et al. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry, 168*(suppl. 30), 58–67.
- Muhsen, K., Lipsitz, J., Garty-Sandalon, N., Gross, R., Green, M. S. (2008). Correlates of generalized anxiety disorder: independent of co-morbidity with depression. findings from the first israeli national health interview survey (2003–2004). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 898–904.
- Newman, S.C. & Bland, R. C. (2006). A population-based family study of DSM-III generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine, 36*, 1275-1281.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(1), 38-45.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: a 40 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*, 372-379.

SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 10.0.1,1999.

Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1362–1370.

Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Baker, C., Torres, S. (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299-305.

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Trentini, C. M., Argimon, I., Bertollucci, P.H., Poyares, D., et. al. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 35(3), 294-302.

Weiller, E., Bisserbe, J. C., Maier, W., & Lecrubier, Y. (1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *Br J Psychiatry*, 173(34), 18–23.

World Health Organization. (1992) *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Geneva.

3. Capítulo 3: Transtorno de Ansiedade Generalizada: impacto na qualidade de vida de jovens entre 18 e 24 anos.

3.1 Introdução

Estudos epidemiológicos em saúde mental ressaltam os transtornos de humor e de ansiedade como os mais prevalentes (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, Walters, 2005). Dentre estes, o TAG (Transtorno Ansiedade Generalizada) tem apresentado substancial impacto na sociedade por ser considerado um dos transtornos mais prevalentes, bem como por ser constantemente negligenciado (Grant et. al., 2005). A presença de comorbidades psiquiátricas certamente é um dos motivos pelos quais o TAG é pouco identificado no serviço de assistência em saúde mental. A grande maioria dos indivíduos que apresentam o TAG também preenche critérios para algum outro transtorno mental, especialmente, os transtornos depressivos e outros transtornos de ansiedade (Lieb, Becker, & Altamura, 2005). Indivíduos que apresentam dois ou mais transtornos psiquiátricos possuem maior severidade de sintomas além de pior prognóstico para o tratamento (Karlsson et al., 2008). Lee, Tsang, Chui, Kwok e Cheung (2009) observaram que as comorbidades psiquiátricas causam maiores prejuízos do que doenças físicas, como diabetes e asma, sendo que o TAG aparece entre os três transtornos que mais trazem prejuízos à saúde.

Atualmente, a qualidade de vida tem sido um constructo bastante utilizado em pesquisas científicas para avaliar a funcionalidade de indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (National Institute of Mental Health, 1998). O TAG está associado com substancial comprometimento de funções sociais e profissionais (Henning, Turk, Mennin, Fresco & Heimberg, 2007). Em idosos, os indivíduos com TAG apresentam maior prejuízo funcional e pior qualidade de vida mesmo quando não há comorbidade psiquiátrica (Porensky et al., 2009). A severidade dos sintomas do TAG está associada

significativamente com escores mais baixos de bem-estar psicológico, funcionamento físico, desempenho de atividades diárias e qualidade de vida (Revicki, Brandenburg, Matza, Hornbrook, & Feeny, 2008).

Apesar do crescente interesse científico em dimensionar o impacto da qualidade de vida nos transtornos mentais, existem poucos estudos que relacionam a qualidade de vida com o TAG levando em consideração a presença de comorbidades psiquiátricas. Estudos sugerem que a comorbidade com transtornos depressivos tem um prejuízo significativamente maior em relação à manifestação de TAG puro (Bourland et al., 2000), enquanto a comorbidade do TAG com algum outro transtorno de ansiedade não afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo mais do que algum transtorno de ansiedade puro (Barrera & Norton, 2009; Norberg, Calamari, Cohen, & Reiman, 2008; Norberg, Diefenbach, & Tolin, 2008).

A maior parte das investigações que relacionam a qualidade de vida com transtornos mentais se vale de amostras clínicas, tornando limitada a capacidade de generalização de seus achados. Ademais, os estudos empíricos mais relevantes que relacionam a qualidade de vida especificamente com o TAG foram realizados com idosos. Desta forma, o presente estudo tem como objetivos: 1) comparar os níveis de qualidade de vida entre jovens com TAG, com outros transtornos mentais e sem transtornos mentais; 2) avaliar o impacto das comorbidades psiquiátricas que ocorrem no TAG na qualidade de vida destes jovens; e 3) verificar possíveis diferenças entre indivíduos que apresentam o TAG com comorbidade de transtornos de humor e jovens diagnosticados com TAG e outros transtornos ansiosos.

3.2 Método

O presente estudo possui delineamento transversal de base populacional e contou com a participação de jovens de 18 a 24 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil). A seleção amostral foi realizada por conglomerados e a aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada no período de novembro de 2007 a junho de 2009.

Para se estimar o número de participantes necessários para realização desta pesquisa considerou-se a população de 39.667 jovens e a divisão censitária atual de 448 setores na cidade de Pelotas (IBGE, 2008). Através do programa Epi-Info 6.04d. (Dean et al., 1994), o cálculo amostral foi realizado com nível de confiança de 95% e erro de 1% e hipótese de prevalência de 4% para TAG (Grant et. al., 2005) resultando em 1390 indivíduos. A este número foi acrescido 20% para controle de fatores de confusão, perdas e recusas. Assim, a amostra necessária para aferição da prevalência de TAG, no referido universo de jovens entre 18 e 24 anos, da cidade de Pelotas (RS) foi de 1668 indivíduos.

Visando atingir a representatividade da amostra, 79 setores censitários foram selecionados aleatoriamente. A seleção dos domicílios nos setores sorteados foi realizada segundo uma amostragem sistemática, sendo o primeiro domicílio a residência da esquina pré-estabelecida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) como início do setor e o intervalo de seleção foram determinados por um pulo de dois domicílios entre os sorteados.

Após a identificação dos jovens nas residências sorteadas, alunos do Centro de ciência da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), dos cursos de graduação em Medicina ou Psicologia, devidamente treinados, explicaram os objetivos

do estudo. Os jovens que consentiram em participar do estudo, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, responderam ao instrumento de pesquisa. Neste constava um questionário que coletou dados sócio-demográficos, uso de substâncias psicoativas, comportamentos de saúde, qualidade de vida, bem como uma entrevista estruturada para identificação de transtornos do eixo I do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002).

A presença ou ausência de transtornos psiquiátricos foi aferida através da entrevista estruturada *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* (MINI) (Amorim, 2000), a qual consiste em uma entrevista de curta duração com a finalidade de classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes. Neste artigo estão presentes os dados referentes aos diagnósticos de: episódio depressivo maior atual, episódio maníaco atual, episódio hipomaníaco atual, transtorno distímico atual, transtorno de pânico atual, agorafobia atual, fobia social atual, transtorno obsessivo compulsivo atual, transtorno de estresse pós-traumático atual, transtorno de ansiedade generalizada atual e transtorno de personalidade anti-social.

