DANIEL ALMEIDA GONÇALVES

Prevalência de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família e Avaliação de um Modelo de Capacitação em Saúde Mental

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

SÃO PAULO
2012

DANIEL ALMEIDA GONÇALVES

Prevalência de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família e Avaliação de um Modelo de Capacitação em Saúde Mental

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Orientador: Jair de Jesus Mari

Co-orientador: Sandra Fortes

SÃO PAULO
2012

Gonçalves, Daniel Almeida
Prevalência de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família e avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental. / Daniel Almeida Gonçalves. -- São Paulo, 2012.
xvii, 76f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva.

Título em inglês: Multicentre study of common mental disorders in Primary Care and evaluation of a mental health intervention for Multidisciplinary teams in primary care in Brazil.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Transtornos Mentais/diagnóstico. 3. Saúde da Família. 4. Transtornos Mentais/epidemiologia. 5. Capacitação em Serviço.

Universidade de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva

Chefe do Departamento: Prof.ª Dr.ª Rebeca Souza e Silva

Coordenador do Curso de Especialização: Prof.ª Dr.ª Suely Godoy Agostinho Gimeno

DANIEL ALMEIDA GONÇALVES

Prevalência de Transtornos Mentais na Estratégia Saúde da Família e Avaliação de um Modelo de Capacitação em Saúde Mental

Presidente da banca:
Jair de Jesus Mari

BANCA EXAMINADORA

Ramiro Anthero de Azevedo

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Lais Helena Domingues Ramos

Celso Zilbovicius

SUPLENTES

Dinarte Alexandre Prietto Ballester

DEDICATÓRIA

A Ludmila, minha esposa com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e apoio ao longo do período de elaboração deste e outros trabalho.

A meus pais que com dedicação me guiaram à melhor educação possível, possibilitando minha graduação como médico e agora pós-graduação como educador na área da saúde.

A todas as pessoas entrevistadas na coleta de dados deste trabalho, aos médicos e enfermeiros que dedicaram seu tempo para viabilidade deste estudo e às pessoas que deixei de cuidar durante todo tempo que me dediquei ao desenvolvimento acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao grupo "Babel", marco fundamental no meu crescimento pessoal e profissional. Sandra, por seu empreendedorismo, amizade e estímulo. Dulce, pela liderança, sabedoria e confiança. Tófoli, pelo conhecimento, técnica e cooperativismo. Dinarte, pelo exemplo, ponderação e anarquia. Chazan, pelo humor e apoio. Finalmente, Nali, pela tranquilidade e sorriso.

Ao Prof. Dr. Jair de Jesus Mari, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação, desde meu mestrado.

A Prof.ª Monica Campos, cujo apoio estatístico e moral sempre foram importantes.

Ao Prof. Ramiro, ponte fundamental para meu retorno à Escola e apoio constante em meu crescimento profissional.

À equipe de supervisoras e aplicadoras, sem as quais o grande trabalho de campo não seria concretizado.

Ao CnPq, pelo financiamento da pesquisa que resultou o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Peter Bower, pelo acolhimento e humildade em me receber durante estágio no Reino Unido e possibilitar meu desenvolvimento científico.

À CAPES, pelo financiamento da bolsa no exterior, sem a qual não teria trabalhado com afinco na análise dos dados do projeto de pesquisa.

EPÍGRAFE

"O dualismo corpo/mente acompanha a medicina como uma falha geológica. A maioria das disciplinas médicas se situam de um ou do outro lado [...] dado que a prática generalista se define em termos de relacionamentos, ela não pode aceitar esta divisão"

Ian MacWhinney

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA ..... **v**
AGRADECIMENTOS ..... **vi**
LISTA DE FIGURAS ..... **x**
LISTA DE TABELAS ..... **xi**
LISTA DE GRÁFICOS ..... **xii**
LISTA DE QUADROS ..... **xiii**
RESUMO ..... **xiv**
ABSTRACT ..... **xvi**
APRESENTAÇÃO DA TESE ..... **xviii**
1 INTRODUÇÃO **1**
1.1 RELEVÂNCIA DO TEMA: SAÚDE MENTAL NA APS 2
1.2 A DETECÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA APS 3
1.3 O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA 4
1.4 INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS: O MATRICIAMENTO 6
2 A INTERVENÇÃO: CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA APS SOB A LÓGICA MATRICIAL **12**
2.1 PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO 13
2.2 OBJETIVO DO CURSO 13
2.3 METODOLOGIA E CONTEÚDOS 14
3 OBJETIVOS **17**
3.1 OBJETIVOS GERAIS 18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
4 MATERIAIS E MÉTODOS **19**
4.1 DESENHO METODOLÓGICO 20
4.2 VARIÁVEIS DE DESFECHO 21
4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 21
4.4 INFRAESTRUTURA DOS CENTROS DE PESQUISA 21
4.5 INSTRUMENTOS 22
4.6 CÁLCULO DA AMOSTRA 23
5 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA **25**

