

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

JOÃO MAZZONCINI DE AZEVEDO MARQUES

**Detecção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe
do Programa de Saúde da Família**

Ribeirão Preto

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOÃO MAZZONCINI DE AZEVEDO MARQUES

**Detecção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe
do Programa de Saúde da Família**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
Área de Concentração: Neurociências e
Ciências do Comportamento
Orientador: Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi

Ribeirão Preto

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

AZEVEDO-MARQUES, JOÃO MAZZONCINI DE

Detecção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe do Programa de Saúde da Família/ João Mazzoncini de Azevedo Marques; Orientador: Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi - Ribeirão Preto, 2009.

172f. il., 30cm.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor
Área de Concentração: Neurociências e Ciências do Comportamento

1. Assistência primária à saúde, 2. transtornos mentais, 3. MINI,
4. rastreamento, 5. validade, 6. aplicabilidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

João Mazzoncini de Azevedo Marques

Deteccção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe de Saúde da Família

Tese apresentada á Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor

Área de Concentração: Neurociências e
Ciências do Comportamento

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

DEDICATÓRIA

Ao Vítor, por iluminar minha vida.

À minha esposa, por me mostrar a importância de ser mais intuitivo e amoroso.

Ao meu pai, por me permitir o privilégio de observar durante décadas o trabalho de um clínico geral excepcional no diagnóstico e no relacionamento com os pacientes.

À minha mãe, por me mostrar que vale a pena trabalhar com paixão, compaixão e generosidade dentro da academia.

AGRADECIMENTOS

À **Evani**, pelo amor, dedicação e paciência comigo todo dia.

Aos **meus pais**, pelo amor, pelo apoio e pelo exemplo.

Ao **meu irmão**, por deixar claro que está sempre disponível se eu precisar.

À **Sílvia** e ao **Bento**, amigos queridos sempre presentes.

À **Kit**, amiga e chefe na medida certa, e também à **Cybelli**, à **Célia**, ao **Vilela**, ao **Alcion** e ao **Vinicius** – vocês seis são amigos e companheiros com quem trabalhar significa crescimento e divertimento.

À minha **avó Antônia**, que, além de tudo, transmitiu alguma coisa das suas capacidades terapêuticas para meu pai e para mim.

À Professora **Sônia Regina Loureiro**, pelo aprendizado.

Ao Professor **Antonio Waldo Zuardi**, pela confiança, pelo aprendizado e pela paciência.

À **Quitéria**, à **Lu**, à **Sônia** e ao **Anderson**, companheiros de jornada na medicina de família e comunidade desde a primeira turma da residência.

À **Carol** e **Sueli**, novas e importantes companheiras na luta por uma saúde da família e uma saúde mental de qualidade.

A **todos** que compartilharam comigo a sua vivência na saúde da família.

À **Cristina Francelim**, **Aurora Aparecida de Paula** e **todos** com quem compartilhei a jornada de construção de serviços de saúde mental em Ribeirão Preto desde a década de 90.

“... Uma coisa é pôr idéias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente – dá susto se saber – e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons ...”

Riobaldo

Grande Sertão: Veredas

de João Guimarães Rosa

RESUMO

AZEVEDO-MARQUES, J.M. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família. 2009. 172f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Objetivos: Avaliar validade e aplicabilidade do “Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)”, utilizado por médicos residentes de família e comunidade atuando em equipes de saúde da família; avaliar validade e aplicabilidade do “Self-Reporting Questionnaire” (SRQ), “WHO Well-Being Index-5 Version 1” (WHO-5) e “Quadros COOP/WONCA”, utilizados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem para rastreamento de transtornos mentais. **Metodologia:** O treinamento na aplicação do MINI foi realizado dentro de programa amplo de aprendizado de psiquiatria, ocorrendo inclusive em atividades de consultoria realizadas junto às equipes. O treinamento nos questionários ocorreu inicialmente em encontros de 2 horas de duração com ACS e auxiliares de enfermagem e, posteriormente, quando esses profissionais expressavam dúvidas sobre a aplicação desses instrumentos. Foram comparados os diagnósticos obtidos através do MINI - aplicado por 25 médicos – e os resultados dos questionários – aplicados por 14 ACS e auxiliares de enfermagem - com os diagnósticos obtidos com a aplicação da “Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID-I)” por psiquiatra em 120 pacientes, com idade a partir de quinze anos. Os médicos responderam uma escala sobre a aplicabilidade do MINI e os ACS e auxiliares de enfermagem responderam uma escala sobre a aplicabilidade dos questionários. Os dados foram colhidos entre setembro de 2003 e outubro de 2004. **Resultados:** Foram analisadas as concordâncias para os seguintes diagnósticos entre o MINI e a SCID-I: qualquer transtorno mental; transtornos depressivos

em geral, episódio depressivo maior e distímia; transtornos ansiosos em geral, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico; transtornos por uso de substâncias. Coeficientes kappa variaram entre 0.65 e 0.85; sensibilidades, entre 0.75 e 0.92; especificidades, entre 0.90 e 0.99; valores preditivos positivos (VPP), entre 0.60 e 0.86; valores preditivos negativos (VPN), entre 0.92 e 0.99; acurácias totais entre 0.88 e 0.98. Os médicos consideraram satisfatórias a compreensibilidade e a relevância clínica do MINI; a brevidade de sua aplicação nos pacientes foi considerada satisfatória apenas com a utilização de rastreamento prévio. Os valores de curva ROC para os resultados da aplicação do SRQ, WHO-5 e o Quadro Sentimentos dos Quadros COOP/WONCA foram maiores que 0.80 (respectivamente 0.918, 0.900 e 0.877); suas acurácias totais foram idênticas (85%) e suas sensibilidades, especificidades, VPP e VPN muito semelhantes. Os ACS e auxiliares de enfermagem consideraram satisfatórias a compreensibilidade e relevância clínica dos questionários e consideraram viável aplicação de cada um a cada seis meses em todos os pacientes, embora não tenham considerado viável aplicá-los em todo atendimento realizado para cada paciente. **Conclusões:** O presente estudo mostrou que o MINI é um instrumento útil, com boas qualidades psicométricas, quando utilizado por médicos que trabalham em APS. Este resultado pressupõe um programa de treinamento com estratégias de aprendizagem diversificadas e realizadas dentro do trabalho cotidiano desses profissionais. O SRQ, o WHO-5 e o item Sentimentos dos Quadros COOP/WONCA apresentaram índices de validade semelhantes e elevados como instrumentos de rastreamento, além de boa aplicabilidade, o que os torna aptos a serem utilizados por auxiliares de enfermagem e ACS em condições semelhantes às do presente estudo.

Palavras chave: Assistência primária à saúde, transtornos mentais, MINI, rastreamento, validade, aplicabilidade.

ABSTRACT

AZEVEDO-MARQUES, J.M. [Detection and diagnosis of mental disorders by the team of the family health program]. 2009. 172p. Thesis (Doctoral) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009

Purpose: To evaluate the validity and feasibility of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), used by family medicine residents in primary health care; assess validity and feasibility of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ), WHO Well-Being Index-5 Version 1 (WHO-5) and COOP / WONCA Charts used by community health workers (CHW) and auxiliary nurses for mental disorder screening.

Methods: Training for administrating the MINI was given as part of broad program of learning of psychiatry, occurring even in consultation-liaison activities carried out by PHC teams from the researcher. The training in the application of the questionnaires occurred in the meetings of 2 hours duration with CHW and auxiliary nurses and, later, when these professionals expressed doubts about the implementation of those instruments. We compared the diagnoses obtained through MINI - administered by 25 physicians - and the results of questionnaires - administered by 14 CHW and auxiliary nurses - with the diagnoses obtained with the "Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID-I)" administered by psychiatrist in 120 patients, aged from fifteen years. The doctors answered a scale on the feasibility of the MINI and the CHW and auxiliary nurses answered a scale on the feasibility of the questionnaires. The data were collected between September 2003 and October 2004. **Results:** concordance levels between MINI and SCID were analyzed for: any mental disorder, depressive disorders in general, major depressive episode and dysthymia, anxiety disorders in general,

generalized anxiety disorder and panic disorder; disorders by using substances. Kappa coefficients ranged between 0.65 and 0.85; sensitivities, between 0.75 and 0.92; specificity, between 0.90 and 0.99, positive predictive value (PPV) between 0.60 and 0.86, negative predictive value (NPV) between 0.92 and 0.99; total accuracies between 0.88 and 0.98. The residents considered MINI comprehensibility and clinical relevance satisfactory; the brevity of its application in the patients was considered satisfactory only with the use of prior screening. The values of the ROC curve for the results of the application of SRQ, WHO-5 and item Feelings of the COOP / WONCA Charts were higher than 0.80 (respectively 0,918, 0,900 and 0,877); its total accuracies were similar (85%) and their sensitivities, specificity, PPV and NPV very similar. The CHW and auxiliary nurses considered satisfactory the understandability and clinical relevance of the questionnaires and considered feasible implementation of each every six months in all patients, although not considered feasible to apply them in any service performed for each patient. **Conclusions:** This study showed that the MINI is a useful tool, with good psychometric qualities when it is used by doctors working in PHC. This result requires a training program with different strategies for learning and daily work performed within these professionals. The SRQ, the WHO-5 and item Feelings of COOP / WONCA Charts showed similar rates and high validity as tools for screening and good feasibility, which makes them suitable for use by auxiliary nurses and CHWs in conditions similar to the present study.

Key words: primary health care, mental disorders, MINI, screening, validity, feasibility

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Assistência Primária à Saúde e Medicina de Família	13
1.2. O desenvolvimento de uma abordagem biopsicossocial adequada ao trabalho do médico de família	23
1.3. APS no Brasil e o Programa de Saúde da Família	32
1.4. Transtornos Mentais e APS	38
1.5. Capacitação de Equipes de APS para detectar, diagnosticar e manejar transtornos mentais	45
1.6. Uso rotineiro de instrumentos padronizados pela equipe de APS para detecção e diagnóstico de transtornos mentais	53
2. OBJETIVOS	56
2.1. Objetivo geral	56
2.2. Objetivos específicos	56
3. MATERIAL E MÉTODOS	58
3.1. Caracterização do contexto e local de estudo	58
3.2. Participantes do estudo	59
3.3. Instrumentos	61
3.3.1. Instrumentos para rastreamento de transtornos mentais (SRQ-20, Quadros COOP/WONCA, WHO-5)	61
3.3.1.1. SRQ-20	61
3.3.1.2. Quadros COOP/WONCA	61
3.3.1.3. WHO Well-Being Index-5 Version 1 (WHO-5 Version 1)	62
3.3.2. Entrevistas diagnósticas semi-estruturadas para diagnóstico de transtornos mentais	63
3.3.2.1. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	63
3.3.2.2. Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão clínica (SCID-I)	64
3.3.3. Escala para Avaliação da Aplicabilidade de Questionários de Rastreamento	65
3.3.4. Escala para Avaliação da Aplicabilidade do MINI	65
3.4. Aplicadores	66
3.5. Treinamentos para a aplicação dos instrumentos	66
3.5.1. Treinamento dos auxiliares de enfermagem e ACS do PSF na aplicação dos instrumentos de rastreamento	66
3.5.2. Treinamento dos médicos de família e comunidade na aplicação do MINI	68
3.5.3. Treinamento do pesquisador na SCID-I	70
3.6. Coleta de dados	70
3.7. Análise de resultados	72

4. RESULTADOS	73
4.1. Resultados obtidos através da aplicação da SCID-I	73
4.2. Resultados obtidos através da aplicação do MINI	74
4.3. Resultados obtidos através da aplicação das escalas de rastreamento	80
5. DISCUSSÃO	101
5.1. Discussão dos resultados relacionados à aplicação do MINI	101
5.2. Discussão dos resultados relacionados à aplicação das escalas de rastreamento	104
5.3. Discussão sobre o uso de instrumentos padronizados de detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família	109
6. CONCLUSÕES	115
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
8. ANEXOS	139
8.1. ANEXO A (termo de consentimento informado de membro da equipe do programa de saúde da família especificamente para o treinamento, uso e avaliação de instrumentos de rastreamento)	139
8.2. ANEXO B (termo de consentimento informado de médico da equipe do programa de saúde da família especificamente para o treinamento, uso e avaliação da entrevista “mini international neuropsychiatric interview”)	140
8.3. ANEXO C (termo de consentimento informado de pessoas cadastradas no programa de saúde da família)	141
8.4. ANEXO D (folha de identificação da entrevista)	142
8.5. ANEXO E (folha de aplicação do SRQ-20 por membro da equipe do PSF)	143
8.6. ANEXO F (folha de aplicação do WHO-5 por membro da equipe do PSF)	144
8.7. ANEXO G (folha de aplicação dos Quadros Coop/Wonca por membro da equipe do psf)	145
8.8. ANEXO H (Escala para Avaliação da Praticabilidade de Questionários de Rastreamento em Cuidados Primários)	152
8.9. ANEXO I (Escala para Avaliação da Praticabilidade do Uso do MINI)	156
8.10. ANEXO J (Autorização do comitê em ética em pesquisa do CSE/FMRP-USP para realização da pesquisa)	163
8.11. ANEXO H (artigo publicado)	164

1. INTRODUÇÃO

1.1. Origens e desenvolvimentos da Assistência Primária à Saúde e da Medicina de Família

A primeira utilização de um conceito semelhante à assistência primária à saúde (APS) ocorreu no Reino Unido em 1920, oito anos após o surgimento de um sistema previdenciário nacional. Um texto patrocinado e divulgado pelo Ministério da Saúde (cujo autor foi Lord Bertrand Dawson – Médico do Rei à época) estabeleceu os princípios da organização do sistema nacional de saúde. Eram descritos três níveis de serviços: hospitais-escolas universitários, centros de saúde secundários (serviços extra-hospitalares com médicos especialistas) e centros de saúde primários (serviços extra-hospitalares; geralmente um médico generalista – “general practitioner” (“gp”) - com ou sem pessoal auxiliar). O documento propunha uma organização regional dos serviços, descrevendo as funções de cada nível de assistência à saúde e as relações entre os mesmos. Os centros de saúde primários – através da atuação dos “gps” e do pessoal auxiliar - deveriam funcionar como a porta de entrada do conjunto dos serviços de saúde e atender todas as pessoas, qualquer que fosse sua faixa etária ou sexo (BEACH, 1998; GREEN; PHILLIPS; FREYER, 2004; STARFIELD, 2002; SEM AUTOR, 2007).

Definindo institucionalmente os papéis dos serviços de saúde generalistas (ambulatoriais) e dos serviços de saúde especializados (ambulatoriais e hospitalares), além de suas relações recíprocas, o texto tentava integrar o enorme desenvolvimento das especialidades médicas - já percebido naquele país no início do século XX – com a estrutura de atendimento mais ampla e próxima das pessoas fornecida pelos “gps”, que ocorria desde o século XVIII (GREEN; PHILLIPS; FREYER, 2004; LOUDON, 2004;

MCWHINNEY, 1997a). Os conceitos desenvolvidos nesse documento serviram, posteriormente, de arcabouço teórico para a organização (ou reorganização) dos sistemas de saúde em vários países - principalmente europeus, de língua inglesa ou que foram colônias européias no século XX - que institucionalizaram a APS como política de saúde. (GREEN; PHILLIPS; FREYER, 2004; STARFIELD, 2002; VAN DER ZEE; BOERMA; KRONEMAN, 2004).

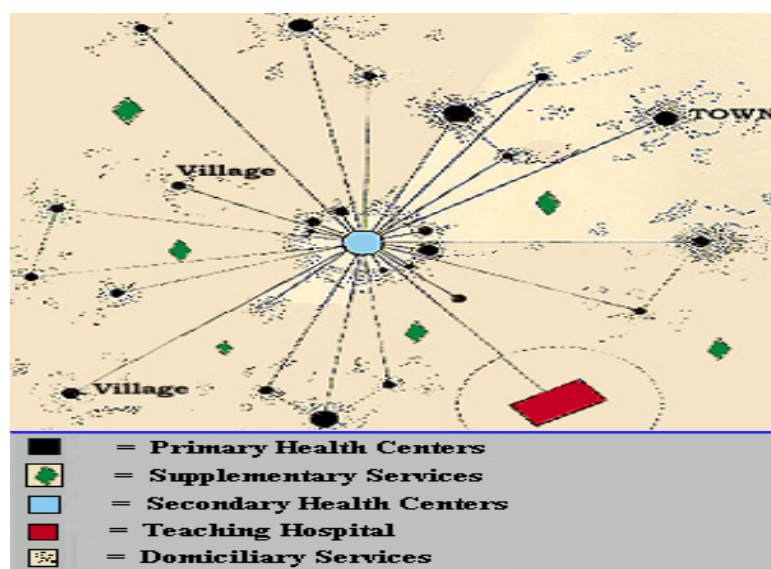


Figura 1 – Diagrama de Lord Dawson de um sistema ideal de saúde (reproduzido de “The Kerr White Health Care Collection”) (SEM AUTOR, 2007).

Progressivamente, ao longo do século XX, a extensão da assistência à saúde como direito de todas as pessoas nas nações industrializadas e o enorme desenvolvimento da assistência baseada em número cada vez maior de especialidades médicas (centrada principalmente em hospitais), foi tornando claro em vários desses países a necessidade de preservar o atendimento centrado na pessoa – longitudinal e integral, pelo mesmo médico, com conhecimento de suas particularidades - de modo a evitar a tendência à fragmentação dessa assistência (com suas implicações de menor

efetividade clínica – tanto preventiva como curativa - e de custos) (GREEN; PHILLIPS; FREYER, 2004; LOUDON, 2004; MCWHINNEY, 1997a; STARFIELD, 2002).

Um novo tipo de formação de clínico geral foi proposto em vários desses países, levando à caracterização de um profissional com qualificações, habilidades e tarefas específicas, em substituição ao antigo perfil do generalista como alguém caracterizado pela falta de treino e qualificação; surgiram propostas de renovação do método clínico utilizado por esses profissionais, para atender as variadas demandas encontradas na APS (BROWN *et al.*, 2003; LOUDON, 2004; MCWHINNEY, 1997 (a); WONCA EUROPA, 2002).

Um dos resultados desse movimento de refundação da assistência generalista foi a substituição, em alguns países, do termo clínico geral (“general practitioner”) por médico de família (“family physician”). Desse modo, por exemplo, nos EUA, a “Academy of General Practice” tornou-se “Academy of Family Practice” e, no Canadá, o “College of General Practitioners” tornou-se “College of Family Physicians”. Nesses países, essa mudança foi justificada pelos defensores desse novo tipo de generalista, como necessária para sinalizar – tanto para o conjunto dos profissionais de saúde como para a sociedade como um todo - o surgimento de uma nova disciplina clínica, com um corpo específico de conhecimento (que implicava inclusive em considerar seriamente o meio social como determinante quanto à saúde dos indivíduos e populações), implicando em uma formação especializada, em contraposição ao antigo generalista, sem qualificações específicas. No Reino Unido, onde já existia uma clara institucionalização dos papéis diferentes e complementares entre os níveis de assistência á saúde (e dos médicos que os integravam) e da necessidade de formação específica e de qualidade na APS, tal movimento de mudança de nome não ocorreu (LOUDON, 2003; MCWHINNEY, 1997a).

Um acontecimento internacional relacionado a esse movimento de revalorização do clínico geral foi a fundação em 1972, com a participação de várias associações de países diferentes, da “Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians” (“WONCA”) (LOUDON, 2004; MCWHINNEY, 1997a).

Por outro lado, durante as décadas de 50 e 60, era cada vez mais claro que a assistência à saúde nos países menos desenvolvidos da América Latina, África e Ásia, concentrava-se em aspectos curativos especializados que não levavam em conta as especificidades de cada cultura ou nação, não estimulavam a participação da comunidade e não modificavam substancialmente seu estado de saúde. Experiências pioneiras foram estabelecidas em vários países que, em comum, procuravam manejar os determinantes macro e micro sociais do estado de saúde de indivíduos e populações, usar tecnologias culturalmente aceitáveis e acessíveis para os usuários dos serviços, além de estabelecer objetivos e estratégias através da participação ativa das comunidades (CUETO, 2005; LITSIOS, 2002; LITSIOS, 2005).

APS (ou Cuidados Primários de Saúde) consolidou-se, globalmente, como proposta e conceito, a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS) em 1978. A Conferência respondia a uma necessidade - percebida tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, tanto em países do bloco capitalista como em países do bloco comunista - de estabelecer estratégias efetivas para melhorar a saúde das pessoas e das populações que abordassem os vários fatores com ela relacionados – biológicos, comportamentais/psicológicos e sociais – e cuja implantação e continuidade ocorressem com a participação ativa das comunidades (CUETO, 2005; HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007; LITSIOS, 2002; LITSIOS, 2005).

Dentro da Organização Mundial da Saúde (OMS), o fracasso na tentativa de erradicação da malária através de uma estratégia reducionista (o uso de inseticidas somente), o contato com várias das novas experiências internacionais de assistência à saúde – particularmente em países em desenvolvimento - e a convicção, por parte de integrantes de sua direção (incluindo o então secretário-geral Halfdan T. Mahler) que a instituição precisava ajudar os países-membros a pensar novos sistemas de saúde e colocá-los em prática, acabaram direcionando os esforços para a produção de uma série de documentos que tentavam definir e operacionalizar a APS (com a colaboração principalmente da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO - e da Comissão Médica Cristã, ligada ao Conselho Mundial de Igrejas) (CUETO, 2004; HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007; LITSIOS, 2002; LITSIOS, 2005).

Os acontecimentos e o ambiente dentro da OMS que deram origem à conferência inevitavelmente estiveram ligados com a guerra fria entre os Estados Unidos da América (EUA) e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) (e seus respectivos aliados) – então no seu auge – e com as disputas internas dentro do bloco comunista entre a URSS e a China (que acabou por não participar da Conferência devido ao fato da sede da mesma ter sido a cidade de Alma-Ata, capital do Cazaquistão, então uma das repúblicas da URSS). Foi a representação britânica na OMS que sugeriu inicialmente a idéia de uma conferência internacional sobre assistência primária, aparentemente com o objetivo de debater um tema considerado importante consensualmente pelos países dos diferentes blocos. Durante a Conferência um consenso foi alcançado, abrangendo países dos blocos capitalista e comunista, desenvolvidos e em desenvolvimento, baseado nos documentos prévios produzidos pela

OMS e nos debates ocorridos durante o encontro (CUETO, 2005; HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007; LITSIOS, 2002; LITSIOS, 2005).

Cuidados Primários de Saúde, conforme a Declaração de Alma-Ata (SEM AUTOR 1978):

“VI) ... são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) ... :

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.”

Esse consenso, ratificado pela Assembléia Mundial de Saúde da OMS em 1979 (STARFIELD, 2002), foi objeto de críticas e de sugestões de modificações ao longo das décadas seguintes (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007).

Quanto à sua aplicação nos países mais pobres, em desenvolvimento, cerca de um ano após a Conferência surgiu a proposta de “cuidados primários seletivos de saúde (selective primary health care)”, que propunha a realização de ações destinadas a atingir objetivos limitados relacionados à saúde materno-infantil (monitorização do crescimento, amamentação, terapia de reidratação oral, imunização de algumas doenças, suplementação alimentar, planejamento familiar e educação das mulheres), devido à falta de recursos para a criação e desenvolvimento de serviços de saúde mais amplos e para a resolução de problemas de saneamento básico, fornecimento de medicamentos básicos, garantia de boas condições de alimento e moradia para todos, tratamento das lesões e doenças mais comuns, etc. Assumia-se que a condição de pobreza e falta de recursos mudaria de maneira muito lenta, sendo necessário propor ações relativamente baratas que pudessem ter impacto importante mesmo nessa situação. Um debate envolveu os defensores e os detratores de tal proposta, com os últimos declarando que tal proposta era uma verdadeira “contra-revolução” e que assumia um atendimento de baixa qualidade para os pobres. Por outro lado, várias agências financiadoras

internacionais consideraram a proposta válida e atraente – por definir claramente as ações a serem executadas e como medir seus resultados (CUETO, 2004; MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004). Nos últimos anos certa convergência teórica e prática vêm ocorrendo progressivamente entre as propostas de cuidados seletivos e de cuidados integrais; seja através da incorporação de novos objetivos conforme se atinge os objetivos iniciais na primeira (na direção de uma integralidade maior de cuidados), seja com a incorporação de prioridades e de métodos de execução e avaliação mais operacionais (mais detalhados e claramente definidos) na segunda (LAWN *et al.*, 2008).

Ao longo dos anos, alguns países e regiões menos desenvolvidas realizaram o processo de reestruturação de seu sistema de saúde conforme os princípios da Conferência, articulando uma assistência integral, acessível para toda a população, próxima das comunidades e com sua participação no estabelecimento de metas e na execução de ações (por exemplo, o estado de Kerala na Índia, o Sri Lanka, a Costa Rica e Cuba), com bons resultados (LAWN *et al.*, 2008; ROHDE *et al.*, 2008; CUETO, 2004; MAGNUSSEN; EHIRI; JOLLY, 2004; STARFIELD, 2002).

Quanto aos países mais desenvolvidos, a grande maioria continuou a organizar ou reorganizar seus sistemas de saúde com o objetivo de atingir ou manter uma APS com cobertura universal e de boa qualidade (LAWN *et al.*, 2008; ROHDE *et al.*, 2008; STARFIELD; SHI; MACKINCO, 2005).

As discussões e avaliações – nacionais e internacionais - sobre essas experiências diversificadas permitiram o desenvolvimento de definições mais objetivas e operacionais das características fundamentais de uma boa APS: facilidade de acesso para cada nova necessidade do usuário; cuidado longitudinal, de longo prazo, baseado na pessoa e não em doenças específicas; cuidado integral abrangendo a maioria das necessidades, incluindo promoção de saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de

doenças; coordenação dos cuidados com outros níveis de assistência à saúde e com serviços fora desse setor; cuidado personalizado através do conhecimento do contexto de vida dos indivíduos e populações (incluindo família, vizinhança e comunidade mais ampla); estímulo ao desenvolvimento da autonomia e das capacidades de auto-cuidado dos indivíduos e das populações (GREEN; PHILLIPS; FREYER, 2004; STARFIELD, 2002 STARFIELD; SHI; MACKINCO, 2005; WONCA EUROPA, 2002; WHO, 2008).

Observou-se claramente uma relação entre APS com tais características e melhor qualidade de saúde das populações. Estudos comparando indicadores de morbidade e mortalidade entre países (com o mesmo ou diferentes graus de riqueza) e/ou regiões específicas de um mesmo país, de acordo com menor ou maior ênfase em APS, têm mostrado a relação de melhores níveis de saúde com a disseminação de APS de boa qualidade (com as características descritas anteriormente). Outro achado muito importante é que tais resultados são alcançados com custos menores que aqueles de sistemas com menor ênfase em APS, que privilegiam somente o atendimento especializado (STARFIELD, 2002; STARFIELD; SHI; MACKINCO, 2005; RHODE *et al.*, 2008; VAN DER ZEE; BOERMA; KRONEMAN, 2004; WHO, 2008).

Embora as características mais gerais descritas acima definam a APS de boa qualidade, existe uma enorme variedade de características específicas encontradas em diferentes países e regiões na maneira como é estruturada essa função fundamental do sistema de saúde: quanto à formação específica dos médicos que a realizam (se médicos clínicos gerais ou especialistas em grandes áreas como medicina interna, pediatria e ginecologia/obstetrícia); a extensão em que o trabalho é feito por equipes multidisciplinares e a importância dos outros membros (de nível superior, de nível médio ou leigo) dessas equipes além dos médicos no desenvolvimento das ações; a ênfase no trabalho comunitário propriamente dito (incluindo a participação e controle

dos usuários quanto às ações das equipes); a frequência de atendimentos domiciliares; os tipos de contato com os serviços especializados de saúde; o tipo de financiamento oferecido (VAN DER ZEE; BOERMA; KRONEMAN, 2004; BOWER; SIBBALD, 2004; MEADS, 2007). Estudos sobre essas várias características, avaliando suas relações com a qualidade do serviço prestado têm se tornado cada vez mais comuns (MEADS, 2007) – inclusive enfocando aspectos relacionados ao atendimento das demandas na APS especificamente relacionadas à saúde mental/psiquiatria (GOLDBERG; MANN; TYLEE, 2001; THORNICROFT; TANSELLA, 1999; USTUN, 1998).

1.2. O desenvolvimento de uma abordagem biopsicossocial adequada ao trabalho do médico de família

A expansão do número de médicos generalistas/médicos de família e sua crescente importância dentro de vários sistemas nacionais de saúde levaram ao surgimento de uma gama de propostas de renovação do método clínico, de modo a adequá-lo à prática cotidiana desses profissionais, auxiliando no enfrentamento das várias demandas enfrentadas na APS, incluindo aquelas de natureza psicológica e social. (MCWHINNEY, 1997b; WONCA EUROPA, 2002; BROWN *et al.*, 2003; KINMONTH; STEWART, 2004).

Essas propostas de renovação assumiram a necessidade de uma teoria e prática mais integrais para cuidar dos pacientes, desenvolvendo-se dentro de um contexto de modificações sociais e culturais amplas e específicas – notadamente, a extensão da assistência à saúde como direito universal e uma maior democratização das relações interpessoais, incluindo aquelas entre profissionais de saúde e seus pacientes.

Desse modo, percebe-se, desde os anos 50 - no campo da saúde em geral e particularmente na APS – uma valorização crescente do aspecto subjetivo do processo saúde/doença, incluindo a valorização de maior participação e autonomia do paciente nas decisões e ações relativas ao seu tratamento (MCWHINNEY, 1997b; WONCA EUROPA, 2002; SULLIVAN, 2003; MCWHINNEY, 2003; KINMONTH; STEWART, 2004; STOTT, 2004).

Adicionalmente, ao longo desse período, progressivamente, vão se tornando conhecidos muitos resultados de estudos epidemiológicos, clínicos e básicos atestando a correlação significativa de aspectos subjetivos com medidas fisiológicas objetivas (tanto quanto à mortalidade como quanto à morbidade), incluindo resultados de tratamento a curto, médio e longo prazo - reforçando essa percepção da importância da subjetividade (LUTGENDORF; CONTANZO, 2003; MCEWEN, 2003; RAY, 2004; MALMGREN, 2005; MARMOT, 2005; STEPTOE, 2005; GANS, 2008).

O trabalho de alguns clínicos e pesquisadores (médicos e não médicos) demonstra e esclarece a importância desses temas ao longo das últimas décadas.

Balint - psiquiatra e psicanalista de origem húngara, filho de um clínico geral – desenvolveu junto com diversos colaboradores estudos com clínicos gerais no Reino Unido desde o final dos anos 40, sendo o precursor do estudo das razões descritas pelos pacientes que os levavam a procurar atendimento médico; também foi o criador na década de 60 do termo “medicina centrada na pessoa” (“person-centered medicine”). Explicitamente, definia tal termo como a incorporação da perspectiva do próprio paciente, junto com o diagnóstico médico tradicional, para chegar a um “diagnóstico global” - o que permitiria uma utilização eficiente e racional dos recursos disponíveis para o tratamento através do desenvolvimento de objetivos e ações consensuais pelo paciente e seu médico, alcançados com a utilização adequada da relação médico-

paciente (BALINT, 1957, 1969, 2002; LOWENKRON, 2006; MCWHINNEY, 1997b; MC WHINNEY, 1999; MCWHINNEY, 2003; SWERDLOFF, 2002).

Seguindo o trabalho inicial de Balint e colaboradores, outros clínicos e pesquisadores continuaram desenvolvendo importantes “insights” e conceitos sobre as especificidades do método clínico utilizado pelos médicos de APS, tanto no Reino Unido como em outros países, ao longo das últimas décadas do século XX e início desse novo século (MCWHINNEY, 1997b; BROWN *et al.*, 2003; KINMONTH; STEWART, 2004; STOTT, 2004).

A partir da década de 60, a utilização da tecnologia de gravação em audio ou videotape possibilitou obter descrições mais detalhadas e objetivas das consultas em APS, o que - junto com a observação cuidadosa da própria consulta mesmo sem gravação e a utilização de questionários respondidos por médicos e pacientes - permitiu estabelecer uma melhor caracterização tanto dos diferentes tipos de interação médico-paciente durante cada consulta quanto dos diferentes padrões de relacionamento longitudinal desenvolvidos. A psicoterapia centrada no cliente (rogeriana), que, à época, já havia desenvolvido um corpo de estudos importantes sobre a relação terapeuta-cliente utilizando as metodologias citadas acima (TUDOR *et al.*, 2004), foi uma das fontes de inspiração inicial dessas investigações mais objetivas, assim como para o desenvolvimento de novos conceitos e propostas de como revalorizar o ouvir atentamente o paciente. Assim, em 1976, os resultados do primeiro estudo britânico descrevendo o relacionamento médico-paciente utilizando gravações distinguiram entre um estilo de consulta “centrado no médico” - no qual o profissional segue uma agenda bastante fixa e rígida e interroga o paciente conforme linhas pré-determinadas - e um estilo “centrado no paciente” no qual o médico procura esclarecer mais acuradamente as razões que levaram cada paciente particularmente à consulta, incluindo seu

entendimento sobre seus sinais e sintomas e sua expectativa quanto ao atendimento (BROWN *et al.*, 2003; GASK; MCGRATH, 1989; ROTTER; HALL, 2006).

Essas linhas de pesquisa desenvolveram-se nas últimas décadas, tentando definir e detalhar mais claramente quais as atitudes e ações implicadas em cada um desses estilos de interação, além de estudar o seu impacto quanto à aderência a tratamentos, medidas de qualidade de vida (avaliadas subjetivamente pelos pacientes) e medidas fisiológicas e resultados de tratamentos (avaliados objetivamente pelos profissionais de saúde) (ROTER; HALL, 2006; VAN DUMEN, 2004). Uma revisão recente propôs distinguir dois aspectos envolvidos no conceito de atendimento centrado no paciente (“patient-centredness” em inglês): a capacidade de perceber e valorizar a perspectiva do próprio paciente e a capacidade de “ativar” o paciente, ou seja, torná-lo um participante ativo no seu próprio cuidado – com o segundo aspecto apresentando correlações claras com a aderência e melhor resultado dos tratamentos e satisfação do paciente (MICHIE; MILLES; WEINMAN, 2004).