Embora não exista consenso no que diz respeito à forma mais adequada de avaliação da qualidade de vida, há uma tendência da literatura científica em considerar mais importantes as experiências subjetivas do indivíduo do que fatores objetivos (Mendlowicz & Stein, 2000). Portanto, optou-se por avaliar a qualidade de vida pela SF-36 (Medical Outcomes Survey Short-form General Health Survey), escala que consiste em 36 itens que abordam limitações na vida diária devido a problemas de saúde, dando uma estimativa subjetiva do estado funcional do indivíduo (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999). A SF-36 resulta em uma classificação de oito domínios: capacidade funcional, aspecto físico, dor, vitalidade, aspecto social,

aspecto emocional, saúde mental e estado geral de saúde. Em cada domínio os escores variam de 0 (pior qualidade de vida) a 100 (melhor qualidade de vida). Os coeficientes de confiabilidade para os oito domínios da SF-36 oscilaram de 0,77 a 0,94, com um valor médio de 0,82 e a validade variou entre 0,51 e 0,85. O quadro abaixo ilustra o que cada domínio do instrumento se propõe a avaliar.

Quadro 3.1 - Constructos avaliados pelo Medical Outcomes Survey Short-form General Health Survey short form (SF-36).

Domínios	Representação do domínio
Capacidade Funcional	Grau de limitação nas atividades físicas.
Aspecto Físico	Problemas relacionados ao trabalho ou atividades diárias.
Dor	Intensidade da dor e sua extensão em atividades normais.
Estado Geral de Saúde	Avaliação pessoal da saúde.
Vitalidade	Nível de energia e grau de fadiga.
Funcionamento Social	Extensão e frequência de problemas de saúde que interferem em atividades sociais.
Aspecto Emocional	Problemas emocionais relacionados com trabalho e atividades diárias.
Saúde Mental	Avaliação do humor.

Após a aplicação e codificação dos instrumentos, a digitação dos dados foi realizada no programa Epi-Info 6.04d. Através da dupla entrada dos dados, checagem automática no momento da digitação e verificação das inconsistências da digitação por meio da comparação das duas entradas de dados, buscou-se maior fidelidade às informações coletadas. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS 10.0 (SPSS Inc, 1999).

A análise inicial teve como objetivo caracterizar os participantes, bem como obter frequências dos oito domínios de qualidade de vida visando avaliar a distribuição dos dados. Um total de 1621 jovens, entre 18 e 24 anos, consentiu participar do estudo e outros 202 indivíduos não aceitaram participar do mesmo, totalizando um percentual de perdas de 11,1%. Ademais, um questionário sobre qualidade de vida foi anulado em função de respostas deixadas em branco e em outros 60 casos os jovens não realizaram a entrevista diagnóstica por completo, sendo estes excluídos da análise bivariada dos dados. Do total de participantes, 55,8% são do sexo feminino, a média de idade foi de

20,5 anos (2,1 d.p.), 73,6% relataram ter a cor da pele branca. Com relação à escolaridade, 41% relataram ter entre 9 e 11 anos de estudo assim grande parte indicou ser da classe socioeconômica C (48,1%). A maioria dos jovens relatou ser de cor branca (73,6%), não morar com companheiro(a) (71,9%) e não praticar alguma religião (67,7%).

Após a análise exploratória dos dados referentes aos domínios de qualidade de vida, as distribuições de todos os domínios se apresentaram assimétricas negativas e apresentaram indícios de não normalidade. O teste de Kolmogorov-Smirnov indicou o mesmo, como ilustra o Quadro 2.

Quadro 3.2 – Distribuição dos oito domínios de qualidade de vida dos jovens entre 18 a 24 da cidade de Pelotas (RS).

Domínios da qualidade de vida	Mediana (intervalo interquartílico [Q1 a Q3])	Teste Kolmogorov-Smirnov	
		z	p-valor
Capacidade Funcional	100 (90 a 100)	11,20	< 0,0001
Aspecto Físico	100 (75 a 100)	16,89	< 0,0001
Estado Geral de Saúde	82 (67 a 92)	5,90	< 0,0001
Vitalidade	65 (50 a 75)	5,13	< 0,0001
Aspecto Emocional	100 (66,66 a 100)	16,07	< 0,0001
Saúde Mental	80 (64 a 88)	5,87	< 0,0001
Funcionamento Social	100 (75 a 100)	12,06	< 0,0001
Dor	74 (62 a 100)	6,92	< 0,0001

Para atingir os objetivos propostos pelo presente manuscrito, os oito domínios de qualidade de vida são comparados entre grupos de jovens de acordo com a avaliação diagnóstica:

- 1) grupo a = indivíduos com TAG; grupo b = indivíduos com outro(s) transtorno(s) mental(is); e grupo c = indivíduos sem transtorno mental atual identificado;
- 2) grupo a = indivíduos sem transtorno mental atual identificado; grupo b = indivíduos com TAG puro; grupo c = indivíduos com TAG e outro(s) transtorno(s) mental(is); grupo d = indivíduos que apresentam um transtorno mental atual identificado que não

TAG; e grupo e = indivíduos que apresentam dois ou mais transtornos mentais atual identificado que não TAG.

3) grupo a = indivíduos com TAG e episódio depressivo maior atual e grupo b = indivíduos com TAG e outro(s) transtorno de ansiedade.

Nas três situações descritas acima existe grande diferença no tamanho de cada um dos grupos analisados. Além disso, foram encontrados indicativos de heterogeneidade entre as variâncias pelo teste Levene. Desta forma, justifica-se a utilização de uma análise de variância não paramétrica, o teste Kruskal-Wallis. Para fazer as comparações múltiplas para localizar as diferenças significativas foi selecionado o teste de Mann Whitney com a correção de Bonferroni para assegurar que a probabilidade de ocorrência do erro do tipo I não ultrapasse o nível de significância adotado (0,05) (Siegel & Castellan, 2006).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com o protocolo 2006/96 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os participantes que apresentaram algum dos transtornos aferidos na entrevista padronizada breve (MINI) e/ou abuso de substâncias, receberam encaminhamento para atendimento no ambulatório de psiquiatria do Campus Saúde da UCPel.

3.3 Resultados

Nas avaliações diagnósticas realizadas a maioria dos jovens não apresentou nenhum transtorno psiquiátrico atual (72,5%; n = 1131), 9,7% (n = 152) indivíduos apresentaram TAG, enquanto que 17,8% foram diagnosticados com outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s) (TP[s]) atual que não TAG (n = 278). Quarenta e três jovens apresentaram TAG puro (2,8%), enquanto 109 (7,0%) apresentam TAG e outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s) atual. Foram diagnosticados com um único transtorno psiquiátrico que não TAG 170 participantes (10,9%), enquanto 108 (6,9%) jovens apresentaram comorbidade(s) psiquiátrica(s) que não envolvem o TAG.

O teste Kruskal-Wallis indicou diferença estatisticamente significativa entre os jovens sem transtorno psiquiátrico identificado, grupo diagnosticado com TAG e aqueles diagnosticados com um ou mais transtornos psiquiátricos atual que não TAG nos oito domínios de qualidade de vida (Tabela 3.1). Para avaliar as diferenças das variâncias entre os três grupos foi utilizado o teste Mann-Whitney U realizando-se comparações de dois em dois grupos. No que tange às diferenças entre o grupo de jovens sem transtorno mental identificado e o grupo de participantes diagnosticados com TAG, os indivíduos que não preencheram critérios diagnósticos para nenhum dos transtornos avaliados apresentaram escores de qualidade de vida significativamente superiores em todos os domínios. O mesmo foi evidenciado na relação entre os jovens sem transtorno mental identificado e aqueles com outro(s) diagnóstico(s) diferentes de TAG. Ainda conforme a Tabela 3.1 ocorreu diferenças estatisticamente significativas entre os escores do grupo diagnosticado com TAG e dos jovens diagnosticados com qualquer outro transtorno psiquiátrico que não o TAG em dois domínios. Nos domínios Dor e Vitalidade o posto médio dos indivíduos com TAG foi significativamente maior do que nos indivíduos com outro transtorno(s) psiquiátrico(s) (TP[s]).