6 RESULTADOS 30
6.1 ARTIGO 1 31
6.2 ARTIGO 2 49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 66
8 ATIVIDADES DESEMPENHADAS DURANTE PROCESSO DE DOUTORADO 68
9 ANEXOS 71
ANEXO 1 – FICHA DE MATRICIAMENTO 72
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO GERAL 74
ANEXO 3 – (GHQ) 78
ANEXO 4 – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD) 79
ANEXO 5 – WHOQOL 81
ANEXO 6 – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAL 84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de equipes e distribuição no território nacional de equipes do NASF 10

Figura 2 - Estrutura modular do curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Primária 15

FIGURE 1 – Total patient and professional's number per city before and after training (pre and post training) 57

FIGURE 2 – Professionals (doctors and nurses) detection and management ... 58

LISTA DE TABELAS

Table 1 – Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Primary Care Attenders . 35,36

Table 2 – Comparison of characteristics in the two surveys..... 39

Table 3 – Prevalence of Psychiatric Morbidity among cities..... 40

Table 4 – Join effects of sociodemographics factors and psychiatric morbidity . 41

TABLE 1 – Sample Socio demographic and Mental Problems characteristics... 56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução quantitativa de equipes de NASF de 2008 a 2011 10

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa..... 5

Quadro 2 – Conteúdo programático dos módulos presenciais teórico-práticos do curso de aperfeiçoamento em saúde mental na atenção primária..... 16

Box 1 – Description of training contents..... 53

Box 2 – Detection index analyzed: Identification Index 55

RESUMO

Introdução: Problemas de saúde mental são comuns na atenção primária à saúde e são geralmente relacionados à ansiedade e à depressão e associados com queixas genéricas como irritabilidade, preocupações e múltiplos sintomas físicos. Dificultam a abordagem de médicos e enfermeiros de família da Estratégia Saúde da Família que não estão completamente aptos à abordagem integral. Não há estudos nacionais que avaliaram a prevalência destas morbidades em grandes centros urbanos. Para melhor resolutividade na atenção primária, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família que objetivam através da prática matricial instrumentalizar os profissionais da atenção primária para detecção e manejo dos transtornos mentais neste nível de atenção.

Objetivo: Este estudo tem o objetivo de avaliar a taxa de transtornos mentais comuns e suas associações características sociodemográficas no Brasil em quatro centros urbanos no Brasil. Objetiva ainda avaliar o impacto de um curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Primária (sob à lógica matricial) na detecção de transtornos mentais, implementação do método clínico centrado na pessoa e indicação de terapêuticas específicas pelos profissionais da atenção primária.

Metodologia: É um estudo multicêntrico, não randomizado e sem controle, com cortes transversais antes e após a intervenção (curso de aperfeiçoamento), com um total de 1852 usuários da atenção primária do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre. Utilizou-se o Questionário Geral de Saúde -12 (GHQ-12) com ponto de corte 3 e Escalas de depressão e ansiedade (HAD) com ponto de corte 8 em 40. A análise dos fatores associados aos transtornos mentais comuns foi feita através de regressão logística dentro do programa SPSS. A atuação dos profissionais da atenção primária foi aferida por meio de questionários preenchidos após atendimentos clínicos dos médicos e enfermeiros de família.

Resultados: A taxa de transtornos mentais comuns no Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%, com diferenças significativas entre Porto Alegre e Fortaleza comparando-se ao Rio

de Janeiro. Problemas de saúde mental foram especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e naqueles com baixa renda. O curso de aperfeiçoamento não alterou a detecção dos transtornos mentais de uma forma geral entre os profissionais, apesar de aumentar a utilização do método clínico centrado na pessoa (de 69% para 75%, p= 0.01). No entanto, entre enfermeiros de família houve significante aumento da detecção de transtornos mentais (de 16% para 34%, p=0.00) ao passo que entre médicos houve diminuição na detecção após a intervenção (de 37% para 25%, *p*=0.00). Também não se observou alteração na referência para níveis secundários de atenção e utilização do matriciamento e intervenções psicossociais após a intervenção.

Conclusão: Observou-se elevados índices de transtornos mentais comuns entre os usuários da atenção primária das cidades estudadas. Dadas as iniciativas do governo brasileiro para a reorganização da política pública de saúde mental e da atenção primária, é importante considerar os transtornos mentais comuns como uma prioridade, inclusive atenção aos fatores associados ao adoecimento, como oferta de melhor educação e geração de renda. Para enfrentamento deste problema, a capacitação dos profissionais de atenção primária é um recurso estabelecido. No entanto, o modelo de treinamento avaliado nesta tese não mostrou melhoras consistentes na detecção e manejo dos transtornos mentais na atenção primária no contexto que foi estudado. Além do investimento em atividades de capacitação, são necessários investimentos para melhores recursos físicos e estruturais e condições mais estáveis de trabalho, fazendo com o que os esforços para prática da integralidade e melhora na qualidade de vida dos usuários SUS sejam um desafio multissetorial.