Nos EUA, Engel, médico especializado em medicina interna, psiquiatria e psicanálise, desenvolveu nas décadas de 60 e 70 o conceito de um modelo biopsicossocial, baseando-se na Teoria Geral dos Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy e na obra do biólogo Paul Weiss. Esse modelo biopsicossocial explicitou a necessidade de integrar o conhecimento existente sobre os vários sistemas que, de maneira hierarquizada, compõem o mundo natural, para que seja possível compreender e intervir de maneira eficaz, digna e humana sobre os problemas de saúde de cada pessoa. Desse modo, uma alteração bioquímica, por exemplo, não se traduz automaticamente em uma experiência de sofrimento – essa é o resultado da interação de diversos fatores causais, incluindo desde aqueles a nível molecular, até aqueles individuais e sociais. A consideração dos fatores psicossociais é importante - incluindo

o significado dos sinais e sintomas para o paciente e o relacionamento médico-paciente – pois influenciam poderosamente o resultado dos tratamentos. Esse modelo teórico teve grande impacto nas décadas seguintes, com tentativas de aperfeiçoamento e também variadas críticas. Claramente, Engel considerava esse modelo biopsicossocial como um aperfeiçoamento do modelo biomédico tradicional - mais científico por ser mais inclusivo e respondendo melhor à proposta flexineriana de formar um “médico-cientista” (ENGEL, 1977; ENGEL, 1980; MCWHINNEY, 1997b; MCLAREN, 1998; BROWN *et al.*, 2003; BORRELL-CARRIO; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004; SHORTER, 2005; MALMGREN, 2005)

Desde a década de 50, importantes conceitos sobre o campo da saúde/doença foram desenvolvidos a partir de estudos sociológicos e antropológicos, principalmente nos países de língua inglesa. Parsons, sociólogo norte-americano, aparentemente foi o primeiro a desenvolver a idéia de duas concepções de “sickness” (doença): “disease” (patologia) como o processo patológico concebido por um corpo profissional institucionalizado na sociedade e “illness” (enfermidade) como percepção subjetiva dos indivíduos, sua experiência de sofrimento. Tais conceitos vêm sendo desenvolvidos, em diversas vertentes, até os dias atuais. Outros autores, a partir da década de 70, aprofundaram a reflexão sobre tais conceitos, estabelecendo que essas duas dimensões são culturalmente produzidas; são construções sociais que interagem continuamente e dinamicamente em cada encontro entre clínico e paciente. Apontaram a necessidade de uma reconceitualização do campo médico, que levasse em conta o fato que a atividade clínica se dá através de um processo de tradução entre diferentes sistemas de explicação e de significação utilizados por esses dois atores. Alguns autores enfatizaram o processo de socialização mais amplo, para além do encontro clínico/paciente, que transforma a patologia e a enfermidade na doença enquanto

construção coletiva, incluindo os aspectos ideológicos relacionados ao poder dos diferentes estratos/classes sociais envolvidos nessa construção (MCWHINNEY, 1997b; MCWHINNEY, 2003; ALMEIDA-FILHO; COELHO; PERES, 2001; COELHO; ALMEIDA-FILHO, 2002).

Em comum, essas diferentes linhagens descritas acima apontam para a necessidade de incluir na atividade clínica cotidiana a subjetividade do paciente, tanto como um imperativo moral - a necessidade de valorizar sua individualidade e a sua autonomia - quanto como uma estratégia para desenvolver ações eficazes para atingir resultados objetivos de tratamento - pois o cuidado (seja a cura, o controle ou a prevenção de doenças ou ainda a promoção de saúde de modo geral) depende fundamentalmente das ações do paciente, sua adesão a objetivos e o modo como age para alcançá-los. Essa atenção à subjetividade complementa a procura de sinais e sintomas, síndromes e processos fisiopatológicos/etiopatogênicos que constituem a parte objetiva do processo de cuidado dos pacientes – sendo que a boa qualidade do atendimento prestado relaciona-se com a competência do médico em transitar nesses dois domínios e mudar de um para o outro adequadamente (MCWHINNEY, 1997b; BROWN *et al.*, 2003; DUGGAN *et al.*, 2006; MICHIE; MILES; WEINMAN, 2004).

A partir dos antecedentes descritos acima, um grupo multidisciplinar do Departamento de Medicina de Família da University of Western Ontario, no Canadá, vem desenvolvendo, desde os anos 70, um modelo teórico e método clínico que operacionaliza na APS uma abordagem biopsicossocial, centrada no paciente, a qual denominam com o termo “medicina centrada no paciente” (“patient-centered medicine”). Essa operacionalização destaca-se pela quantidade e qualidade de estudos empíricos e pela sua difusão internacional, sendo descrita resumidamente a seguir (BROWN *et al.*, 2003; STOTT, 2004).

Esses clínicos/pesquisadores canadenses discutem os conceitos centrais do paradigma biomédico tradicional e as suas “anomalias” (fatos não explicados por esses conceitos) mais significativas. Tais conceitos centrais podem ser resumidos como se segue: 1) os pacientes sofrem de doenças que podem ser categorizadas; 2) as doenças são independentes das pessoas sofrendo delas; 3) para cada doença há um agente causal específico; 4) a tarefa do clínico é diagnosticar e prescrever; 5) a doença correta pode ser determinada por meio de um processo de diagnóstico diferencial; 6) o paciente é um receptor passivo desse processo; 7) as doenças mentais e físicas devem ser consideradas separadamente, exceto poucas doenças psicossomáticas específicas, nas quais a mente parece agir no corpo (BROWN *et al.*, 2003; MCWHINNEY, 1997c; MCWHINNEY, 2003).

Já as principais anomalias não explicadas são: a) a anomalia da inespecificidade da etiologia, b) a anomalia enfermidade-patologia e c) a anomalia mente-corpo. A primeira refere-se à suscetibilidade que alguns indivíduos apresentam a várias doenças diferentes, concentrando em si a maioria dos casos de doenças existentes em uma comunidade. A segunda, ao fato que, em APS, 40 a 60% dos problemas atendidos permanecem apenas como queixas, não se conseguindo diagnosticar doenças específicas. A terceira refere-se ao efeito constante da mente sobre o corpo, exemplificado por fatos como o impacto do isolamento e de fatores cronicamente geradores de estresse no desenvolvimento de doenças “físicas” (BROWN *et al.*, 2003; MCWHINNEY, 1997c; MCWHINNEY, 2003).

Reconhecendo a contribuição ímpar de Engel, incorporam a idéia de modelo biopsicossocial, como novo paradigma que pode dar conta de integrar todos esses dados e apontam como seus conceitos fundamentais: 1) dar mais atenção para a promoção à saúde e prevenção das doenças; 2) manter as doenças como categorias

separadas, mas reconhecer os efeitos das interações entre elas e da suscetibilidade geral às mesmas; 3) considerar os fatores não biológicos (sociais e psicológico-comportamentais) como determinantes da saúde e das doenças; 4) incluir entre as funções do clínico a de mobilizar as capacidades de cuidado e cura do próprio paciente; 5) recomendar aos profissionais da saúde o desenvolvimento de habilidades sofisticadas de comunicação para diagnosticar, tratar e cuidar de pacientes, estimulando-os a expressarem suas crenças, expectativas e sentimentos em relação aos seus sintomas e sinais; 6) considerar o corpo e a mente sempre integrados (BROWN *et al.*, 2003; MCWHINNEY, 1997b; MCWHINNEY, 1997c; MCWHINNEY, 2003). Finalmente, sistematizam os componentes (ou tarefas) necessários para operacionalizar esse modelo, os quais são realizados através da utilização de um conjunto de habilidades clínicas (BROWN *et al.*, 2003; MCWHINNEY, 1997b; MCWHINNEY, 1997c; MCWHINNEY, 2003; RIBEIRO;AMARAL., 2008; STOTT, 2004).

Esses componentes são: 1) explorar e compreender tanto a patologia (através da história da moléstia atual, exame físico, exames laboratoriais, conhecimento sobre processos fisiopatológicos e etiopatogênicos) como a enfermidade (os sentimentos e crenças do paciente sobre o que está acontecendo, o impacto no seu funcionamento cotidiano e as suas expectativas quanto ao tratamento) (BROWN; WESTON; STEWART, 2003a); 2) compreender a pessoa integralmente (integrar a patologia e a enfermidade dentro de uma compreensão integral da pessoa, a qual inclui o seu contexto de vida atual, o seu desenvolvimento, as suas características de personalidade) (BROWN; WESTON, 2003; FREEMAN; BROWN, 2003); 3) encontrar um campo comum de ação com o paciente (através da definição negociada e compartilhada de problemas, objetivos e papéis durante o tratamento) (BROWN; WESTON; STEWART, 2003b); 4) incorporar a prevenção de doenças e a promoção de saúde continuamente no

processo de atendimento (MCWILLIAM; FREEMAN, 2003); 5) fortalecer e aprofundar a relação com o paciente ao longo do tempo (através do uso da compaixão, da confiança e do compartilhamento de poder, com atenção tanto para aspectos conscientes como inconscientes do vínculo) (STEWART; BROWN, 2003); 6) exercer esses componentes/tarefas de maneira realista no dia-a-dia (através do trabalho em equipe na APS e da parceria com serviços especializados de saúde e com serviços de outros setores) (BROWN; WESTON; MCWILLIAM, 2003).

As habilidades clínicas necessárias para a adequada execução dessas tarefas são, além daquelas mais tradicionais, como a pesquisa de sinais e sintomas atuais e passados, aquelas habilidades de comunicação destinadas a facilitar a expressão, pelo paciente, da sua subjetividade. Tais habilidades incluem, por exemplo: saber ouvir, saber perguntar e saber informar, de maneira personalizada e adequada a cada situação; quando ser mais ou menos diretivo na entrevista clínica; estimular uma maior colaboração do paciente e desenvolvimento de maior autonomia no seu tratamento quando necessário; despertar suas motivações intrínsecas na direção de hábitos de vida mais saudáveis; respeitar e valorizar a autonomia do paciente mesmo quando isso envolve discordâncias com o clínico; mudar adequadamente do domínio de avaliação objetiva para a atenção à subjetividade do paciente na entrevista conforme necessário (BROWN *et al.*, 2003; MCWHINNEY, 1997b; MCWHINNEY, 1997c; MCWHINNEY, 2003; RIBEIRO; AMARAL, 2008; STOTT, 2004).

Atualmente, além das organizações representativas dos médicos generalistas/médicos de família, das quais a WONCA é a expressão internacional, a própria OMS coloca esse conceito de atendimento centrado no paciente como um dos fundamentos de uma APS de boa qualidade - e de um bom sistema de saúde como um todo - destacando a importância de saber manejar adequadamente tanto os aspectos

objetivos de avaliação e tratamento dos pacientes como a sua subjetividade única (WHO, 2008; WONCA EUROPA, 2002). Em diversos países, a capacidade de comunicação adequada para um atendimento centrado no paciente tem sido considerada como um dos aspectos fundamentais a serem avaliados pelos grupos responsáveis por definir o ingresso (ou não) de estudantes que terminaram a formação médica no mercado de trabalho (STOTT, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

1.3. APS no Brasil e o Programa de Saúde da Família

No Brasil, ao longo das primeiras décadas do século XX, o acesso à assistência à saúde individual - inicialmente privilégio de uma minúscula elite - estendeu-se, através de estratégias previdenciárias, aos funcionários públicos, aos empregados das atividades econômicas mais importantes e posteriormente ao conjunto dos empregados formalmente incluídos no mercado de trabalho. Uma parcela majoritária da população manteve-se até a Constituição de 1988 sem acesso garantido institucionalmente a esses serviços - devido às características precárias (informais) do seu trabalho ou pelo fato de ser pequeno proprietário rural vivendo próximo da subsistência. Por outro lado, as medidas voltadas para o controle das grandes endemias eram coordenadas e executadas por instituições estatais completamente separadas das organizações que forneciam o atendimento individual, as quais tiveram suas origens já em época anterior à República, devido à necessidade de sanear núcleos urbanos e portos para possibilitar o comércio com outras regiões e países (CORDEIRO, 1991; DONNANGELO, 1975; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; LUZ, 1998).

Também como ocorreu em outros países, a garantia de acesso à assistência à saúde independente da capacidade de financiamento individual - ou seja, a saúde

como um direito do cidadão - tornou-se uma demanda cada vez maior de amplas parcelas da sociedade civil, incluindo grande parte dos trabalhadores da área de saúde e forças políticas; movimento que culminou com a incorporação do conceito de direito à saúde na Constituição de 1988 – com o acesso aos serviços de saúde garantido independentemente da capacidade de pagamento e/ou participação em organizações previdenciárias (CORDEIRO, 1991; GIL, 2006; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; VAN DER ZEE; BOERMA; KRONEMAN, 2004).

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma ampliação acelerada e intensa do fornecimento de serviços de saúde para a população - fundamentalmente baseada em especialidades e subespecialidades médicas - levando a uma diminuição progressiva da importância da APS, tanto em relação ao gasto total com os serviços como em relação ao investimento estatal para formação e também quanto ao prestígio profissional. Como em outros países, o trabalho em APS passou a ser considerado frequentemente como uma atividade simples (até simplória), de baixa complexidade, a ser fornecida por médicos sem formação específica pós-graduada. A expansão do atendimento de APS geralmente ocorreu com a instalação de serviços especializados em clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Esses serviços – hospitalares e extra-hospitalares – não incorporavam normalmente o conhecimento e/ou participação no contexto de vida dos pacientes e nem explicitavam uma responsabilização do médico por um grupo (ou lista) de pacientes claramente definida, realizando ou um “pronto-atendimento” (sem preocupação com uma organização a longo prazo do cuidado) e/ou um acompanhamento exclusivamente através de uma lógica verticalizada de programas de saúde (com pouca consideração para as necessidades dos pacientes além daquelas determinadas pela normatização desses programas) – tipicamente apresentando um baixo índice de resolutividade e de

satisfação dos pacientes (CORDEIRO, 1991; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; ESCOREL *et al.*, 2007; GOULART, 2002; KLOETZEL, 2007).

No início dos anos 80, o conceito de Cuidados Primários de Saúde desenvolvido na Conferência de Alma-Ata estimulou o governo brasileiro a criar uma proposta de reorganização do sistema de saúde (o Prev-Saúde) – que não chegou a ser desenvolvido, mas forneceu subsídios para propostas posteriores (como as AIS - Ações Integradas de Saúde) – e ajudou a inspirar algumas das experiências pioneiras de implantação de serviços municipais e/ou estaduais de saúde nas décadas de 70 e 80 (CORDEIRO, 1991; GOULART, 2002; GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Algumas dessas experiências sobreviveram e/ou pelo menos obtiveram suficiente repercussão nacional para influenciar mais tarde a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 1994. As de maior repercussão basearam-se na utilização de agentes comunitários de saúde, categoria de trabalhadores constituída por pessoas pertencentes à comunidade assistida (geralmente de baixa renda, com pouco acesso a serviços de saúde com médicos ou enfermeiros), os quais desenvolviam ações técnicas de complexidade relativamente baixa, mas de grande impacto quando adequadamente conduzidas - como acompanhamento/cuidado nutricional de mães e bebês, orientação quanto a medidas de saneamento básico e higiene pessoal, orientação para prevenção e tratamento em casa de quadros diarreicos em crianças, etc. As experiências desse tipo que se tornaram mais conhecidas foram aquelas desenvolvidas no Ceará e no Mato Grosso do Sul, inicialmente por iniciativa de Organizações Não-Governamentais ligadas à Igreja Católica e posteriormente encampadas pelos governos estaduais (GIL, 2006; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; GOULART, 2002; VIANA, 2005).

Mesmo antes da Conferência de Alma-Ata, dentro da categoria médica e dentro da universidade, uma pequena minoria de médicos – geralmente com excelente formação técnica e com conhecimento dos desenvolvimentos internacionais em APS, muitas vezes através de estágios internacionais - discutia a necessidade de desenvolver propostas de formação de um médico generalista para as necessidades brasileiras – enfatizando o acompanhamento longitudinal pelo mesmo médico, o conhecimento do contexto de vida dos pacientes e a capacidade de manejar adequadamente as demandas mais comuns em APS. No Rio Grande do Sul conseguiu-se articular a primeira residência médica de “medicina geral e comunitária” (MGC) – no Centro Médico Social São José do Murialdo (a partir de 1975) – além, posteriormente, aquela no Grupo Hospitalar Conceição (a partir de 1980) - utilizando-se como referência principalmente o modelo inglês (e também o canadense) de APS. Ocorreu inicialmente uma difusão nacional das residências em MGC, mas concomitantemente ocorreram pronunciadas críticas à “direita” (“medicina de comunista e estatizante”) e à “esquerda” (“entendendo a MGC como a ‘Medicina de Família americana disfarçada’ da época - modelo ‘saúde pobre para gente pobre’, ‘tampão social’, etc”) e a formação pós-graduada de médicos especializados em APS passou por grandes dificuldades na década de 80, inclusive com o corte do financiamento de todas as bolsas pela instituição federal mantenedora em 1988 e o fechamento de várias dessas residências. Mesmo assim, algumas delas conseguiram outras fontes de financiamento nesse período, atravessaram-no exitosamente e acabaram por fornecer contribuições fundamentais para a proposta do PSF do Ministério da Saúde em 1994 (BUSNELLO, 2008; FALK, 2008; GOULART, 2002; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; KLOETZEL, 2007; SBMFC, 2008; SILVA, 2005).

Finalmente, a experiência do “Programa Médico de Família” de Niterói, iniciada em 1991, baseada no modelo cubano de APS, constituiu-se em mais uma importante influência para a proposta do PSF (GOULART, 2002).

Podemos elencar alguns fatores que provavelmente contribuíram para que a proposta do PSF surgisse durante o governo Itamar Franco, em 1994: uma orientação progressista, orientada para a concretização e o desenvolvimento dos princípios definidos na Constituição de 1988; a presença de técnicos com experiência concreta na criação e gerenciamento de serviços de saúde públicos orientados por esses princípios, inclusive em APS; a vontade desse Presidente em se diferenciar – inclusive junto à opinião pública – da administração conservadora na qual tinha sido Vice-Presidente anteriormente; a vontade de um político, então Ministro da Saúde (Henrique Santillo), de criar um fato de repercussão na área de saúde durante seu mandato e sua experiência anterior com o desenvolvimento de programas com Agentes Comunitários de Saúde quando Governador do Mato Grosso do Sul; o acúmulo de experiências municipais, estaduais e não-governamentais (descritas acima) voltadas especificamente para a organização de serviços de APS; a cobrança crescente de gestores municipais pelo desenvolvimento, pela esfera federal, de um modelo por ela financiado que atendesse com boa qualidade a demanda de APS. Todos esses fatores convergiram para o desenvolvimento de uma proposta que procurava fazer uma síntese entre as boas experiências de APS então existentes – com características comuns como acompanhamento longitudinal, consideração do contexto de vida e algum tipo de participação/controle das comunidades (SCOREL *et al.*, 2007; GIL, 2006; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; GOULART, 2002; VIANA, 2005).

A proposta desenvolvida e aperfeiçoada desde então pelo Ministério da Saúde para atender as demandas de APS - o PSF – recomenda e normatiza a atuação de

equipes de saúde da família compostas por, minimamente, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS), em cada território com no máximo mil famílias/cinco mil habitantes. Essas equipes devem exercer ações de saúde de nível coletivo e individual, abrangendo promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e constituir a superfície de contato predominante entre a comunidade e o Sistema Único de Saúde (SUS). Devem organizar e informar os dados referentes às características da população do território e aos atendimentos realizados através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do SUS. Os agentes comunitários de saúde são moradores do território de abrangência da equipe de saúde da família, que, fazendo parte dessa equipe, promovem e facilitam os seus contatos com a comunidade. Tem de saber ler e escrever sem dificuldade e realizam cadastros de famílias e indivíduos no PSF, além de ações de promoção e prevenção, principalmente através de visitas domiciliares. Cada agente é responsável por uma micro-área (abrangendo até 250 famílias/mil habitantes) do território da Equipe de Saúde da Família (NSF) da qual é integrante, prevendo-se que faça ao menos uma visita domiciliar por família ao mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; COSTA-NETO, 2000a,b).

Malgrado importantes obstáculos para a expansão e qualificação dos serviços de saúde da família desde os meados da década de 90 – fundamentalmente o financiamento insuficiente e a escassez de profissionais adequadamente capacitados (médicos e pessoal de enfermagem) – em dezembro de 2008 49,5% da população estava coberta pelo programa (SBMFC, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A qualidade dos serviços ofertados mostrou-se extremamente heterogênea conforme o local estudado e permanecem sérios problemas na integração do trabalho com os níveis especializados de assistência. Mesmo assim, alguns estudos têm

mostrado que o PSF, quando bem implementado, pode resultar em: maior equidade no fornecimento dos serviços de saúde; melhor controle dos quadros de diabetes e hipertensão; diminuição da incidência de acidente vascular cerebral; diminuição do número de gravidezes na adolescência; diminuição da mortalidade infantil e da prevalência de nascimentos com baixo peso; aumento da cobertura vacinal; e também maior satisfação do usuário com o atendimento (AQUINO, 2004; CONILL, 2008; CRUZ *et al.*, 2004; ESCOREL *et al.*, 2007; GOLDBAUM *et al.*, 2005; GUIMARÃES, 2004; MACKINCO; GUANAES; MARINHO DE SOUZA, 2005; MAGALHÃES; SENNA, 2005; NEDEL *et al.*, 2008; OTSUKA *et al.*, 2005).

1.4. Transtornos Mentais e APS

A Inglaterra também se destaca como país no qual precocemente ocorreram estudos epidemiológicos e clínicos sobre a presença de sofrimento psíquico e transtornos mentais em APS; como já descrito anteriormente, Balint e alguns outros clínicos/pesquisadores começaram a estudar, já nas décadas de 40 e 50, essa questão - e expressaram sua impressão que cerca de um terço do volume de trabalho do clínico geral era lidar com pacientes “neuróticos” (BALINT, 1988; BALINT; NORELL, 1986; IACOPONI, 1989) . Em 1958, uma pesquisa de âmbito nacional estimou em 8% o percentual de pacientes consultando clínicos gerais em um ano que tais profissionais consideravam como caso de transtorno mental (IACOPONI, 1989). Em 1956, Kessel selecionou uma amostra casualizada representando 10% dos pacientes cadastrados por “gps” em uma região de Londres e solicitou aos médicos que revisassem os prontuários e julgassem – baseados em critérios pouco detalhados, semelhantes àqueles utilizados pela edição da Classificação Internacional de Doenças então em vigor – se

apresentavam transtornos mentais ou não, encontrando uma morbidade de transtornos mentais de 5% e uma morbidade problemas psicológicos claros (independente de existir ou não diagnóstico psiquiátrico) de 9%; esse autor também comentou que se fossem incluídos os quadros “psicossomáticos” essa prevalência ultrapassaria 50% (KESSEL, 1960 *apud* IACOPONI, 1989). Em 1966, Shepherd e colegas publicaram o livro “Psychiatric Illness in General Practice” descrevendo uma pesquisa realizada em 46 “general practices” em Londres e encontraram que 13,9% dos pacientes vistos pelo menos uma vez em um ano foram consultados devido a queixas e/ou problemas diagnosticados como transtorno mental pelos “gps”; esse estudo também descreveu uma frequência maior de consultas com clínicos gerais por parte dos pacientes com tais diagnósticos quando comparados com aqueles que não os possuíam (SHEPHERD *et al.*, 1966 *apud* IACOPONI, 1989; SHEPHERD *et al.*, 1966 *apud* MARI, 1986).

Esses e outros estudos iniciais, no Reino Unido e nos EUA principalmente, levaram ao aperfeiçoamento progressivo de métodos para medir e detalhar a prevalência de transtornos mentais em APS. Desse modo, além da avaliação subjetiva do clínico geral se o paciente apresentava ou não transtorno mental, passou-se a utilizar: 1) escalas nas quais o clínico geral podia localizar a presença (ou não) e a intensidade do transtorno mental conforme sua avaliação de cada paciente; 2) entrevistas pouco estruturadas realizadas por psiquiatras independentemente da avaliação do clínico geral; 3) entrevistas padronizadas/estruturadas realizadas por psiquiatras independentemente da avaliação do clínico geral (como a “CIS” – “Clinical Interview Schedule”) e 4) questionários de rastreamento para esses transtornos aplicados independentemente da avaliação do clínico geral (como o “GHQ” – “General Health Questionnaire” - validados a partir da comparação dos resultados de sua aplicação com os resultados da aplicação de entrevistas padronizadas nos mesmos pacientes) (COYNE *et al.*, 2002;

MARI, 1986; IACOPONI, 1989). A aplicação desses instrumentos padronizados aumentou a confiabilidade das medidas obtidas e permitiu comparar os resultados de estudos diversos, considerando-se geralmente a avaliação com entrevista padronizada realizada por psiquiatra (ou outro profissional especializado) como o padrão-ouro com a qual a avaliação do clínico geral devia ser comparada. (COYNE *et al.*, 2002; MARI, 1986).

Este último princípio tem sido criticado desde a década de 70, a partir do argumento que quem decide tratar ou não os pacientes são os clínicos gerais (e outros profissionais de APS contemporaneamente), baseados na sua experiência, e, portanto, o seu conceito do que é transtorno mental deve ser avaliado e comparado com aquele desenvolvido pelos profissionais de saúde mental com cautela. Provavelmente esse conceito incorpora abordagens - muitas vezes implícitas e não claramente definidas - que podem mostrar-se eficazes para trabalhar com esses problemas em APS (COYNE *et al.*, 2002; GOLDBERG, 1995; GOLDBERG; SIMON; ANDREWS, 2002; IACOPONI, 1989; MAGPIE RESEARCH GROUP, 2004; USTUN; SARTORIUS, 1995).

Tais tentativas de sistematização podem ser incluídas como parte do movimento internacional que – iniciando-se nos anos 60 e 70 - fez esforços – do ponto de vista teórico e prático - para operacionalizar os critérios diagnósticos dos transtornos mentais e desenvolver entrevistas estruturadas/padronizadas baseadas neles. Assim, em 1959 já havia sido descrita a versão inicial do “Present State Examination” (PSE), que operacionalizava critérios de diagnóstico, facilitando a homogeneidade de descrição de sinais e sintomas e de classificação por diferentes avaliadores. Novas entrevistas estruturadas, como a CIS, citada acima, foram desenvolvidas posteriormente em centros de pesquisa, enfatizando a precisão, detalhamento e reprodutibilidade dos critérios diagnósticos, demorando pelo menos cerca de 1 hora para serem aplicadas e exigindo

treinamento extenso e especialização em saúde mental. Um desenvolvimento mais tardio foi o surgimento de entrevistas intensamente estruturadas que podem ser aplicadas por entrevistadores leigos e que possuem boa confiabilidade (como a “CIDI” – “Composite International Diagnostic Interview”), também com necessidade de treinamento demorado e tempo extenso para aplicação (DEL-BEN; ZUARDI, 1998; JABLENSKY; KENDELL, 2002; PULL; CLOOS; PULL-EPERDING, 2002; SARTORIUS; JANCA, 2001).

As classificações e os instrumentos assim desenvolvidos permitiram a realização de uma série de ambiciosos projetos de pesquisa para estudar a prevalência, a caracterização detalhada e as correlações com vários fatores do sofrimento psíquico e dos transtornos mentais presentes na comunidade, na APS e nos serviços psiquiátricos/de saúde mental, possibilitando comparações entre regiões/países diferentes e entre diferentes níveis de assistência (DEL-BEN e ZUARDI, 1998; JABLENSKY; KENDELL, 2002; PULL; CLOOS; PULL-EPERDING, 2002; SARTORIUS; JANCA, 2001).

Nas últimas décadas, esses estudos - realizados em vários países, desenvolvidos e em desenvolvimento - mostraram que a prevalência dos Transtornos Mentais na população em geral é significativa: a maioria tem encontrado entre 20 a 30% de prevalência em um ano e 30 a 50% na vida – incluindo estudos feitos no Brasil (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1997; KESSLER; WANG, 2008; THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM, 2004; VAZQUEZ-BARQUERO; HERRAN; SIMON, 1999; WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY, 2000).

Quanto à prevalência dos transtornos mentais em APS, outro conjunto de estudos realizados em países com variados padrões de características sócio-culturais

encontrou prevalências entre pouco menos de 10% até quase 60%, conforme o local e a metodologia utilizada, com a maioria dos resultados situando-se na faixa entre 15 a 35% - bastante semelhante ao descrito ou intuído nos textos britânicos pioneiros citados anteriormente (GOLDBERG; MANN; TYLEE, 2001; VAZQUEZ-BARQUERO; HERRAN; SIMON, 1999; USTUN *et al.*, 1995). Dentre esse conjunto de estudos, destaca-se uma pesquisa multicêntrica realizada em 14 países – inclusive o Brasil - coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que constatou que 24% das pessoas atendidas em cuidados primários apresentavam ao menos um Transtorno Mental e outras 9% apresentavam condições sub-sindrômicas clinicamente significativas (USTUN *et al.*, 1995). Especificamente no Brasil, os estudos realizados em serviços de atenção primária têm encontrado uma prevalência entre 25% a 56% - com alguns estudos utilizando apenas questionários de rastreamento e outros utilizando também entrevistas diagnósticas (BUSNELLO; LIMA; GOMES, 1983; IACOPONI, 1989; MARI, 1986; FORTES, 2004; VILLANO, 1995).

Embora com variações conforme o grau de acessibilidade dos serviços especializados e a priorização da APS no sistema de saúde, outro achado comum internacionalmente é que a maioria das pessoas apresentando algum Transtorno Mental ou está em tratamento nos serviços de cuidados primários ou tem pelo menos acesso mais fácil a eles do que a serviços especializados. No entanto, especificamente quanto à detecção e diagnóstico, encontrou-se que, em média, 50% dos casos de Transtornos Mentais que chegam aos serviços de cuidados primários não são detectados e diagnosticados corretamente, indicando a necessidade de capacitação nessa área (GOLDBERG; MANN; TYLEE, 2001; KESSLER *et al.*, 2005; THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM, 2004; VAZQUEZ-BARQUERO; HERRAN; SIMON, 1999; USTUN *et al.*, 1995).

Também foi constatado que a presença dos Transtornos Mentais mais frequentes em APS – ansiosos, depressivos, por uso inadequado de substâncias psicoativas e somatoformes, frequentemente comórbidos e/ou em apresentações subsindrômicas – associa-se com incapacidades, diminuição da qualidade de vida e repercussões econômicas de maneira pelo menos tão intensa quanto aquelas associadas à presença de problemas físicos comuns, como hipertensão, diabetes, artrite ou dor lombar (VON KORFF, 1999; JENKINS; SINGH, 2001). Outro achado significativo – novamente concordante com os resultados dos estudos britânicos pioneiros – tem sido a constatação generalizada que pessoas portadoras de Transtorno Mental, sem tratamento adequado, utilizam mais não apenas os serviços especializados de saúde mental/psiquiatria como também o restante dos serviços de saúde (incluindo aqueles de APS) que as pessoas sem essas patologias (GOLDBERG, MANN e TYLEE, 2001; KNAPP, 2001).

Observa-se uma ampla gama de apresentações dos transtornos mentais em APS e todos os níveis de gravidade sintomatológica e incapacidades: quadros subsindrômicos (seja por não preenchimento do critério temporal, seja por não preenchimento do número mínimo de sintomas necessários) conforme as classificações contemporâneas oficiais da OMS (10ª edição da Classificação Internacional de Doenças – “CID-10”) e da APA (4ª edição do “Diagnostic and statistical manual of mental disorders” – “DSM-IV”); quadros comórbidos (principalmente combinações entre transtornos depressivos, ansiosos, por uso de substâncias e somatoformes); transtornos afetivos; transtornos ansiosos; transtornos psicóticos; transtornos de personalidade, retardo mental e outros. Boa parte dos quadros mais comuns apresentados em APS tem um início agudo relacionado com claros estressores psicossociais e uma evolução favorável relativamente rápida, mas uma proporção significativa apresenta uma

evolução crônica e/ou recorrente (GOLDBERG; MANN; TYLEE, 2001; KESSLER *et al.*, 2005; VAZQUEZ-BARQUERO; HERRAN; SIMON, 1999).

Uma característica marcante da apresentação dos transtornos mentais em APS é a frequente presença de sintomas físicos como as queixas principais, pelo menos no início da consulta. Estudos têm mostrado que a grande maioria dos pacientes reconhece prontamente apresentar sintomas psicológicos e os relaciona com os sintomas somáticos quando interrogatório específico é realizado, sugerindo que esse tipo de apresentação pode servir como uma maneira culturalmente aceita de legitimar a procura de atendimento em APS - mesmo quando as pessoas reconhecem seu mal-estar psíquico. Uma interpretação complementar é que os sistemas populares de crença sobre doenças são muito mais holísticos e integrados do que o paradigma biomédico tradicional (FORTES, 2004; GOLDBERG, 1995; GOLDBERG; LECRUBIER, 1995; GOLDBERG; SIMON; ANDREWS, 2002; SIMON *et al.*, 1999).

Fatores socioeconômicos e demográficos frequentemente relacionaram-se com a prevalência dos transtornos mentais mais comuns em APS em diversos estudos. Particularmente importantes são as associações entre o aumento da prevalência desses transtornos com: baixa renda; perda recente de renda; padrão de vida mais baixo; baixo status social; baixa escolaridade; gênero feminino (excetuando-se os transtornos relacionados com o uso de álcool e substâncias ilícitas); rede social e/ou grupo primário de apoio muito restrito; pouca ou nenhuma atividade de lazer; ausência de prática religiosa. Outros fatores - relação marital estável, por exemplo - apresentaram resultados conflitantes com bastante freqüência, comparando-se os diversos estudos realizados. (FORTES, 2004; PATEL; KLEINMAN, 2003; PICCINELLI ; SIMON, 2003; WEICH; SLOGETT; LEWIS, 2001; WEICH *et al.*, 2003). É interessante destacar que tais relações são muito semelhantes às aquelas encontradas quando se avaliam

pacientes com o mesmo padrão de diagnósticos atendidos em níveis especializados (GOLDBERG; SIMON; ANDREWS, 2002).

Embora a apresentação de transtornos mentais em APS tenha algumas características mais específicas – como a grande prevalência de quadros subsindrômicos e de queixas físicas – a sua estrutura latente, conforme avaliada em alguns estudos, não parece ser diferente daquela encontrada nos estudos realizados na população em geral por um lado e nos estudos realizados com pacientes atendidos em serviços especializados por outro. Ou seja, existe uma consistência na estrutura dessas síndromes através dos diversos níveis de assistência. Os modelos que parecem contar com mais evidências são aqueles com dois ou três fatores: um ou dois fatores “internalizadores” (representando “transtornos internalizados”, relacionados principalmente com a vivência interna do indivíduo), os quais incluem os sintomas de depressão, somatização, neurastenia, hipocondria, ansiedade generalizada e pânico e um fator “externalizador” (representando os “transtornos externalizados”, relacionados ao comportamento observável) que inclui os comportamentos anti-sociais e o uso álcool e outras substâncias psicoativas (CLONINGER, 2002; COYNE *et al.*, 2002; GOLDBERG, SIMON e ANDREWS, 2002; GOLDBERG e GOODYEAR, 2005; JABLENSKY; KENDELL, 2002; KRUEGER *et al.*, 2003).