Tabela 3.1 – Teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U apresentando a relação entre os domínios de qualidade de vida em jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas (RS) sem transtorno psiquiátrico identificado, diagnosticados com TAG e com outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s).

Domínios da Qualidade de vida	Mediana de qualidade de vida (intervalo interquartilico)									p-valor*****
	Sem TP (n= 1131)	Mann-Whitney**		TAG (n= 152)	Mann-Whitney ***		Outro(s) TP(s) (n= 278)	Mann-Whitney ****		
		z	p*		z	p*		z	p*	
Capacidade Funcional	100 (95 a 100)	-6,96	0,000	95 (80 a 100)	-0,62	0,523	95 (83,75 a 100)	-8,96	0,000	0,000
Aspecto Físico	100 (100 a 100)	-6,43	0,000	100 (50 a 100)	-0,28	0,782	100 (50 a 100)	-7,98	0,000	0,000
Dor	84 (62 a 100)	-8,94	0,000	67 (52 a 87)	-2,23	0,026	62 (51 a 84)	-8,94	0,000	0,000
Estado Geral de Saúde	87 (72 a 92)	-8,08	0,000	45 (30 a 55)	-1,65	0,098	72 (52 a 87)	-8,01	0,000	0,000
Vitalidade	70 (55 a 75)	-13,04	0,000	66,67 (0 a 100)	-2,90	0,004	50 (35 a 65)	-12,36	0,000	0,000
Funcionamento Social	100 (87,5 a 100)	-11,72	0,000	52 (32 a 68)	-1,22	0,221	62,5 (50 a 87,5)	-12,41	0,000	0,000
Aspecto Emocional	100 (100 a 100)	-10,71	0,000	62,5 (50 a 87,5)	-0,67	0,500	66,67 (0 a 100)	-13,03	0,000	0,000
Saúde Mental	84 (72 a 92)	-15,67	0,000	61 (51 a 74)	-4,06	0,000	60 (40 a 76)	-14,87	0,000	0,000

* nível de significância com correção de Bonferroni $p < 0,016$

** teste Mann-Whitney comparando o grupo de jovens sem transtorno psiquiátrico com os jovens com TAG.

*** teste Mann-Whitney comparando o grupo de jovens com TAG com os jovens com outro(s) TP(s) que não TAG.

**** teste Mann-Whitney comparando o grupo de jovens sem transtorno psiquiátrico com os jovens com outro(s) TP(s) que não TAG.

***** teste Kruskal-Wallis comparando os três grupos com nível de significância $p < 0,050$

Tabela 3.2 – Teste Kruskal-Wallis apresentando a relação entre os domínios de qualidade de vida em jovens sem transtorno psiquiátrico identificado, diagnosticados com TAG puro, TAG e outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), com um transtorno psiquiátrico que não TAG e outro transtorno psiquiátrico que não TAG com comorbidade(s) através do teste Kruskal-Wallis.

Domínios da Qualidade de vida	Mediana da qualidade de vida (intervalo interquartilico)					p-valor
	Sem TP (n = 1131)	TAG pura (n = 43)	TAG comorbidade(s) (n= 109)	e Outro TP (n= 170)	Outras comorbidades (n= 108)	
Capacidade Funcional	100 (95 a 100)	100 (90 a 100)	90 (75 a 95)	95 (85 a 100)	90 (75 a 95)	0,000
Aspecto Físico	100 (100 a 100)	100 (75 a 100)	75 (25 a 100)	100 (75 a 100)	75 (25 a 100)	0,000
Dor	84 (62 a 100)	62 (61 a 100)	52 (51 a 72)	72 (52 a 84)	62 (51 a 74)	0,000
Estado Geral de Saúde	87 (72 a 92)	82 (67 a 92)	62 (47 a 67)	75 (61,5 a 87,75)	67 (41,25 a 87)	0,000
Vitalidade	100 (55 a 75)	50 (40 a 65)	40 (25 a 55)	55 (35 a 65)	45 (30 a 60)	0,000
Funcionamento Social	100 (87,5 a 100)	75 (62,5 a 100)	62,5 (37,5 a 87,5)	87,5 (50 a 100)	62,5 (37,5 a 87,5)	0,000
Apesto Emocional	100 (100 a 100)	100 (33,33 a 100)	33,33 (0 a 100)	83,33 (33,33 a 100)	33,33 (0 a 100)	0,000
Saúde Mental	84 (72 a 92)	64 (52 a 72)	44 (28 a 60)	68 (48 a 80)	50 (32 a 68)	0,000

A Tabela 3.2 expõe diferenças significativas dos oito domínios da qualidade de vida entre os cinco grupos. Já a Tabela 3.3 pretende localizar as diferenças entre os grupos. Nesta, fica evidenciado que o grupo que não apresentou nenhum transtorno psiquiátrico obteve escores de qualidade de vida significativamente superiores ao grupo de jovens diagnosticados com TAG e outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), aos participantes com um transtorno psiquiátrico que não TAG, bem como em relação a outro transtorno psiquiátrico que não TAG com comorbidade(s). Nos domínios Vitalidade, Funcionamento social, Aspecto emocional e Saúde mental as diferenças entre o grupo sem transtornos psiquiátricos e os indivíduos com TAG puro foram estatisticamente significativas indicando um escore inferior aos indivíduos com transtorno em questão. No domínio Dor, observa-se uma tendência neste sentido, contudo, o valor de p encontra-se no limite de não significância.

Segundo os dados da amostra, não houve diferença dos escores de qualidade de vida nos oito domínios entre o TAG puro e a singularidade de qualquer outro transtorno mental dentre os afetados. Da mesma maneira, não foram identificadas diferenças significativas entre o grupo que apresentou TAG com presença de uma ou mais comorbidades psiquiátricas e aqueles que preencheram critérios para duas ou mais comorbidades psiquiátricas que não envolvem o TAG.

Diferenças significativas nos escores de qualidade de vida entre os grupos de TAG puro e TAG com comorbidade foram observadas nos domínios Capacidade funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Funcionamento social e Saúde mental; sendo que os maiores escores foram obtidos pelo grupo com TAG puro. Já os domínios Aspecto físico e Aspecto emocional apresentaram diferenças próximas a significância, porém, não significativas. No que se refere às diferenças entre os grupos de jovens com TAG puro e com outro transtorno psiquiátrico que não TAG com

comorbidade(s) foi verificado que o TAG puro apresentou escores de qualidade de vida significativamente menores do que o grupo com comorbidades que não envolveu o TAG em seis domínios. Apenas nos domínios Dor e Vitalidade tais diferenças não foram significativas.