ABSTRACT

Mental health illness is common in primary care and they are usually related to anxiety, depression and associated with general complaints such as irritability and unexplained symptoms. They are also a challenge to primary care professional who are not used to deal with these problems. To face this reality, the Brazilian Government has been promoting a progressive change in primary care and mental health policy through implementing Family Health Strategy and launching specific teams to support primary care professionals. This has led to introduction of a shared care model (*matrix support*) between primary care and mental health teams to promote continuing education in mental health for primary care staff and better integration between these public health services.

Objective: This study aims to evaluate the rates of common mental disorders and their associations with socio-demographic characteristics in four urban centres in Brazil. Additionally, it aims to assess the impact of a training model in Mental Health in Primary Care (about matrix support) in detection of common mental disorders, patient centred method implementation and specific therapeutic indication for primary care professionals.

Methodology: This is a multicentre, nonrandomized study, without controls with pre and post design. It analysed 1852 primary care patients in Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza and Porto Alegre. The General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) with a cut-off of 3 and depression and anxiety scales (HAD) with cut-off 8 in 40 were used. Logistic regression run the SPSS was used to analyse associated factors with common mental disorders. The role of primary care professionals was measured by a questionnaire completed after clinical care of family doctors and nurses.

Results: The rate of common mental disorders in Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza and Porto Alegre were respectively, 51.9%, 53.3%, 64.3% and 57.7%. It was found significant differences between rates in Porto Alegre and Fortaleza comparing to Rio de Janeiro. Mental health illness was especially high in women, unemployed persons, people with low education and those with low incomes. The training model did not improve mental disorders' detection among professional

though it increased the patient centred method adoption for primary care professional (from 69% to 75%, p = 0.01). However, nurses increased significantly their ability in detecting common mental disorders (16% to 34%, p = 0.00) whereas doctors' detention decreased after the intervention (37% to 25%, p = 0.00). There were no changes in reference to secondary levels, matrix support and psychosocial interventions by primary care professionals.

Conclusion: High rates of common mental disorders among users of primary care were found. Given the Brazilian government's efforts to reorganize public policy on mental health and primary care, it is important to consider common mental disorders as a priority. Special attention to factors associated with mental disorder must be implemented, such as provision of better education and income generation. Training models to improve primary care professional's ability in mental health are a well-established resource. However, the training model evaluated in this study showed no consistent improvement in the detection and management of mental disorders in primary care. More than implementing training activities in primary care, it is necessary investments to reach better work conditions including professional stability. Efforts to promote an integrative care in the Brazilian health System (SUS) and to reach better quality of life among their users are an on-going challenge.

APRESENTAÇÃO DA TESE

Na introdução desta tese, apresentam-se os eixos norteadores de estudo que desencadearam a produção dos dois artigos e suas investigações. Cada artigo se estrutura a partir de avaliações e referências distintas, já que versam sobre questionamentos diferentes, porém ambos convergem com contribuições para uma melhor compreensão sobre a abordagem dos problemas de saúde mental na atenção primária à saúde.

Apesar de os cuidados neste nível de atenção se pautarem sob a lógica da integralidade, que pressupõe a abordagem integrada de problemas físicos e mentais, faz-se inicialmente um recorte epidemiológico para análise da prevalência dos transtornos mentais entre usuários da atenção primária de quatro grandes centros urbanos no Brasil. Assim, como primeiro eixo, estudamos brevemente a importância desta integração. O primeiro artigo debruça-se sobre esta investigação.

Para enfrentamento destes problemas, faz-se necessário melhor detecção dos problemas mentais pelos médicos e enfermeiros da atenção primária. Uma prática pautada pela utilização do método clínico centrado na pessoa, que lança mão de intervenções psicossociais e integração de profissionais especialistas na atenção básica por meio do matriciamento, é também alvo de estudo nesta tese. Assim, apresentam-se, ainda, aprofundamento sobre as evidências e conhecimentos relacionados à detecção, o método clínico centrado na pessoa e o matriciamento como demais eixos norteadores. São então melhor investigados através da pesquisa que analisou o impacto de um curso de aperfeiçoamento em saúde mental na atenção primária, apresentado no segundo artigo.

Além da exploração dos eixos norteadores, é apresentado mais amiúde a estrutura do curso de aperfeiçoamento e a construção metodológica do projeto de pesquisa geral que permitiu o levantamento de dados para elaboração dos estudos apresentados nos dois artigos, aqui descrito como resultados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 RELEVÂNCIA DO TEMA: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primaria à saúde e a saúde mental são duas áreas na assistência em saúde no país que têm sofrido importantes reformulações em suas práticas na última década. Essas transformações, respectivamente a Estratégia Saúde da Família e a Reforma Psiquiátrica, apresentam características em comum, em especial a abordagem com base territorial e comunitária além do cuidado integral e trabalho interdisciplinar. Igualmente defendem a produção de saúde e a retomada da cidadania, tentando resolver os problemas de saúde em seus amplos condicionantes sociais e econômicos. Entendem, por fim, o homem na sua integralidade, isto é, na rede completa de relações subjetivas, familiares e sociais, buscando nas famílias espaço de destaque na construção de projetos terapêuticos e no desenvolvimento de autonomia e protagonismo nos tratamentos.