1.5. Capacitação de equipes de APS para detectar, diagnosticar e manejar adequadamente transtornos mentais

Algumas das primeiras descrições de tentativas de capacitar melhor o médico generalista para detectar, diagnosticar e manejar adequadamente os transtornos mentais em APS também vem do Reino Unido. Como já discutido anteriormente, Balint

dava grande importância ao comportamento do médico como um fator que poderia facilitar ou dificultar a detecção de dificuldades/problemas emocionais pelos quais os pacientes poderiam estar passando e do mesmo modo influenciar o estabelecimento de um plano de tratamento com o qual o paciente realmente concordasse e no qual ativamente participasse (BALINT, 1957, 1969, 1988, 2002; BALINT; NORELL, 1986; GASK; MCGRATH, 1989; LOWENKRON, 2006). Críticas foram feitas às suas observações e recomendações no trabalho com os generalistas destacando-se: 1) a dificuldade que o uso do jargão psicanalítico da época – muito abstrato e pouco descritivo – apresentava para os clínicos gerais e dúvidas sobre sua adequabilidade para descrever os fenômenos observados na interação com os pacientes; 2) uma ênfase muito grande (apesar do progresso reconhecido em ouvir os médicos generalistas) em trazer esses profissionais para a cultura e linguagem psicanalíticas, com menos ênfase em levar o psiquiatra/psicanalista para a cultura e linguagem dos primeiros e oferecer contribuições mais adaptadas à mesma; 3) a tendência (ou o perigo) de oferecer compulsivamente interpretações altamente hipotéticas para os pacientes sobre a origem psicológica de suas queixas mesmo quando esses não as desejavam, inclusive danificando desse modo a relação com o paciente (GASK; MCGRATH, 1989; MADDEN, 1979; SOWERBY, 1977).

No final dos anos 60 e começo dos anos 70, no Reino Unido e nos Estados Unidos principalmente, foram colocados em prática alguns modelos que procuravam lidar com essas críticas, os quais introduziram: 1) o atendimento conjunto do psiquiatra (ou de outro profissional especializado) e do generalista na mesma consulta; 2) a disponibilidade do psiquiatra (ou de outro profissional especializado que realizava a atividade de consultoria) para avaliar e iniciar tratamento especializado rapidamente, quando necessário; 3) o desenvolvimento de uma abordagem mais pragmática, baseada

no levantamento e descrição detalhada das dificuldades como trazidas pelos pacientes e pelos generalistas e avaliação de alternativas concretas para ajudar na sua resolução - inspirada tanto nas abordagens da terapia comportamental como naquelas da terapia centrada na pessoa. Alguns dos profissionais especializados e generalistas envolvidos nessas abordagens relatavam como um dos seus grandes benefícios o aumento da capacidade de detectar transtornos mentais, através do aprendizado de técnicas de entrevista durante os atendimentos conjuntos e discussões (CARNEY, 1980; KOCH, 1979, LESSER, 1985; GASK; MCGRATH, 1989).

Como já destacado, os avanços nos estudos utilizando a tecnologia de gravação em audio ou videotape permitiram uma análise mais detalhada e próxima do tempo real da entrevista, encontrando diferentes estilos (conjuntos de comportamentos específicos) utilizados pelos generalistas na interação com os pacientes. Observou-se uma relação significativa entre alguns comportamentos – que, em conjunto, conformavam um estilo chamado por alguns autores de “centrado no paciente” - e uma boa capacidade de detectar dificuldades emocionais e transtornos mentais, incluindo: um estilo empático; deixar o paciente direcionar a entrevista no início; perguntar questões claras e abertas sobre sofrimento/dificuldades emocionais; detalhar esse sofrimento progressivamente; estar atento para comportamentos verbais e não verbais do paciente que podem indicar esse sofrimento; manter contato visual constante com o paciente; não escrever ou ler o prontuário enquanto se obtém a história com o paciente; saber lidar adequadamente com a prolixidade, direcionando a entrevista progressivamente. (GASK, 1999; GOLDBERG, 1995; TYLEE, 1999). Também foi observado que os médicos com os comportamentos citados, além de serem melhores na detecção eram também mais hábeis no manejo das dificuldades emocionais (MILLAR; GOLDBERG, 1991). Por outro lado, determinados comportamentos diminuam a

capacidade de o generalista detectar tais problemas: um estilo autoritário, um tom emocional frio; interromper precocemente o paciente na entrevista; perguntar muitas questões fechadas sobre sintomas físicos (GASK, 1999; GOLDBERG, 1995; TYLEE, 1999).

Além do comportamento do médico, outros fatores ligados ao paciente e à organização do serviço de saúde também mostraram influenciar na capacidade da APS lidar adequadamente com essa questão (IACOPONI, 1988, 1989; KLINKMAN, 1997; HOHMANN, 1999; KEW *et al.*, 2005). Assim, um achado bastante interessante - relativo à organização dos serviços - do estudo multicêntrico da OMS em APS foi a constatação que a detecção de transtornos mentais foi mais adequada nos serviços que eram “centrados no cliente” (caracterizados por: os pacientes possuem um médico pessoal; cada atendimento de um mesmo paciente ser realizado por esse mesmo médico pessoal sem períodos longos de espera; os retornos serem marcados sempre para o mesmo médico durante um episódio específico de cuidados; e prontuários individualizados disponíveis para todo paciente atendido) do que naqueles serviços que não eram – em média 54% de detecção adequada nos serviços “centrados no paciente” e 27% nos serviços sem essas características. (USTUN *et al.*, 1995; GOLDBERG e GATER, 1996).

No Brasil, em 1987, Iacoponi realizou uma pesquisa na cidade de São Paulo envolvendo 36 unidades básicas de saúde, 63 médicos nelas trabalhando e 1461 pacientes atendidos, para avaliar a contribuição de uma série de fatores na capacidade de detecção de transtornos emocionais por esses médicos atuando em APS. Encontrou alguns que, após análise multivariada, mostraram-se significativos tanto facilitando a detecção como a dificultando. No primeiro caso: a apresentação clara de razões psicológicas para a consulta e a apresentação de sintomas psiquiátricos “menores”

(aqueles referidos no questionário de rastreamento de transtornos mentais “Self Reporting Questionnaire” – “SRQ-20”, utilizado na pesquisa) por parte dos pacientes; um estilo de atuação profissional mais psicologicamente orientado e um conceito de transtorno mental mais inclusivo (não considerando apenas os quadros psicóticos e demenciais) por parte dos médicos; unidades de saúde com mais de um médico e consultas mais longas quanto à organização do serviço. Dificultando a detecção: cor de pele negra ou mulata declarada pelos pacientes; baixa satisfação com o trabalho em APS e trabalho complementar em hospitais de ensino ou em prática privada por parte dos médicos; unidades de saúde com apenas um médico e consultas breves quanto à organização do serviço. A presença ou ausência de profissionais especializados em saúde mental trabalhando nas mesmas unidades – fossem psiquiatras ou outros especialistas – não teve impacto significativo na detecção, o que levou o autor a considerar que isso ocorreu por não existir uma integração real com os profissionais especializados a partir das necessidades percebidas pela equipe de APS (IACOPONI, 1989).

Nas últimas duas décadas, os resultados de uma série de estudos avaliando a aplicação de estratégias para melhorar a qualidade do atendimento dos transtornos mentais comuns (principalmente depressão) em APS reforçaram a importância de considerar fatores relacionados tanto com o paciente, como com o médico e também com a organização do serviço. Assim, estudos que investiram exclusivamente no treinamento dos médicos (e do restante dos profissionais da equipe de APS) - seja na utilização de técnicas de entrevista, seja no uso de instrumentos padronizados de detecção e diagnóstico (como questionários de rastreamento ou “check-lists” de sintomas e diagnósticos), seja na aplicação de diretrizes de tratamento - não encontraram diferenças significativas entre as equipes com e sem esse tipo de

treinamento. Do mesmo modo, estudos que investiram exclusivamente na locação de profissionais especializados junto às equipes de APS, em funções de consultoria, não encontraram diferenças significativas em relação àquelas equipes que não usavam esse modelo. Por outro lado, estudos avaliando intervenções com diversos componentes, com estratégias multifacetadas, frequentemente obtiveram resultados positivos, mostrando uma melhora da qualidade do atendimento em relação aos transtornos mentais comuns em APS, seja em comparação com o mesmo serviço antes da intervenção, seja em comparação com serviços onde essa estratégia ampla não foi utilizada. Tipicamente, tais intervenções diversificadas caracterizam-se por um contato intenso, personalizado e contínuo envolvendo profissionais de APS e de saúde mental, incorporando: 1) garantia do acompanhamento personalizado do paciente pelo mesmo profissional de APS (médico e/ou enfermeiro) e pelo mesmo profissional especializado (se necessário) durante o tratamento; 2) treinamento da equipe de APS em técnicas de entrevista e/ou instrumentos diagnósticos (questionários de rastreamento, “check-lists”, entrevistas diagnósticas adaptadas para uso por médicos e/ou enfermeiros) e também em diretrizes de tratamento farmacológicas e/ou psicoterápicas desenvolvidas especificamente para e com a colaboração da equipe de APS - com o treinamento nas mesmas ocorrendo inclusive em atividades de consultoria realizadas por profissionais especializados; 3) disponibilidade de estrutura física adequada e de tempo suficiente para os médicos e enfermeiros de APS poderem rastrear, diagnosticar e tratar adequadamente os transtornos mentais; 4) consultoria estável ao longo do tempo dos mesmos profissionais especializados (psiquiatra, psicólogos, enfermeiros especializados, etc), com realização de atendimento conjunto, discussão de casos e de temas com a equipe de APS; 5) um componente de ligação explícito através desses mesmos profissionais especializados seja para facilitar o início rápido de tratamentos

psicológicos e/ou monitoração farmacológica breve pelos especialistas dentro do próprio serviço de APS, seja para encaminhamento para serviço especializado de saúde mental quando necessário. Vários autores denominam essa abordagem de “cuidado colaborativo” (“collaborative care”) (BAZIAN, 2005; BOWER; GILBODY, 2005; GASK; CROFT, 2001; GASK; LESTER, 2008; GILBODY *et al.*, 2003; GILBODY *et al.*, 2006; GOLDBERG, 2003; HODGES; INCH; SILVER, 2001; KATES; MACH, 2007; KATON *et al.*, 2001; VON KORFF; GOLDBERG, 2001; UNUTZER *et al.*, 2006; WILLIAMS JR *et al.*, 2007).

Alguns países tem progressivamente adotado, nos últimos anos, esse modelo de cuidado colaborativo no sistema de saúde em maior ou menor intensidade. No Reino Unido, um levantamento recente indicou que a maioria dos grupos de APS já incorporava a maior parte das características citadas acima no contato com os serviços especializados de saúde mental. Em alguns outros países europeus, no Canadá e no EUA também vem ocorrendo uma expansão desse modelo, embora mais lenta (GOLDBERG, 2003).

No Brasil, embora já em meados da década de 70 documentos do governo federal colocassem o clínico geral como figura-chave na assistência psiquiátrica, tal declaração de intenções foi concretizada apenas em alguns poucos projetos pioneiros; o de impacto mais duradouro provavelmente foi o projeto de integração da saúde mental em um sistema regionalizado de saúde comunitária realizado no Centro Médico Social São José do Murialdo, em Porto Alegre, iniciado em 1975, liderado por Ellis Alindo D’Arrigo Busnello, descrito anteriormente por sua importância no desenvolvimento da medicina de família no Brasil. Esse trabalho incorporou, desde o seu início, a necessidade de: formação dos clínicos gerais em saúde mental/psiquiatria; trabalho conjunto entre a equipe de APS e profissionais especializados em saúde mental;

utilização de uma atitude profissional democrática na interação com indivíduos e grupos - e vêm constituindo-se em uma grande contribuição brasileira para a questão do manejo de transtornos mentais em APS, inclusive devido ao seu impacto na criação de recursos humanos capacitados para clínica e para pesquisa (BUSNELLO, 1976; BUSNELLO, 2008; FALK, 2008; SBMFC, 2008; VILANO, 1998).

Além dessas iniciativas mais isoladas, o governo federal continuou produzindo, ao longo da década de 80, alguns documentos que destacavam a importância da integração da assistência à saúde mental na assistência à saúde em geral - no entanto sem detalhar as características de atuação do médico e dos outros profissionais de APS necessárias para atingir tal objetivo. Ao longo da década de 90, o Ministério da Saúde começou a incorporar explicitamente o conceito de reforma psiquiátrica e publicou portarias normatizando a reorganização da assistência psiquiátrica nessa direção, mas apenas propôs a necessidade da atuação de equipes especializadas de saúde mental nas unidades básicas de saúde de maneira isolada do atendimento rotineiro realizado pela equipe de APS, sem incorporar a idéia de consultoria psiquiátrica nesse nível de assistência (VILANO, 1998).

Com a expansão do PSF, a questão da integração com o atendimento especializado, inclusive de saúde mental, passa a ser uma questão bastante discutida. Algumas propostas de trabalho conjunto começam a ser discutidas e surge a proposta de “apoio matricial”, em grandes linhas semelhante às propostas de consultoria e ligação desenvolvidas em outros países, descritas acima. Mesmo assim, o caráter da orientação do Ministério parece ser mais administrativo-gerencial-organizacional do que no sentido de detalhar as capacitações clínicas necessárias para os membros da equipe de APS e de saúde mental (CAMPOS; DOMITTI, 2007; LANCETTI, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2005).

1.6. Instrumentos padronizados para uso rotineiro pela equipe de APS para detecção e diagnóstico de transtornos mentais

Especificamente quanto aos instrumentos que podem ser utilizados para facilitar a detecção e diagnóstico dos transtornos mentais em APS, uma estratégia possível é a utilização tanto de questionários de rastreamento breves como de entrevistas semi-estruturadas para diagnosticar de maneira específica os vários transtornos mentais. Ambos os tipos de instrumentos podem ser utilizados de maneira complementar dentro de uma estratégia de duas etapas para detecção e diagnóstico de transtornos mentais na prática cotidiana da equipe de APS, inspirada nas estratégias e instrumentos usados nos estudos epidemiológicos realizados desde a década de 70 (BALLENGER *et al.*, 2001; LEWIS, 1998; SPITZER *et al.*, 1994; WEISSMAN *et al.*, 1998).

A primeira etapa consiste em rastrear os transtornos em toda a população de referência - ou em subgrupos identificados como de maior risco - através de questionários breves e simples. Exemplos desses questionários são o SRQ-20, o GHQ-12 e a primeira etapa das entrevistas “Symptom-Drive Diagnostic System for Primary Care (SDSS-PC)” e “Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)” (ANDREOLI, 1997; BEUSEMBERG; ORLEY, 1994; DOHRENWEND *et al.*, 1980; KESSLER *et al.*, 2002; SPITZER *et al.*, 1994; WEISSMAN *et al.*, 1998).

Esses instrumentos, desenvolvidos inicialmente para pesquisas epidemiológicas, passaram também a ser utilizados para facilitar a detecção de dificuldades emocionais pelos médicos e outros membros das equipes de APS. São compostos de perguntas relativas a queixas somáticas (como cansaço, dores e outras sensações corporais desagradáveis), queixas cognitivas (como dificuldade para pensar com clareza, para concentrar-se e para lidar com problemas) e queixas comportamentais/emocionais (como

alterações do sono, do apetite, da motricidade, preocupação excessiva, nervosismo, tristeza, anedonia, idéias de morte e infelicidade), as quais são características de um estado global de sofrimento psicológico (DOHRENWEND *et al.*, 1980; ANDREOLI, 1997; KESSLER *et al.*, 2002; BEUSEMBERG; ORLEY; 1994). Para poderem ser utilizados rotineiramente pelas equipes de APS é importante que tenham as seguintes características: a) as perguntas sejam de fácil entendimento para o entrevistador e o entrevistado, b) as alternativas de resposta sejam de fácil entendimento para o entrevistador e o entrevistado, c) existam poucas alternativas de resposta, d) a aplicação demore poucos minutos. Desse modo, o preenchimento pode ser feito inclusive por profissionais de saúde sem curso superior ou por leigos com pouca escolaridade, com pouca necessidade de treinamento (LEWIS, 1998).

A segunda etapa consiste em aplicar os critérios das classificações psiquiátricas contemporâneas naquelas pessoas com resultado positivo no rastreamento, utilizando entrevistas diagnósticas semi-estruturadas desenvolvidas para uso rotineiro por médicos de APS (GOLDBERG, 1995; GOLDBERG; SIMON; ANDREWS, 2002; JABLENSKY; KENDELL, 2002; PULL; CLOOS; PULL-ERDING, 2002). Na década de 90, três entrevistas foram desenvolvidas contemplando essa função: o SDSS-PC (WEISSMAN *et al.*, 1998), o PRIME-MD (SPITZER *et al.*, 1994) e o “Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)” (AMORIM, 2000; SHEEHAN *et al.*, 1998). Tais entrevistas foram desenvolvidas para obterem boa concordância quando comparadas com entrevistas aplicadas por profissionais especializados em saúde mental, além de suficientemente breves, de fácil entendimento e fornecendo dados considerados clinicamente significativos (que não seriam obtidos com a mesma qualidade através de entrevistas não padronizadas), quando utilizadas cotidianamente (GOLDBERG, 1995; GOLDBERG ; SIMON; ANDREWS, 2000; JABLENSKY; KENDELL, 2002; PULL; CLOOS; PULL-EDERDING, 2002).

O MINI foi desenvolvido por pesquisadores franceses e norte-americanos, e apresentou boa validade em estudo multicêntrico (realizado na Europa) que comparou os diagnósticos realizados com o seu uso por clínicos gerais com os diagnósticos realizados por psiquiatras através de entrevistas não estruturadas. Nesses estudos, sua aplicação demorou entre 15 a 30 minutos (AMORIM, 2000; SHEEHAN *et al.*, 1998). Foi traduzido para o português de uso corrente no Brasil e o uso clínico e para pesquisa é disponibilizado sem restrições (LECRUBIER, 2002).

O uso rotineiro de instrumentos de avaliação padronizados do tipo citado acima pode: a) facilitar e orientar as decisões a serem tomadas no acompanhamento de um paciente individualmente, b) fornecer indicadores que facilitem a avaliação do desempenho de intervenções específicas em grupos de pacientes por uma equipe de saúde e c) fornecer indicadores que auxiliem no estabelecimento de políticas locais, regionais e nacionais de saúde (SLADE; THORNICROFT; GLOVER, 1999; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

Esses benefícios potenciais devem ser avaliados empiricamente em cada situação; ou seja, além de medir a validade e confiabilidade dos instrumentos padronizados, existe a necessidade de avaliar sua aplicabilidade - a propriedade psicométrica que indica o quanto um instrumento de avaliação é adequado para ser utilizado na prática clínica típica rotineiramente, quando usado de uma maneira específica para um propósito específico. Para medir a aplicabilidade podem ser usadas avaliações dos membros da equipe e dos pacientes sobre o instrumento, além de dados objetivos como número de aplicações efetivamente feitas e comparação entre a informação obtida com e sem o seu uso (SLADE; THORNICROFT; GLOVER, 1999; SALVADOR-CARULLA; SALAS; 2001).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Estudar as características psicométricas de instrumentos de rastreamento e de diagnóstico de transtornos mentais atuais, traduzidos para o português e aplicados por membros das equipes de saúde da família do CSE/FMRPUSP em uma amostra selecionada da população com idade igual ou maior de 15 anos cadastrada por essas equipes.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a validade preditiva do MINI, aplicada por médicos residentes de medicina de família e comunidade, em relação à “Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão clínica” (SCID-I), aplicada por médico psiquiatra, em amostra da população com idade maior ou igual a 15 anos cadastrada pelas equipes de saúde da família do CSE/FMRP-USP.

2. Avaliar a aplicabilidade da utilização do MINI por médicos residentes de família e comunidade em amostra da população com idade maior ou igual a 15 anos cadastrada pelas equipes de saúde da família do CSE/FMRPUSP.

3. Comparar a validade preditiva para rastreamento de transtornos mentais de três questionários: SRQ, Well-Being Index-5 Version 1 (WHO-5) e Quadros COOP/WONCA, aplicados por auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de

saúde, em relação à “Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão clínica” (SCID-I), aplicada por médico psiquiatra, em amostra da população com idade maior ou igual a 15 anos cadastrada pelas equipes de saúde da família do CSE/FMRPUSP.

4. Avaliar as correlações entre SRQ, WHO-5 e Quadros COOP/WONCA aplicados por auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em amostra da população com idade maior ou igual a 15 anos cadastrada pelas equipes de saúde da família do CSE/FMRPUSP.

5. Avaliar a aplicabilidade da utilização dos questionários SRQ, WHO-5 e Quadros COOP/WONCA por agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem em amostra da população com idade maior ou igual a 15 anos cadastrada pelas equipes de saúde da família do CSE/FMRPU

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Caracterização do contexto e local do estudo

Desde 1999, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo vem instalando equipes de saúde da família, ligadas ao seu Centro de Saúde Escola (CSE/FMRP-USP), com objetivos de assistência, pesquisa e ensino, tanto em graduação, como em pós-graduação (em senso lato e senso estrito). Em 2003 existiam quatro dessas equipes, abrangendo a antiga área básica do CSE/FMRP-USP (com uma população estimada em cerca de 15.000 habitantes). Cada uma dessas equipes contava com quatro agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um médico de família e um enfermeiro, além de médicos residentes em medicina de família e comunidade, alunos de graduação de medicina, enfermagem e farmácia e estagiários de diversas categorias profissionais (FORSTER *et al.*, 2002; CAMPOS, 2006).

Em 1999, foram iniciadas as atividades da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), que tem como principal campo de estágio as equipes de saúde da família do CSE/FMRP-USP. Também em 1999, iniciaram-se as colaborações da Disciplina de Psiquiatria da FMRP-USP com as equipes de saúde da família e com a RMFC. Um médico psiquiatra (o pesquisador) passou a realizar atividades de consultoria e ligação junto às equipes de saúde da família e, concomitantemente, passou a coordenar a formação dos médicos residentes de família e comunidade na área de saúde mental e psiquiatria.

Desde o início, as atividades de consultoria e ligação vêm ocorrendo em encontros semanais com essas equipes. Nesses encontros com duração de uma hora e meia cada, ocorrem rotineiramente: discussões de temas específicos; discussões de casos; atendimentos conjuntos de pacientes com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; atividade de reflexão com a equipe sobre o cotidiano do trabalho em APS; encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico em serviço especializado de saúde mental. Excetuando-se situações de urgência, o encaminhamento para serviços especializados (Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-Dia, Ambulatórios Especializados no hospital universitário) somente tem ocorrido após discussão de caso com o consultor. Os pacientes acompanhados pelas equipes de saúde da família que necessitam de tratamento psiquiátrico especializado em nível ambulatorial são atendidos pelo próprio psiquiatra consultor.

Dentro desse contexto, o presente estudo foi realizado com médicos residentes de família e comunidade, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde das equipes do CSE/FMRP-USP, juntamente com pacientes cadastrados por essas equipes, conforme detalhado a seguir.

3.2 Participantes do estudo

Uma amostra composta por 120 indivíduos de ambos os sexos, de quinze anos ou mais, cadastrados pelas quatro equipes de saúde da família do CSE/FMRP-USP que passaram por atendimento nas sedes de cada equipe. A amostra foi selecionada para apresentar a mesma proporção de indivíduos descrita no cadastro de famílias do “Sistema de Informação da Atenção Básica” (SIAB) das quatro equipes, quanto a cinco faixas etárias (de 15 a 19 anos, de 20 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos e com

60 anos ou mais), para ambos os sexos, em 2002. As características demográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequências das características demográficas na amostra estudada.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Mulheres	62	51,7
Homens	58	48,3
Faixa etária		
15-19	18	15,0
20-39	58	48,3
40-49	21	17,5
50-59	12	10,0
> 60	11	09,2
Estado Civil		
União estável	57	47,5
Solteiro/divorciado/viúvo	63	52,5
Escolaridade		
1º grau incompleto	30	25,0
1º grau completo	28	23,3
2º grau completo ou incompleto	51	42,5
Superior completo ou incompleto	11	9,2

Quatorze (14) agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, que aplicaram os instrumentos de rastreamento na amostra selecionada, realizando cada um entre quatro e nove aplicações.

Vinte e cinco (25) médicos residentes de medicina de família e comunidade, que haviam completado o treinamento no MINI, aplicando-o na amostra selecionada entre duas a nove vezes cada médico.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Instrumentos para rastreamento de transtornos mentais (SRQ, Quadros COOP/WONCA, WHO-5)

Foram aplicados conjuntamente os três questionários, descritos a seguir, nos 120 indivíduos da amostra.

3.3.1.1 SRQ-20

O SRQ-20 foi desenvolvido dentro de um projeto da OMS sobre estratégias para oferecer cuidados de saúde mental em países em desenvolvimento por equipes de assistência primária, realizado entre o final da década de 70 e começo dos anos 80. Avalia sintomas comuns em quadros neuróticos nos últimos 30 dias. Sua versão mais usada tem 20 itens, suas respostas são “sim” ou “não” e a cotação utilizada é 1-0, respectivamente. Já foi traduzido e validado em serviços de cuidados primários em diversos países, incluindo o Brasil (BEUSEMBERG e ORLEY; 1994; MARI e WILLIAMS; 1985; MARI e WILLIAMS, 1986).

3.3.1.2 Quadros COOP/WONCA

Os Quadros COOP/WONCA foram inicialmente desenvolvidos nos EUA na década de 80 e posteriormente traduzidos e validados em várias línguas e países, com o estímulo da WONCA. Foram desenvolvidos em serviços de cuidados primários, como um instrumento de fácil e rápida aplicação. Medem a capacidade funcional (qualidade de vida) em seis domínios: capacidade física, sentimentos (saúde mental), atividades do dia-a-dia, atividades sociais, mudanças no estado de saúde e estado geral de saúde. Cada

domínio funcional é avaliado através de uma pergunta com cinco opções de resposta, que vão de nenhum comprometimento até grave comprometimento na área específica. Figuras ilustram as diferentes opções de resposta, com o propósito de facilitar o entendimento para pessoas com baixa capacidade de leitura (analfabetismo total ou funcional inclusive). Dois estudos sugerem que a questão sobre saúde mental pode funcionar como um bom rastreador de depressão. Embora traduzido em Portugal, optou-se por fazer uma versão brasileira, devido às diferenças lingüísticas entre os dois países (DOETCH *et al.*, 1994; PEDERSEN, DAMSBO e KRAGSTRUP, 1999; VAN WEEL *et al.*, 1995).

3.3.1.3 WHO-5

Esse instrumento é um desenvolvimento de um questionário de 22 itens para medir bem-estar, o “WHO Well-Being Index”, criado para uso em estudos sobre bem-estar e doenças físicas crônicas como diabetes no início da década de 90. Essa versão de 22 itens também discriminou indivíduos com e sem transtornos mentais em uma amostra de idosos. Posteriormente, foram desenvolvidas versões mais curtas: uma de dez itens e duas de 5 itens. As diferenças entre as versões de cinco itens (“WHO-5 Version 1” e “WHO-5 Version 2”) são referentes ao modo de formular a primeira questão (negativamente na primeira versão, positivamente na segunda) e o número de alternativas de resposta (quatro alternativas – 0 a 3 – na primeira versão, seis alternativas – 0 a 5 – na segunda). O “WHO-5 Version 1” demonstrou ter uma boa capacidade de detectar ansiedade e depressão em uma amostra de indivíduos idosos, enquanto o “WHO-5 Version 2” detectou eficazmente apenas depressão. Decidiu-se, com base nesses dados, traduzir e adaptar para o português o “WHO-5 Version 1”, o que foi feito (WHO EUROPE, 1998; HEUN, 1999; BONSIGNORE, 2001).

3.3.2 Entrevistas diagnósticas semi-estruturadas para diagnóstico de transtornos mentais

Foram aplicadas as duas entrevistas (MINI e SCID-I), respectivamente por médicos residentes de medicina de família e comunidade e médico psiquiatra, conforme descrito posteriormente, nos 120 indivíduos da amostra.

3.3.2.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

O MINI foi desenvolvido por pesquisadores franceses e norte-americanos, com o objetivo de desenvolver uma entrevista semi-estruturada que ficasse entre os instrumentos de rastreamento simples e ultra-rápidos e as entrevistas detalhadas, demoradas, voltadas para pesquisa. Trata-se de uma entrevista rápida que permite explorar aqueles diagnósticos que nos estudos epidemiológicos tem apresentado uma prevalência de pelo menos 0.5% no último ano, possuindo assim 17 módulos que exploram transtornos específicos do eixo I do DSM-IV, um módulo para Síndrome Psicótica e um para risco de suicídio. Uma de suas aplicações é a coleta sistemática de informações, para estabelecimento ou confirmação de hipóteses diagnósticas em cuidados primários segundo critérios precisos. Apresentou boa validade em estudos multicêntricos (realizados nos EUA, Reino Unido, França e Itália) que compararam tanto os diagnósticos feitos através do seu uso por clínicos gerais com os diagnósticos feitos por psiquiatras sem uso de entrevista semi-estruturada como o diagnóstico feito através do seu uso por psiquiatras com aquele feito por profissionais especializados em saúde mental com o uso da SCID e da CIDI.

Nesses estudos, a aplicação integral do MINI demorava, na grande maioria dos pacientes, entre 15 a 20 minutos. Comparada com a SCID, o MINI era aplicado na

metade do tempo em pacientes ansiosos e/ou deprimidos e em um quarto do tempo nos pacientes com diagnóstico primário de psicose. Foi traduzido para o português por uma pesquisadora brasileira que integrou o grupo original de desenvolvimento desse instrumento. Para pesquisa e clínica rotineira seu uso é liberado sem restrições (AMORIM, 2000; LECRUBIER, 2002; SHEEHAN *et al.*, 1998).

3.3.2.2 Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV, versão clínica (SCID-I)

É uma entrevista diagnóstica semi-estruturada para Transtornos Mentais do Eixo I do “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais/Quarta Edição” (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/fourth edition” - “DSM-IV”), da Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association – APA). Sua utilização deve ser feita por profissionais especializados em saúde mental/psiquiatria, com experiência e formação específica em clínica psiquiátrica, pois pressupõe um conhecimento extenso nessa área (PULL; CLOOS; PULL-ERPELDING, 2002; WILLIAMS *et al.*, 1992).

No Brasil, sua versão clínica foi traduzida e adaptada. É composta por três partes: a) uma Revisão Geral da história do entrevistado, que introduz a entrevista e inicia o relacionamento entrevistador-entrevistado, b) o Livro de Administração, com as perguntas relativas aos critérios diagnósticos de cada categoria diagnóstica e c) a Folha de Resposta, onde são marcadas as respostas para essas perguntas (DEL-BEN *et al.*, 2001; FIRST *et al.*, 1999).

Essa versão clínica apresenta, para alguns Transtornos de Ansiedade, Transtornos Somatoformes e Transtornos Alimentares, apenas questões específicas de rastreamento. Assim sendo, optou-se por utilizar as seções correspondentes da versão de

pesquisa da SCID-P, traduzida para uso no Brasil(FIRST *et al.*, 1996) que contém as perguntas relativas a todos os critérios diagnósticos de cada um desses Transtornos. Também foi incluída a seção da versão de pesquisa que avalia a presença ou ausência de Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão. Este último foi considerado como diagnóstico necessitando de mais estudos para ser validado, na época da publicação do DSM-IV (em 1994), com a possibilidade de ser freqüente em serviços de cuidados primários e na população em geral (FIRST *et al.*, 1996; BARLOW; CAMPBELL, 2000; BOULENGER, 1997).

3.3.3 Escala para Avaliação da Aplicabilidade de Questionários de Rastreamento

Para avaliar aspectos da aplicabilidade dos questionários de rastreamento, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde responderam um questionário composto por nove questões tipo “likert” para cada um dos três instrumentos – medindo brevidade, simplicidade, relevância e aceitabilidade de cada um, com quatro alternativas de resposta cada (SLADE; THORNICROFT; GLOVER, 1999; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001). As alternativas de resposta permitiam escolher desde considerar o questionário muito satisfatório quanto à cada questão indagada, passando por bastante satisfatório, pouco satisfatório e nada satisfatório.

3.3.4 Escala para Avaliação da Aplicabilidade do MINI

Para avaliar aspectos da aplicabilidade do MINI, os médicos residentes de família e comunidade responderam um questionário de dez questões tipo “likert, com quatro alternativas de resposta cada, medindo a brevidade, simplicidade, relevância e

aceitabilidade desse instrumento para essa categoria profissional, (SLADE; THORNICROFT; GLOVER, 1999; SALVADOR-CARULLA; SALAS; 2001). As alternativas de resposta permitiam escolher desde considerar o questionário muito satisfatório quanto à cada questão indagada, passando por bastante satisfatório, pouco satisfatório e nada satisfatório.

3.4 Aplicadores

Os ACS e auxiliares de enfermagem aplicaram os Quadros COOP/WONCA, o SRQ e o WHO-5 e responderam as escalas de praticabilidade dos mesmos.

O MINI foi aplicado pelos médicos residentes de família e comunidade, que responderam a Escala de Aplicabilidade respectiva.

A SCID-I foi aplicada pelo pesquisador, médico psiquiatra.

3.5 Treinamentos para a aplicação dos instrumentos

3.5.1 Treinamento dos auxiliares de enfermagem e ACS das equipes de saúde da família na aplicação dos instrumentos de rastreamento

A duração do treinamento inicial foi de 2 horas para cada uma das quatro equipes de saúde da família, em horário e local destinado rotineiramente à reunião de equipe semanal.

Na 1ª parte foi realizada uma apresentação de 60 minutos sobre saúde mental, sofrimento mental e transtornos mentais, mostrando que se a equipe de cuidados

primários detecta sofrimento mental em quem está atendendo, essa pessoa pode ser ajudada a enfrentar e superar essas dificuldades. Foi enfatizado que o “sofrimento mental” é constituído de queixas somáticas (como cansaço, dores e outras sensações corporais desagradáveis), queixas cognitivas (como dificuldade para pensar com clareza, para concentrar-se e para lidar com problemas) e queixas comportamentais/emocionais (como alterações do sono, do apetite, da motricidade, preocupação excessiva, nervosismo, tristeza, anedonia, idéias de morte e infelicidade) – utilizando como exemplos questões dos questionários a serem utilizados na pesquisa. Também foi destacado como, até uma certa intensidade desse sofrimento, todos nós conseguimos manejá-lo sem ajuda, mas que a partir de um determinado ponto, as pessoas podem necessitar de ajuda mais freqüente e intensiva das equipes da área de saúde. Foi discutida a importância dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – geralmente os primeiros a terem contato com o paciente – conseguirem detectar e compartilhar essa demanda com o restante da equipe, para se chegar a um diagnóstico mais específico da situação e à decisão quanto às medidas a serem tomadas. O caráter terapêutico da escuta em si também foi enfatizado.