Nos oito domínios da qualidade de vida os indivíduos com TAG e comorbidades apresentaram escores mais baixos significativamente do que jovens que apresentaram um transtorno psiquiátrico que não TAG. O grupo de jovens que apresentaram um transtorno psiquiátrico que não inclui o TAG obteve escores significativamente superiores ao grupo que preencheu critérios para dois ou mais transtornos psiquiátricos sem incluir o TAG nos oito domínios de qualidade de vida.

Dentre os indivíduos que apresentaram TAG, não foram observadas diferenças significativas entre o grupo de jovens que foram diagnosticados com outros transtornos ansiosos e aqueles diagnosticados com algum outro transtorno de humor. Porém, cabe salientar que nos domínios Vitalidade e Saúde Mental os valores de p observados foram próximos ao nível de significância exigido (Tabela 3.4).

Tabela 3.3 – Diferenças dos domínios de qualidade de vida entre jovens sem transtorno psiquiátrico identificado, diagnosticados com TAG puro, TAG e outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), com um transtorno psiquiátrico que não TAG e outro transtorno psiquiátrico que não TAG com comorbidade(s) através do teste Mann-Whitney U.

	Capacidade Funcional		Aspecto Físico		Dor		Estado Geral de Saúde		Vitalidade		Funcionamento Social		Aspecto Emocional		Saúde Mental	
	z	p*	z	p*	z	p*	z	p*	z	p*	Z	p*	z	p*	z	p*
Sem TP X TAG pura	-0,41	0,671	-0,95	0,345	-2,80	0,005	-0,45	0,652	-5,43	0,000	-4,16	0,000	-3,81	0,000	-6,57	0,000
Sem TP X TAG + comorbidade	-8,11	0,000	-7,17	0,000	-9,04	0,000	-9,43	0,000	-12,35	0,000	-	0,000	-	0,000	-	0,000
Sem TP X outro TP	-4,17	0,000	-3,43	0,001	-5,75	0,000	-5,05	0,000	-8,44	0,000	11,65	0,000	10,72	0,000	14,82	0,000
Sem TP X outras comorbidades	-8,74	0,000	-9,54	0,000	-7,68	0,000	-7,21	0,000	-10,30	0,000	-	0,000	-	0,000	-	0,000
TAG pura X TAG + comorbidade(s)	-3,84	0,000	-2,45	0,014	-2,95	0,003	-4,75	0,000	-3,40	0,001	11,65	0,002	12,56	0,018	12,92	0,000
TAG pura X outro TP	-1,53	0,126	-0,59	0,557	-0,02	0,984	-1,99	0,046	-0,28	0,779	-0,14	0,886	-0,32	0,753	-0,89	0,375
TAG pura X outras comorbidades	-4,15	0,000	-3,40	0,001	-1,90	0,057	-3,62	0,000	-1,92	0,055	-3,47	0,001	-3,11	0,002	-3,20	0,001
TAG com comorbidade X outro TP	-3,73	0,000	-3,25	0,001	-4,18	0,000	-4,73	0,000	-4,73	0,000	-4,16	0,000	-3,23	0,001	-7,11	0,000
TAG com comorbidade X outras comorbidades	-2,73	0,785	-1,45	0,148	-1,00	0,316	-1,13	0,258	-1,79	0,073	-0,71	0,481	-0,89	0,372	-1,68	0,093
Outro TP X outras comorbidades	-4,15	0,000	-4,92	0,000	-2,94	0,003	-2,97	0,003	-2,87	0,004	-4,51	0,000	-4,39	0,000	-5,22	0,000

* nível de significância com correção de Bonferroni $p < 0,005$

Tabela 3.4 - Relação entre os domínios de qualidade de vida em jovens diagnosticados com TAG com presença de transtorno(s) de humor e TAG com presença de outro transtorno(s) ansioso(s) através do teste Mann-Whitney U.

Domínios da Qualidade de vida	Mediana da qualidade de vida (intervalo interquartilico)		z	p-valor
	TAG + T.H (n=31)	TAG + T.A. (n=27)		
Capacidade Funcional	85 (75 a 95)	95 (80 a 100)	-1,37	0,171
Aspecto Físico	100 (75 a 100)	100 (50 a 100)	-0,69	0,489
Dor	61 (51 a 84)	61 (51 a 72)	-0,56	0,576
Estado Geral de Saúde	67 (52 a 77)	67 (52 a 77)	-0,06	0,956
Vitalidade	35 (20 a 50)	45 (30 a 55)	-1,96	0,050
Funcionamento Social	75 (50 a 100)	75 (50 a 75)	-0,67	0,500
Aspecto Emocional	66,67 (0 a 100)	100 (0 a 100)	-0,89	0,376
Saúde Mental	52 (36 a 60)	60 (48 a 68)	-1,86	0,064

3.4 Discussão

O presente estudo atingiu os objetivos de comparar os níveis de qualidade de vida entre jovens entre 18 a 24 anos da cidade de Pelotas (RS) com TAG, jovens com outros transtornos mentais e sem transtornos mentais; avaliar o impacto das comorbidades psiquiátricas que ocorrem no TAG na qualidade de vida destes jovens; e verificar possíveis diferenças entre indivíduos que apresentam o TAG com comorbidade de transtornos de humor e jovens diagnosticados com TAG e outro(s) transtorno(s) ansioso(s). Cabe salientar que, em função da não normalidade do domínios da qualidade de vida, não foi possível o controle estatístico de variáveis que podem influenciar na associação entre o TAG e qualidade de vida, como o sexo e nível socioeconômico.

No que se refere à primeira meta, os dados indicam que a presença de TAG tem impacto significativo na qualidade de vida de jovens entre 18 e 24 anos, uma vez que os escores dos oito domínios deste constructo se apresentaram significativamente inferiores na comparação com indivíduos sem transtornos psiquiátricos. Além disso, os jovens com TAG apresentaram escores que não diferem de indivíduos com outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s), que não TAG, em seis domínios da qualidade de vida. A distribuição dos escores de qualidade de vida foi significativamente superior nos jovens com TAG nos domínios Vitalidade e Saúde Mental. Tal dado sugere que os jovens com TAG possuem uma percepção melhor de seu nível de energia ou grau de fadiga, bem como avaliam aspectos de seu humor de maneira mais positiva do que indivíduos com os outros transtornos psiquiátricos investigados. A predominância da ocorrência de transtornos do humor no grupo de jovens com transtorno(s) psiquiátrico(s) que não inclui o TAG pode explicar estas diferenças.

Quando analisado apenas em sua manifestação singular, o TAG não se diferenciou significativamente da população sem transtorno psiquiátrico identificado nos domínios Capacidade funcional, Aspecto físico e Estado Geral de Saúde. O domínio Dor encontra-se em uma posição limítrofe. Estes domínios se referem, principalmente, às variáveis físicas do constructo avaliado, qualidade de vida. Tais resultados podem ocorrer em função da faixa etária do estudo.