O documento do MINISTÉRIO DA SAÚDE, Circular Conjunta 01/03, de 13/11/03, da Coordenação Geral de Saúde Mental e da Coordenação de Gestão da Atenção Básica, intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica” afirma que:

> Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (cinco milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais graves e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas.
>
> Além disso, existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de mudança no estilo de vida. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica[1].

A atenção básica, tratada como atenção primária à saúde neste trabalho, concentra uma série de atributos que coloca este nível de atenção como espaço privilegiado para o cuidado em saúde mental. Para além do acesso aos sistemas de saúde, o cuidado integral, longitudinal e sob orientação familiar característicos da atenção primária são elementos chaves para assistência aos transtornos mentais. Entre a população geral de grandes centros urbanos há considerável prevalência de

transtornos mentais, sobretudo quadros depressivos e ansiosos[2]. Especificamente na população que utiliza a atenção primária, a prevalência de transtornos mentais comuns situa-se entre 27 e 35%[3-5], chegando a 56% dentre os usuários das unidades básicas em Petrópolis[6]. Além disso, os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm encontrado em seus territórios pacientes com transtornos mentais graves e persistentes sem acompanhamento especializado ou que abandonaram tratamento por não conseguirem mantê-lo de forma autônoma[7].

Apesar da relevância da efetiva integração entre saúde mental e atenção primária, há barreiras para esta articulação. A qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família é muitas vezes insuficiente para habilitá-los a um cuidado integral que envolva abordagem de aspectos psicossociais[8,9]. Observa-se, por exemplo, uma falha na detecção dos transtornos mentais na população que utiliza as unidades básicas de saúde.

1.2 A DETECÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Muitos estudos evidenciaram que entre 30 a 60% das morbidades psiquiátricas mantém-se não reconhecidas pelos profissionais na atenção primária sendo que no Brasil a taxa de detecção por clínicos gerais de unidades básicas de saúde variou de 21 a 78%[10-12]. São vários os fatores que interferem na detecção dos transtornos mentais. Podem estar relacionados com a apresentação sintomatológica durante a consulta, qualidade do atendimento prestado e finalmente por aspectos estruturais do sistema de saúde, como oferta de cuidado longitudinal, trabalho em equipe, consultas integrais e tempo de atendimento[13].

A capacitação dos profissionais da atenção primária é uma das alternativas para aumento da detecção dos transtornos mentais. Estudos internacionais apontam que programas educativos, com metodologia teórico-prática para médicos e enfermeiras aumentam a abordagem integral, porém ainda não se mostram suficientes para melhoria dos parâmetros clínicos dos pacientes com transtornos mentais, principalmente nos quadros crônicos e mais graves[14-16]. Em um estudo feito em Campinas[17], atividades educativas exclusivamente teóricas para depressão não aumentaram a capacidade de detecção destas morbidades nem melhora de

parâmetros de tratamento e resposta clínica, entre clínicos gerais de unidades básicas tradicionais. No entanto, já há evidências de custo-efetividade do tratamento dos transtornos psiquiátricos, em especial os transtornos mentais comuns, na atenção primária em países em desenvolvimento[18-21]. Assim, são ainda necessárias investigações acerca de meios para efetivação para melhor detecção dos transtornos mentais bem como implementação de tecnologias de cuidado integral em saúde, como o método clínico centrado na pessoa e os cuidados compartilhados entre profissionais de saúde/matriciamento.

1.3 O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

O Método Clínico Centrado na Pessoa foi descrito originalmente por Stevens em 1974[22] e aperfeiçoado na década de 80 por Stewart e colaboradores[23]. O termo medicina centrada no paciente foi originalmente descrito por Balint[24] que também influenciou o método no estudo da autoconsciência do médico. Balint destacava a oposição ao termo medicina centrada na doença, lançando mão ainda dos estudos de Rogers[25] sobre aconselhamento centrado no cliente. Trata-se assim, tanto de um embasamento teórico conceitual quanto uma método clínico, que permite implementação na prática diária dos profissionais de saúde e no ensino. Está inclusive muito bem sedimentado em termos de pesquisa clínica e evidências científicas que foram realizados na última década, em vários países, para consolidação da metodologia na atenção primária. Estudos internacionais reforçam não apenas o desejo e a satisfação da pessoa em receber esse tipo de atendimento, mas também o seu impacto positivo nos desfechos e nas taxas de uso da assistência médica, inclusive em cuidados voltados a pessoas com adoecimento psíquico[26,27].