Na 2ª parte do treinamento, também com duração de 60 minutos, foram apresentados inicialmente os objetivos da pesquisa, como ela seria feita e como os membros das equipes participariam. Posteriormente, foram apresentados os três instrumentos de rastreamento a serem estudados, suas características específicas e instruções de aplicação. Foi feita uma demonstração da aplicação de cada um, separadamente, pelo pesquisador em um dos membros das equipes das equipes de saúde da família, enquanto os membros restantes também preenchiam as respostas e faziam a cotação. Após cada demonstração, eram formadas duplas de membros das equipes, nas quais cada integrante da dupla aplicava no outro cada instrumento, e eram discutidas

eventuais dúvidas e dificuldades. Foi abordada a situação na qual o paciente começasse a falar de suas dificuldades e sofrimentos sem acabar seguindo a estrutura do questionário e foi realizada a orientação, de, nesse caso, ouvir a pessoa e após, tentar aplicar o restante do questionário padronizado.

Ao longo do período de coleta de dados, foi realizado individualmente ou em duplas o treinamento de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que não haviam participado do treinamento comum descrito acima; também eram esclarecidas dúvidas e realizadas dramatizações das aplicações quando os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde sentiam-se inseguros por terem realizado o treinamento já há um tempo considerável.

3.5.2 Treinamento dos médicos de família e comunidade na aplicação do MINI

A formação dos médicos residentes de família e comunidade na área de saúde mental e psiquiatria ocorreu ao longo dos dois anos de duração da residência, através de atividades teóricas e práticas, de modo a estimular a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes adequadas. Essas atividades aconteceram: 1) em seminários teóricos – quarenta no total, com duração de duas horas cada, realizados durante o primeiro ano da residência, em grupos com a participação de até dez residentes, 2) durante as atividades de consultoria e ligação semanalmente realizadas com as equipes de saúde da família do CSE/FMRP-USP e 3) em estágios (um em cada ano da residência, fazendo um total de 240 horas) em um serviço de urgência psiquiátrica inserido em pronto-socorro geral.

Nos seminários teóricos foram estudados textos nacionais e internacionais sobre abordagem biopsicossocial e relacionamento com pacientes (incluindo

habilidades gerais de entrevista e entrevista motivacional) e diagnóstico e tratamento dos tratamentos mentais; os residentes foram estimulados a trazer e discutir suas dúvidas e dificuldades quanto a esses aspectos de suas atividades clínicas com o supervisor e colegas, tanto nas atividades teóricas como durante as atividades de consultoria e ligação com as equipes de saúde da família (BROWN et al., 2003; MYNOR-WALLIS et al., 2002; ROLLNICK; MANSON; BUTLER, 1999).

Aspectos clínicos e epidemiológicos específicos envolvidos na utilização das classificações psiquiátricas contemporâneas em APS – como aqueles relacionados à inespecificidade de sintomas, quadros subsindrômicos, transtornos de ajustamento, estabilidade temporal dos diagnósticos e relações entre sintomas somáticos e síndromes psiquiátricas – também foram discutidos com os residentes nos seminários teóricos e suas implicações abordadas nas atividades práticas desenvolvidas durante as consultorias (APA, 1994; HELMCHEN; LINDEN, 2000; WITTCHEN et al., 2000; CASEY, 2001; BURTON, 2003).

O treinamento do MINI ocorreu durante os seminários teóricos e durante as atividades práticas realizadas nos serviços de assistência primária, dentro da formação descrita acima. Em três seminários (seis horas no total), foi realizada a apresentação e treinamento inicial na versão brasileira do MINI (LECRUBIER, 2002), através de dramatizações de sua aplicação, com o pesquisador esclarecendo as dúvidas apresentadas. Posteriormente, nos seminários em que foram discutidos os transtornos mentais específicos abrangidos pelo MINI, novamente foram apresentadas e treinadas, através de dramatizações, as seções correspondentes do instrumento (doze horas no total, quarenta minutos em média para cada uma das seções). Os médicos residentes discutiram as aplicações que fizeram do MINI com o pesquisador durante as atividades de consultoria, quando julgaram necessário. Tanto nos seminários teóricos como nas

atividades práticas foi enfatizado como integrar esse instrumento padronizado dentro do atendimento centrado no paciente realizado na APS (BROWN et al., 2003; ROLLNIC; MANSON; BUTLER, 1999).

3.5.3. Treinamento do pesquisador na SCID-I

Como padrão-ouro para comparação com o MINI, o pesquisador – médico psiquiatra – aplicou nos pacientes a SCID-I, na qual já era treinado através da experiência como entrevistador em estudos anteriores (DEL-BEN et al., 1996).

3.6. Coleta de dados

O projeto foi apresentado à Comissão de Ética em Pesquisa do CSE/FMRP-USP, que o encaminhou às equipes de saúde da família do CSE/FMRP-USP para avaliação, as quais discutiram a viabilidade do mesmo ser realizado e discutiram eventuais dúvidas sobre sua realização com o pesquisador. As equipes aceitaram colaborar na sua execução e a Comissão de Ética em Pesquisa aprovou a realização do estudo. O fato de o pesquisador estar trabalhando com essas equipes desde 1999, através de encontros semanais, facilitou muito esse processo.

A autorização para colaboração na pesquisa por parte dos moradores cadastrados pelas equipes de saúde da família ocorreu após a leitura e discussão de um “Termo de Consentimento Informado de Pessoas Cadastradas no PSF” com o pesquisador. No caso de menores de 18 anos, além do próprio paciente, também um responsável assinava o “Termo de Consentimento Informado de Pessoas Cadastradas no PSF ”

A autorização para colaboração na pesquisa por parte dos membros da equipe do PSF (auxiliares de enfermagem, ACS e médicos residentes de família e comunidade) se deu após a leitura e discussão de um “Termo de Consentimento Informado de Membro da Equipe do PSF” com o pesquisador na primeira vez que aplicavam os instrumentos.

Para obter a amostra de pessoas atendidas nas sedes das equipes de saúde da família, o pesquisador compareceu nesses locais em dias ou horários não previamente agendados, solicitando a participação na pesquisa dos pacientes que estavam para serem atendidos no período, até completar a amostra proporcional ao SIAB. A coleta dos dados se estendeu entre setembro de 2003 e outubro de 2004.

Para a obtenção da amostra de 120 pacientes foram convidados cento e quarenta e sete (147) pacientes (vinte recusaram o convite - o motivo de recusa apresentado na maioria das vezes foi falta de tempo - e outros sete acabaram não completando a entrevista com o médico psiquiatra). Além disso, vinte e um pacientes que se encontravam esperando atendimento não foram convidados para participar porque já haviam sido atendidos pelo pesquisador ou levados para discussão com o mesmo.

Nos 120 indivíduos da amostra foram aplicados os três instrumentos para rastreamento de transtornos mentais (SRQ, Quadros COOP/WONCA e WHO – 5), pelos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, o MINI pelos médicos residentes de medicina de família e comunidade e a SCID-I, pelo pesquisador, após os atendimentos realizados pelos profissionais das equipes de cuidados primários. A aplicação da SCID ocorreu nas próprias sedes das equipes ou nas residências dos pacientes, em um período máximo de 7 dias.

3.7 Análise de resultados

As análises estatísticas foram realizadas através da utilização do software “Statistical Package for Social Scientists (SPSS) 13.0”.

A validade concorrente entre os instrumentos de rastreamento foi avaliada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman.

Para avaliar a validade preditiva tanto dos instrumentos de rastreamento como do MINI em relação a SCID-I, foram calculados as sensibilidades, as especificidades, os valores preditivos positivos e negativos, considerando-se a ausência ou presença de Transtornos Mentais aferida pela SCID-I como padrão-ouro. Para determinar o ponto de corte mais adequado, uma curva ROC (verdadeiros positivos x falsos positivos) foi construída para cada instrumento, em relação a SCID-I.

A concordância entre os diagnósticos obtidos pelo MINI e aqueles obtidos pela SCID-I também foi avaliada qualitativamente através do coeficiente kappa. Para uma análise qualitativa dos valores do coeficiente kappa – que mede a proporção de concordância diagnóstica observada entre avaliadores, corrigindo a proporção de concordância casual que normalmente seria esperada – considerou-se que valores acima de 0,75 indicariam uma concordância excelente; entre 0,40 e 0,75, uma concordância satisfatória; e abaixo de 0,40, uma concordância insatisfatória (FLEISS, 1981).

A avaliação da aplicabilidade dos instrumentos foi analisada agrupando-se as quatro alternativas de resposta de cada questão das Escalas de Aplicabilidade em dois grupos - satisfação ou insatisfação (muito/bastante satisfatória e pouco/nada satisfatória) em relação à característica estudada quanto à sua aplicação no PSF – e aferindo-se suas proporções entre os membros das equipes (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para os questionários para rastreamento e médicos residentes de família e comunidade para o MINI).

4. RESULTADOS

4.1. Resultados obtidos através da aplicação da SCID-I.

A frequência de comorbidade e de categorias diagnósticas atuais mais amplas conforme a SCID são apresentadas na tabela 2, em números absolutos e percentuais. O número de indivíduos com comorbidade psiquiátrica foi de 15,8% no total.

Tabela 2 – Frequências do número de diagnósticos por indivíduo e das categorias diagnósticas mais amplas conforme a SCID-I.

Frequência dos Indivíduos por Número de Diagnósticos pela SCID-I	N	%
0	76	63,3
1	25	20,8
2	11	9,2
3	8	6,7
Frequência dos Indivíduos por Categoria Diagnóstica Atual pela SCID		
Transtornos Depressivos*	25	20,8
Transtornos Ansiosos	21	17,5
Transtornos Somatoformes	05	4,2
Abuso/Síndrome Dependência Álcool	05	4,2
Transtornos Alimentares	03	2,5
Transtornos de Ajustamento	03	2,5
Abuso/Síndrome Dependência não álcool	02	1,7
Transtornos Psicóticos	01	0,8

* Episódio Depressivo Maior + Distímia + Episódio Depressivo Menor Atual com história de Episódio Depressivo Maior passado

Os diagnósticos específicos mais comuns encontrados na amostra conforme a SCID-I foram: episódio depressivo maior (15,8%), transtorno de ansiedade generalizada (10%), transtorno do pânico (4,2%) e distímia (3,3%).

O tipo de comorbidade mais comum foi entre transtornos depressivos e ansiosos (9 casos, correspondendo a 7,5% do total de pacientes); em seguida foi mais freqüente a comorbidade entre os transtornos ansiosos (6 casos, correspondendo a 5,0% do total).

Na tabela 3, encontram-se as distribuições dos diagnósticos por sexo quanto às categorias diagnósticas mais amplas, conforme a SCID-I.

Tabela 3 – Freqüências das categorias diagnósticas por sexo conforme a SCID-I.

Freqüência dos Indivíduos por Categoria Diagnóstica Atual pela SCID	Homens (%)	Mulheres(%)	Total(%)
Qualquer Transtorno Mental	18 (31,0)	26 (41,9)	44(36,7)
Transtornos Depressivos*	9(15,5)	16(25,8)	25 (20,8)
Transtornos Ansiosos	7(12,1)	14(22,6)	21(17,5)
Transtornos Somatoformes	1(1,7)	4(6,5)	05(4,2)
Abuso/Síndrome Dependência de Álcool	5(8,6)	0(0,0)	05(4,2)**
Transtornos Alimentares	1(1,7)	2(3,2)	03(2,5)
Transtornos de Ajustamento	1(1,7)	2(3,2)	03(2,5)
Abuso/Síndrome Dependência não álcool	1(1,7)	1(1,6)	02(1,7)
Transtornos Psicóticos	1(1,7)	0(0,0)	01(0,8)

* Episódio Depressivo Maior + Distímia + Episódio Depressivo Menor Atual com história de Episódio Depressivo Maior passado

**p< 0,05 segundo χ^2 .

4.2. Resultados obtidos através da aplicação do MINI.

Na tabela 4 são apresentadas as freqüências de comorbidade e das categorias diagnósticas atuais mais amplas conforme o MINI, em números absolutos e percentuais. O número de indivíduos com comorbidade psiquiátrica foi de 15 (12,5%) no total.

Tabela 4 – Frequências do número de diagnósticos por indivíduo e das categorias diagnósticas mais amplas conforme o MINI.

Frequência dos Indivíduos por Número de Diagnósticos pelo MINI	N	%
0	74	61,7
1	31	25,8
2	14	11,7
3	1	0,8
Frequência dos Indivíduos por Categoria Diagnóstica Atual pelo MINI		
Transtornos Depressivos*	31	25,8
Transtornos Ansiosos	24	20,0
Transtornos Somatoformes**	-	-
Abuso/Síndrome Dependência Álcool	05	4,2
Transtornos Alimentares	01	0,8
Transtornos de Ajustamento**	-	-
Abuso/Síndrome Dependência não álcool	02	1,7
Transtornos Psicóticos	01	0,8

* Episódio Depressivo Maior + Distímia + Episódio Depressivo Menor Atual com história de Episódio Depressivo Maior passado

**Categoria diagnóstica não existente no MINI

Os diagnósticos específicos mais comuns encontrados na amostra conforme o MINI foram: episódio depressivo maior (19 casos, correspondendo a 15,8% da amostra), transtorno de ansiedade generalizada (12 casos, correspondendo a 10%), transtorno do pânico (5 casos, correspondendo a 4,2%) e distímia (4 casos, correspondendo a 3,3%).

O tipo de comorbidade mais comum foi entre transtornos depressivos e ansiosos (10 casos, correspondendo a 8,3% do total de pacientes).

Na tabela 5, encontram-se as distribuições dos diagnósticos por sexo quanto às categorias diagnósticas mais amplas, conforme o MINI.

Tabela 5 – Frequências das categorias diagnósticas por sexo conforme o MINI.

Frequência dos Indivíduos por Categoria Diagnóstica Atual pela SCID	Homens (%)	Mulheres(%)	Total(%)
Qualquer Transtorno Mental	20 (34,5)	26 (41,9)	46(38,3)
Transtornos Depressivos	13(22,4)	18(29,0)	31 (25,8)
Transtornos Ansiosos	8(13,8)	16(25,8)	24(20,0)
Transtornos Somatoformes*	-	-	-
Abuso/Síndrome Dependência de Álcool	5(8,6)	0(0,0)	05(4,2)**
Transtornos alimentares	1(1,7)	2(3,2)	03(2,5)
Transtornos de Ajustamento*	-	-	-
Abuso/Síndrome Dependência não álcool	1(1,7)	1(1,6)	02(1,7)
Transtornos Psicóticos	1(1,7)	0(0,0)	01(0,8)

*categoria diagnóstica não existente no MINI

** $p < 0,05$ segundo χ^2 .

Na tabela 6, são apresentados os valores de kappa, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia da aplicação do MINI pelos médicos residentes de família e comunidade, comparando com a SCID aplicada pelo médico psiquiatra, quanto á presença ou não de transtorno mental e quanto às categorias diagnósticas mais comuns.

Tabela 6 – Concordância entre os principais diagnósticos atuais do MINI e da SCID.

Concordância Diagnósticos	SCID		Kap.	Sens.	Esp.	VPP	VPN	Acur. (%)
	M I N I	- vn + fp						
Qualquer Transtorno Mental	68 08	06 38	0.75	0.86	0.90	0.83	0.92	88
Transtornos Depressivos*	87 08	02 23	0.77	0.92	0.92	0.74	0.98	92
Transtornos Ansiosos	94 05	02 19	0.81	0.90	0.95	0.79	0.98	94
Síndrome de Dependência/Abuso	112 01	01 06	0.85	0.86	0.99	0.86	0.99	98
Episódio Depressivo Maior**	94 07	02 17	0.75	0.90	0.93	0.71	0.98	93
Transtorno de Ansiedade Generalizada	104 04	03 09	0.69	0.75	0.96	0.69	0.96	94
Transtorno do Pânico	113 02	01 04	0.71 ***	0.80	0.98	0.67	0.99	98
Distímia	114 02	01 03	0.65 ***	0.75	0.98	0.60	0.99	97
Transtornos Alimentares	116 01	01 02	0.66 ***	0.67	0.99	0.67	0.99	98
Transtornos Psicóticos****	119 00	00 00	-	-	-	-	-	-

vn=verdadeiros negativos; vp=verdadeiros positivos; fn=falsos negativos; fp=falsos positivos; Sens.=sensibilidade; Esp.=especificidade; VPP=Valor Preditivo Positivo; VPN=Valor Preditivo Negativo; Acur.=Acurácia total.

*Episódio Depressivo Maior + Distímia + Episódio Depressivo Menor Atual com história de Episódio Depressivo Maior passado.

**Episódio Depressivo Maior inclui um indivíduo com Episódio Maníaco Passado.

*** Kappa questionável (<5% da amostra).

****Um único indivíduo.

A compreensibilidade, facilidade, brevidade e relevância clínica do uso do MINI são apresentadas na tabela 7. As quatro opções de resposta de cada questão foram agrupadas em duas possibilidades: avaliação como satisfatória ou insatisfatória da característica estudada. A compreensibilidade do instrumento, a facilidade do seu uso e sua relevância clínica foram consideradas satisfatórias por todos os médicos de família; quanto á sua brevidade, o uso do MINI foi considerado insatisfatório por todos se usado sem nenhum tipo de rastreamento prévio e satisfatório pela maioria se algum rastreamento prévio for utilizado.

Tabela 7 – Características de aplicabilidade do MINI conforme avaliação dos médicos residentes.

Característica de aplicabilidade do MINI	Frequência de avaliação da característica do MINI	Satisfatória (%)
Compreensibilidade das instruções	25	(100%)
Compreensibilidade da maneira de fazer perguntas	25	(100%)
Compreensibilidade da maneira de obter respostas	25	(100%)
Facilidade de preenchimento das seções diagnósticas	25	(100%)
Facilidade de preenchimento do Sumário Diagnóstico	25	(100%)
Compreensibilidade das perguntas pelos pacientes	25	(100%)
Compreensibilidade da maneira de responder pelos pacientes	25	(100%)
Brevidade para ser aplicado em todos pacientes sem rastreamento prévio	0	(0%)
Brevidade para ser aplicado em pacientes selecionados previamente por rastreamento	19	(76%)
Relevância do MINI para detectar transtornos mentais	25	(100%)

4.3. Resultados obtidos através da aplicação das escalas de rastreamento

Na figura 2 é apresentada a distribuição dos escores do SRQ-20 na amostra.

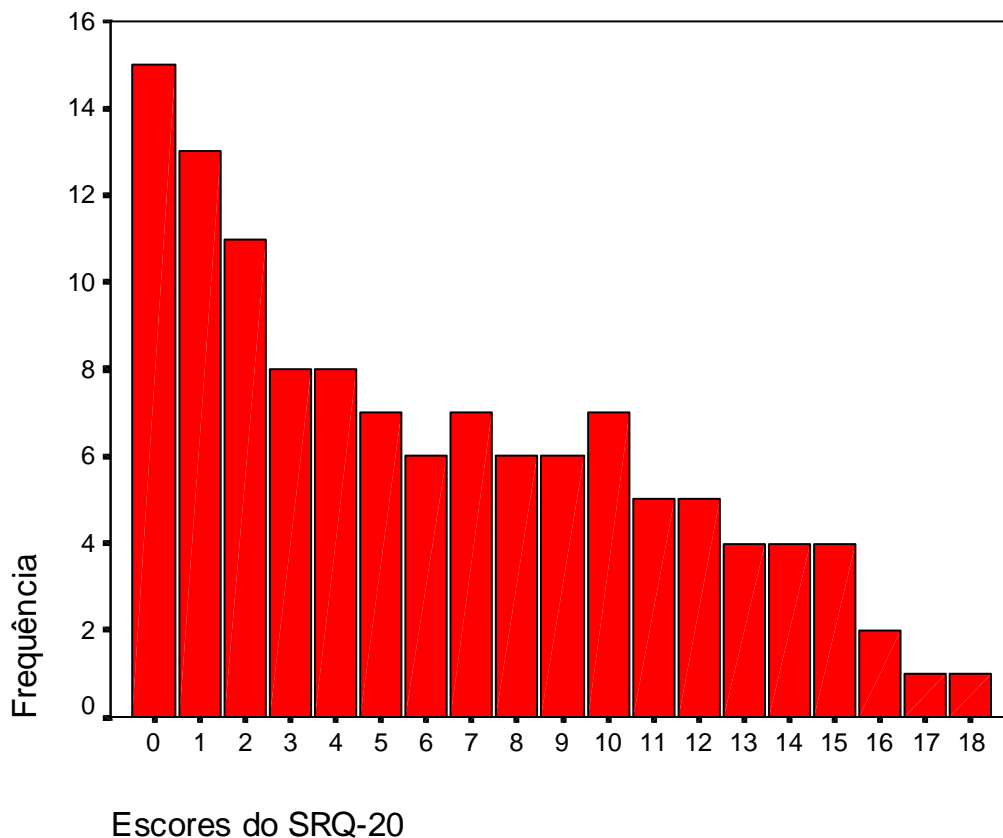


Figura 2 – Distribuição dos escores do SRQ-20 na amostra.

Na figura 3 é apresentada a curva ROC do SRQ-20 como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,918 (intervalo de confiança entre 0,871 e 0,966) para um valor de $p < 0,001$. O ponto de corte mais indicado é 7/8.

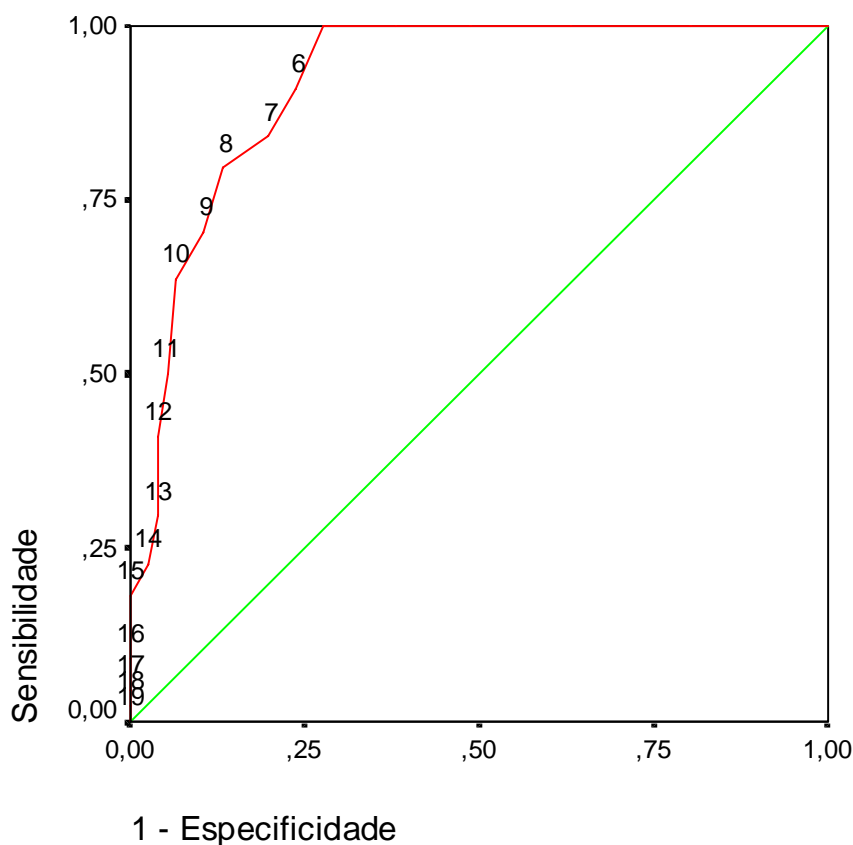


Figura 3 – Curva ROC do SRQ-20 como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 8 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte do SRQ-20 como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 8 – Valores de concordância entre pontos de corte do SRQ-20 e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

Ponto de Corte SRQ	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
0		1,00	0,00	0,37	0,00	37,0
1		1,00	0,20	0,42	1,00	49,2
2		1,00	0,34	0,46	1,00	58,3
3		1,00	0,46	0,48	1,00	65,8
4		1,00	0,57	0,57	1,00	72,5
5		1,00	0,67	0,64	1,00	79,2
6		0,93	0,74	0,67	0,95	80,8
7		0,86	0,80	0,72	0,91	82,5
8*		0,81	0,86	0,78	0,89	85,0
9		0,70	0,92	0,84	0,84	84,1
10		0,59	0,96	0,90	0,80	82,5
11		0,45	0,97	0,91	0,76	78,3
12		0,36	0,99	0,94	0,73	75,8
13		0,25	0,99	0,92	0,69	71,7
14		0,18	0,99	0,88	0,66	69,2
15		0,14	1,00	1,00	0,67	70,0
16		0,09	1,00	1,00	0,66	66,7
17		0,05	1,00	1,00	0,64	65,0
18		0,05	1,00	1,00	0,64	65,0
19		0,02	1,00	1,00	0,64	64,2
20		0,02	1,00	0,00	0,63	63,3

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 4 é apresentada a distribuição dos escores do WHO-5 na amostra.

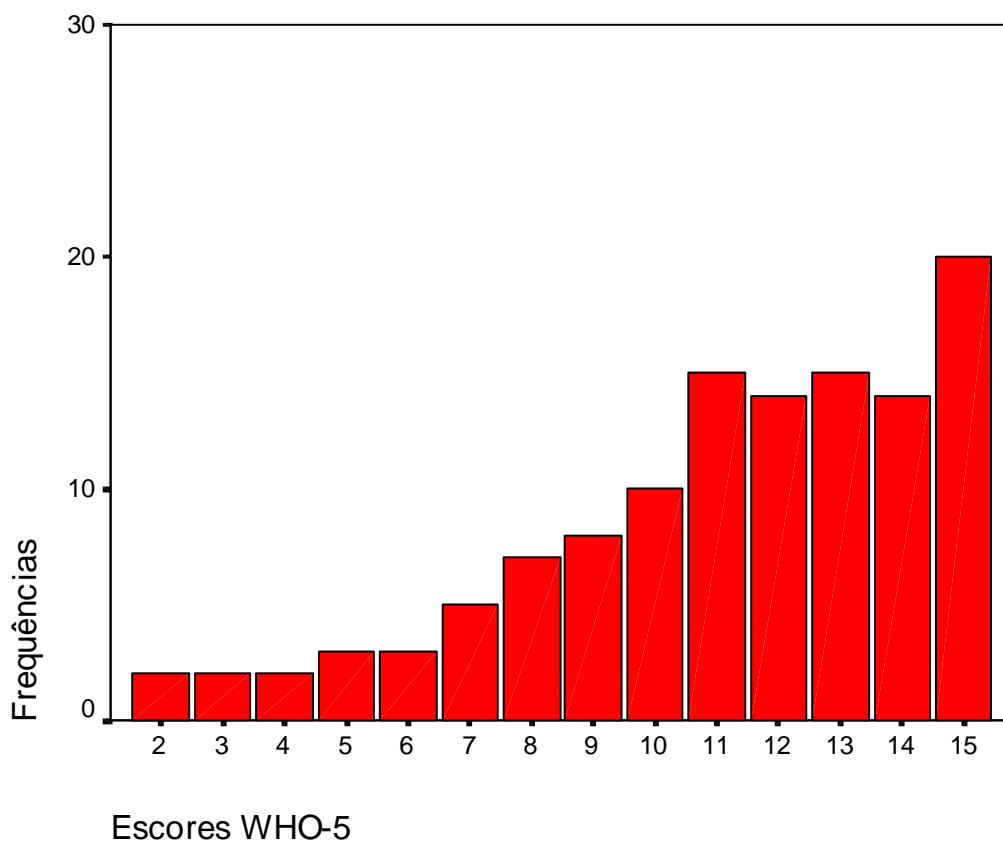


Figura 4 – Distribuição dos escores do WHO-5 na amostra.

Na figura 5 é apresentada a curva ROC do WHO-5 como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,900 (intervalo de confiança entre 0,842 e 0,957) para um valor de $p < 0,001$. O ponto de corte mais indicado é 12/11.

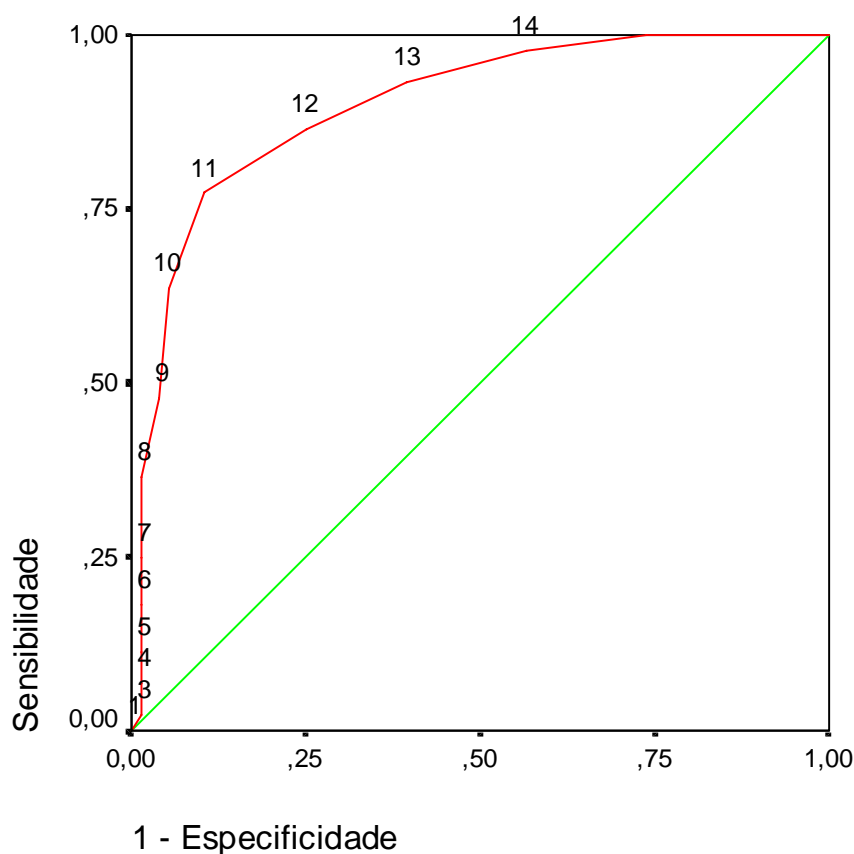


Figura 5 – Curva ROC do SRQ-20 como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 9 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte do WHO-5 como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 9 – Valores de concordância entre pontos de corte do WHO-5 e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

Ponto de Corte WHO-5	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
0		0,00	1,00	0,00	0,63	63,3
1		0,00	1,00	0,00	0,63	63,3
2		0,00	1,00	0,00	0,63	63,3
3		0,02	0,99	0,50	0,64	63,3
4		0,07	0,99	0,75	0,65	65,0
5		0,11	0,99	0,83	0,66	66,6
6		0,18	0,99	0,89	0,66	69,1
7		0,25	0,99	0,92	0,69	71,7
8		0,36	0,99	0,94	0,66	75,8
9		0,48	0,96	0,88	0,76	78,3
10		0,64	0,95	0,88	0,82	83,3
11*		0,77	0,89	0,81	0,87	85,0
12		0,86	0,75	0,67	0,90	79,2
13		0,93	0,60	0,58	0,94	72,5
14		0,98	0,43	0,49	0,97	63,3
15		1,00	0,26	0,44	1,00	53,3

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 6 é apresentada a distribuição dos escores da questão “capacidade física” dos Quadros COOP/WONCA na amostra.

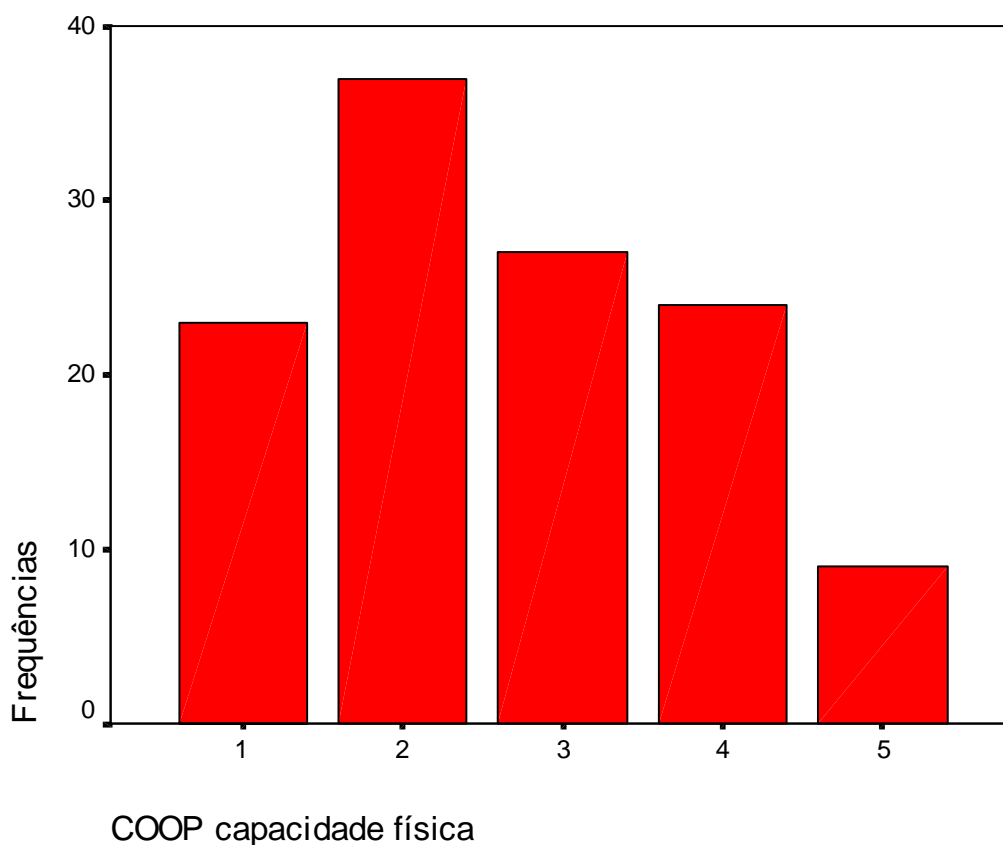


Figura 6 – Distribuição dos escores da questão “capacidade física” dos Quadros COOP/WONCA na amostra

Na figura 7 é apresentada a curva ROC da questão “Capacidade Física” dos Quadros COOP/WONCA como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,631 (intervalo de confiança entre 0,529 e 0,733) para um valor de $p=0,017$.