No estudo de Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery e Kessler (2000), todos os oito domínios da escala SF-36 foram significativamente inferiores no grupo de indivíduos com TAG puro em comparação com indivíduos sem transtorno psiquiátrico identificado. Porém, a versão do instrumento utilizada permite a divisão dos escores de qualidade de vida em dois fatores bastante abrangentes, o fator físico e o fator emocional. Ao realizar as análises de dados levando em consideração tal divisão, os escores da qualidade de vida relativos ao fator físico, que compreendem principalmente os domínios capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, foram similares entre TAG puro, episódio depressivo maior puro e indivíduos sem transtorno psiquiátrico identificado. A mesma publicação ressalta que os prejuízos significativos na qualidade de vida dos indivíduos com TAG em relação aos sujeitos sem transtornos mentais identificados ocorrem no fator emocional, que compreende os domínios vitalidade, funcionamento social, aspecto emocional e saúde mental. Ainda no referido estudo, a amostra de indivíduos com TAG puro obteve escores de qualidade de vida significativamente inferiores os escores do grupo com episódio depressivo maior puro nos domínios estado geral de saúde, saúde mental, aspecto emocional e vitalidade.

Mesmo assim, o TAG puro esteve associado aos piores níveis de qualidade de vida nos domínios Vitalidade, Funcionamento social, Aspecto emocional e Saúde Mental evidenciando os prejuízos de tal transtorno na extensão e frequência da

interferência de seus problemas de saúde em suas atividades sociais, no manejo emocional de problemas do cotidiano, sua energia ao desempenhar tais atividades e, até mesmo na auto-avaliação de seu estado de humor.

Desta forma, pode-se concluir que o TAG apresenta um impacto tão significativo à qualidade de vida quanto qualquer outro transtorno. Esta conclusão ainda pode ser sustentada pela ausência de diferenças significativas na comparação dos indivíduos com TAG puro e com um transtorno psiquiátrico que não TAG e na comparação do grupo com TAG e comorbidades e jovens com comorbidades psiquiátricas que não incluíam o TAG.

Com relação ao segundo objetivo proposto pelo estudo, apesar da comparação entre TAG puro com indivíduos com TAG e outro(s) transtornos psiquiátrico(s) não apresentar diferença estatisticamente significativa nos domínios Aspecto físico e Aspecto emocional, a proximidade com o nível de significância nos dois domínios e as diferenças significativas nos outros seis apontam para um prejuízo da qualidade de vida, quando o TAG ocorre com comorbidade psiquiátrica. Por mais evidente e congruente com a prática clínica que este resultado possa parecer, o mesmo não é totalmente respaldado pela literatura científica. Olatunji, Cisler e Tolin (2007) realizaram uma revisão metanalítica da literatura com o objetivo de descrever quantitativamente o impacto dos transtornos ansiosos na qualidade de vida. No referido artigo, não houve diferença significativa na comparação dos níveis de qualidade de vida de um grupo de indivíduos com TAG e comorbidade psiquiátrica do grupo (oriundos de dois estudos) do grupo de indivíduos avaliados com TAG sem outra comorbidade identificada (amostra de quatro estudos). Outros dados do presente estudo relativos às comparações do grupo com TAG puro e outros transtornos psiquiátricos que não incluem o TAG, bem como do grupo com um transtorno psiquiátrico que não o TAG e outros transtornos

psiquiátricos que não incluem o TAG ainda apóiam a hipótese de que a presença de um transtorno traz prejuízos menos substanciais do que quadros de comorbidade psiquiátrica.

Ao verificar o impacto na qualidade de vida entre indivíduos que apresentam o TAG com comorbidade de transtornos de humor e jovens diagnosticados com TAG e outro(s) transtorno(s) ansioso(s) não foram observadas diferenças significativas. Este dado não é semelhante aos resultados de estudos anteriores. Norberg et al. (2008) revelam em estudo empírico a ausência de diferenças significativas nos escores de qualidade de vida entre indivíduos com um dos transtornos de ansiedade de indivíduos com dois ou mais transtornos de ansiedade. Barrera e Norton (2009) relatam que a comorbidade com transtornos depressivos de indivíduos com TAG, fobia social ou transtorno do pânico apresentam impacto mais negativo na qualidade de vida em relação à comorbidade de um destes três transtornos de ansiedade e outro transtorno de ansiedade. Tal conclusão também foi obtida em investigações com populações diagnosticadas com transtorno obsessivo-compulsivo e fobia social (Norberg et al., 2008; Eng, Coles, Heimberg, & Safren, 2005). Na amostra de jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas estas diferenças na qualidade de vida entre os indivíduos com TAG e comorbidades com transtornos de ansiedade e comorbidades com transtorno do humor não atingiram os níveis de significância. A faixa etária novamente pode ter influenciado o resultado, bem como o baixo número de indivíduos em cada um dos grupos analisados. Porém, é importante ressaltar que esta pode ser uma diferença do TAG. Portanto, em tais quadros as comorbidades psiquiátricas avaliadas afetam substancialmente a qualidade de vida dos jovens de forma semelhante.

3.5 Referências

- American Psychiatric Association, K.A. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Amorim P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Barrera, T.L. & Norton, P.J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1086–1090.
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Synder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., et al. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, 4, 315–323.
- Ciconelli, R., Ferraz, M., Santos, W., Meinão, I., Quaresma, M. (1999) Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Dean, A.G., Dean, J.Á., Coulombier, D., Brendel, K.A., Smith, D.C., Burton, A.H., Dicker, R.C., Sullivan, K., Fagan, R.F., Arner, T.G. Epi-Info version 6.04d; A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143–156
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B. et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability and DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 342–349.
- Karlsson, L., Kiviruusu, O., Miettunen, J., Heilä, H., Holi, M., Ruuttu, T. et al., (2008). One-year course and predictors of outcome of adolescent depression: a case-control study in Finland. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (5), 844-853.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Lee, S., Tsang, A., Chui, H., Kwok, K., Cheung, E. A. (2007). Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community mental health journal*, 43(4), 305-319.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. European Neuropsychopharmacology*, 15, 445–452.
- National Institute of Mental Health. (1998). Bridging science and service: a report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup.
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., Reiman, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25, 248–259.
- Norberg, M. M., Diefenbach, G. J., Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1516–1522.
- Mendlowicz, M. V. & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669–682.
- Olatunji, B.O., Cisler, J. M., Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572–581.
- Porensky, E.K., Dew, M.A., Karp, J.F., Skidmore, E., Rollman, B.L., Shear, M.K. et. al. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (6), 473-482.
- Revicki, D.A., Brandenburg, N., Matza, L., Hornbrook, M.C., Feeny, D. (2008). Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Quality of Life Research*, 17(10), 1285-1294.
- Siegel, S., Castellan, N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.
- SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 10.0.1,1999.
- Wittchen, H.U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life and pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319-328.

4. Capítulo 4: Considerações finais

Como observado nos primeiros capítulos da presente tese, o transtorno de ansiedade generalizada atinge, de fato, uma parcela considerável da população geral. Cerca de 10% dos adultos jovens de uma cidade de médio porte do extremo sul do Brasil preencheram os critérios para tal diagnóstico. Jovens do sexo feminino, de baixo nível socioeconômico, com histórico familiar e individual de tratamentos psiquiátricos ou psicológicos anteriores e que possuem comportamentos patógenos, como consumo de substâncias, são acometidos pelo diagnóstico em questão em maior proporção. Desta forma, a população adolescente e jovem que possui tais características deve ser alvo de estratégias de prevenção para esta e outras condições de prejuízo a saúde mental.