É importante salientar que apesar de ter sido desenvolvido no contexto da medicina de família, sua metodologia e impacto são igualmente relevantes para outras profissões no campo da saúde, tal como a enfermagem[28]. Este fato é relevante, considerando-se a aplicação na saúde da família, ambiente de práticas multiprofissionais e amplamente favorecido pelo trabalho em equipe. É uma metodologia que permite o exercício de práticas integrais seja pelo fato de permitir

uma atenção interdisciplinar quanto por propiciar uma abordagem do subjetivo e objetivo, em um encontro de corpo e mente. Neste sentido, ainda que originalmente tenha sido descrito com o uso do vocábulo "paciente" ao invés de pessoa, as traduções mais recentes e este trabalho usaram o termo "pessoa" justamente para evitar-se a conotação de passividade a que o termo "paciente" remete. Valoriza-se, portanto, os aspectos volitivos e da autonomia da pessoa, cujo protagonismo sobre sua própria saúde é ressaltada nesta metodologia.

Este método é dividido em seis componentes interativos que podem ser desenvolvidos no decorrer de vários encontros entre o profissional da saúde e a pessoa. Não são necessariamente simultâneos, tampouco excludentes. No Quadro 1, observam-se os componentes:

Método Clínico Centrado na Pessoa: 6 componentes interativos

1– Explorando a doença e a experiência da doença
- História Clínica, exame físico, exames laboratoriais
- Dimensões da doença (sentimentos, ideias, efeitos nas funções e expectativas)

2 – Entendendo a pessoa como um todo
- A pessoa (história de vida, questões pessoais e de desenvolvimento)
- O contexto próximo (família, trabalho, rede de apoio social)
- O contexto remoto (cultura, comunidade, ecossistema)

3 – Incorporando um plano conjunto de manejo dos problemas
- Problemas e prioridades
- Objetivos do tratamento e/ou manejo da doença
- Papéis da pessoa atendida e do profissional de saúde

4 – Incorporando a prevenção e promoção de saúde
- Melhora da saúde
- Prevenção de riscos
- Redução de riscos [e danos]*
- Identificação precoce
- Redução das complicações

5 – Intensificando o relacionamento entre pessoa e o profissional de saúde
- Compaixão
- Poder
- Cura
- Consciência de si mesmo
- Transferência e contratransferência

6 – Sendo realista
- Tempo e *timming***
- A construção de uma equipe e o trabalho em equipe

Quadro – 1 – Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa.
* Adaptação do original, ** *timming* no sentido de momento adequado
Fonte – Medicina Centrada na Pessoa –Artmed 2 Edição, pg. 25

Vale ressaltar que esta construção teórico-metodológica valoriza a abordagem integral, o que é especialmente importante para o objeto de análise deste estudo, em especial por ser tratar da inserção da saúde mental na atenção primária, bem como um meio de qualificar a prática de profissionais de saúde em serviço.

1.4 INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS: O MATRICIAMENTO

Em todo o mundo, propostas de desenvolvimento de trabalhos conjuntos entre profissionais da atenção primária e de demais equipamentos de saúde, incluindo de saúde mental, têm sido consideradas como a alternativa mais promissora para melhor abordagem dos transtornos mentais na atenção primária[29]. Abordagens em saúde mental na atenção primária, por exemplo, quando estruturadas com apoio de profissionais especializados, apresentam um impacto mais significativo nos transtornos mentais comuns[30].

McWhinney já recomendava que os médicos de família e especialistas focais devam ter seus papéis e focos de responsabilidades bem definidos considerando uma efetiva comunicação e integração entre os serviços[31]. Desde há 20 anos, autores vêm apontando os desafios para esta integração, inclusive destacando que uma coordenação inadequada entre estes profissionais está associada a piores índices de morbi-mortalidade da população[32-35]. Starfield descreveu a correlação entre a coordenação do cuidado por meio da melhor interface entre profissionais da atenção primária e especialistas e a qualidade da continuidade do cuidado[36].

Em diversos países estão sendo praticados modelos para melhor integração entre os níveis de atenção e são apresentadas como cuidados colaborativos[37,38] (Collaborative Care) ou compartilhados[39] (Shared Care). Nesses modelos, há a participação no processo de trabalho nos centros de atenção primária (unidades básicas, no Brasil) de profissionais com outras especialidades médicas e/ou outras categorias profissionais junto dos profissionais da atenção primária. O objetivo é aumentar a resolutividade na atenção primária e capacitar os profissionais para uma prática mais integrativa, e implementar a articulação das redes de saúde, além de

propiciar maior satisfação dos usuários de serviço. Há, naturalmente, conforme o sistema de saúde, diferentes inserções dos especialistas focais na atenção primária e com distintos quadros conceituais e organizacionais do processo de trabalho. No modelo inglês, por exemplo, há distinção entre atividades dos especialistas unicamente voltadas ao treinamento (training models), discussões de casos (consultation liaison) e inserção de profissionais técnicos voltados aos cuidados em saúde mental na rotina de trabalho das unidades de atendimento primários sob supervisão de psiquiatras e psicólogos (collaborative care)[37]. No modelo canadense[39] apresentado como Shared Care, há descrição do "counselours", responsáveis tanto pelo treinamento e discussão de casos quanto pelo cuidado compartilhado e individual dos usuários quando necessário. Em documento nacional[29] para sistematização dos trabalhos compartilhados na atenção primária, o governo canadense apontou para as seguintes características fundamentais do "Shared Care":