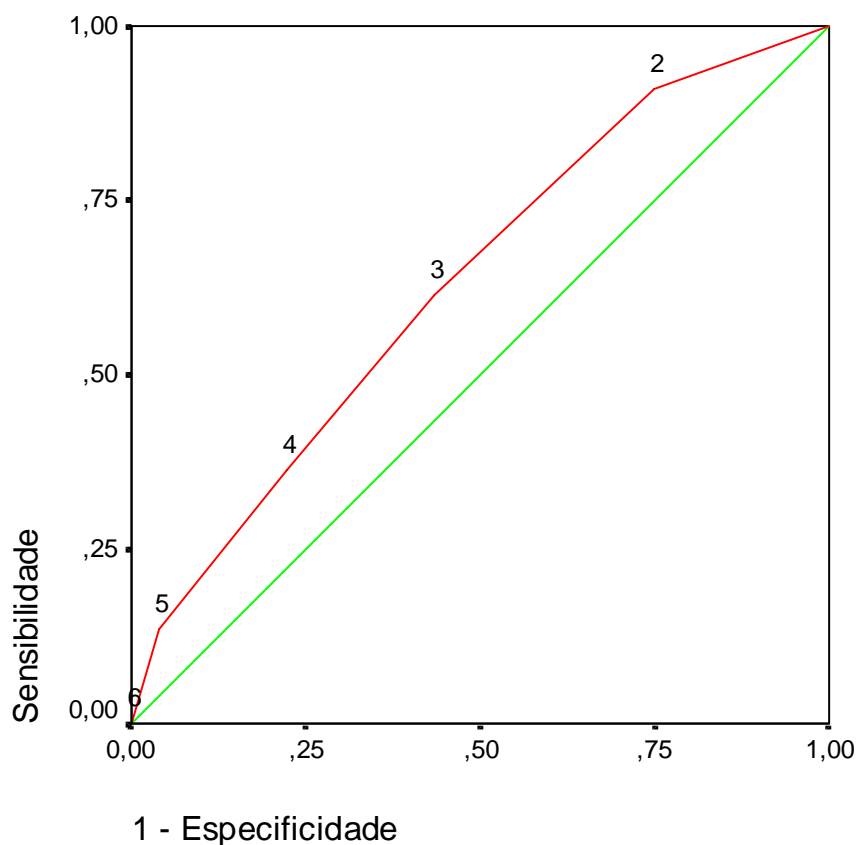


Figura 7 – Curva ROC da questão “Capacidade Física” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 10 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte da questão “Capacidade Física” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 10 – Valores de concordância entre pontos de corte da questão “Capacidade Física” dos Quadros COOP/WONCA e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
Ponto de Corte						
Capacidade física						
COOP/WONCA						
1		1,00	0,00	0,37	0,00	37,0
2		0,91	0,25	0,41	0,83	49,2
3		0,61	0,57	0,45	0,72	58,3
4		0,36	0,78	0,49	0,67	62,5
5*		0,14	0,96	0,67	0,66	65,8

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 8 é apresentada a distribuição dos escores da questão “sentimentos” dos Quadros COOP/WONCA na amostra.

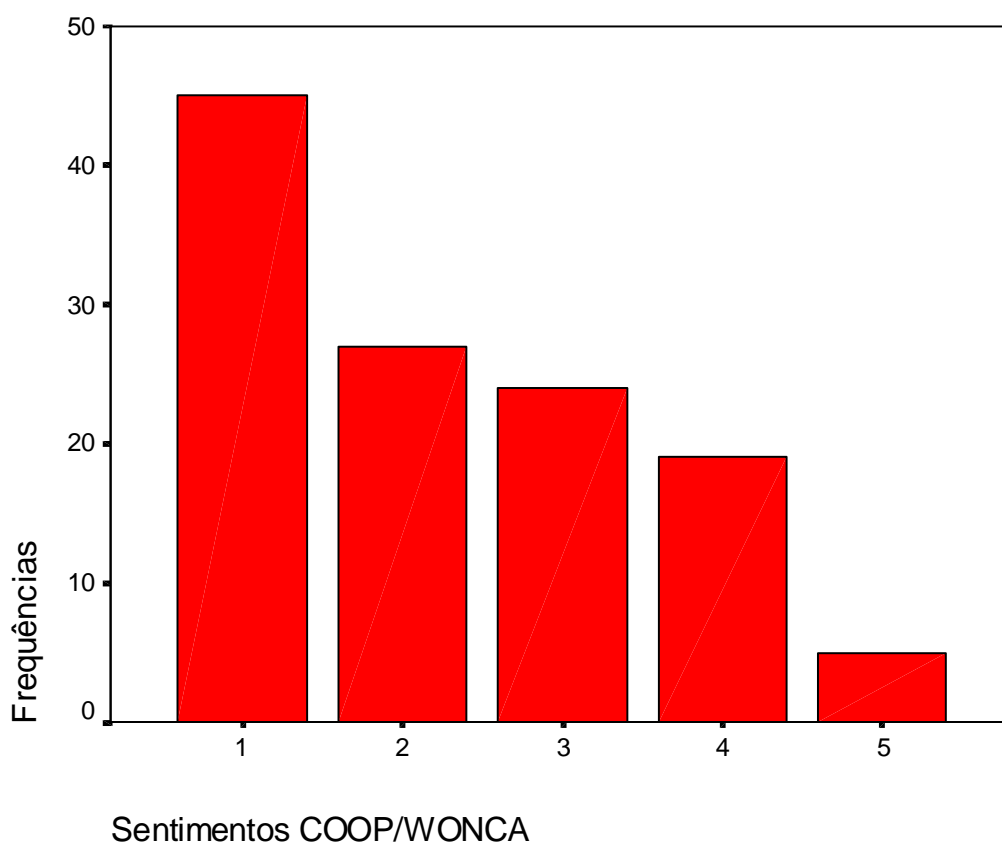


Figura 8 – Distribuição dos escores da questão “sentimentos” dos Quadros COOP/WONCA na amostra

Na figura 9 é apresentada a curva ROC da questão “Sentimentos” dos Quadros COOP/WONCA como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,877 (intervalo de confiança entre 0,811 e 0,943) para um valor de $p < 0,001$. O ponto de corte mais indicado é 2/3.

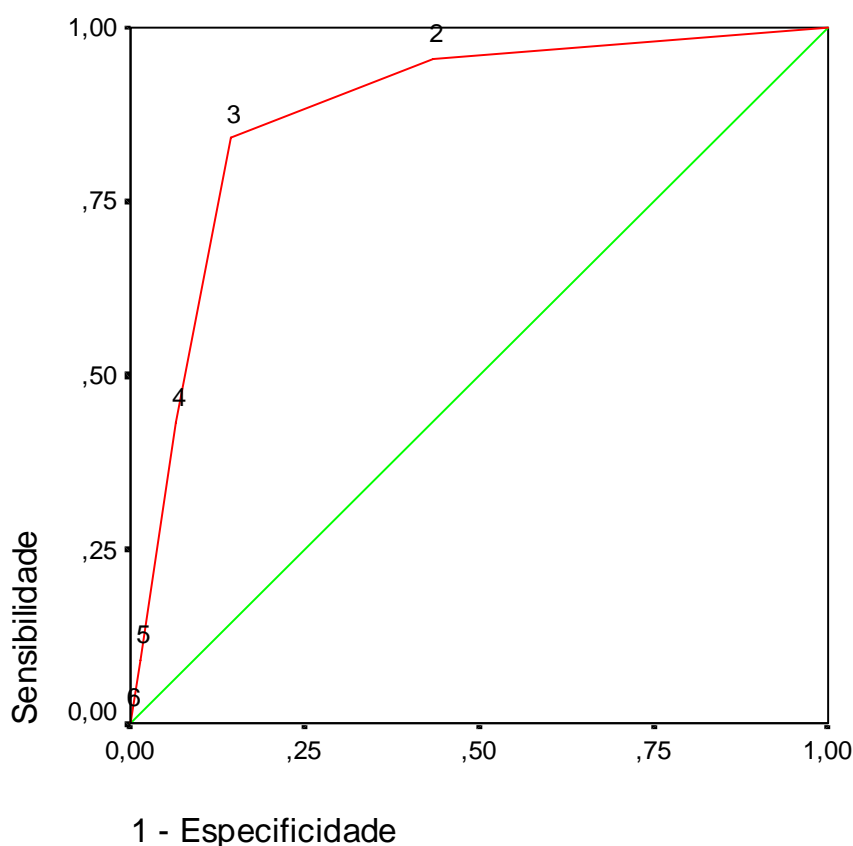


Figura 9 – Curva ROC da questão “Sentimentos” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 11 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte da questão “Sentimentos” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 11 – Valores de concordância entre pontos de corte da questão “Sentimentos” dos Quadros COOP/WONCA e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
Ponto de Corte Sentimentos COOP/WONCA						
1		1,00	0,00	0,37	0,63	36,7
2		0,95	0,57	0,56	0,96	70,8
3*		0,84	0,86	0,77	0,90	85,0
4		0,43	0,93	0,79	0,74	75,0
5		0,09	0,99	0,80	0,65	65,8

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 10 é apresentada a distribuição dos escores da questão “atividades do dia-a-dia” dos Quadros COOP/WONCA na amostra.

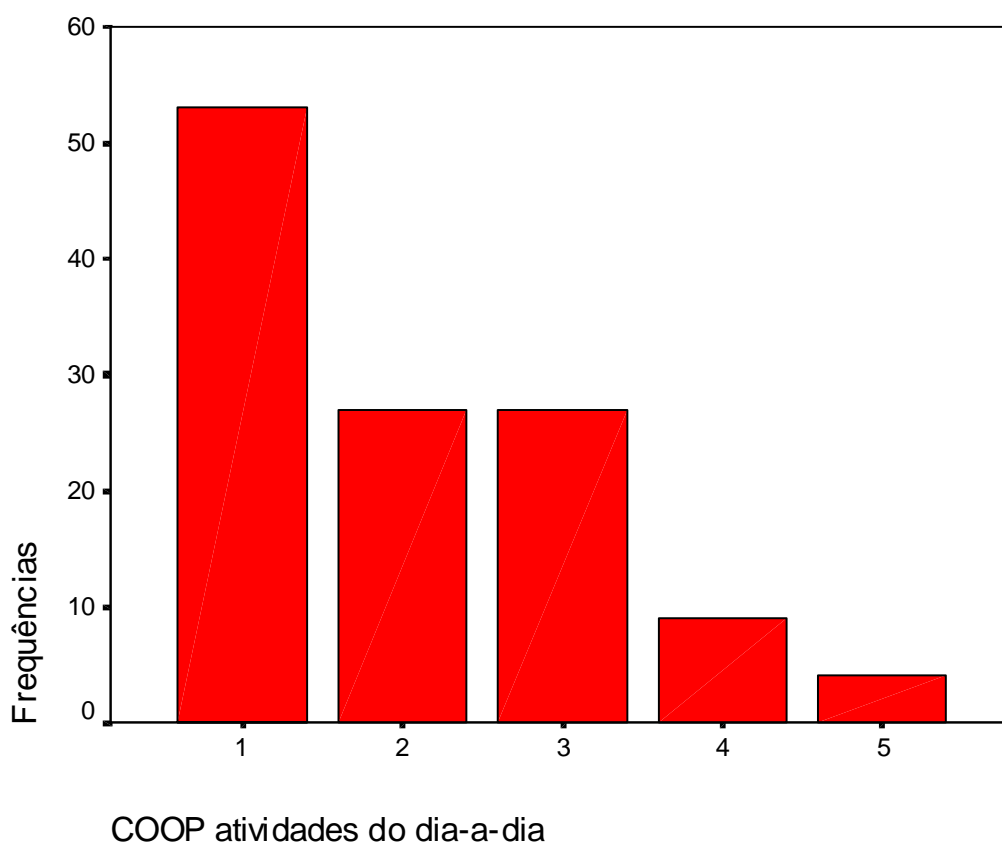


Figura 10 – Distribuição dos escores da questão “atividades do dia-a-dia” dos Quadros COOP/WONCA na amostra

Na figura 11 é apresentada a curva ROC da questão “atividades do dia-a-dia” dos Quadros COOP/WONCA como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,798 (intervalo de confiança entre 0,718 e 0,879) para um valor de $p=0,000$.

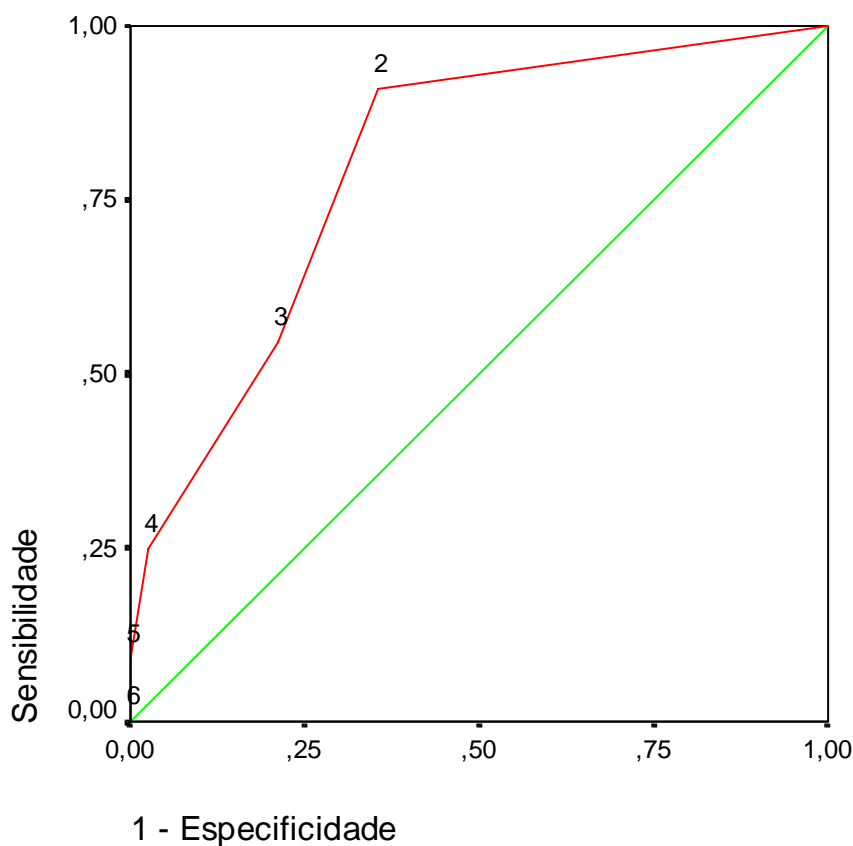


Figura 11 – Curva ROC da questão “atividades do dia-a-dia” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 12 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte da questão “atividades do dia-a-dia” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 12 – Valores de concordância entre pontos de corte da questão “atividades do dia-a-dia” dos Quadros COOP/WONCA e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
Ponto de Corte						
Atividades do dia-a-dia						
COOP/WONCA						
1		1,00	0,00	0,37	0,00	37,0
2*		0,91	0,64	0,60	0,92	74,2
3		0,55	0,79	0,60	0,75	70,0
4		0,25	0,97	0,85	0,97	70,8
5		0,09	1,00	1,00	0,66	66,7

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 12 é apresentada a distribuição dos escores da questão “atividades sociais” dos Quadros COOP/WONCA na amostra.

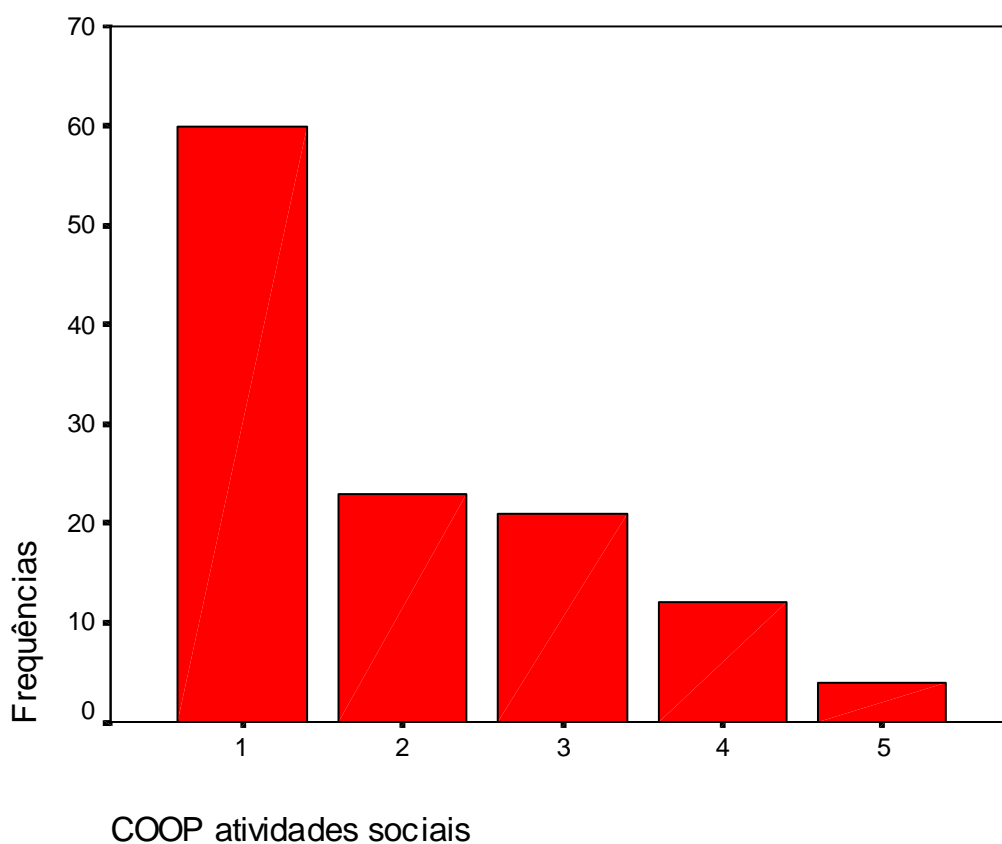


Figura 12 – Distribuição dos escores da questão “atividades sociais” dos Quadros COOP/WONCA na amostra

Na figura 13 é apresentada a curva ROC da questão “atividades sociais” dos Quadros COOP/WONCA como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,784 (intervalo de confiança entre 0,696 e 0,873) para um valor de $p=0,000$.

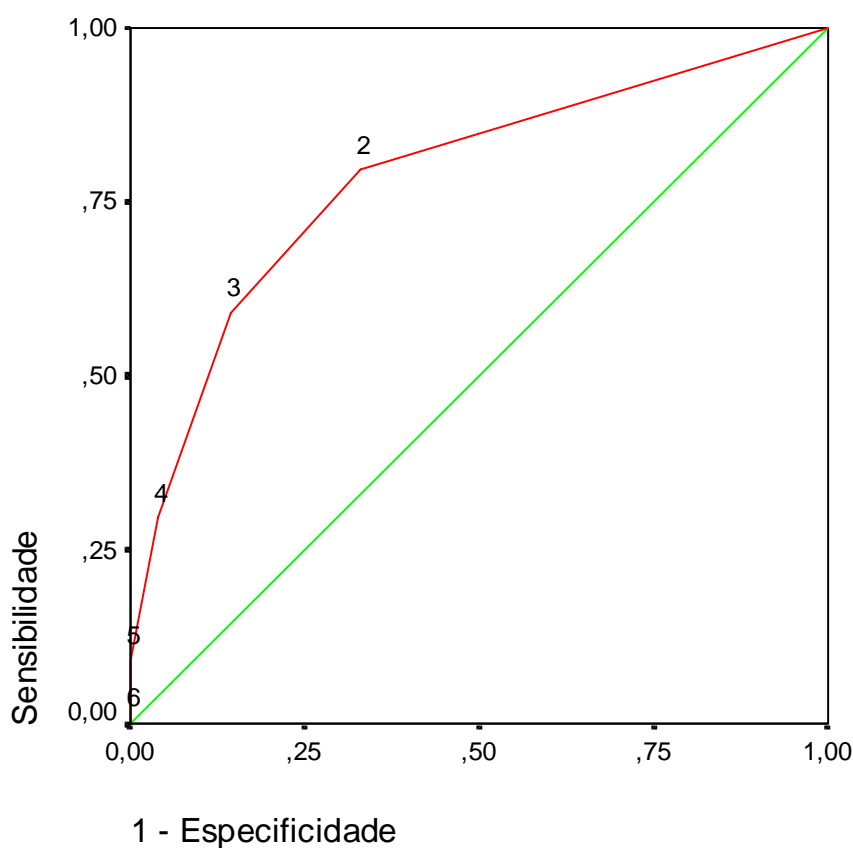


Figura 13 – Curva ROC da questão “atividades sociais” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 13 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte da questão “atividades sociais” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 13 – Valores de concordância entre pontos de corte da questão “atividades sociais” dos Quadros COOP/WONCA e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
Ponto de Corte Atividades Sociais COOP/WONCA						
1		1,00	0,00	0,37	0,00	37,0
2		0,20	0,67	0,58	0,85	71,7
3*		0,59	0,86	0,70	0,78	75,8
4		0,30	0,96	0,81	0,70	71,6
5		0,09	1,00	1,00	0,66	65,0

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 14 é apresentada a distribuição dos escores da questão “mudança de estado de saúde” dos Quadros COOP/WONCA na amostra.

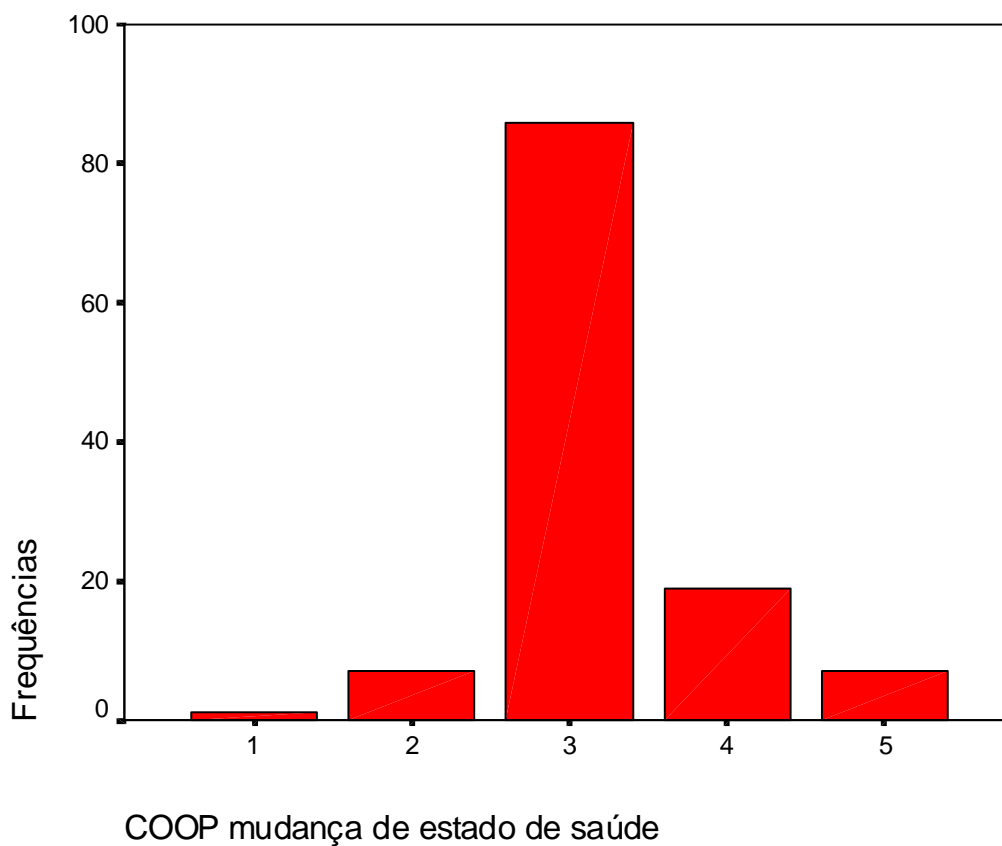


Figura 14 – Distribuição dos escores da questão “mudança de estado de saúde” dos Quadros COOP/WONCA na amostra

Na figura 15 é apresentada a curva ROC da questão “mudança de estado de saúde” dos Quadros COOP/WONCA como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,542 (intervalo de confiança entre 0,431 e 0,652) para um valor de $p=0,447$.

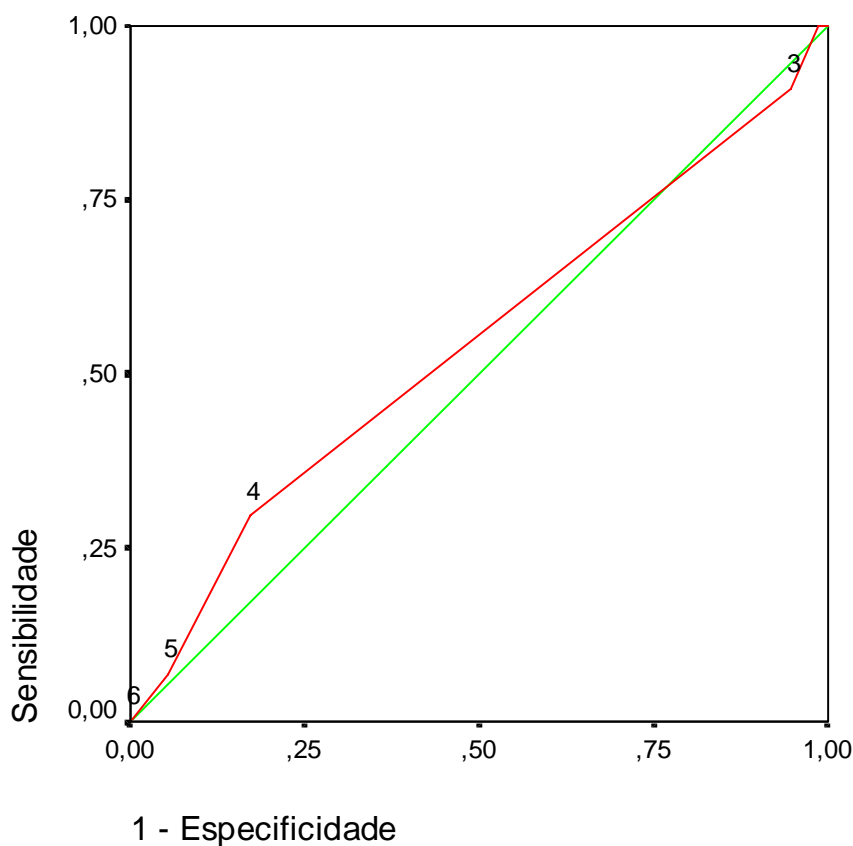


Figura 15 – Curva ROC da questão “mudança de estado de saúde” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 14 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte da questão “mudança de estado de saúde” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 14 – Valores de concordância entre pontos de corte da questão “mudança de estado de saúde” dos Quadros COOP/WONCA e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

	Concordância	Sens	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
Ponto de Corte						
Mudança de estado de saúde						
COOP/WONCA						
1		1,00	0,00	0,37	0,00	37,0
2		1,00	0,01	0,37	1,00	37,5
3		0,91	0,05	0,64	0,50	36,7
4*		0,30	0,83	0,50	0,67	63,3
5		0,07	0,95	0,43	0,64	62,5

*Ponto de corte com maior acurácia.

Na figura 16 é apresentada a distribuição dos escores da questão “estado geral de saúde” dos Quadros COOP/WONCA na amostra.

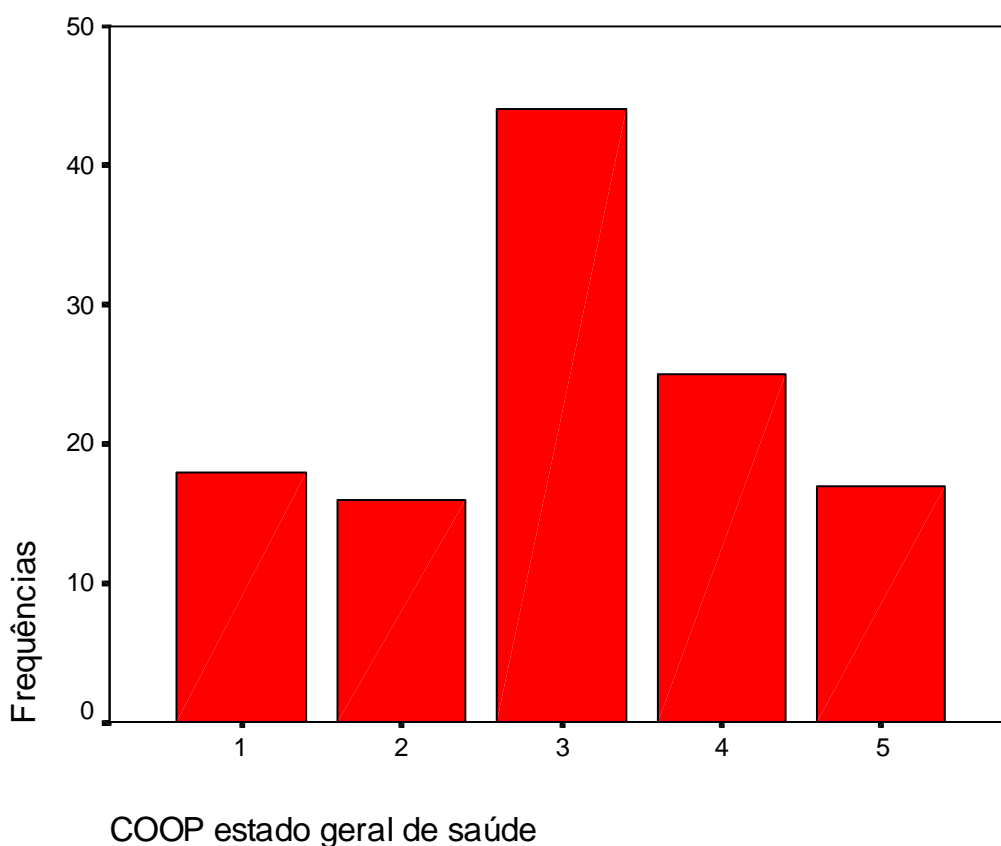


Figura 16 – Distribuição dos escores da questão “estado geral de saúde” dos Quadros COOP/WONCA na amostra

Na figura 17 é apresentada a curva ROC da questão “estado geral de saúde” dos Quadros COOP/WONCA como rastreador de transtornos mentais em geral na amostra, utilizando os diagnósticos realizados através da SCID-I como padrão-ouro. A área sob a curva é de 0,792 (intervalo de confiança entre 0,709 e 0,875) para um valor de $p=0,000$.

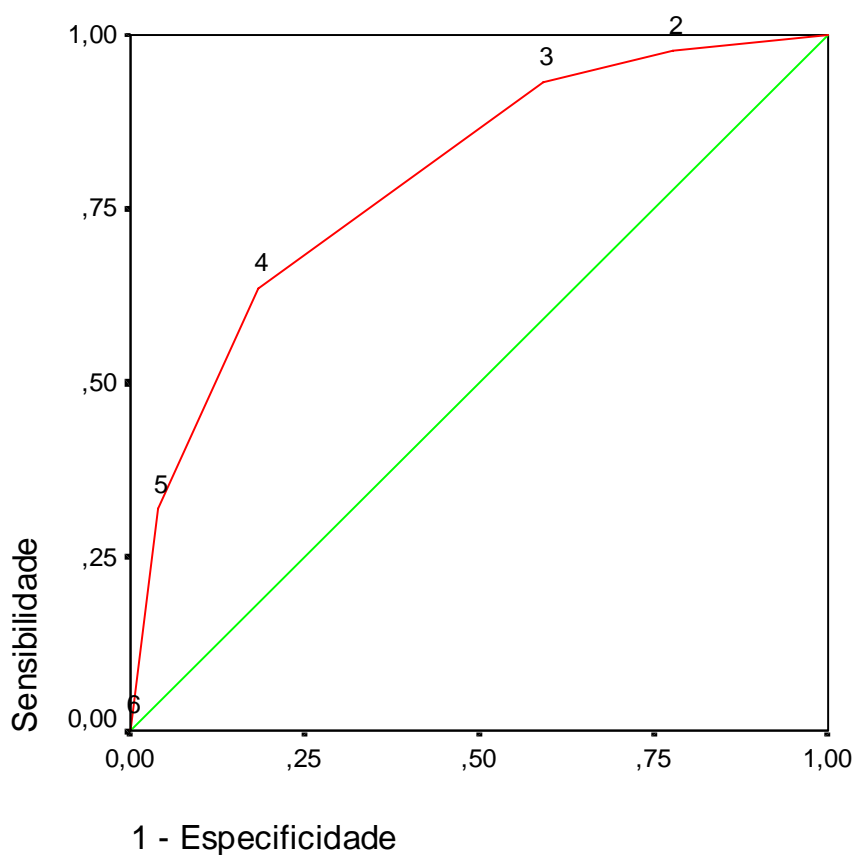


Figura 17 – Curva ROC da questão “estado geral de saúde” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento de transtornos mentais em relação aos diagnósticos da SCID-I.

Na tabela 15 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte da questão “estado geral de saúde” dos Quadros COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela SCID-I.

Tabela 15 – Valores de concordância entre pontos de corte da questão “estado geral de saúde” dos Quadros COOP/WONCA e diagnóstico de transtorno mental pela SCID-I.

	Concordância	Sens.	Espec.	VPP	VPN	Acurácia (%)
Ponto de Corte						
Atividades Sociais						
COOP/WONCA						
1		1,00	0,00	0,37	0,00	37,0
2		0,98	0,22	0,38	0,94	50,0
3		0,93	0,41	0,48	0,91	60,0
4*		0,64	0,82	0,67	0,80	71,7
5		0,32	0,86	0,56	0,68	65,8

*Ponto de corte com maior acurácia.

O agrupamento de itens do COOP/WONCA em grupos de 2 ou 3 não aumentou significativamente a concordância com a SCID-I.

Na tabela 16 são apresentadas as correlações entre os resultados do SRQ-20, do WHO-5 e de cada um dos domínios funcionais dos Quadros COOP/WONCA obtidos na amostra, avaliadas através do coeficiente de Spearman. As correlações significativas estão destacadas.