O capítulo 3 aponta que, mesmo na população entre 18 e 24 anos, os prejuízos do TAG na qualidade de vida e, por consequência, na funcionalidade do indivíduo, foram evidenciados na presença de comorbidade psiquiátrica e também nos casos de TAG puro. A distribuição de tais comorbidades psiquiátricas na presença do TAG foi avaliada e descrita no segundo capítulo, advertindo sobre a relação do referido transtorno, principalmente, com transtornos de humor, agorafobia, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo.

Após a exposição dos achados acima descritos, é importante a reflexão em busca da síntese de tais informações com o contexto atual da ciência e da prática em saúde mental. Para tal, é importante a análise das limitações destes resultados e da história que envolve os constructos aqui discutidos.

Primeiramente, cabe comentar a perspectiva categorial considerada na avaliação diagnóstica em vigência e que norteou a aferição dos dados empíricos presentes nos

capítulos 2 e 3, bem como as informações obtidas na revisão da literatura científica apresentada no primeiro capítulo.

A necessidade de elaborar um sistema de classificação das manifestações de características que causam prejuízo a funcionalidade do ser humano é bastante antiga, em especial, no campo da saúde mental. Hipócrates e Emil Kraepelin se destacaram ao criar de formas pioneiras nesta perspectiva de classificação e verdades, filosóficas e científicas, respectivamente. Estas primeiras produções guiaram esforços e procedimentos com indivíduos considerados não saudáveis, cada em seu tempo e contexto. Com o desenvolvimento do conhecimento, estes sistemas de classificação foram se modificando na tentativa de melhor representar as manifestações observadas. Em 1952, foi publicada a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) (APA, 1952). Em tal publicação uma formatou-se um modelo sistemático de classificação embasado na teoria psicanalítica. Neste modelo, uma das categorias principais foi intitulada “Transtornos Psiconeuróticos” que tinham por característica fundamental a presença de ansiedade. A ansiedade foi definida à época como expectativa difusa que frequentemente é acompanhada de sintomas somáticos.

Atualmente, a evolução deste modelo de classificação, o DSM-IV-TR (APA, 2002), é bastante útil e trouxe vantagens inegáveis para prática clínica em saúde mental e para o avanço na produção de conhecimentos nesta área. Contudo, algumas desvantagens vêm sendo apontadas no atual sistema. A maneira categorial como este sistema diagnóstico está formatado fez com que excessivas especificações de manifestações clínicas surgissem fragmentando severamente parte destes quadros clínicos. Na tentativa de facilitar a classificações e o processo de tomada de decisão para futuros procedimentos, esta característica do modelo categorial tornou as

comorbidades psiquiátricas uma rotina. Isto, por sua vez, vem causando dificuldades e incongruências em situações onde existe sobreposição de sintomas e obstáculos no julgamento clínico de processos de avaliação diagnóstica.

Atualmente, surge como alternativa para estas limitações do sistema categórico, o modelo dimensional, baseado na filosofia holística. Nesta perspectiva, o transtorno mental seria uma disfunção única que pode se expressar de formas variadas em um continuum. Desta maneira, a quantidade e intensidade das manifestações clínicas ocorreriam dentro de spectrum que serviria de norte para tomada de decisão dos procedimentos clínicos. O DSM-IV-TR relata de forma breve a perspectiva dimensional exclusivamente na seção destinada aos transtornos de personalidade.

Este modelo ganhou força na explicação dos transtornos de humor, mais especificamente, o transtorno de humor bipolar. Autores como Hargop Akiskal, Jules Angst, entre outros têm se esforçado para descrever e aperfeiçoar conceitos dos transtornos de humor dentro da perspectiva dimensional (Phelps, Angst, Katzow & Sadler, 2008; Angst, 2007; Akiskal, 2007), inclusive buscando validar maneiras de mensurar o spectrum do transtorno bipolar (Kessler, Akiskal, Angst, Guyer, Hirschfeld, Merikangas et al., 2006).

Para o transtorno de ansiedade generalizada também existe uma proposta de spectrum. Nesta visão, a ansiedade generalizada é entendida dentro de um continuum que se inicia com sintomas ansiosos subsindrômicos; ansiedade breve recorrente (com períodos de duração dos sintomas ansiosos menores que um mês); um a cinco meses de manifestações dos sintomas de ansiedade generalizada (critério postulado pelo DSM III) e, por fim, o TAG como descrito na categoria diagnóstica atual (DSM-IV-TR). Estes autores sugerem que o critério temporal, atualmente estabelecido de seis meses de duração dos sintomas, não possui significado clínico e que a perspectiva do spectrum do

TAG teria maior relevância clínica. Os mesmos autores ainda apresentam dados empíricos de observações longitudinais que mostram a síndrome do TAG com duração entre um e cinco meses, bem como manifestações breves de ansiedade de menos de duas semanas em maior frequência do que o TAG com duração de pelo menos seis meses (Angst, Gamma, Baldwin, Ajdacic, Wulf, 2009). Na mesma publicação, a cronicidade do TAG é questionada, uma vez que a recorrência das manifestações do TAG foi observada significativamente em maior frequência do que quadros persistentes do referido transtorno. Kessler, Brandenburg, Lane, Roy-Byrne, Stang, Stein e Wittchen (2005) observaram que, no que tange ao critério temporal (duas semanas, um mês, três meses e seis meses), as manifestações variadas do TAG são homogêneas e não diferem em termos de prejuízo e disfuncionalidade.

Acredito que a descrição do spectrum de TAG ainda possa ser enriquecida com o acréscimo de outros dados que parecem estar relacionados a tais quadros. Como observado na população de jovens da cidade de Pelotas (RS), a agorafobia pode ser considerada um fator importante na compreensão do TAG. Angst, Gamma, Bienvenu, Eaton, Ajdacic Eich e Wulf (2006) relatam que a ansiedade recorrente breve está associada à presença de ataques de pânico. Historicamente, ainda na segunda versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Second Edition (DSM-II, 1952) os atuais conceitos de TAG e transtorno do pânico se referiam ao diagnóstico “ansiedade neurótica”.

Outro aspecto que pode encontrar sustentação nos dados observados no segundo capítulo da presente tese diz respeito à comorbidade do TAG com o episódio depressivo maior. O aumento do critério temporal para o TAG, do DSM-III para o DSM-III-R, visou diminuir a comorbidade com transtornos depressivos, contudo, tal alteração parece não surtir efeito. O transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno

depressivo maior são considerados transtornos independentes e sua comorbidade não é maior do que em outros transtornos (Kessler, Keller & Wittchen, 2001). O DSM-IV-TR é enfático ao impossibilitar o diagnóstico do TAG quando a perturbação ocorre exclusivamente durante um transtorno do humor, mas o termo “exclusivamente” restringe a utilidade desta característica do critério. O mesmo critério exclui a possibilidade do TAG quando a perturbação ocorre em devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância. Desta forma, a mesma dificuldade é encontrada na busca por limitadores da comorbidade do TAG com os transtornos depressivos e com transtornos relacionados a substâncias.