> A) Relacionadas às inter-relações profissionais (trabalho interdisciplinar):
> - prestação conjunta de serviços clínicos por profissionais de saúde de diversas disciplinas do campo da saúde;
> - responsabilidade compartilhada pelos membros da equipe para o atendimento ao paciente;
> - clara diferenciação de papéis entre os profissionais de saúde a partir dos conhecimentos próprios disciplinares, congregados formalmente na orientação compartilhada determinada pela equipe;
> - contato presencial "face-a-face" regular no compartilhamento dos cuidados;
> - compromisso regular de comunicação de alta qualidade e troca de informações entre todos os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa;
> - constante educação colaborativa interprofissional com objetivo de aumentar o conhecimento compartilhado e individual dos membros da equipe para implemento de conhecimentos e habilidades;
> - endosso e apoio compartilhado de cuidados em saúde para abordagens individuais;
> B) No cuidado ao paciente:
> - desenvolvimento de uma estratégia compartilhada e planejada para atendimento de pacientes baseado em objetivos claros;
> - inclusão do paciente e da família no planejamento da assistência e na tomada de decisão;
> - foco centrado no paciente para estímulo em aspectos de autocuidado;
> - regimes de trabalho flexíveis para garantir a manutenção dos cuidados em saúde em todos os momentos quando necessários, inclusive quando os profissionais de referência estiverem ausentes;
> - métodos de registros adequados para assegurar a confidencialidade dos dados do paciente e do histórico médico[29].

Com um grande período de tempo para desenvolvimento e pesquisa destes

modelos de cuidado (colaborativos e/ou compartilhados), já há um sólido corpo de evidências da efetividade desta interação entre profissionais da atenção primária e de outras especialidades em âmbito internacional. Foi demonstrada a diminuição de internação psiquiátrica no Canada[40], e meta análises[34,41] concluíram que à melhor comunicação entre médicos gerais e psiquiatras está associada a melhora em desfechos dos pacientes como adesão ao tratamento. No entanto, outra revisão sistemática[42] não encontrou melhora no perfil de prescrição de antidepressivos como nos modelos de cuidados colaborativos, observando porém melhor adesão ao tratamento de pacientes e conhecimento em saúde mental pelos profissionais da atenção primária. Estas e outras revisões[43,44] apontam para enorme variedade de modelos e definições que permeiam as atividades conjuntas entre especialistas de diversas áreas, não só a saúde mental, como os profissionais da atenção primária. Tal variabilidade prejudica a validade interna e externa dos estudos, uma vez que há diferentes graus de responsabilidade e interação entre estes profissionais. Desta forma, busca-se atualmente investigar quais os "ingredientes" fundamentais para a efetividade do modelo compartilhamento do cuidado[44]. Dentre estes ingredientes se destacam as atividades de corresponsabilidade, para além das discussões de casos e referências por meios digitais ou gráficos.

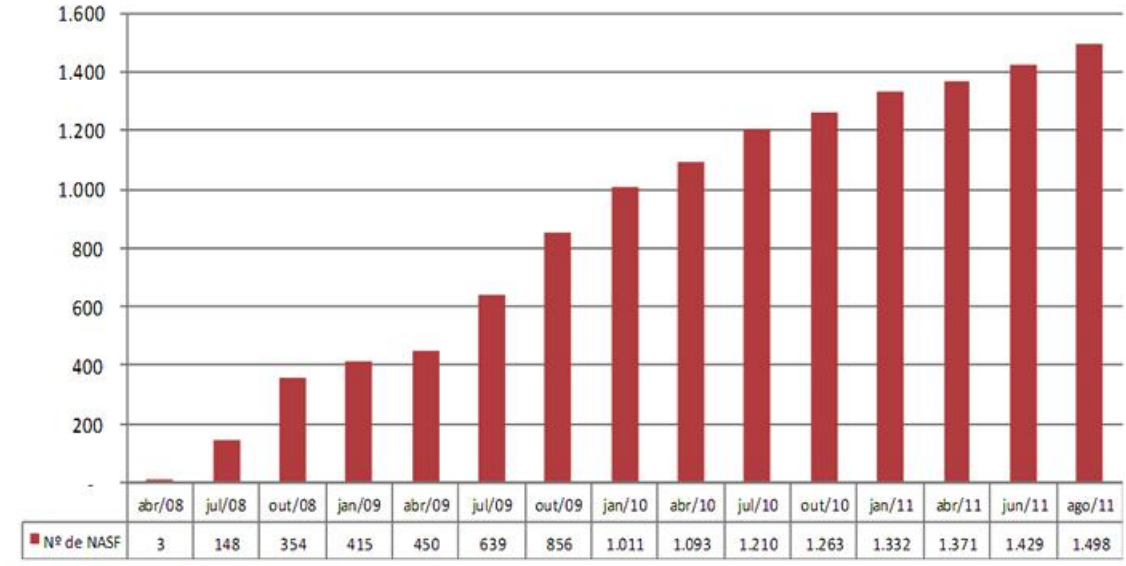
Oficialmente, no Brasil, em 2001, a coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde ressaltou na circular conjunta 01/03 SAS-MS[1] a importância da integração da atenção primária com saúde mental. No entanto, somente em 2008, pela portaria 154, Art.2º Par.1, institui-se a política matricial que visa a integração de serviços e a prática interdisciplinar na atenção primária por meio da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que descreve: "Os NASF não se constituem em portas de entrada do sistema, devendo atuar integrados no sistema de saúde, a partir das demandas identificadas em conjunto com as ESF."[45]