Tabela 16 – Correlações entre os resultados do SRQ-20, do WHO-5 e de cada um dos Quadros COOP/WONCA.

	srq-20	who-5	coopcf	coops	coopad	coopas	coopmes	coopegs
srq-20	1,000							
who-5	-0,892**	1,000						
coopcf	0,236**	-0,185*	1,000					
coops	0,738**	-0,672**	0,261**	1,000				
coopad	0,532**	-0,453**	0,364**	0,544**	1,000			
coopas	0,565**	-0,447**	0,236**	0,599**	0,505**	1,000		
coopmes	0,081	-0,032	0,086	0,151	-0,003	0,070	1,000	
coopegs	0,517**	-0,451**	0,321**	0,531**	0,456**	0,564**	0,063	1,000

** p=0,01

* p=0,02

coopcf – Quadro COOP\WONCA Capacidade física

coops – Quadro COOP\WONCA Sentimentos

coopad - Quadro COOP\WONCA Atividades do dia-a-dia

coopas – Quadro COOP\WONCA Atividades sociais

coopmes – Quadro COOP\WONCA Mudança de estado de saúde

coopegs - Quadro COOP\WONCA Estado Geral de Saúde

A compreensibilidade, facilidade, brevidade e relevância clínica do uso dos questionários aplicados pelos ACS e auxiliares de enfermagem como instrumentos para rastreamento de transtornos mentais são apresentadas na tabela 17. As quatro opções de resposta de cada questão foram agrupadas em duas possibilidades: avaliação como satisfatória ou insatisfatória da característica estudada. Excetuando-se a característica “brevidade para ser aplicado em todos os atendimentos de rotina”, que foi considerada insatisfatória para todos os instrumentos pela maioria desses membros da equipe, todas as outras características de aplicabilidade foram consideradas satisfatórias.

Tabela 17 – Características de aplicabilidade dos questionários conforme avaliação dos ACS e auxiliares de enfermagem.

Características de aplicabilidade dos questionários	Frequências de avaliação das características dos questionários	Satisfatória (%)		
		SRQ	WHO	COOP
Compreensibilidade das instruções	14 (100)	14 (100)	14 (100)	
Compreensibilidade das perguntas	14 (100)	14 (100)	14 (100)	
Compreensibilidade da maneira de obter respostas	14 (100)	14 (100)	14 (100)	
Facilidade de calcular o escore total	14 (100)	12 (85,7)	11 (78,6)	
Compreensibilidade das perguntas pelos pacientes	14 (100)	11 (78,6)	10 (71,4)	
Compreensibilidade da maneira de responder pelos pacientes	14 (100)	12 (85,7)	12 (85,7)	
Brevidade para ser aplicado em todos os atendimentos de rotina	0 (00)	4 (28,6)	5 (35,7)	
Brevidade para ser aplicado a cada seis meses em todos os pacientes	14 (100)	14 (100)	14 (100)	
Relevância do questionário para ajudar a perceber dificuldades emocionais	12 (85,7)	12 (85,7)	11 (78,6)	

5. DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou uma frequência de transtornos mentais de 36,7%. Deve-se ressaltar, no entanto, que nesse estudo não se pretendeu descrever a epidemiologia dos transtornos mentais no serviço em questão; assim, casos que já haviam sido discutidos ou avaliados pelo pesquisador foram sistematicamente excluídos, o que pode ter favorecido a frequência menor desses transtornos comparando-se com estudos anteriores realizados em serviços de APS brasileiros, que obtiveram uma frequência de transtornos mentais atuais entre 38% e 56%. Questões relacionadas ao método de definição de caso (obtido através de diferentes escalas de rastreamento e entrevistas estruturadas) e a possibilidade de variação real na frequência de transtornos mentais entre serviços atendendo populações diversas, também podem ter contribuído para essas diferenças ((BUSNELLO; LIMA; GOMES, 1983; IACOPONI, 1989; MARI, 1986; FORTES, 2004; VILLANO, 1995).

5.1. Discussão dos resultados relacionados à aplicação do MINI

Quanto à aplicação do MINI pelos médicos residentes de família e comunidade, os coeficientes kappa, comparando-se os diagnósticos do MINI com aqueles obtidos com a SCID - para transtorno mental em geral e para as categorias diagnósticas estudadas - mostraram valores satisfatórios a excelentes. Quando esses resultados são cotejados com aqueles obtidos pelo grupo original de desenvolvimento do MINI em estudo multicêntrico europeu - comparando o diagnóstico feito por clínicos gerais aplicando o MINI - após treinamento muito breve, de poucas horas - com o

diagnóstico feito por psiquiatras sem utilização de entrevista padronizada – observam-se concordâncias maiores no presente estudo (valores entre 0,41 e 0,68 no estudo europeu e entre 0,65 e 0,85 no trabalho atual). Igualmente, os valores de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN também apresentam a mesma tendência relativamente a este estudo anterior (AMORIM , 2000; BOBES , 1998; SHEEHAN *et al.* , 1998).

Quando cotejados com os estudos de validade realizados com o SDDS-PC (WEISSMAN *et al.*,1995; WEISSMAN *et al.* , 19998; WEISSMAN *et al.*, 1999) e com o PRIME-MD (SPTIZER , 1994; BOYER *et al.* ,1996; PARKER *et al.* ,1997; BACA *et al.* , 1999; LOERCH *et al.*, 2000; FRAGUAS R JR *et al.*, 2006) comparando os diagnósticos obtidos por médicos de APS utilizando essas entrevistas com os diagnósticos obtidos por profissionais especializados em saúde mental (utilizando ou não entrevistas estruturadas), os resultados do presente estudo também apontam para concordâncias geralmente melhores que aquelas encontradas anteriormente.

Quanto à aplicabilidade, o presente trabalho apresenta resultados semelhantes aos descritos em estudos anteriores com as três entrevistas, no que diz respeito à avaliação subjetiva dos aplicadores sobre o instrumento de diagnóstico (SPTIZER, 1994; BOYER *et al.*, 1996; PARKER *et al.*, 1997; BACA *et al.*, 1999; LOERCH *et al.*, 2000; WEISSMAN *et al.*, 1998; WEISSMAN *et al.*, 1999). Os aplicadores consideraram o MINI aceitável e compreensível para médicos clínicos gerais e seus pacientes, além de relevante clinicamente (ou seja, fornecendo informações que não seriam obtidas sem o uso do instrumento). Entretanto, ressaltaram a necessidade de algum tipo de rastreamento prévio para ser aplicado nos pacientes.

Esses resultados podem ser discutidos no contexto do desenvolvimento, ao longo das últimas décadas, das intervenções destinadas a melhorar a capacidade de rastreamento, diagnóstico e tratamento de transtornos mentais por médicos de APS

(BAZIAN, 2005; BOWER; GILBODY, 2005; GASK; CROFT, 2001; GASK; LESTER, 2008; GILBODY *et al.*, 2003; GILBODY *et al.*, 2006; GOLDBERG, 2003; HODGES; INCH; SILVER, 2001; KATES; MACH, 2007; KATON *et al.*, 2001; VON KORFF; GOLDBERG, 2001; UNUTZER *et al.*, 2006; WILLIAMS JR *et al.*, 2007).

O contexto do presente estudo foi um programa de residência médica no qual o treinamento do MINI ocorreu incorporado a um aprendizado amplo de psiquiatria e saúde mental, desenvolvido através de atividades teóricas e atividades práticas de consultoria e ligação em APS. Os bons resultados quanto à validade e aplicabilidade do instrumento provavelmente estão relacionados a essas características, não sendo possível generalizar os resultados para modelos de treinamento menos intensivos, com menor diversidade de ações educativas (HODGES; INCH; SILVER, 2001; KATES, MACH, 2007). Além disso, a implantação desse treinamento mais intensivo, freqüente e diversificado foi facilitada pelo fato do serviço de APS e o serviço especializado pertencerem à mesma organização, compartilhando a mesma administração e gerenciamento de recursos. Outro fator foi a ênfase no contato pessoal e diálogo com as equipes e gestores das equipes de saúde da família, não só durante a realização das ações educativas, mas também nos momentos de planejamento e avaliação das mesmas, o que facilitou, por parte do consultor, a sua adequação às necessidades dos médicos generalistas no seu cotidiano profissional. Tais características da estrutura/organização dos serviços atendem recomendações da literatura consideradas importantes para realizar eficazmente intervenções em serviços de APS destinadas a melhorar o manejo de transtornos mentais; elas permitiram que o mesmo profissional especializado acompanhasse durante alguns anos as mesmas equipes de saúde da família, conseguindo então integrar o treinamento em habilidades gerais de entrevista com o treinamento em uma entrevista estruturada e realizá-lo inclusive

durante atividades rotineiras de consultoria e ligação em APS sob sua responsabilidade (GASK, 2005; GOLDBERG, 2003).

5.2. Discussão dos resultados relacionados à aplicação das escalas de rastreamento

O presente estudo também descreve parâmetros de validade de três instrumentos de rastreamento, aplicados por auxiliares de enfermagem e ACS, os quais podem ser comparados com a literatura pertinente.

Especificamente quanto à utilização do SRQ para rastreamento de transtornos mentais, encontrou-se como melhor ponto de corte o escore de oito (8) ou mais respostas positivas, valor idêntico ao obtido pelo estudo pioneiro de Mari e Williams com a aplicação do instrumento em pacientes atendidos em serviços de APS na cidade de São Paulo (utilizando a Clinical Interview Schedule – CIS - aplicada por psiquiatra como padrão-ouro) Os valores de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN, acurácia total e área de curva ROC também são próximos aos valores desse estudo pioneiro (MARI, 1986; MARI; WILLIAMS, 85,86).

O presente estudo reforça o uso desse ponto de corte, por confirmá-lo cerca de 20 anos após o trabalho original, utilizando os próprios profissionais da APS para aplicar o instrumento (durante as suas atividades rotineiras) e comparando os seus resultados com aqueles obtidos com a aplicação de uma entrevista diagnóstica semi-estruturada (SCID-I) diferente daquela usada em 1983. Esse mesmo ponto de corte foi o mais frequentemente encontrado em outros estudos de validação realizados em diversos países, embora tenham sido descritos escores de cinco (5) até treze (13) como os melhores para diferenciar entre pessoas com e sem transtornos mentais (HARDING *et*

al., 1980; BEUSEMBERG; ORLEY, 1994; HARPHAM *et al.*, 2003, PATEL *et al.*,2008).

A aplicação do WHO-5 (versão 1995) obteve como melhor ponto de corte o escore de onze (11) ou menos, com uma acurácia total de 85% e área de curva ROC de 0, 877. Não existem estudos anteriores realizados no Brasil com esse instrumento, portanto podemos comparar os resultados somente com estudos internacionais. Um estudo, publicado em 1999, em uma amostra comunitária de idosos de uma cidade alemã, encontrou, como melhor ponto de corte, o escore dez (10) ou menos quanto à capacidade de discriminar entre aqueles com e sem transtornos mentais de acordo com a Composite International Diagnostic Interview (CIDI), com uma área de curva ROC de 0,79 (HEUN, 1999). Outro estudo, publicado em 2001, também realizado em uma população de idosos alemães, avaliou a capacidade das duas versões (1995 e 1998) do WHO-5 de detectar transtornos ansiosos e depressivos, confirmando como melhor ponto de corte da versão original para essas duas categorias de transtornos mentais o escore igual ou menor que dez (10), com áreas sobre a curva ROC de 0, 895 e 0, 926 respectivamente (BONSIGNORE, 2001). A segunda versão (1998) apresentou boa capacidade de rastrear transtornos depressivos em duas amostras de pacientes de serviços de APS europeus, em comparação com os diagnósticos obtidos com a SCID-I e a CIDI, com áreas de curvas ROC de 0,88 e 0,91(LOWE *et al.*, 2004; HENKEL *et al.*,2004). Observa-se, portanto, que os resultados dos índices de validade, obtidos nesse estudo, foram muito semelhantes aos estudos anteriores.

Os resultados da aplicação dos diferentes quadros COOP/WONCA indicam que a questão “sentimentos” apresenta uma boa capacidade de rastrear transtornos mentais na amostra estudada, com a área de curva ROC de 0, 877 e também com acurácia total de 85% no melhor ponto de corte (escore igual ou maior que três).

Além disso, outras três questões – “atividades do dia-a-dia”, “atividades sociais” e “estado geral de saúde” – apresentaram uma área de curva ROC próxima de 0,80 e valores de acurácia total menores, embora ainda bastante significativos. Não foi encontrado estudo anterior que comparasse o resultado da aplicação dos Quadros COOP/WONCA com entrevistas diagnósticas para transtornos mentais aplicadas por profissionais especializados. Foram encontrados estudos comparando a questão “sentimentos” com o diagnóstico de depressão dado por clínicos gerais e com escalas de avaliação de gravidade de sintomatologia depressiva, mostrando concordâncias significativas (DOETCH *et al.*, 1994. FROOM, 1993; PEDERSON *et al.*, 1999)

Assim, três escalas de rastreamento, uma com 20 questões, outra com cinco questões e outra composta de apenas uma questão têm valores de áreas de curva ROC, de acurácia total, de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN muito semelhantes e elevados. Este achado concorda com resultados de trabalhos anteriores descritos na literatura, os quais já haviam apontado para o fato que instrumentos para rastrear transtornos mentais podem manter uma boa validade mesmo sendo muito breves. Também é interessante destacar que os Quadros COOP/WONCA foram desenvolvidos por médicos generalistas para uso específico em APS e, no presente estudo, um dos seus itens mostrou validade equivalente a instrumentos mais longos desenvolvidos por profissionais especializados em saúde mental (VAN WEEL *et al.*, 1995).

Assim, um estudo realizado em 1989, em uma “Health Maintenance Organization (HMO)” norte-americana com pacientes recém-cadastrados, encontrou que o “Mental Health Index 5 (MHI-5)” - instrumento de rastreamento composto de apenas cinco questões – era tão bom como rastreador de transtornos mentais quando outros instrumentos consagrados compostos por 30,28 e 18 questões, quando comparados com os diagnósticos obtidos com a aplicação da “Diagnostic Interview

Schedule (DIS)”. Questões individuais do MHI-5 também apresentavam áreas de curva ROC próximas de 0,80 quanto ao diagnóstico de qualquer transtorno mental, transtornos ansiosos e transtornos depressivos (BERWICK *et al.*, 1991). Outro estudo - realizado no Reino Unido e publicado em 2000, com pacientes de APS - também encontrou que o MHI-5 era um rastreador tão bom quanto outros instrumentos com 20,14 e 12 questões (entre os quais estava o SRQ-20), quando comparados com os resultados obtidos com a aplicação da “Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R)” quanto ao diagnóstico de qualquer transtorno mental (WINSTON; SMITH, 2000). Finalmente, um estudo publicado em 2006, com pacientes de APS norte-americanos, encontrou que uma única questão sobre transtorno de ansiedade generalizada apresentava, além de boa validade para detectar esse transtorno propriamente dito, também boa validade para diagnosticar pessoas com outros quadros ansiosos (pânico, fobia social e transtorno de estresse pós-traumático) e depressivos, quando comparada com o diagnóstico obtido através da aplicação da CIDI (MEANS-CHRISTENSEN *et al.*, 2006).

Especificamente quanto ao diagnóstico de depressão, uma meta-análise publicada em 1995 chegou à conclusão que instrumentos de rastreamento para essa condição com duas (2) questões eram tão válidos quanto instrumentos mais extensos (MULROW *et al.*, 1995). Outros dois estudos norte-americanos, publicados em 1997 e 1999, realizados com pacientes de APS, encontraram que uma única questão sobre depressão apresentou valores de sensibilidade tão bons quanto e de especificidade apenas levemente inferiores que a aplicação de questionários mais extensos, quando comparados com o diagnóstico feito com a aplicação da DIS (WHOOLEY *et al.*, 1997; WILLIAMS JW JR *et al.*, 1999). Uma meta-análise mais recente (publicada em 2007) colocou em dúvida a capacidade de um único item ser um bom rastreador para

depressão, mas reforçou a boa validade de instrumentos com dois itens (MITCHELL *et al.*, 2007)..

Outro estudo publicado em 2007 encontrou bons valores de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e área de curva ROC para um rastreador de transtornos de ansiedade (ansiedade generalizada, pânico, fobia social e transtorno de estresse pós-traumático) com apenas duas questões, quando comparado com o diagnóstico obtido através da aplicação da SCID-I (KROENKE *et al.*, 2007). Um editorial comentando esse último trabalho destacava o fato que nos resultados descritos a intensidade de sintomas depressivos, medida através de uma escala previamente validada, era bastante alta em média na população estudada. Assim, levantava a questão se o rastreador de ansiedade não mediria um mal-estar psicológico geral ao invés de somente sintomas relacionados a transtornos de ansiedade e se não poderia ser utilizado para detectar transtornos depressivos também (KATON; ROY-BYRNE, 2007).

Na área de cuidados oncológicos se recomenda há algum tempo a necessidade de detectar as pessoas que apresentem sofrimento mental intenso, incluindo transtornos mentais específicos, e esforços têm sido feitos para desenvolver instrumentos de rastreamento válidos, confiáveis e que possam ser utilizados no dia-a-dia de serviços muito movimentados. Uma revisão tipo meta-álise sobre esse tema, publicada também em 2007, constatou que instrumentos de rastreamento com somente uma questão mostraram boa validade para detectar estresse psicológico em geral e transtornos depressivos quando comparados com o diagnóstico feito através de entrevistas diagnósticas ou escalas previamente validadas (MITCHELL, 2007).

O conjunto desses achados indica que menos que cinco questões (talvez mesmo duas ou uma única questão) podem ser válidas como um rastreador para pelo menos os transtornos ansiosos e depressivos mais comuns em APS. Como já observado

pelos autores de um dos estudos citados acima, essa indagação sobre o estado emocional é um dos componentes de uma entrevista de boa qualidade, mesmo quando não se utiliza questionários padronizados (MEANS-CHRISTENSEN *et al.*, 2006)..

Assim sendo, uma pergunta padronizada como o item “Sentimentos” dos Quadros COOP-WONCA poderia ser incluída em um treinamento em habilidades básicas de entrevista centrada no paciente. Esse treinamento poderia ser oferecido inclusive para profissionais de nível médio e básico das equipes de PSF (ou seja, auxiliares de enfermagem e ACS), garantindo desse modo uma avaliação padronizada ultra-rápida sobre o estado emocional, permitindo decidir também rapidamente sobre a necessidade de o paciente ser visto por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) dessas equipes. Obviamente, esse procedimento precisaria ser testado através da comparação com uma situação onde tal treinamento não ocorresse quanto à sua efetividade e custo-benefício.

5.3. Discussão sobre o uso de instrumentos padronizados de detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família

O diálogo respeitoso, feito em pé de igualdade com os serviços de saúde da família, permitiu um envolvimento progressivamente mais maduro do pesquisador com a APS, através do enfrentamento cotidiano da realidade do atendimento junto com as equipes e o conhecimento da rica história da medicina de família como disciplina. Assim, as estratégias propostas basearam-se em um processo de discussão e avaliação continuamente presente. Novamente é importante lembrar o papel decisivo dos gestores, tanto do CSE/FMRP-USP como da Disciplina de Psiquiatria da FMRP-USP, em permitir e facilitar esse processo dentro de um contexto de pesquisa, ensino e

assistência, desde 1999. Nesse diálogo e com a consulta às experiências nacionais e internacionais disponíveis através da literatura foi possível perceber que a equipe de APS confronta-se com a necessidade de diferenciar pessoas: 1) sem nenhum sofrimento psicológico e portanto sem necessidade de intervenção quanto à psicopatologia; 2) com sofrimento psicológico significativo, mas sem uma síndrome que necessite de tratamento mais específico, sendo suficiente um apoio realizado de maneira empática, que faça o paciente sentir-se compreendido, o ajude a expressar suas emoções e avaliar opções para resolver suas dificuldades - ou seja, uma conduta expectante que inclui uma escuta adequadamente qualificada; 3) com síndromes específicas, para as quais o estado mais atual de conhecimento indica uma chance maior de melhora com tratamentos específicos, os quais incluem além desses fatores comuns de efetividade já citados, procedimentos psicoterápicos e farmacológicos mais intensivos – os quais, até um determinado nível de complexidade podem ser realizados pelo médico e/ou outros membros da equipes de APS com o atendimento conjunto e/ou consultoria de profissionais especializados (COYNE *et al.*, 2002; GASK; LESTER, 2008; GOLDBERG; GOURNEY, 2000; GOLDBERG; MANN; TYLEE, 2002; HELMCHEN; LINDEN, 2000).

Questionários de rastreamento e entrevistas semi-estruturadas, adaptadas às necessidades dos clínicos gerais e das equipes de APS como um todo, com boas qualidades psicométricas, podem ajudar a perceber o sofrimento psíquico e estabelecer o ponto a partir do qual é necessário um tratamento mais específico (como analogamente se faz na avaliação de determinados parâmetros como pressão arterial e glicemia, os quais podem mostrar indicações da presença de determinadas condições como hipertensão arterial e diabetes) - desde que adequadamente integrados no processo de atendimento de uma abordagem centrada no paciente (COYNE, *et al.* 2002; GASK;

LESTER, 2008; GOLDBERG; GOURNEY, 2000; GOLDBERG; SIMON; ANDREWS, 2002).

Desse modo, geralmente (e isso é particularmente importante em APS, onde a flexibilidade é fundamental – dada a diversidade de situações encontradas não existe uma única maneira adequada de agir, mas maneiras adequadas mais ou menos frequentes), o atendimento centrado no paciente inicia-se pela escuta da sua demanda e o estímulo a trazê-la de acordo com a sua perspectiva – isso é realizado com a utilização dos comportamentos e da atitude adequada, como já discutido – e avança com o profissional tentando clarificar essa demanda através de questões mais gerais e abertas no início, avançando para questões mais específicas e fechadas se necessário – e nesse ponto, caso o profissional julgue procedente, poderá explicar o porquê do uso, nesse momento da entrevista, de um instrumento padronizado como um questionário de rastreamento ou uma entrevista semi-estruturada para ajudar a obter informações e chegar a uma conduta (BROWN; WESTON; STEWART, 2003). Aqui, uma analogia útil é novamente com a medida da pressão arterial e da glicemia, no sentido do uso de um instrumento específico que relaciona a experiência concreta, particular e única do paciente com uma categoria abstrata e geral do profissional de saúde - o diagnóstico - e as recomendações de tratamento daí advindas (MCWHINNEY, 1997b; MCWHINNEY, 2003).

È claro que atualmente as questões relacionadas à adequada calibragem dos instrumentos de detecção e diagnóstico e às condições necessárias para o seu uso são mais complicadas quando o objeto a ser avaliado é o sofrimento psíquico em geral (ou os transtornos mentais) do que a pressão arterial/hipertensão ou a glicemia/diabetes. A influência de condições ambientais imediatas, de fatores de relacionamento interpessoal e a necessidade de alternar frequentemente entre os aspectos objetivos e

subjetivos durante a avaliação é muito mais intensa no primeiro caso – e as habilidades necessárias para lidar com essas questões são normalmente pobremente desenvolvidas pelos profissionais de saúde. No entanto, a experiência acumulada internacionalmente ao longo de décadas sugere fortemente que adequadas condições de uso e calibragem desses instrumentos de detecção e diagnóstico de transtornos mentais - os quais, rigorosamente falando, são uma combinação das características de interação do profissional de saúde com um sistema de observação e classificação, que pode ou não ser aplicado com a ajuda de um suporte externo - podem ser atingidos mesmo em APS, possibilitando uma linguagem comum entre os profissionais e o estabelecimento de parâmetros para decidir quanto às intervenções e resultados de tratamento (COYNE *et al.*, 2002; GOLDBERG; GOURNEY, 2000; GOLDBERG; SIMON; ANDREWS, 2002).

Portanto, o papel dos profissionais especializados em saúde mental trabalhando colaborativamente com a APS (no caso, com a saúde da família) inclui mostrar a necessidade da explicitação e adequada avaliação da subjetividade do paciente (incluindo seu sofrimento emocional) e inclui também ajudar a viabilizar as condições que aumentam as chances disso ocorrer. Essas condições vão desde aspectos físicos, como locais minimamente privativos e confortáveis de atendimento; passando por aspectos organizacionais, como o acompanhamento por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde pessoal (ou seja, o mesmo sempre que possível); passando também pelas atitudes e comportamentos centrados no paciente e o uso de instrumentos padronizados de diagnóstico e acompanhamento; e chegando à facilitação do acesso ao atendimento por profissionais/serviços especializados quando indicado (GASK; LESTER, 2008; GOLDBERG ; GOURNEY, 2000; KATES; MACH, 2007; KATON *et al.*, 2001) .

Um exemplo bastante recente desse tipo de intervenção, fora do ambiente universitário, foi realizado na França, e incluiu a utilização do MINI por médicos do trabalho de uma grande companhia estatal francesa, para detectar transtornos ansiosos e depressivos entre empregados afastados do trabalho por doenças, para os quais era oferecida uma orientação estruturada, inclusive com material de auto-ajuda. Encontrou-se uma diferença estatística e clinicamente significativa entre um grupo experimental, para o qual a intervenção foi oferecida e outro grupo, para o qual a intervenção não foi oferecida, quanto à melhora dos sintomas e remissões dos quadros após seis semanas, seis meses e um ano (GODARD *et al.*, 2006).

Outro exemplo descrito na literatura recentemente foi o desenvolvimento de uma intervenção para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos para pacientes portadores de transtornos mentais atendidos em uma clínica comunitária para uma população de baixa renda nos EUA. Um treinamento para os profissionais de APS foi realizado continuamente, a partir de 1998, enfocando habilidades gerais de entrevista, atendimento centrado no paciente e detecção de transtornos mentais específicos, com profissionais especializados em saúde mental realizando atividades educacionais no próprio serviço de APS através de ações de consultoria, além de realizar acompanhamento psicoterápico e/ou monitorização farmacológica se necessário. Constatou-se uma melhora significativa na detecção e manejo dos transtornos mentais após a intervenção (MAUKSCH *et al.*, 2007).

Já no Brasil, os poucos estudos existentes sobre a aplicação de diretrizes de diagnóstico e tratamento de transtornos mentais comuns em serviços de APS não apresentaram resultados satisfatórios, provavelmente por não incluírem nas intervenções realizadas a garantia de condições estruturais como descrito acima (RONZANI *et al.*, 2005; BALLESTER *et al.*, 2005) Também não encontrou resultado muito satisfatório o

estudo anterior que avaliou, no Brasil, o uso de uma entrevista semi-estruturada para diagnóstico adaptada para uso por médicos de APS na sua rotina diária – o PRIME-MD. Esse estudo foi realizado em um serviço ambulatorial de medicina interna do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e comparou os diagnósticos de depressão dados por especialistas em clínica médica geral com treinamento breve (de quatro horas) no PRIME-MD com os diagnósticos dados por médicos psiquiatras usando a SCID-I, encontrando uma concordância (medida pelo índice Kappa) apenas moderada (FRAGUAS JR *et al.*, 2006). É interessante especular se a organização do atendimento nesse ambulatório de hospital universitário se caracterizaria pelo acompanhamento não ser realizado por um médico pessoal - como é comum acontecer em serviços ambulatoriais de hospitais universitários - e também pela inexistência de um serviço de consultoria e ligação especializado em saúde mental. No caso de existir a consultoria, se ela era fornecida pelos mesmos profissionais especializados, realizando atividades de treinamento em habilidades de entrevista e instrumentos diagnósticos continuamente, como também é incomum ocorrer em hospitais universitários. Caso a organização, do serviço tenha essas características é possível, ao menos em parte, que ela seja responsável pela concordância relativamente baixa encontrada.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou que o MINI é um instrumento útil, com boas qualidades psicométricas, quando utilizado por médicos generalistas que trabalham em APS integrado à uma abordagem centrada no paciente. Este resultado pressupõe um programa de treinamento com estratégias de aprendizagem diversificadas e realizadas dentro do trabalho cotidiano desses profissionais, inclusive durante atividades de consultoria em saúde mental em APS.

Verificou-se também, que as escalas SRQ, WHO-5 e pelo menos o item Sentimentos dos Quadros COOP/WONCA apresentaram índices de validade semelhantes e elevados como instrumentos de rastreamento, o que os torna aptos a serem utilizados por auxiliares de enfermagem e ACS em condições semelhantes às do presente estudo. Particularmente o item Sentimentos dos Quadros COOP/WONCA pode ser utilizado como um rastreador ultra-rápido pelos ACS e auxiliares de enfermagem, de modo a identificar pessoas que necessitem de avaliação mais detalhada pelo médico e/ou enfermeiro e de apoio mais intensivo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida-Filho N. Para uma teoria geral da saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(4): 753-770.
2. Almeida-Filho N, Coelho MTA, Peres MFT. O conceito de saúde mental. *Revista USP* 1999; 43: 100-125.
3. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E et al. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 524-9.
4. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(3): 106-15.
5. Andreoli SB. Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira. Tese de Doutorado – UNIFESP. São Paulo; 1997.
6. APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
7. Aquino R. Avaliando os Efeitos do Programa de Saúde da Família sobre a Redução nas Internações por Complicações de Hipertensão e Diabetes em Municípios Brasileiros. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Recife, 2004.
8. Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, Gil A, Madrigal M, Porras A. [Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care]. *Actas Espanholas Psiquiatria* 1999;27(6):375-83.
9. Balint E, Norell JS. Seis minutos para o paciente: estudos sobre as interações na consulta de clínica geral. Tradução de Urias Côrrea Arantes de : Six minutes for the patient: interactions in general practice consultation, 1973. São Paulo (Brasil): Editora Manole, 1986.
10. Balint M. Psychotherapy and the general practitioner – I. *British Medical Journal* 1957; 19: 156-158.

11. Balint M. The structure of training-cum-research-seminars. Its implications for medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1969;17: 201-211.
12. Balint M. O médico, o paciente e a doença. Tradução por R. Musachio de: *The doctor, his patient and the illness*, 1957. Rio de Janeiro (Brasil): Livraria Ateneu, 1988.
13. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ. A proposed algorithm for improved recognition and treatment of the depression/anxiety spectrum in primary care. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 03: 44-52.
14. Ballester DA, Filippin AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Medical Journal*. 2005; 123(2): 72-6.
15. Barlow DH, Campbell LA. Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41(2 Suppl 1): 55-60.
16. Bazian LTD. Specialist outreach into primary care: is it better than standard care? *Evidence-Based Healthcare & Public Health* 2005; 9:294–301.
17. Beach A. Potential For Participation: Health Centres and the Idea of Citizenship c.1920-1940. In: Lawrence C, Mayer AK (editors). *Regenerating England. Clio Medica/The Wellcome Series in the History of Medicine*. 1998. Disponível em <<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/rodopi/00457183/v60n1/s9.pdf>>. Acesso em 25/06/2006.
18. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE Jr, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*. 1991;29(2):169-76
19. Beusemberg M, Orley J. *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva (Switzerland): Division of Mental Health/World Health Organization; 1994.
20. Bobes J. A spanish validation study of the Mini International Neuropsychiatric Interview. *European Psychiatry* Volume 13, Supplement 4, 1998: 198s-199s.

21. Bonsignore M, Barkow K, Jessen F and Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Scale (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 251(Suppl 2): II27-31.
22. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine* 2004;2:576-582.
23. Boulenger JP, Fournier MD, Rosales D and Lavalley YJ. Mixed anxiety and depression: from theory to practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 8): 27-34.
24. Bower P, Gilbody S. Managing common mental disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal* 2005; 330; 839-842.
25. Bower P, Sibbald B. The health care team. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York (USA): Oxford University Press; 2004.
26. Boyer P, Bisserte B., Falissart R, Spitzer R. Validation of the French version of PRIME-MD: A primary care evaluation of mental disorder. *European Neuropsychopharmacology* 1996; 6 (Suppl 3): 210.
27. Brown JB, Stewart M, Weston WW, Freeman TR. Introduction. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
28. Brown JB, Weston WW, McWilliam CL. The sixth component: being realistic. . In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
29. Brown JB, Weston WW, Stewart M. The first component: exploring both the disease and the illness experience. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.

30. Brown JB, Weston WW, Stewart M. The third component: finding common ground. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
31. Brown JB, Weston WW. The second component: understanding the whole person, section 1: individual and family. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
32. Burton C. Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice*, 2003, 53, 233-241.
33. Busnello EAD. A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária. [Tese de Livre-Docência]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1976.
34. Busnello EAD, Lima B, Gomes R. Aspectos Interculturais de Classificação e Diagnóstico — Tópicos Psiquiátricos e Psicossociais na Vila São Jose do Murialdo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1983;32(4):97–102.
35. Busnello EAD. Carta de Agradecimento. Disponível em <http://www.aplub.com.br/noticias/extranet/Carta_agradecimento.pdf>. Acesso em 23/12/2008.
36. Campos, MAF. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família em sua formação. 2006. 76p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
37. Carney RH. Factors affecting the operation and success of social work attachments to general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1980; 30: 149 -158.
38. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*. 2001; 7(1): 32-40.
39. Cloninger RC. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence. In: Maj M, Gaebel W, López-

- Ibor JJ, Sartorius N (editors). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2002.
40. Coelho MTAD, Almeida-Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde* . Manguinhos 2002; 9(2):315-33.
41. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24 (Sup 1):S7-S27.
42. Cordeiro H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro (Brasil): Ayuri/ABRASCO; 1991.
43. Costa-Neto MM (organ.) (a). *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2000.
44. Costa-Neto MM (organ.) (b). *Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família – Médico e Enfermeiro*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2000.
45. Coyne JC, Thompson R, Klinkman MS, Nease DE Jr. Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(3): 798-809.
46. Cruz NMG, Filho AAA, Barreto ICHC, Andrade LOM, Dias F, Torquato NFL, Amâncio CPA, Oliveira SML. *Atuação do Programa Saúde da Família na Redução dos Internamentos por Acidente Vascular Cerebral em Sobral (CE)*. Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Recife, 2004.
47. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1864-74.
48. Cueto M. The promise of primary health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83 (5): 322.
49. Del-Ben CM, Rodrigues CRC and Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for the DSM-III-R (SCID) in a Brazilian

- sample of psychiatric outpatients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 1996; 29 (12): 1675-82.
50. Del-Ben CM, Vilela JAA , Crippa JAS et al. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzido para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001; 23(3): 02-05.
51. Del-Ben CM, Zuardi AW. Sistemas de classificação diagnóstica e entrevistas estruturadas em psiquiatria: uma revisão do desenvolvimento dos instrumentos e estudos de confiabilidade. In: Zuardi AW, Marturano EM, Figueiredo MAC, Loureiro SR (organizadores). *Estudos em Saúde Mental* 1998. Ribeirão Preto (Brasil): Comissão de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP/USP; 1998.
52. Doetch TM, Alger BH, Glasser M and Levenstein J. Detecting depression in elderly outpatients: findings from depression symptom scales and the Dartmouth COOP charts. *Family Medicine* 1994; 26(8): 519-23.
53. Dohrenwend BP, ShROUT PE, Egri G et al. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 1229-36.
54. Donnangelo MCF. *O desenvolvimento do sistema previdenciário*. São Paulo (Brasil): Pioneira; 1975.
55. Duggan PS, Geller G, Cooper LA, Beach MC. The moral nature of patient-centredness: is it “just the right thing to do”? *Patient Education and Counseling* 2006; 62: 271-276.
56. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:535–544.
57. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129–136.
58. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2):164-176.