Outras características possuem considerável correlação com as manifestações do TAG ainda podem ser melhor estudadas para talvez se ressaltarem no spectrum proposto, como a intensidade das preocupações (Lee, Ma, Tsang & Kwok, 2009) e as tonturas ou vertigens (Wiltink, Tschan, Michal, Subic-Wran, Eckhardt-Henn, Dieterich, Beutel, 2009).

Os dados da presente tese podem ser entendidos apenas como uma parcela do fenômeno TAG. Em especial, é importante que futuras pesquisas possam investigar o TAG de forma efetivamente integrada com elementos presentes no conceito de saúde. O capítulo 2 evidenciou a associação do TAG em jovens como aspectos comportamentais (uso de tabaco e drogas ilícitas), bem como apresentou a relação do transtorno com elementos do meio social destes indivíduos (baixo nível socioeconômico). Mesmo assim, fatores psicossociais como o temperamento e as perspectivas de futuro dos jovens poderiam ter sido investigadas gerando resultados interessantes. Com recentes avanços científicos e tecnológicos, a neurobiologia tem fornecido contribuições relevantes para a compreensão dos transtornos psiquiátricos. Em relação ao TAG, tal afirmativa não é diferente. Estudos têm evidenciado a importância da amígdala, do

cortex cingular anterior e da ínsula nos transtornos de ansiedade (Damsa, Kosel, Moussally, 2009). Ademais, novas descobertas sobre a relação entre os transtornos psiquiátricos e o estresse com os fatores de crescimento neuronal, ou neurotrofinas, certamente irão contribuir para o entendimento da etiologia do TAG e de outros transtornos ansiosos (Martinowich, Manji, Lu, 2007). Assim, os fatores biológicos presentes no TAG devem ser foco de atenção.

Concomitantemente aos futuros estudos sobre o TAG, são necessárias medidas que atenuem o evidenciado prejuízo do transtorno na população jovem. Em estudos de metanálise, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado efetiva para o tratamento do TAG, assim como de outros transtornos (Stewart, Chambless, 2009; Hofmann, Smits 2008). Através da teoria cognitiva pode-se buscar o entendimento do funcionamento do TAG. Beck e Clark (1997, apud Leahy, 2010) afirmam que indivíduos com TAG são guiados por esquemas mentais de perigo e ameaça. Nestes, o indivíduo tende a superestimar o grau de ameaça que é representado por estímulos ambientais, subestima suas capacidades de manejo da situação e experimenta pensamentos e processos psicológicos básicos conscientes que reforçam este esquema. John Riskind (2010) propõe, de forma congruente com a perspectiva dimensional já referida anteriormente, o modelo da vulnerabilidade gradual para compreender o surgimento do funcionamento disfuncional em relação às percepções de perigo e ameaça que pode resultar no TAG, em um estado de ansiedade crônica ou em preocupações intensas.

Este entendimento pode ser útil não apenas para modalidades de tratamentos terciários, mas também para elaboração de modelos preventivos ao TAG. Parece sustentável a idéia que estratégias de prevenção sejam elaboradas para comunidades desfavorecidas economicamente, com ambientes familiares com histórico de transtornos

mentais, com elevados índices de uso de substâncias ou que manifestem sintomas de depressão e ansiedade. O modelo psicoeducacional se constitui como uma importante ferramenta para tal trabalho preventivo. Atualmente, a psicoeducação é utilizada com sucesso, como tratamento adicional, nos transtornos de humor (Figueiredo, Souza, Dellaglio Jr, Argimon, 2009), esquizofrenia (Pitschel-Walz, Bäuml, Froböse, Gsottschneider, Jahn, 2009), transtornos alimentares (Shaw, Stice, Becker, 2009). Esta modalidade tem caráter preventivo quanto à ocorrência de episódios de humor (Fountoulakis, Vieta, 2008) e tentativas de suicídio (Bergmans, Links, 2009). Desta forma, modelos estruturados de psicoeducação para adolescentes e adultos jovens podem ser uma alternativa de baixo custo para a prevenção e identificação de transtornos psiquiátricos e prejuízos na qualidade de vida de tal população.

Por fim, evidentemente, estas considerações pretendem apenas colaborar com o surgimento de novas maneiras de compreender o TAG e, principalmente, novos paradigmas para melhor estudá-lo. Estas idéias ainda tentam atingir uma aplicabilidade na prática clínica propondo formas de prevenção integrativas, indicando possíveis populações de risco e, principalmente, evidenciando a necessidade de tais ações.

6. Referências

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>
- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Daradkeh, T. K. (2001). Al Ain community psychiatric survey. I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 20–28.
- Akiskal, H.S. (2007). The Emergence of the Bipolar Spectrum: Validation along Clinical-Epidemiologic and Familial-Genetic Lines. *Psychopharmacol Bull*, 40(4), 99-115.
- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M.M., Othman, A.Y. et. al. (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*, 8, 97-109.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 316–325.
- Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry*, 190, 189-191.
- Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D. S., Ajdacic, V., Wulf, R. (2009). The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 259, 37–45.
- Angst, J., Gamma, A., Bienvenu, J., Eaton, W. W., Ajdacic, V., Eich, D. & Wulf, R. (2006). Varying temporal criteria for generalized anxiety disorder: prevalence and clinical characteristics in a young age cohort. *Psychological Medicine*, 36, 1283–1292.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-II)*. American Psychiatric Press, Washington, DC
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, K.A. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Amorim P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España.

Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Suppl. 2), 4-11.

- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels, K. et. al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 11), 53–58.
- Barrera, T.L. & Norton, P.J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1086–1090.
- Beck, A. T., Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, 35, 49-58
apud Leahy, R. L. et al. (2010). *Terapia Cognitiva Contemporanea – teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J .H., van Dyck, R., van Tilburg, W. (2000). Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Beesdo, K., Pine, D.S., Lieb, R., Wittchen, H.U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Bergmans, Y., Links, P.S. (2009). Reducing potential risk factors for suicide-related behavior with a group intervention for clients with recurrent suicide-related behavior. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21(1), 17-25.
- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P. M., Tintle, N. L., Zakhosha, V., et. al. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 681–690.
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Synder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., et al. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, 4, 315–323.
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H., Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depressive and Anxiety*, 13, 78–88.
- Ciconelli, R., Ferraz, M., Santos, W., Meinão, I., Quaresma, M. (1999) Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Damsa, C., Kosel, M., Moussally, J. (2009). Current status of brain imaging in anxiety disorders. *Current Opinon Psychiatry*, 22(1), 96-110.
- Dean, A.G., Dean, J.Á., Coulombier, D., Brendel, K.A., Smith, D.C., Burton, A.H., Dicker, R.C., Sullivan, K., Fagan, R.F., Arner, T.G. Epi-Info version 6.04d; A

word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.

de Graaf, R., Bijl, R.V., Spijker, J., Beekman, A. T. F, Vollebergh W. A. M.. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 1–11.

Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143–156

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 1), 21– 27.

Falk, D.E., Yi, H., Hilton, M.E. (2008). Age of Onset and Temporal Sequencing of Lifetime DSM-IV Alcohol Use Disorders Relative to Comorbid Mood and Anxiety Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 234–245.

Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D’Adamo, D., et al., (2004). The Sesto Fiorentino Study: Background, Methods and Preliminary Results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 216–225.