59. Falk JW. SBMFC – História. Disponível em <<http://www.sbmfc.org.br/sbmfc/historia.aspx>>. Acesso em 20/08/2008.
60. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I (SCID-I, versão de pesquisa). Tradução e adaptação para o português realizada por Tavares M (Coordenador). Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília, Brasília, 1996.
61. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I (SCID-I, versão clínica). Tradução e adaptação para o português realizada por: Del Ben CM, Zuardi AW, Vilela JAA, Crippa JAS. Disciplina de Psiquiatria, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 1999.
62. Fleiss JL. The measurement of interrater agreement. In: Statistical methods for rates and proportions. 2nd Ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1981. pp. 212-36.
63. Forster AC, Laprega MR, Dal-Fabbro AL, Rocha GM, dos Santos JS, Yazlle ME et al. [Methodology of learning in primary care and family medicine]. *Atention Primaria* 2002;30(2):125-9.
64. Fortes S. Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis-Brasil. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
65. Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al . The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *Journal of Affective Disorders* 2006; 91:11-7.
66. Freeman TR, Brown JB. The second component: understanding the whole person, section 2: context. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
67. Froom J, Schlager DS, Steneker S, Jaffe A. Detection of major depressive disorder in primary care patients. *Journal of the American Board of Family Practice* 1993;6(1):5-11.

68. Gans ROB. The Metabolic Syndrome, Depression and Cardiovascular Disease: Interrelated Conditions that Share Pathophysiologic Mechanisms. *Medical Clinics of North America* 2006; 90: 573-91.
69. Gask L. A course in mental health skills for general practitioners in Manchester. In: Tansella M and Thornicroft G (Eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999.
70. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Sciences & Medicine* 2005; 61(8):1785-94
71. Gask L, Croft J. Methods of working with primary care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 442 - 449.
72. Gask L, Lester H. Working together. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14 : 106-108
73. Gask L, McGrath G. Psychotherapy and general practice. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 445-453
74. Gerschman S, Santos MAB. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2006; 21(61): 177-90.
75. Gil CRR. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(6):1171-1181.
76. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166:2314-2321.
77. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Journal of American Medical Association* 2003; 289:3145-51.
78. Godard C, Chevalier A, Lecrubier Y, Lahon G. APRAND programme: an intervention to prevent relapses of anxiety and depressive disorders. First results of a

- medical health promotion intervention in a population of employees. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 451-59.
79. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(1): 90-99.
80. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiology Reviews* 1995; 17(1):182-190.
81. Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry* 2003; 2(3): 153-157.
82. Goldberg D, Gater R. Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *British Journal of General Practice*. 1996; 46(409): 483-5.
83. Goldberg D, Goodyear I. The origins and course of common mental disorders. Bungay (Great Britain): Routledge Taylor & Francis Group; 2005.
84. Goldberg D, Gourney K. The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care. Maudsley Discussion Paper n^o 1. Institute of Psychiatry, London; 2000. Disponível em <<http://admin.iop.kcl.ac.uk/maudsley-publications/maudsley-discussion-papers/mdp01.pdf>>. Acesso em 23/03/2003.
85. Goldberg D, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Ustun TB and Sartorius N (Eds). *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons Ltd; 1995.
86. Goldberg D, Mann A and Tylee A. Primary care. In: Thornicroft G and Szukler G (eds). *Textbook of Community Psychiatry*. Avon (UK): Oxford University Press; 2001.
87. Goldberg D, Simon G, Andrews G. Psychiatric diagnosis and classification in primary care. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ, Sartorius N (editors). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2002.
88. Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso? [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2002.

89. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of primary medical care. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York (USA): Oxford University Press; 2004.
90. Guimarães TMR. Avaliação do Impacto do PSF em Olinda. Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia e 6ª Reunião Científica da América Latina e Caribe da Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), 2004, Recife.
91. Haines A, Horton R, Bhutta Z. Primary health care comes of age. *Lancet* 2007; 370: 911-13.
92. Harding TW, Arango MV, Baltazar J et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 1980; 10:231-42.
93. Harpham T, Reichenheim M, Oser R et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Planning*. 2003; 18(3):344-9.
94. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41 (Suppl. 1): 1-7.
95. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U. Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *General Hospital Psychiatry*. 2004; 26(3):190-8.
96. Heun R, Bukart M, Maier W, Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1999; 99(3): 171-8.
97. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(10):1579-86.
98. Hohmann A. A contextual model for clinical mental health effectiveness research. *Mental Health Services Research* 1999; 1: 83-92.

99. Iacoponi E. Metodological issues in measuring the detection of emotional disorders by primary care physicians. A review of the literature. *Revista de Saude Publica* 1988; 22:46-56.
100. Iacoponi E. The detection of emotional disorders by primary care physicians – a study in São Paulo, Brazil. PhD thesis, University of London, 1989.
101. Jablensky A, Kendell RE. Criteria for assessing a classification in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ, Sartorius N (editors). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2002.
102. Jenkins R, Singh B. Mental disorder and disability in the population. In: Thornicroft G and Szmulker G (eds). *Textbook of Community Psychiatry*. Avon (UK): Oxford University Press; 2001.
103. Kates N, Mach M. Chronic disease management of depression in primary care: a summary of current literature and implications for practice. *Canadian Journal of Psychiatry* 2007; 52(2):77-85.
104. Katon W, Roy-Byrne P. Anxiety Disorders: Efficient Screening Is the First Step in Improving Outcomes. *Annals of Internal Medicine* 2007;146:390-391.
105. Katon, W.; Von Korff, M.; Lin, E.; Simon, G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23(3):138-144.
106. Kessler RC, Andrews G, Colpe L et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32(6): 959-76.
107. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE et al. Prevalence and treatment of mental disorders 1990–2003. *New England Journal of Medicine* 2005;352:2515–23.
108. Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health* 2008; 29:115–29.

109. Kew D, Dowell A, McLeod D, Collings S, Bushnell J. "This glorious twilight zone of uncertainty": Mental health consultations in general practice in New Zealand. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 1189–1200.
110. Kinmonth AL, Stewart M. The patient-doctor relationship. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York (USA): Oxford University Press; 2004.
111. Klinkman MS. Competing demands in psychosocial care: a model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* 1997; 19: 98-111.
112. Kloetzel K. Atenção básica: uma proposta que ficou a meio caminho. In: Ministério da Saúde. *Seminário Internacional: Os desafios do ensino da atenção básica na graduação em medicina*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.
113. Knapp M. The costs of mental disorders. In: Thornicroft G and Szukler G (eds). *Textbook of Community Psychiatry*. Avon (UK): Oxford University Press; 2001. pp 129-40.
114. Koch HCH. Evaluation of behaviour therapy intervention in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979; 29: 337-340.
115. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine* 2007;146(5):317-25.
116. Krueger RF, Markon KE, Chentsova-Dutton YE, Goldberg D, Ormel J. A cross-cultural study of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112 (3): 437-447.
117. Lancetti A (editor). *Saúde mental e loucura n° 07: Saúde mental e saúde da família*. Brasil: Hucitec; 2000.
118. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008; 372(9642): 917-27.

119. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Brazilian Version 5.0.0 DSM-IV; 2002.
120. Lesser AL. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Medical Education* 1985; 19: 299-304.
121. Lewis G. Case finding in primary care. In: Jenkins R and Ustun TB (eds). *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1998.
122. Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services* 2002; 32 (4): 709-32.
123. Litsios S. The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1884-93.
124. Loerch B, Szegedi A, Kohnen R, Benkert O. The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI. *Journal of Psychiatric Research*. 2000; 34(3): 211-20.
125. Loudon I. From general practice to primary care, 1700-1980. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York (USA): Oxford University Press; 2004.
126. Lowe B, Spitzer RL, Grafe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders* 2004; 78:131-140.
127. Lowenkron T. Contribuições de Michel Balint neste campo. In: Lowenkron T. *Psicoterapia Psicanalítica Breve 2 ed*. Porto Alegre (Brasil): Artmed; 2006.
128. Lutgendorf SK, Contanzo ES. Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model. *Brain, Behavior, and Immunity* 2003; 17: 225–232.
129. Luz MT. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro (Brasil): Graal;1998.

130. Mackinco J, Guanais FC, Marinho de Souza MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60:13–19.
131. Madden TA. The doctors, their patients and their care: Balint reassessed. *Psychological Medicine* 1979; 9: 5-8.
132. Magalhães R, Senna MCM. Local implementation of the Family Health Program in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 22(12): 2549-2559.
133. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary care: lessons for global health police. *Health Affairs* 2004; 23 (3): 167-76.
134. MaGPIe (The Mental Health and General Practice Investigation Research Group). General practitioner recognition of mental illness in the absence of a 'gold standard'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004; 38(10):789-94.
135. Malmgren H. The theoretical basis of biopsychosocial model. In: White P. *Biopsychosocial medicine: an integrated approach to understanding illness*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2005.
136. Mari J.J. Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo. PhD thesis, University of London, 1986.
137. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine* 1985; 15: 651-659.
138. Mari JJ, Williams P. A validity study of psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
139. Marmot M. Remediable or preventable social factors in the aetiology and prognosis of medical disorders. In: White P. *Biopsychosocial medicine: an integrated approach to understanding illness*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2005.

140. Mauksch LB, Reitz R, Tucker S, Hurd S, Russo J, Katon WJ. Improving quality of care for mental illness in an uninsured, low-income primary care population. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 302–309.
141. McEwen B. From Molecules to Mind: Stress, Individual Differences, and the Social Environment. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003; 935:42-9.
142. McLaren N. A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32:86–92
143. McWhinney IR (a). The origins of Family Medicine. In: McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine* 2nd edition. New York (USA): Oxford University Press; 1997.
144. McWhinney IR (b). Clinical Method. In: McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine* 2nd edition. New York (USA): Oxford University Press; 1997.
145. McWhinney IR (c). Philosophical and scientific foundations of family medicine. In: McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine* 2nd edition. New York (USA): Oxford University Press; 1997.
146. McWhinney IR. Fifty years on the legacy of Michel Balint. *British Journal of General Practice* 1999; May: 418-19.
147. McWhinney IR. The evolution of clinical method. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
148. McWilliam CL, Freeman FR. The fourth component: incorporating prevention and health promotion. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
149. Means-Christensen AJ, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, et al. Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *General Hospital Psychiatry* 2006; 28(2): 108–118.

150. Meads G. Primary Care in Twenty-First Century: an international perspective. Abingdon(UK):Radcliffe Publishing Ltd; 2006.
151. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling* 2003; 51: 197-206.
152. Millar T, Goldberg D. Link between the ability to detect and manage emotional disorders: a study of general practitioner trainees. *British Journal of General Practice* 1991; 41:357-359.
153. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília (Brasil): Coordenação de Saúde na Comunidade do Ministério da Saúde; 1997.
154. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários. Circular Conjunta n. 01/2003.
155. Ministério da Saúde. Seminário Internacional: Os desafios do ensino da atenção básica na graduação em medicina. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.
156. Ministério da Saúde. Números da Saúde da Família. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>>. Acesso em 07/01/2009.
157. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology* 2007;25(29):4670-81.
158. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*. 2007;57(535):144-51.
159. Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Annals of Internal Medicine* 1995; 122(12):913-21.
160. Mynors-Wallis L. Psychological treatments for mental health problems. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. Oxford

- Textbook of Primary Medical Care. New York (USA): Oxford University Press; 2004.
161. Mynor-Wallis L, Moore M, Maguire J and Hollingberry T. Shared Care in Mental Health. Oxford (UK): Oxford University Press; 2002.
 162. Nedel FB, Facchini LA, Martin-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2008;42(6).
 163. Otsuka F, Narahara J, Ayabe L, Caccelli M, Salina V, Molinos V, Martins LC, Luiz OC. O programa de saúde da família e a gravidez na adolescência em São Bernardo do Campo. *Arquivos Médicos do ABC*, 30 (2): 90-3, 2005.
 164. Parker T May PA, Maviglia MA, Petrakis S, Sunde S, Gloyd SV. PRIME-MD: its utility in detecting mental disorders in American Indians. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1997; 27(2): 107-28.
 165. Patel V, Araya R, Chowdhary N et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychological Medicine* 2008;38(2):221-8.
 166. Patel V, Kleinman A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(8): 609 – 615.
 167. Pedersen JK, Damsbo N, Kragstrup J. A screening test for depression in general practice. The COOP/WONCA chart. *Ugeskr Laeger* 1999; 161(6): 787-90.
 168. Piccinelli M, Simon G. Gender and Cross-Cultural Differences in Somatic Symptoms Associated with Emotional Distress: an International Study in Primary Care. *Psychological Medicine* 1997; 27:433-444.
 169. Pull CB, Cloos JM, Pull-Erpelding MC. Clinical assessment instruments in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ, Sartorius N (editors). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2002.

170. Ray O. The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: a new paradigm for understanding health and treating illness. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004; 1032: 35–51.
171. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32(1): 90-97.
172. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008; 372(9642): 950-61.
173. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change – a guide for practitioners*. London (UK): Churchill Livingstone; 1999.
174. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. [Hazardous alcohol use: screening and brief intervention as routine practice in primary care]. *Cadernos de Saude Publica* 2005; 21 (3): 852-861.
175. Roter DL et al. The significance of talk. In: Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors: improving communication in medical visits* 2nd edition. Westport (USA): Praeger Publishers; 2006.
176. Salvador-Carulla L, Salas D. Assessment instruments in psychiatry: description and psychometric properties. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Mental Health Outcome Measures* (2nd edition). London (UK): Gaskell; 2001.
177. Sartorius N, Janca A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization: na update. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Mental Health Outcome Measures* (2nd edition). London (UK): Gaskell; 2001. pp 228-57.
178. SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade). Entrevista com o Dr. Carlos Grossman. Disponível em <<http://www.sbmfc.org.br/comunicacao/noticias/41bc222f-95d5-42aa-bc2a-46fa15520e3e.aspx>>. Acesso em 20/08/2008.
179. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas / Colegiado de Saúde Mental. *Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas*. Campinas; 2005.

180. Sem autor. Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em 11/01/2007.
181. Sem autor. The Dawson Report. Disponível em <<http://www.med.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/dawson.htm>>. Acesso em 18/05/2008.
182. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59(suppl 20):22-33.
183. Shorter E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. In: White P. *Biopsychosocial medicine: an integrated approach to understanding illness*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2005.
184. Silva CH. Murialdo: História e construção na Saúde Coletiva no Rio Grande do Sul. 2002. *Boletim da Saúde*; 16(2): 105-15. Disponível em <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_10muraldo.pdf>. Acesso em 22/02/2005.
185. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine* 1999; 341: 1329-1335.
186. Slade M, Thornicroft G, Glover G. The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999; 34: 243-49.
187. Sowerby P. The doctor, his patient and the illness: a reappraisal. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1977; 27: 583-589.
188. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Journal of American Medical Association* 1994; 272: 1749-56.
189. Starfield B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília (Brasil): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

190. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care for health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502..
191. Steptoe A. Remediabile or preventable psychological factors in the aetiology and prognosis of medical disorders. In: White P. *Biopsychosocial medicine: an integrated approach to understanding illness*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2005.
192. Stewart M, Brown JB. The fifth component: enhancing the patient-doctor relationship. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
193. Stott NCH. Consultation tasks. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York (USA): Oxford University Press; 2004.
194. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Social Sciences & Medicine* 2003 ; 56(7):1595-604.
195. Swerdloff B. An interview with Michel Balint. *The American Journal of Psychoanalysis* 2002; 62 (4): 383-413.
196. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorder in the world health organization world mental health surveys. *Journal of American Medical Association* 2004;291: 2581–90.
197. Thornicroft G, Tansella M. Co-ordinating primary care with mental health services. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999.
198. Tudor LE et al. A brief history of the approach. In: Tudor LE, Keemar K, Tudor K, Valentine J, Worrall M. *The person-centred approach: a contemporary introduction*. New York (USA): Palgrave Macmillan; 2004.
199. Tylee A. Training the whole primary care team. . In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999.

200. Unutzer J, Schoenbaum M, Druss BG, Katon WJ. Transforming mental health care at interface with general medicine: report for the President's commission. *Psychiatric Services* 2006; 57(1): 37-47.
201. Ustun TB. The Primary Care Setting – prevalence, advantages, challenges. In: Jenkins R and Ustun TB (eds). *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1998.
202. Ustun TB, Sartorius N. The background and rationale of the WHO Collaborative Study on 'Psychological Problems in General Health Care'. In: Ustun TB, Sartorius N (editors). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. John Wiley and Sons Ltd; 1995.
203. Ustun TB, Sartorius N, Costa e Silva JA, Goldberg DP, Lecrubier Y, Ormel J et al. Conclusions. In: Ustun TB and Sartorius N (Eds). *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons Ltd; 1995.
204. van der Zee J, Boerma GWW, Kroneman MW. Health care systems: understanding the stages of development. In: Jones R; Britten N; Culpepper L; Gass DA; Grol R; Mant D; Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York (USA): Oxford University Press; 2004
205. van Dumen S. Editorial: Patient-centredness. *Patient Education and Counseling* 2003 (51): 195-196.
206. van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten FWMM et al. Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts. A Manual. Groningen (The Netherlands): WONCA, ERGHO and NCH-University of Groningen; 1995.
207. Vazquez-Barquero JL, Herran A and Simon JA. Epidemiology of mental disorders in the community and primary care. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999. pp 03-16.
208. Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde do Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 2005; 15 (Suplemento): 225-64.
209. Vilano LAB. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: O ambulatório de clínica geral. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

210. von Korff M. Disability and psychological illness in primary care. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999. pp 52-63.
211. von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes of depression: the whole process of care needs to be enhanced. *British Medical Journal* 2001; 323:948-949.
212. Weich S, Holt G, Twigg L, Jones K, Lewis G. Geographic Variation in the Prevalence of Common Mental Disorders in Britain: a Multilevel Investigation. *American Journal of Epidemiology* 2003; 157 (8):730 – 7.
213. Weich S, Sloggett A, Lewis G. Social Roles and Gender Difference in Rates of the Common Mental Disorders in Britain: a 7 year, population – based cohort study. *Psychological Medicine* 2001; 31(6):1055-64.
214. Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M et al. A diagnostic aid for detecting multiple mental disorders. In: Jenkins R and Ustun TB (eds). *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1998.
215. Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M, Sheehan DV, Hoven C, Conolly P et al. A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) mental disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* 1998 Jan; 20(1):1-11.
216. Weissman MM, Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Gilbert TT, Higgins ES et al. Brief diagnostic interviews (SDDS-PC) for multiple mental disorders in primary care: A pilot study. *Archives of Family Medicine* 1995; 4(3): 220-227.
217. WHO Europe. Wellbeing measures in primary health care/The deepcare project – report on a WHO meeting. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 1998.
218. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(4): 413-26.
219. WHO (World Health Organization). *The World Health Report 2008: primary health care more than ever*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

220. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine* 1997;12:439–445.
221. Williams JR, Gibbon M, First MB et al. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). II - multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatr* 1992; 49: 630-6.
222. Williams JW Jr, Mulrow CD, Kroenke K, Dhanda R, Badgett RG, Omori D, Lee S. Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *American Journal of Medicine* 1999;106(1):36-43.
223. Williams Jr JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 91– 116.
224. Winston M, Smith J. A trans-cultural comparison of four psychiatric case-finding instruments in a Welsh community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000 Dec;35(12):569-75.
225. Wittchen HU, Lieb R, Pfister H, Schuster P. The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in population. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41 (Suppl. 1): 122-132.
226. WONCA Europa (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar). A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar). Noordwijk (Netherlands); 2002. Disponível em <<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>> Acesso em 23/06/2004.

ANEXOS

ANEXO A

ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE MEMBRO DA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESPECIFICAMENTE PARA O TREINAMENTO, USO E AVALIAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO

Prezado(a) senhor(a),

Eu sou médico psiquiatra e estou convidando o(a) Sr(a) para participar de um estudo cujo objetivo é pesquisar qual o modo dos membros das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) perguntarem em pouco tempo sobre dificuldades emocionais que é mais facilmente entendido e respondido pelas pessoas. Descobrir isso é importante, porque facilitaria o trabalho dos membros das equipes do PSF de oferecer ajuda para as pessoas que estivessem com dificuldades emocionais.

Para isso, pedimos, caso o(a) Sr(a) seja membro da equipe do PSF, que participe de um treinamento na aplicação de três questionários que detectam sofrimento psicológico, aplique esses questionários em alguns pacientes e responda algumas perguntas depois sobre quanto vale a pena aplicar esses questionários no seu trabalho.

Se não quiser participar, ou quiser interromper sua participação em qualquer momento, o(a) Sr(a) tem toda liberdade de fazê-lo e isso não causará qualquer problema no seu emprego no Núcleo de Saúde da Família. As respostas às suas aplicações dos instrumentos e a sua avaliação dos mesmos não serão fornecidas a ninguém, apenas a você, caso queira vê-las.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine abaixo:

Eu, _____,
após receber informações sobre o estudo “Detecção de transtornos mentais pela equipe do Programa de Saúde da Família” aceito realizar o treinamento citado, aplicar algumas vezes os questionários de detecção de sofrimento psicológico e responder a perguntas sobre a sua utilidade no meu trabalho no PSF. Autorizo que as informações obtidas a partir das minhas respostas possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que a minha identidade não seja revelada a ninguém.

Ribeirão Preto, _____/_____/_____.

Assinatura

ANEXO B

ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE MÉDICO E ENFERMEIRO DA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESPECIFICAMENTE PARA O TREINAMENTO, USO E AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA “MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW”

Prezado(a) senhor(a),

Eu sou médico psiquiatra e estou convidando o(a) Sr(a) para participar de um estudo cujo objetivo é pesquisar qual o modo dos membros das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) perguntarem em pouco tempo sobre dificuldades emocionais que é mais facilmente entendido e respondido pelas pessoas. Descobrir isso é importante, porque facilitaria o trabalho dos membros das equipes do PSF de oferecer ajuda para as pessoas que estivessem com dificuldades emocionais.

Para isso, pedimos que você participe de um treinamento em uma Entrevista Breve Semi-Estruturada para Diagnóstico de Transtornos Mentais, o “Mini International Neuropsychiatric Interview” (“MINI”), aplique essa entrevista em alguns pacientes e responda depois sobre quanto vale a pena aplicar o MINI no seu trabalho no PSF.

Se não quiser participar, ou quiser interromper sua participação em qualquer momento, o(a) Sr(a) tem toda liberdade de fazê-lo e isso não causará qualquer problema no seu emprego no Núcleo de Saúde da Família. As respostas às suas aplicações dos instrumentos e a sua avaliação dos mesmos não serão fornecidas a ninguém, apenas a você, caso queira vê-las.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine abaixo:

Eu, _____, após receber informações sobre o estudo “Detecção de transtornos mentais pela equipe do Programa de Saúde da Família” aceito realizar o treinamento citado, aplicar algumas vezes o MINI e responder a perguntas sobre a sua utilidade no meu trabalho no PSF. Autorizo que as informações obtidas a partir das minhas respostas possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que a minha identidade não seja revelada a ninguém.

Ribeirão Preto, _____ / _____ / _____.

Assinatura

ANEXO C

ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE PESSOAS CADASTRADAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado(a) senhor(a),

Eu sou médico psiquiatra e trabalho com a equipe do Núcleo de Saúde da Família que atende o(a) Sr(a) e a sua família. Estou convidando o(a) Sr(a) para participar de um estudo sobre como perguntar para as pessoas se elas estão com dificuldades emocionais.

O objetivo desse estudo é descobrir qual é a maneira de perguntar sobre dificuldades emocionais que é mais facilmente entendida e respondida pelas pessoas em pouco tempo. Descobrir isso é importante, porque facilitaria o trabalho da equipe do Núcleo de Saúde da Família de oferecer ajuda para as pessoas que estivessem com dificuldades emocionais. Para isso, pedimos que o(a) Sr(a) responda a algumas perguntas feitas por profissionais do Núcleo e por mim..Se não quiser participar, ou quiser interromper sua participação em qualquer momento, o(a) Sr(a) tem toda liberdade de fazê-lo e isso não causará qualquer problema no atendimento que o(a) Sr(a) possa ter no Núcleo de Saúde da Família.

As respostas que o(a) Sr(a) der não trarão nenhum problema ou risco para o(a) Sr(a) e não serão fornecidas a ninguém, apenas a você, caso queira vê-las. O seu nome nunca aparecerá nos resultados desse estudo.

Caso, após as perguntas, percebamos que o(a) Sr(a) pode se beneficiar de alguma ajuda médica para lidar com alguma dificuldade emocional, o(a) senhor(a) será orientado sobre como e onde procurar ajuda, se o(a) Sr(a) quiser.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine abaixo:

*Eu, _____,
após receber informações sobre o estudo “Detecção de transtornos mentais pela
equipe do Programa de Saúde da Família” aceito responder às perguntas que me
serão feitas pelos profissionais da equipe do Núcleo de Saúde da Família e por um
médico psiquiatra. Autorizo que as informações obtidas a partir das minhas respostas
possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde
que a minha identidade não seja revelada a ninguém.*

Ribeirão Preto, _____ / _____ / _____.

Assinatura

Assinatura do Pai ou responsável (se tiver menos de 18 anos)

ANEXO D

**ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS
PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

NSF _____ SUB-AMOSTRA _____ ENTREVISTA Nº _____

ENTREVISTADOR DO NSF: CÓDIGO _____

ENTREVISTADOR PESQUISADOR: CÓDIGO _____

NOME DO ENTREVISTADO _____

DATA DA ENTREVISTA _____/_____/_____
DIA MÊS ANO

ANEXO E

ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

FOLHA DE APLICAÇÃO DO SRQ POR MEMBRO DA EQUIPE DO PSF

NSF ____ SUB-AMOSTRA ____ ENTREVISTA Nº ____

“Agora eu vou fazer perguntas relacionadas a certos problemas ou dificuldades que podem ter incomodado você, nos últimos 30 dias. Caso você tenha passado pelo problema ou dificuldade que vai ser perguntado nos últimos 30 dias, responda sim à pergunta. Por outro lado, caso você não tenha passado pelo problema ou dificuldade perguntado nos últimos 30 dias, responda não. Se você estiver inseguro(a) se a resposta é sim ou não, escolha a resposta que você achar que é mais correta entre os dois.”

		Sim	Não
01	Tem dores de cabeça freqüentemente?		
02	Tem falta de apetite?		
03	Dorme mal?		
04	Assusta-se com facilidade?		
05	Tem tremores nas mãos?		
06	Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)?		
07	Tem má digestão?		
08	Tem dificuldade de pensar com clareza?		
09	Tem se sentido triste ultimamente?		
10	Tem chorado mais do que de costume?		
11	Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12	Tem dificuldade em tomar decisões?		
13	Tem dificuldade no serviço, no emprego (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17	Tem tido a idéia de acabar com a vida?		
18	Sente-se cansado o tempo todo?		
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20	Você se cansa com facilidade?		

score total de respostas Sim ____

OBSERVAÇÃO: Caso a pessoa entrevistada não responda ao questionário, favor assinalar um dos motivos abaixo:

- A) A pessoa entrevistada não entendeu as perguntas
 B) A pessoa entrevistada não pôde falar claramente
 C) Outra razão (especificar) _____

ANEXO F

ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

FOLHA DE APLICAÇÃO DO WHO-5 POR MEMBRO DA EQUIPE DO PSE

NSF ____ SUB-AMOSTRA ____ ENTREVISTA Nº ____

“Em relação a cada uma das afirmações que vou fazer a seguir, indique qual das respostas melhor representa como você tem se sentido nas últimas duas semanas.”

		O tempo todo	Mais da metade do tempo	Menos da metade do tempo	Em nenhum momento
1	Eu me sinto desanimado(a) e triste.	0	1	2	3
2	Eu me sinto tranqüilo(a) e consigo relaxar facilmente	3	2	1	0
3	Eu me sinto cheio(a) de energia, ativo(a) ou vigoroso(a).	3	2	1	0
4	Eu acordo me sentindo revigorado(a) e descansado(a).	3	2	1	0
5	Meu dia a dia é cheio de coisas que eu acho interessantes.	3	2	1	0

Escore Total _____

OBSERVAÇÃO: Caso a pessoa entrevistada não responda ao questionário, favor assinalar um dos motivos abaixo:

A)A pessoa entrevistada não entendeu as perguntas

B)A pessoa entrevistada não pôde falar claramente

C)Outra razão (especificar) _____

ANEXO G

ESTUDO “DETECÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS PELA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

FOLHA DE APLICAÇÃO DOS QUADROS COOP/WONCA POR MEMBRO DA EQUIPE DO PSF

NSF ____ SUB-AMOSTRA ____ ENTREVISTA Nº ____

“Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua vida nas últimas duas semanas. Por favor, indique a resposta que você considerar correta para cada uma das perguntas”

		Escore
01	Capacidade Física	
02	Sentimentos	
03	Atividades do Dia-a-Dia	
04	Atividades Sociais	
05	Mudanças no Estado de Saúde	
06	Estado Geral de Saúde	
Total		

OBSERVAÇÃO: Caso a pessoa entrevistada não responda ao questionário, favor assinalar um dos motivos abaixo:

A) A pessoa entrevistada não entendeu as perguntas

B) A pessoa entrevistada não pôde falar claramente






C) Outra razão (especificar) _____

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Capacidade Física

Durante as últimas duas semanas...

Qual foi o esforço físico mais difícil que você conseguiu fazer durante pelo menos 2 minutos?






<p>Muito intenso, (por exemplo) correr muito rápido</p>		1
<p>Intenso, (por exemplo) correr um pouco rápido</p>		2
<p>Moderado, (por exemplo) andar apressado</p>		3
<p>Leve, (por exemplo) andar devagar</p>		4
<p>Muito leve, (por exemplo) andar muito devagar ou não ser capaz de andar</p>		5

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Sentimentos

Durante as últimas duas semanas...

Quanto você tem ficado incomodado(a) com problemas emocionais como se sentir ansioso(a), deprimido(a), irritado(a) ou abatido(a) e triste?






Nem um pouco		1
Um pouco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Extremamente		5

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Atividades do Dia-a-Dia

Durante as últimas duas semanas...

Quanta dificuldade você tem encontrado para fazer o seu trabalho ou as suas tarefas do dia-a-dia, tanto dentro como fora de casa, por causa da sua condição física ou do seu estado emocional?

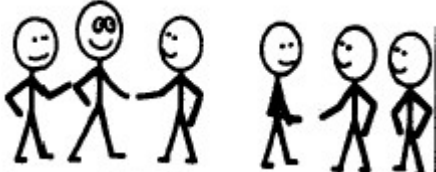
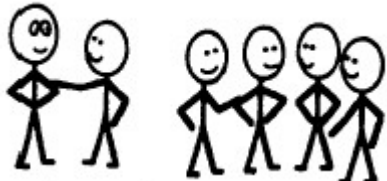



Nenhuma dificuldade		1
Pouca dificuldade		2
Alguma dificuldade		3
Muita dificuldade		4
Não consigo fazer nada		5

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Atividades Sociais

Durante as últimas duas semanas...






A sua condição física ou o seu estado emocional tem limitado as suas atividades sociais com a sua família, amigos, vizinhos ou com outros grupos de pessoas?

Nem um pouco	
Um pouco	
Moderadamente	
Bastante	
Extremamente	

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Mudanças no Estado de Saúde

Como você acha que está a sua saúde hoje comparando com duas semanas atrás?






Muito melhor		1
Um pouco melhor		2
Do mesmo jeito		3
Um pouco pior		4
Muito pior		5

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Estado Geral de Saúde

Durante as últimas duas semanas...

Como você avaliaria a sua saúde de modo geral?

Excelente		1
Muito boa		2
Boa		3
Regular		4
Ruim		5

ANEXO H**Escala para Avaliação da Praticabilidade de Questionários de Rastreamento em Cuidados Primários (p.1)**

Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua avaliação sobre a utilização do Questionário de Rastreamento de Transtornos Mentais _____. Você avaliará a seguir se esse instrumento foi adequado ou não para o uso proposto para ele. Para fazer isso, responderá a algumas perguntas. A sua opinião é fundamental. Não existe resposta certa ou errada. Você não está sendo avaliado(a) de nenhuma maneira.

Categoria Profissional: _____ **Data:** _____

**Escala para Avaliação da Praticabilidade de Questionários de Rastreamento em
Cuidados Primários (p.2)**

Em relação ao Questionário de Rastreamento de Transtornos Mentais _____, responda às questões colocadas abaixo.

1)Na sua avaliação, as instruções de aplicação do Questionário são de fácil compreensão?

Todas instruções de aplicação do Questionário são de fácil compreensão _____

Muitas instruções de aplicação do Questionário são de fácil compreensão _____

Poucas instruções de aplicação do Questionário são de fácil compreensão _____

Nenhuma das instruções de aplicação do Questionário é de fácil compreensão _____

2)Você entendeu as perguntas do questionário?

Entendi todas as perguntas do questionário _____

Entendi muitas perguntas do questionário _____

Entendi poucas perguntas do questionário _____

Não entendi nenhuma das perguntas do questionário _____

3)Você entendeu as respostas do questionário?

Entendi todas as respostas do questionário _____

Entendi muitas respostas do questionário _____

Entendi poucas respostas do questionário _____

Não entendi nenhuma das respostas do questionário _____

4)Na sua avaliação, qual é o grau de facilidade de calcular o escore total do Questionário?

É muito fácil calcular o escore total do Questionário _____

É fácil calcular o escore total do Questionário _____

Não é fácil e nem é difícil calcular o escore total do Questionário _____

É difícil calcular o escore total do Questionário _____

**Escala para Avaliação da Praticabilidade de Questionários de Rastreamento em
Cuidados Primários (p.3)**

5) Na sua avaliação, quantas pessoas nas quais você aplicou o questionário entenderam as perguntas do mesmo?

Todas entenderam as perguntas_____

A grande maioria entendeu as perguntas_____

Aproximadamente metade das pessoas entendeu as perguntas_____

Menos da metade das pessoas entendeu as perguntas_____

6)Na sua avaliação, quantas pessoas nas quais você aplicou o questionário entenderam as respostas do mesmo?

Todas entenderam as respostas_____

A grande maioria entendeu as respostas_____

Aproximadamente metade das pessoas entendeu as respostas_____

Menos da metade das pessoas entendeu as respostas_____

7)Na sua avaliação, a aplicação do Questionário é breve o suficiente para ser incorporada em um atendimento de rotina, sem aumentar excessivamente a duração do mesmo?

Sim, de maneira muito satisfatória_____

Sim, de maneira razoavelmente satisfatória_____

Tenho dúvidas se é breve o suficiente_____

Não, não é breve o suficiente_____

8)Na sua avaliação, o uso rotineiro desse questionário no primeiro contato com uma pessoa na casa dela ou no núcleo, e depois a cada seis meses, em outros encontros com a mesma, atrapalharia as atividades que já são realizadas rotineiramente?

Não, não atrapalharia em nada_____

Sim, atrapalharia um pouco_____

Sim, atrapalharia muito_____

Sim, chegaria a inviabilizar outras atividades_____

ANEXO I**Escala para Avaliação da Praticabilidade de Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais em Cuidados Primários (p.1)**

Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua avaliação sobre a utilização da Entrevista Semi-Estruturada para Diagnóstico de Transtornos Mentais “Mini International Neuropsychiatric Interview” (“MINI”). Você avaliará a seguir se esse instrumento foi adequado ou não para o uso proposto para ele. Para fazer isso, responderá a algumas perguntas. A sua opinião é fundamental. Não existe resposta certa ou errada. Você não está sendo avaliado(a) de nenhuma maneira.

Categoria profissional: _____ **Data:** _____

Escala para Avaliação da Praticabilidade de Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais em Cuidados Primários (p.2)

Em relação à Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais “MINI”, responda às questões colocadas abaixo.

1) Na sua avaliação, as instruções de utilização do MINI são de fácil compreensão?

Todas instruções de utilização do MINI são de fácil compreensão ____

Muitas instruções de utilização do MINI são de fácil compreensão ____

Poucas instruções de utilização do MINI são de fácil compreensão ____

Nenhuma das instruções de utilização do MINI é de fácil compreensão ____

Se você quiser fazer algum comentário sobre as instruções do MINI, escreva-o abaixo:

2) Você entendeu as perguntas do MINI?

Entendi todas as perguntas do MINI ____

Entendi muitas perguntas do MINI ____

Entendi poucas perguntas do MINI ____

Não entendi nenhuma das perguntas do MINI ____

Se você quiser fazer algum comentário sobre as perguntas do MINI, escreva-o abaixo:

Escala para Avaliação da Praticabilidade de Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais em Cuidados Primários (p.3)

3) Você entendeu as respostas do MINI?

Entendi todas as respostas do MINI ____

Entendi muitas respostas do MINI ____

Entendi poucas respostas do MINI ____

Não entendi nenhuma das respostas do MINI ____

Se você quiser fazer algum comentário sobre as respostas do MINI, escreva-o abaixo:

4) Na sua avaliação, qual é o grau de facilidade de completar os módulos do MINI para concluir se o diagnóstico está ou não presente?

Todos os módulos do MINI são fáceis de completar ____

A maioria dos módulos do MINI são fáceis de completar ____

Poucos módulos do MINI são fáceis de completar ____

Nenhum dos módulos do MINI é fácil de completar ____

Se você quiser fazer algum comentário sobre o grau de facilidade de completar os módulos do MINI, escreva-o abaixo:

Escala para Avaliação da Praticabilidade de Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais em Cuidados Primários (p.4)

5) O preenchimento do Sumário Diagnóstico do MINI é realizado facilmente?

Muito facilmente _____

Facilmente _____

Não é fácil nem difícil _____

É difícil preencher a folha de respostas do MINI _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre o preenchimento do sumário diagnóstico do MINI, escreva-o abaixo:

6) Na sua avaliação, as perguntas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas?

Todas as perguntas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas _____

Muitas perguntas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas _____

Poucas perguntas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas _____

Nenhuma das perguntas do MINI é facilmente entendida pela maioria das pessoas _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre as perguntas do MINI serem (ou não) facilmente entendidas pelas pessoas, escreva-o abaixo:

Escala para Avaliação da Praticabilidade de Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais em Cuidados Primários (p.5)

7) Na sua avaliação, as respostas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas?

Todas as respostas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas _____

Muitas respostas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas _____

Poucas respostas do MINI são facilmente entendidas pela maioria das pessoas _____

Nenhuma das respostas do MINI é facilmente entendida pela maioria das pessoas _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre as respostas do MINI serem (ou não) facilmente entendidas pelas pessoas, escreva-o abaixo:

8) Na sua avaliação, a aplicação integral do MINI é breve o suficiente para ser incorporada no acompanhamento rotineiro de todos os pacientes com mais de 15 anos de idade, não prejudicando a execução de outras tarefas que devem ser realizadas dentro desse acompanhamento?

Sim, é breve o suficiente de maneira muito satisfatória _____

Sim, é breve o suficiente de maneira razoavelmente satisfatória _____

Tenho dúvidas se é breve o suficiente _____

Não, não é breve o suficiente _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a aplicação integral do MINI ser (ou não) breve o suficiente da maneira descrita, escreva-o abaixo:

Escala para Avaliação da Praticabilidade de Entrevista para Diagnóstico de Transtornos Mentais em Cuidados Primários (p.6)

9) Na sua avaliação, a aplicação integral do MINI seria breve o suficiente para ser incorporado na sua rotina diária se um instrumento de rastreamento selecionasse os pacientes com mais de 15 anos de idade com maior probabilidade de apresentarem transtorno mental e apenas nesses fosse feita a sua aplicação integral?

Mesmo sem o uso de rastreamento seria breve o suficiente _____

Somente com o uso de rastreamento seria breve o suficiente _____

Tenho dúvidas se mesmo com o uso de rastreamento seria breve o suficiente _____

Não seria breve o suficiente mesmo com o uso de rastreamento _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a aplicação integral do MINI ser (ou não) breve o suficiente somente com o uso de um instrumento de rastreamento, escreva-o abaixo:

10) Na sua avaliação, a aplicação integral do MINI rotineiramente, como descrito no item 8 ou no item 9, ajudaria você a detectar e diagnosticar transtornos mentais em pessoas que de outra maneira você não perceberia como sofrendo dessas patologias?

Sim, ajudaria muito _____

Sim, ajudaria um pouco _____

Tenho dúvidas se ajudaria _____

Não, não ajudaria _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a aplicação integral do MINI rotineiramente ajudar a detectar e diagnosticar transtornos mentais em pessoas que de outra maneira você não perceberia como sofrendo dessas patologias, escreva-o abaixo:

ANEXO J

**Autorização do comitê em ética em pesquisa do CSE/FMRP-USP
para realização da pesquisa**



Universidade de São Paulo
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331
Rua Terezina, 690 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA

LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 037/03

Em: 17/09/2003

Para: Prof. Dr. Antônio Waldo Zuardi

Comunicamos que a (o) pesquisadora (or)
Dr. João Mazzoncini do Azevedo Marques cumpriu as exigências
operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados para o trabalho
“Detecção e Diagnósticos de Transtornos mentais
pela equipe do Programa de Saúde da Família”

Atenciosamente,

Prof. Maria do Carmo Guimarães G. Caccia Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
Centro de Saúde Escola-FMRP-USP.

ANEXO K

Artigo Publicado

Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil

João Mazzoncini de Azevedo Marques, M.D., Antonio W. Zuardi, Ph.D., M.D.*

Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, 14049-900 Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

Received 21 December 2007; accepted 13 February 2008

Abstract

Objective: To evaluate the validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) used by family medicine residents in primary health care (PHC) in Brazil.

Methods: Training for administering the MINI was given as part of a broad psychiatry education program. Interviews were held with 120 PHC patients who were at least 15 years old. MINI was administered by 25 resident physicians, while the Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID) was administered by a psychiatrist blind to patients' results on the MINI, and the diagnoses on both interviews were compared. The resident physicians answered questions on the applicability of the MINI.

Results: Concordance levels for any mental disorder, the broader current diagnostic categories and the most common specific diagnoses were analyzed. Kappa coefficients ranged between 0.65 and 0.85; sensitivity, between 0.75 and 0.92; specificity, between 0.90 and 0.99; positive predictive values (PPV), between 0.60 and 0.86; negative predictive values (NPV), between 0.92 and 0.99; and accuracy, between 0.88 and 0.98. The resident physicians considered MINI comprehensibility and clinical relevance satisfactory.

Conclusions: These good psychometric results in a real-world setting may be related to a special training program, which is more frequent, intensive and diversified. In these conditions, the MINI is a useful tool for general practitioners.

© 2008 Elsevier Inc. All rights reserved.

Keywords: MINI; Primary health care; Consultation and liaison; Validity; Applicability; Medical education

1. Introduction

Epidemiological studies on the adult population have found that prevalence for mental disorders ranges from 20% to 30% in 1 year, and 30% to 50% in a lifetime [1–3] including in Brazil [2,4]. Most people with these disorders receive treatment at primary health care (PHC) services [1,5,6]. A multicenter study performed in 14 countries, coordinated by the World Health Organization (WHO), showed that, on the average, 24% of people who attended primary care presented at least one current mental disorder, while another 9% presented clinically significant subsyndromal conditions [5,7].

Disabilities, decreased quality of life and the economic consequences associated with the presence of the most common mental disorders — such as anxiety, depression and psychoactive substance abuse — are at the least as important as those associated with common physical problems like hypertension, diabetes, arthritis, asthma or back pain [8–10].

Therefore, detecting, treating and appropriately referring people with mental disorders to specialized services are abilities necessary for PHC physicians to work effectively. Particularly regarding detection and diagnosis, studies show that general practitioners fail to detect or incorrectly diagnose about 50% of mental disorder cases presented to primary care [1,5,7,11].

Two strategies have been proposed to improve this situation: (1) improving general practitioners' psychiatric knowledge and their diagnostic capacity through training in general interview abilities; and (2) training on how to use standardized, more structured interviews, reducing

* Corresponding author. Faculty of Medicine of Ribeirão Preto University of São Paulo, Avenida Bandeirantes 3900, 14048-900 Ribeirão Preto, Brazil. Tel.: +55 16 36022835; fax: +55 16 36022544.

E-mail address: awzuardi@fmrp.usp.br (A.W. Zuardi).

heterogeneity in the collection and interpretation of data from the patients' history and exam, and, thus, facilitating concordance with the established diagnosis criteria [12,13].

Questions are raised about the first strategy due to its longer duration and training, which requires more time from specialized professionals; and the lack of guarantees, at the end of this process, that the diagnoses will be made according to the existing criteria. As to the second strategy, there is a concern with the risk of administering the structure in a way that is not sensitive to the demands of each patient care situation, thus harming the physician–patient relationship, which is essential to obtaining useful and reliable information [14,15].

In addition, studies have shown that, when PHC professionals are trained for screening, diagnosing and treating mental disorders, and the improved diagnostic services are connected to organized systems of mental care [16], there is a better chance of reaching effective outcomes. This is true for services delivered within a structured organization, with specific characteristics, for instance: patient follow-up done by the same physician, longitudinally; enough time for physicians to provide appropriate screening, diagnosis and treatment; access to specialized consultation and liaison to clarify doubts and make decisions together regarding conducts, including referring to specialized services; the possibility of following specific PHC cases together with specialized professionals; readiness and quickness to initiate specialized service treatments when indicated [17–22].

In Brazil, since 1994, the Health Ministry has proposed the Family Health Program (FHP, in Portuguese: “Programa de Saúde da Família”) as the key strategy to organize PHC and the public health care system as a whole. The FHP proposed the work of PHC teams composed of, at least, one family medicine physician, one nurse, two auxiliary nurses and four lay community health workers in each catchment area that includes 600–1000 families. These teams should perform health actions at the collective and individual levels, including health promotion, disease prevention and treatment (especially the most common ones), and constitute the prevailing contact interface between the community and the public Brazilian health care system [23–25].

Therefore, family medicine physicians are needed to implement this new model in Brazil. Furthermore, they should also effectively manage the demand related to mental health. There is a need for abilities related to screening and diagnosing mental disorders, so that these physicians can adequately meet this demand. One possible form of developing these professionals' abilities — during specialization — would be to integrate standardized interview training in a program for practical and theoretical psychiatry training. This program would be largely performed in PHC services with the previously described structural characteristics.

Three semistructured interviews, developed in the 1990s, have been studied regarding their everyday use by general

practitioners for diagnosing mental disorders: the Symptom-Drive Diagnostic System for Primary Care, the Primary Care Evaluation of Mental Disorder (PRIME-MD) and the MINI. These interviews were developed to obtain good concordance when compared to interviews administered by professionals specialized in mental health. In addition, they are sufficiently brief, of easy understanding, and readily available, and provide clinically significant data (which would not be obtained with the same quality through nonstandardized interviews), when used daily by PHC physicians [26–30].

The MINI was developed by French and North American researchers, and presented good validity in a multicenter study (performed in Europe) that compared the diagnoses by general practitioners obtained using the MINI with the diagnoses obtained by psychiatrists using nonstructured interviews. In these studies, it took 15 to 30 minutes to administrate the MINI [28–30]. It was translated into Brazilian Portuguese and there are no restrictions to its clinical and research use [31]. Until today, no studies have validated the Brazilian version of the MINI.

Hence, the purpose of the present study was to evaluate the MINI administered by family medicine resident physicians at a Brazilian PHC service.

2. Material and methods

2.1. Context of the study

In 1999, family medicine residency (FMR) activities were established at the Clinics Hospital of the University of Sao Paulo at Ribeirao Preto Medical School (FMRPUSP). The residency's main field of clinical practice is a FHP service. Also in 1999, the FMRPUSP Psychiatry Discipline initiated collaboration with the FHP service, as well as with the FMR. One psychiatrist (one of the researchers) became the coordinator of the family medicine residency in the fields of mental health and psychiatry.

Since the beginning, consultation and liaison activities have taken place through weekly meetings with the FHP teams. The support offered to the teams, in these 90-minute meetings, has usually included discussions on specific subjects; case discussions; attending patients with FHP nurses and physicians; referring patients to psychiatric and psychotherapy follow-up at specialized mental health services. Except for emergency cases, patients are referred to specialized services only after discussing the case with the consultant. Patients who need specialized psychiatric treatment at outpatient clinical level are seen by the consultant psychiatrist.

Family medicine residency training in the fields of mental health and psychiatry has occurred over the 2-year residency program by means of scholarly and practical activities. These activities include (1) scholarly seminars — a total of forty 2-h seminars, performed during the first residency year in groups of up to 10 residents; (2) practical activities

developed at the FHP centers; and (3) practical activities developed at a psychiatric emergency service within a general emergency room.

In this context, the present study was performed with family medicine residents from four FHP service teams of the FMRPUSP and with patients seen at these services by these residents. At the time of study, these four groups covered a territory that comprised about 15,000 inhabitants.

2.2. Subjects

One hundred and twenty (120) patients, belonging to the territory covered by the four FHP center, composed the study sample. The sample displayed the same proportion of individuals described in the register of families of the four FHP center, in relation to gender and age (greater than 15 years old). In days and times chosen at random, the researcher visited health units and invited patients who were waiting for health care (following their order of arrival at the service) and met the previously determined age and gender criteria to participate in the study, until one or two individuals accepted the invitation. In order to participate in the study, the patient file could not have been previously discussed or evaluated by the researcher during consultation and liaison activities, which are routinely performed with PHC teams. This procedure was continued in order to complete the sample proportional to the persons registered in these centers. To obtain the sample, 147 patients were invited, 20 of whom declined (the main reason for not agreeing to participate was lack of time), and 7 eventually did not complete the interview with the psychiatrist. The subjects' demographic characteristics are presented in Table 1. They were interviewed by family medicine residents, who administered the MINI, and by a psychiatrist (one of the researchers), who administered the SCID.

Table 1
Demographic characteristics of the study population

Variable	<i>n</i>	%
Gender		
Women	62	51.7
Men	58	48.3
Age range		
15–19	18	15.0
20–39	58	48.3
40–49	21	17.5
50–59	12	10.0
>60	11	09.2
Marital status		
Cohabiting	57	47.5
Single/divorced/widowed	63	52.5
Education		
Incomplete primary level	30	25.0
Complete primary level	28	23.3
Complete or incomplete secondary level	51	42.5
Complete or incomplete higher level	11	9.2

Twenty-five (25) family medicine residents, who had completed MINI training, participated in the study. Each resident physician administered the MINI, in the study, between two and nine times.

2.3. Semistructured interviews

The MINI [28], translated and adapted to Portuguese [31], contains modules that evaluate various Axis I disorders of the American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV)* [32], including major depressive episode, dysthymia, mania episode, hypomania episode, panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, alcohol dependence or abuse, psychoactive substance dependence or abuse, anorexia and bulimia. In addition, it has modules for psychotic syndromes and risk of suicide. It can be used for systematic data collection, to establish or confirm diagnostic hypotheses in primary care, following specific criteria. A multicenter study that compared the diagnoses by general practitioners obtained using the MINI with the diagnoses obtained by psychiatrists using nonstructured interviews obtained a kappa coefficient between 0.41 and 0.68, sensitivity between 0.41 and 0.86, and specificity between 0.84 and 0.97 [28,29].

The "gold standard" diagnosis was established using the Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version [33] (SCID), translated into Portuguese [34]. For some of the anxiety disorders, somatoform disorders and eating disorders, which in the clinical version contain only screening items, the corresponding sections of the research version were used, translated for use in Brazil [35]. The SCID is a semistructured interview that should be used by experienced professionals, specialized in clinical psychiatry, because it requires extensive knowledge in this area [36].

2.4. MINI training

Training for the MINI occurred during the scholarly seminars and practical activities performed at the primary care services. In three seminars (a total of 6 h), the Brazilian version of the MINI [31] was presented and initial training was carried out through role plays of its application, with the consultant clarifying questions. Next, in the seminars that discussed specific mental disorders, covered by the MINI, the corresponding sections of the instrument were once again presented and trained through role plays (a total of 12 h; 40 min for each section on average). When necessary, resident physicians discussed with the consultant psychiatrist specific questions they had about the MINI interviews they performed at the FHP service. Both theoretical seminars and practical activities emphasized how to integrate this standardized instrument in patient-centered care offered at primary care services, which is flexibly structured [12,37].

2.5. Training in SCID

Used as the gold standard to compare with MINI, the SCID was applied to the patients by the researcher, a psychiatrist. The researcher had previous training and experience as an interviewer in earlier studies [34].

2.6. Data collection

Patients provided written consent, and, while seeing the patient, family medicine residents administered the MINI. Next, the patient was interviewed by the researcher, who administered the SCID, at the same unit or at the patient's home, within a week's time. The researcher was blind to patients' results on the MINI until the end of the data collection phase. Family medicine residents, at the end of the study, responded to a 10-item Likert questionnaire about the applicability of the MINI, with four alternative answers for each question, focused on the understanding of the instrument's instructions by physicians and patients, the brevity of its administration, and its clinical relevance [38,39].

The research project was approved by the Research Ethics Committee at the FMRPUSP Teaching Health Center.

2.7. Data analysis

Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences version 13.0. The concordance between the diagnoses obtained with the MINI and those obtained with the SCID was evaluated through the kappa coefficient. To perform a qualitative analysis of kappa coefficient values — which measures the proportion of diagnostic concordance observed between raters, correcting the casual concordance proportion that would usually be expected — it was considered that values above 0.75 indicated excellent concordance; values between 0.40 and 0.75, satisfactory concordance; and below 0.40, unsatisfactory concordance [40]. To evaluate the predictive validity of MINI diagnoses, in relation to the SCID, calculations were made regarding sensitivity, specificity, as well as positive and negative predictive values and total accuracy, considering the presence or absence of psychiatric disorders measured by the SCID as the gold standard.

3. Results

Table 2 presents the frequencies of the broader current diagnostic categories and comorbidity according to the SCID, in absolute figures and percentages. The most common specific diagnoses were major depressive episode (19 cases, corresponding to 15.8% of the sample), generalized anxiety disorder (12 cases, 10% of the sample), panic disorder (5 cases, 4.2% of the sample) and dysthymia (4 cases, 3.3% of the sample). The most common comorbidity occurred in cases of depressive and anxiety disorders (9 cases, 7.5% of the sample).

Table 2
Diagnostic characteristic of the study population

	<i>n</i>	%
<i>Frequency of individuals per number of SCID diagnoses</i>		
0	76	63.3
1	25	20.8
2	11	9.2
3	8	6.7
<i>Frequency of individuals per current SCID diagnostic category</i>		
Depressive disorders	25	20.8
Anxiety disorders	21	17.5
Substance abuse/dependence	07	5.8
Somatoform disorders	05	4.2
Eating disorders	03	2.5
Adjustment disorders	03	2.5
Psychotic disorders	01	0.8

Table 3 displays values for kappa, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and the accuracy of the MINI administration performed by the psychiatrists, in terms of the presence or absence of a mental disorder, and regarding the most common diagnostic categories. Concordance levels for any mental disorder, the broader current diagnostic categories and the most common specific diagnoses ranged from satisfactory to excellent (0.65 and 0.85). The results regarding validity showed high values, with sensitivity, specificity, PPV, NPV and accuracy ranging from 0.60 to 0.99.

The comprehensibility, easiness, brevity and clinical relevance of MINI use are presented in Table 4. The four answer alternatives for each question were grouped into two possibilities: evaluating the study characteristic as satisfactory or unsatisfactory. All family medicine residents considered the comprehensibility of the instrument, the easiness of using it, and its clinical relevance as satisfactory. Regarding its brevity, all family medicine residents considered the MINI unsatisfactory for application to all patients who asked for assistance at FHP center. However, the majority considered it satisfactory if it is applied only to patients previously identified as high risk for mental disorders, through screening questionnaires. No resident spent more than 30 minutes in providing the MINI.

4. Discussion

The present study found a 36.7% frequency for mental disorders. It should be emphasized, however, that this study did not aim to describe the epidemiology of mental disorders at the service under study. Thus, cases that had been previously discussed or evaluated by the researcher were systematically excluded, which could have favored the lower frequency of these disorders, when compared to previous studies performed in Brazilian PHC services, which obtained current mental disorder frequencies ranging from 38% and 56% [41–45].

Table 3
Concordance between the main current MINI and SCID diagnoses

Concordance Diagnoses	SCID		Kappa	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Total Accuracy (%)
	M I N I -	M I N I +						
Any Mental Disorder	68 08	06 38	0.75	0.86	0.90	0.83	0.92	88
Depressive Disorder ^a	87 08	02 23	0.77	0.92	0.92	0.74	0.98	92
Anxiety Disorders	94 05	02 19	0.81	0.90	0.95	0.79	0.98	94
Substance Abuse/ Dependence	112 01	01 06	0.85	0.86	0.99	0.86	0.99	98
Major Depressive Episode ^b	94 07	02 17	0.75	0.90	0.93	0.71	0.98	93
Generalized Anxiety Disorder	104 04	03 09	0.69	0.75	0.96	0.69	0.96	94
Panic Disorder	113 02	01 04	0.71 ^c	0.80	0.98	0.67	0.99	98
Dysthymia	114 02	01 03	0.65 ^c	0.75	0.98	0.60	0.99	97
Eating Disorders	116 01	01 02	0.66 ^c	0.67	0.99	0.67	0.99	98
Psychotic Disorders ^d	119 00	00 01	-	-	-	-	-	-

^a Depressive disorder=major depressive episode+dysthymia.

^b Major depressive episode included one subject with mania in the past.

^c Questionable kappa (<5% of sample).

^d Only one subject.

Table 4
 Characteristics of MINI applicability according to the evaluation of the resident physicians

MINI applicability characteristic	Frequency of MINI characteristic evaluation	
	Satisfactory, n (%)	Unsatisfactory, n (%)
Instruction comprehensibility for applicators	25 (100%)	0 (0%)
Comprehensibility of the form of making questions for applicators	25 (100%)	0 (0%)
Comprehensibility of the form of obtaining answers for applicators	25 (100%)	0 (0%)
Easiness to fill in the diagnostic sections for applicators	25 (100%)	0 (0%)
Easiness to fill out the diagnostic summary for applicators	25 (100%)	0 (0%)
Comprehensibility of the questions for patients	25 (100%)	0 (0%)
Comprehensibility of the form to answer questions for patients	25 (100%)	0 (0%)
Brevity to be administered to all patients	0 (0%)	100 (24%)
Brevity to be administered to patients selected through previous screening*	19 (76%)	6 (24%)
Relevance to detecting mental disorders for applicators	25 (100%)	0 (0%)

* Administered only to patients who had been identified as at risk for mental disorder, through screening questionnaires, such as Self-Reporting Questionnaire or WHO Well-Being Index (WHO-5).

The main finding of this study is the good psychometric characteristics of the MINI applied by family medicine residents after a special training program. Kappa coefficients, comparing MINI and SCID diagnoses, show values ranging from satisfactory to excellent (0.65 to 0.85). When comparing these results with those obtained by the original MINI development group in a European multicenter study (kappa between 0.41 and 0.68) [28,29] — comparing the diagnosis made by general practitioners administering the MINI with the diagnoses made by psychiatrists without using standardized interviews — it is observed that the present study revealed higher concordance levels. Similarly, sensitivity, specificity, PPV and NPV also present the same tendency in relation to the referred previous study [28–30,46].

When compared to validity studies performed with the SDDS-PC [26,47,48] and PRIME-MD [27,49–53], comparing the diagnoses obtained by general practitioners using these interviews with the diagnoses obtained by specialized mental health professionals (using structured interviews or not), the present study results indicate better concordance levels than those previously found.

The instrument's good results regarding validity are probably associated with the characteristics of the training protocol. The MINI training occurred as part of a broad study program in psychiatry and mental health offered to family medicine residents and developed through theoretical and practical activities of PHC consultation and liaison. Implementing this training, which is more intensive, frequent and diversified, was probably easier in this study context,

because PHC and specialized services belong to the same organization, sharing the same administration and resource management. Another factor is the emphasis on personal contact and dialogue with the FHP service teams and administrators, not only during educational actions, but also during their planning and evaluation. This made it easier for the consultant to adapt activities to the everyday needs of general practitioners [19,54–56]. In this way, the present results cannot be generalized to training models that are less intensive and use less diverse educational activities.

Regarding applicability, the present study presents results similar to those described in previous studies with the three interviews in terms of the raters' subjective evaluation about the diagnostic instrument [26,27,49–51]. Users considered the MINI acceptable and comprehensible for general practitioners and their patients, and clinically relevant (i.e., providing information that would otherwise not be obtained without the instrument). However, they considered that the introduction of the MINI in the daily routine would be viable if the application occurred only in patients at risk of mental illness, previously selected by a screening questionnaire for easy and rapid implementation

This study has important limitations. Only one psychiatrist performed interviews in which the SCID was administered, and that professional was the same one who trained the resident physicians in the MINI. However, the psychiatrist was blind to the diagnoses obtained by administering the MINI until the end of the data collection phase. Hence, it is unlikely that the expectation of a good result from the training affected the obtained data. It is also possible that the same diagnostic error occurred systematically in both interviews. However, that error is also unlikely because the professional's initial SCID training involved group interviews, with other specialized professionals, with appropriate inter-rater reliability [34].

In conclusion, the present study showed that the MINI is a useful instrument with good psychometric qualities in a real-world setting, when used by general practitioners working in PHC. This result presupposes training incorporated into multifaceted learning strategies within the everyday work of PHC physicians, including during consultation and liaison activities, which, potentially, could be developed either during their residency or during later continuing education programs — similar to what frequently occurs with other countries and is now starting in Brazil [12–22,57–59].

References

- [1] Vazquez-Barquero JL, Herran A, Simon JA. Epidemiology of mental disorders in the community and primary care. In: Tansella M, Thornicroft G, editors. *Common Mental Disorders in Primary Care*. London, UK: Routledge; 1999. p. 3–16.
- [2] WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78(4):413–26.
- [3] The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorder in the world

- health organization world mental health surveys. *JAMA* 2004;291: 2581–90.
- [4] Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian Multicenter Study of Psychiatric Morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524–9.
- [5] Ustun TB. The primary care setting — prevalence, advantages, challenges. In: Jenkins R, Ustun TB, editors. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd; 1998. p. 71–80.
- [6] Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders 1990–2003. *N Engl J Med* 2005;352:2515–23.
- [7] Ustun TB, Sartorius N, Costa e Silva JA, Goldberg DP, Lecrubier Y, Ormel J, et al. Conclusions. In: Ustun TB, Sartorius N, editors. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. John Wiley and Sons Ltd; 1995. p. 371–6.
- [8] von Korff M. Disability and psychological illness in primary care. In: Tansella M, Thornicroft G, editors. *Common Mental Disorders in Primary Care*. London, UK: Routledge; 1999. p. 52–63.
- [9] Jenkins R, Singh B. Mental disorder and disability in the population. In: Thornicroft G, Szmulker G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Avon, UK: Oxford University Press; 2001. p. 101–16.
- [10] Knapp M. The costs of mental disorders. In: Thornicroft G, Szmulker G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Avon, UK: Oxford University Press; 2001. p. 129–40.
- [11] Goldberg D, Mann A, Tylee A. Primary care. In: Thornicroft G, Szmulker G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Avon, UK: Oxford University Press; 2001. p. 409–16.
- [12] Gask L. A course in mental health skills for general practitioners in Manchester. In: Tansella M, Thornicroft G, editors. *Common Mental Disorders in Primary Care*. London, UK: Routledge; 1999. p. 171–82.
- [13] Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ. A proposed algorithm for improved recognition and treatment of depression/anxiety spectrum in primary care. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2001;3(2):44–52.
- [14] Lewis G. Case finding in primary care. In: Jenkins R, Ustun TB, editors. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd; 1998. p. 313–9.
- [15] Spiegel W, Tönies H, Scherer M, Katschnig H. Learning by doing: a novel approach to improving general practitioners' diagnostic skills for common mental disorders. *Wien Klin Wochenschr* 2007;119(3–4): 117–23.
- [16] Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136(10):765–76.
- [17] Goldberg D, Gater R. Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *Br J Gen Pract* 1996;46(409):483–5.
- [18] Gask L, Croft J. Methods of working with primary care. *Advan Psychiatr Treat* 2000;6:442–9.
- [19] Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: a review. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1579–86.
- [20] Katon W, VonKorff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(3):138–44.
- [21] Bower P, Gilbody S. Managing common mental disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839–42.
- [22] Unutzer J, Schoenbaum M, Druss BG, Katon WJ. Transforming mental health care at interface with general medicine: report for the President's commission. *Psychiatr Serv* 2006;57(1):37–47.
- [23] Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 1997.
- [24] Costa-Neto MM. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2000.
- [25] Peres EM, Andrade AM, Dal Poz MR, Grande NR. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme — evidences of change in delivery health care model. *Hum Resour Health* 2006;4:25.
- [26] Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M, et al. A diagnostic aid for detecting multiple mental disorders. In: Jenkins R, Ustun TB, editors. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd; 1998. p. 301–12.
- [27] Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749–56.
- [28] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22–33.
- [29] Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106–15.
- [30] Lecrubier Y. The MINI in primary care. *Eur Psychiatr* 1997;12 (Supplement 2):104s.
- [31] Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Brazilian Version 5.0.0 DSM-IV; 2002. www.medical-outcomes.com.
- [32] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
- [33] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders—clinical version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
- [34] Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV—Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(3):156–9.
- [35] Del Ben CM, Rodrigues CRC, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for the DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(12):1675–82.
- [36] Williams JR, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II—Multisite test–retest reliability. *Arch Gen Psychiatr* 1992;49:630–6.
- [37] Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd ed. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press; 2003.
- [38] Slade M, Thornicroft G, Glover G. The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:243–9.
- [39] Salvador-Carulla L, Salas D. Assessment instruments in psychiatry: description and psychometric properties. In: Tansella M, Thornicroft G, editors. *Mental Health Outcome Measures*. 2nd ed. London, UK: Gaskell; 2001. p. 228–57.
- [40] Fleiss JL, Levin B. The measurement of interrater agreement. In: Fleiss JL, editor. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons Inc; 1981. p. 212–36.
- [41] Busnello ED, Lima B, Gomes R. Aspectos Interculturais de Classificação e Diagnóstico — Tópicos Psiquiátricos e Psicossociais na Vila São Jose do Murialdo. *J Bras Psiq* 1995;32(4):97–102.
- [42] Mari JJ. *Minor psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo*. PhD thesis, University of London, 1986; apud Vilano L.A. *Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
- [43] Iacoponi E. *The detection of emotional disorders by primary care physicians – a study in São Paulo, Brazil*. PhD. thesis, University of London, 1989 apud Vilano L.A. *Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: O ambulatório de*

- clínica geral. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 1998.
- [44] Vilano LA. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: O ambulatório de clínica geral. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 1998.
- [45] Fortes S. Estudo da Demanda de Transtornos Mentais em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Petrópolis (RJ). [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
- [46] Bobes J. A Spanish validation study of the Mini International Neuropsychiatric Interview. *Eur Psychiatr* 1998;13(Suppl 4):198s–9s.
- [47] Weissman MM, Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Gilbert TT, Higgins ES, et al. Brief diagnostic interviews (SDDS-PC) for multiple mental disorders in primary care. A pilot study. *Arch Fam Med* 1995;4(3):220–7.
- [48] Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M, Sheehan DV, Hoven C, Conolly P, et al. A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psych* 1998;20(1):1–11.
- [49] Boyer P, Bissler B, Falissart R, Spitzer R. Validation of the French version of PRIME-MD: A primary care evaluation of mental disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996;6(Suppl 3):210.
- [50] Parker T, May PA, Maviglia MA, Petrakis S, Sunde S, Gloyd SV. PRIME-MD: its utility in detecting mental disorders in American Indians. *Int J Psychiatry Med* 1997;27(2):107–28.
- [51] Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, et al. Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27(6):375–83.
- [52] Loerch B, Szegedi A, Kohnen R, Benkert O. The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD), German version: A comparison with the CIDI. *J Psychiatr Res* 2000;34(3):211–20.
- [53] Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *J Affect Disord* 2006;91:11–7.
- [54] Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behavior of primary care providers? A review. *Gen Hosp Psych* 2000;22:84–96.
- [55] Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psych* 2002;24:63–70.
- [56] Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Soc Sci Med* 2005;61(8):1785–94.
- [57] Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Hazardous alcohol use: screening and brief intervention as routine practice in primary care. *Cad Saude Publica* 2005;21(3):852–61.
- [58] Ballester DA, Filippin AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J* 2005;123(2):72–6.
- [59] Lancetti A, editor. *Saúde mental e loucura n° 07: Saúde mental e saúde da família*. Brasil: Hucitec; 2000. p. 5–118.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)