Figueiredo, A., Souza, L. D. M., Dellaglio Jr, J. C., Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11, 15-24.

Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734.

Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10):1203-11.

Fountoulakis, K. N., Vieta, E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(7), 999-1029.

Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2043-2053.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B. et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability and DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.

Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 342–349.

Henrique, I.F.S., de Micheli, D., Lacerda, R.B., Lacerda, L.A., Formigoni, M.L.O.S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2),199-206.

Herman, A.A., Stein, D.J., Seedat, S., Heeringa, S.G., Moomal, H., Williams, D.R. (2009). The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *South African Medical Journal (SMAJ)*, 99(5), 339-344.

Hettema, J.M. (2008). The nosologic relationship between generalized anxiety disorder and major depression. *Depression and Anxiety*, 25, 300–316.

Hoffman, D. L., Dukes, E. M., Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 72-90.

Hoyer, J., Becker, E. S., Margraf, J. (2002). Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychological Medicine*, 32, 1227–1237.

Hoyer, J., Hofler, M., Jacobi, F., Wittchen, H. U. (2003). Physical illnesses and generalized anxiety disorder. *Psychosomatic Medicine Psuchological*, 53 (2), 112.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, M., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 1–15.

Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U., Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorder: results from the National Comorbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 6–11.

Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S., Moussaoui, D. (2007). Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of General Psychiatry*, 10, 1-6.

Karam, E. G., Mneimneh, Z., Karam, A. N., Fayyad, J., Soumana, Nasser, S., et al. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: A national epidemiological survey. *The Lancet*, 367(9515):1000–1006.

- Karlsson, L., Kiviruusu, O., Miettunen, J., Heilä, H., Holi, M., Ruutu, T. et al., (2008). One-year course and predictors of outcome of adolescent depression: a case-control study in Finland. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (5), 844-853.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research*, 121, 293–301.
- Kessler, R.C., Akiskal, H.S., Angst, J., Guyer, M., Hirschfeld, R.M., Merikangas, K.R., Stang, P.E. (2006). Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *Journal of Affective Disorders*, 96(3), 259-269.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kessler, R. C., Keller, M. B. & Wittchen, H.-U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 19–39.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30), 17–30.
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091–1098.
- Lee, S., Ma, Y.L., Tsang, A. & Kwok, K. (2009). Generalized anxiety disorder with and without excessive worry in Hong Kong. *Depressive and Anxiety*, 26(10), 956-961.
- Lee, S., Tsang, A., Chui, H., Kwok, K., Cheung, E. A. (2007). Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community mental health journal*, 43(4), 305-319.
- Lenze, E. J., Pollock, B. G., Shear, M. K., Mulsant, B. H., Bharucha, A., Reynolds 3rd, C. F. (2003). Treatment considerations for anxiety in the elderly. *CNS Spectrums*, 8(12 Suppl 3), 6-13.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. European Neuropsychopharmacology*, 15, 445–452.
- Lim, L., Ng, T. P., Chua, H. C., Chiam, P. C., Won, V., Lee, T., et al. (2005). Generalised anxiety disorder in Singapore: prevalence, co-morbidity and risk

factors in a multi-ethnic population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 972–979.

- Maier, W., Gaensicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective, a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
- Martinowich, K., Manji, H., Lu, B. (2007). New insights into BDNF function in depression and anxiety. *Nature Neuroscience*, 10(9), 1089-1093.
- McConnell, P., Bebbington, P., McClelland, R., Gillespie, K., Houghton, S. (2002). Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 181, 214-219.
- McLeod, D. R., Hoehn-Saric, R., Foster, G. V., Hipsley, P. A. (1993). The influence of premenstrual syndrome on ratings of anxiety in women with generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(4), 248-251.
- Mendlowicz, M. V. & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669–682.
- Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H. et al. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry*, 168(suppl. 30), 58–67.
- Muhsen, K., Lipsitz, J., Garty-Sandalon, N., Gross, R., Green, M. S. (2008). Correlates of generalized anxiety disorder: independent of co-morbidity with depression. findings from the first israeli national health interview survey (2003–2004). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 898–904.
- Munaretti, C. L. & Terra, M. B. (2007). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 108-115.
- National Institute of Mental Health. (1998). Bridging science and service: a report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup.
- Newman, S.C. & Bland, R. C. (2006). A population-based family study of DSM-III generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 36, 1275-1281.
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., Reiman, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25, 248–259.
- Norberg, M. M., Diefenbach, G. J., Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1516–1522.

- Nutt, D. J., Ballenger, J. C., Sheehan, D., Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: co-morbidity, comparative biology and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 315–325.
- Olatunji, B.O., Cisler, J. M., Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572–581.
- Phelps, J., Angst, J., Katzow, J., Sadler, J. (2008). Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disorders*, 10, 179-193.
- Pigott, T. A. (2003). Anxiety disorders in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 621-672.
- Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., et. al. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 1–10.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., Jahn T. (2009). Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(4), 305-320.
- Porensky, E.K., Dew, M.A., Karp, J.F., Skidmore, E., Rollman, B.L., Shear, M.K. et. al. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (6), 473-482.
- Posada-Villa, J. A., Buitrago-Bonilla, J. P., Medina-Barreto, Y., Rodríguez-Ospina, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*, 4(6), 33-41.
- Prévile, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., et. al. (2008). The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Quebec's Older Adult Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822–832.
- Revicki, D.A., Brandenburg, N., Matza, L., Hornbrook, M.C., Feeny, D. (2008). Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Quality of Life Research*, 17(10), 1285-1294.
- Riskind, J. H. (2010). A terapia cognitiva e a pesquisa sobre o transtorno de ansiedade generalizada. In: Leahy, R. L. et al. *Terapia Cognitiva Contemporanea – teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 38-45.

- Rubio, G., & López-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: a 40 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 372-379.
- Shaw, H., Stice, E., Becker, C. B. (2009). Preventing eating disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 199-207.
- Siegel, S., Castellan, N. J. (2006). Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.
- SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 10.0.1,1999.
- Stein, D. J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 29-34.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 77(4), 595-606.
- Tanios, C. Y., Abou-Saleh, M. T., Karam, A. N., Salamoun, M. M., Mneimneh, Z. N., Karam, E.G. (2008). The epidemiology of anxiety disorders in the Arab world: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 409-419.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1362-1370.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Baker, C., Torres, S. (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299-305.
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Trentini, C. M., Argimon, I., Bertollucci, P.H., Poyares, D., et. al. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 35(3), 294-302.
- Wang, P.S.; Berglund, P., Kessler, R.C. (2000). Recent care of common mental disorders in United States. Prevalence end conformance with evidence-based recommendations. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 284-292.
- Weiller, E., Bisserbe, J. C., Maier, W., & Lecrubier, Y. (1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *Br J Psychiatry*, 173(34), 18-23.
- Wiltink, J., Tschan, R., Michal, M., Subic-Wrana, C., Eckhardt-Henn, A., Dieterich, M., Beutel, M. E. (2009). Dizziness: Anxiety, health care utilization and health behavior - Results from a representative German community survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 417-424.
- Wittchen, H.U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life and pure and comorbid generalized anxiety disorder

and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319-328.

World Health Organization. (1992) *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Geneva.