O processo de trabalho deste novo dispositivo tecnológico dá-se por meio do matriciamento, originalmente descrito por Gastão Wagner[46]. Igualmente aos modelos internacionais descritos anteriormente, os trabalhos interdisciplinares devem ser orientados por ações de compartilhamento para superação das práticas de referência e contrarreferência, fortemente instituídos na rede básica brasileira. As ações em saúde, incluindo a saúde mental na atenção primária, devem obedecer ao modelo de redes de cuidado[47], de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e

acolhimento. Neste sentido, o apoio matricial visa empreender ações que rompam com a desarticulação e a fragmentação na busca da melhoria do cuidado às pessoas e qualidade de vida da população, promovendo a aproximação dos diferentes dispositivos de saúde. Os trabalhos devem acontecer preferencialmente de forma conjunta/compartilhada de tal forma a desenvolverem tecnologias para cuidado integral, tais como distintas formas de acolhimento, intervenções comunitárias e de grupos e abordagens de apoio.

As atividades matriciais pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde[48]. São, portanto, arranjos organizacionais para imprimir um método para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões[49]. É necessária uma corresponsabilidade entre a equipe de referência, neste caso, equipes da atenção primária e os profissionais das equipes matriciais. Para tal, é fundamental que o trabalho seja organizado através de técnicas inovadoras, a partir de uma abordagem integral, em um trabalho de caráter interdisciplinar tais como consultas e visitas domiciliares conjuntas, reuniões interdisciplinares para construção de projetos terapêuticos, que permitam a avaliação das pessoas e de suas famílias considerando-se a singularidade da situação. Assim, constroem espaços de educação permanente que atingem todos profissionais envolvidos.

Desde a regulamentação das equipes de apoio à Saúde da Família em 2008, houve um exponencial aumento em todo território nacional destas equipes, como observado no gráfico 1 e figura 1.



	abr/08	jul/08	out/08	jan/09	abr/09	jul/09	out/09	jan/10	abr/10	jul/10	out/10	jan/11	abr/11	jun/11	ago/11
Nº de NASF	3	148	354	415	450	639	856	1.011	1.093	1.210	1.263	1.332	1.371	1.429	1.498

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Grafico 1 – Evolução quantitativa de equipes de NASF de 2008 a 2011.
Acessado em 21/09/2012 - http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico

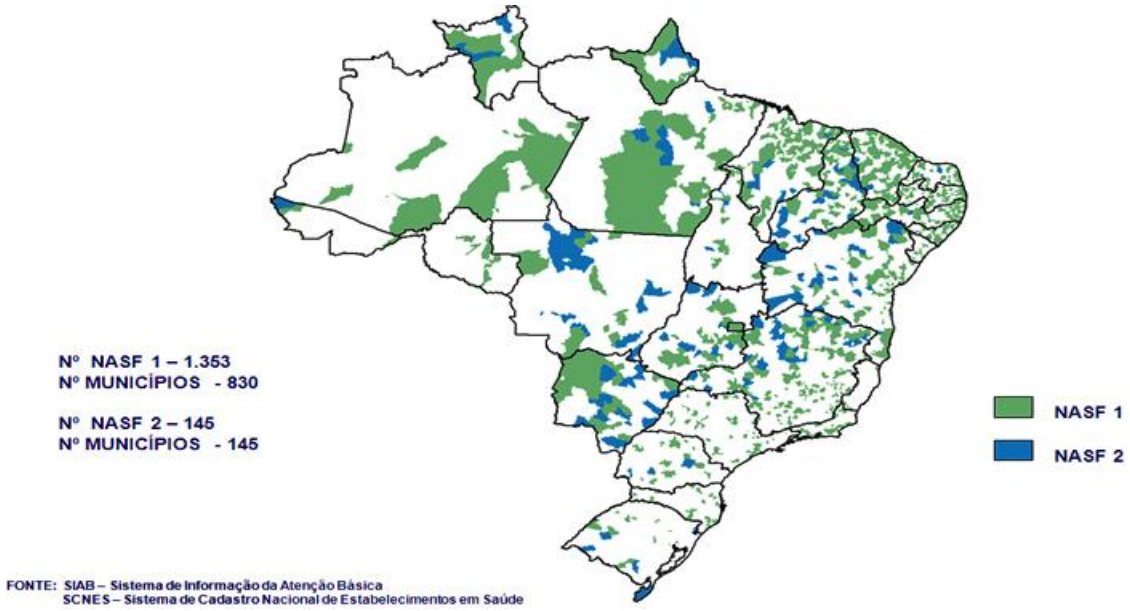


Figura 1 – Número de equipes e distribuição no território nacional de equipes do NASF.
Acessado em 21/09/2012 - http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico

É preconizado que cada equipe de NASF inclua pelo menos um profissional de saúde mental. As equipes matriciais devem atuar também como facilitadoras da articulação com demais equipamentos das redes de saúde, tais como os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Porém, este trabalho conjunto ainda não está bem estabelecido e as

tecnologias envolvidas na rotina de trabalho da prática matricial são específicas e necessitam ser mais bem desenvolvidas. Dado o grande número de equipes matriciais que foram criadas desde 2008, e mediante uma formação inadequada dos profissionais da saúde mental neste nível de atenção[50], as dificuldades referidas dos profissionais das equipes de referência e matriciais têm sido frequentes. Há, portanto, muitos desafios para integração do trabalho destes profissionais[51].

Essa carência levou à criação de um curso de aperfeiçoamento que propicie o desenvolvimento de competências no campo da saúde mental na atenção primária, através do matriciamento, onde se incluem novas técnicas de trabalho em equipe que favoreçam o sucesso do trabalho interdisciplinar.

2 A INTERVENÇÃO – CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A LÓGICA MATRICIAL

2.1 PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO

Visando fortalecer a prática da integralidade e interdisciplinar por meio de relações colaborativas do trabalho matricial, foi desenvolvido um modelo de capacitação de profissionais no campo da saúde mental e da atenção primária. Em formato de curso de aperfeiçoamento para as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental do NASF ou outras equipes matriciais, elaborou-se uma formação teórica integrada com a prática assistencial, utilizando técnicas de ensino presencial e à distância.

Levou-se em consideração a educação como um processo capaz de estimular nos sujeitos o desenvolvimento de competências que possam construir autonomia, a partir da reflexão crítica sobre a sua prática profissional. De acordo com Freire[52] quando afirma que ensinar exige reconhecer que a educação é ideológica, construiu-se um currículo crítico diante do panorama contemporâneo para integrar o desenvolvimento de atributos cognitivos e psicomotores à interpretação do contexto histórico-social e ao desenvolvimento de competência emocional, integrado ao sistema de saúde para desenvolver também atitudes frente aos complexos problemas da realidade.

O programa de formação teve como diretriz político-pedagógica a concepção de um currículo fundamentado no princípio de que o individuo é agente ativo de seu próprio conhecimento. Isto é, ele constrói significados e define sentidos de acordo com a representação que tem da realidade, a partir de suas experiências e vivências em diferentes contextos. Neste caso, voltados especificamente à atuação crítica na transformação do aprimoramento das práticas integrais em saúde sob a ótica da inserção dos cuidados em saúde mental na atenção primária. Pretendeu-se que as experiências vivenciadas no curso propiciassem condições de compreensão crítica da realidade na qual se inscreve a prática na área de Saúde da Família com efetiva inserção das equipes matriciais na rotina de trabalho.

2.2 OBJETIVOS DO CURSO

O curso buscou desenvolver competências profissionais (conhecimentos, habilidades e atitudes) e capacitar profissionais da atenção primária e profissionais matriciadores para a assistência em saúde mental na atenção primária.

São os principais objetivos:

- Capacitar esses profissionais para a prática matricial na Estratégia Saúde da Família;
- Participação ativa da Estratégia Saúde da Família na reforma psiquiátrica, desempenhando seus papéis específicos como a detecção e busca ativa de casos; o apoio à família e à comunidade em prol da integração do paciente com transtornos mentais graves e o acompanhamento e facilitação da adesão do paciente ao tratamento;
- Capacitar esses profissionais para compreender, organizar e desenvolver ações integradas de cuidado à saúde, na perspectiva da atenção integral à saúde individual e coletiva;
- Capacitar os profissionais de Saúde Mental a atuarem na atenção primária da saúde na assistência em saúde mental, participando como membros das equipes matriciais de suporte;
- Capacitar o profissional em saúde da família a identificar, abordar e tratar os principais problemas relacionados aos transtornos mentais comuns na atenção primária;
- Desenvolvimento de propostas pelas equipes da ESF em intervenções de promoção e prevenção centradas na utilização de um modelo de abordagem que englobe os aspectos biopsicossociais do processo de saúde e doença.

2.3 METODOLOGIA E CONTEÚDOS

O curso de aperfeiçoamento em saúde mental para a atenção primária possui 96 horas de duração distribuídos em três meses (Figura 2) e é composto de dois módulos teóricos de ensino presencial com carga horária de 24 horas cada módulo em um total de 48 horas em sala de aula. Além dos módulos presenciais, o currículo do curso desenvolve uma proposta de trabalho interdisciplinar integrado com realização das atividades práticas no território. Para proporcionar aos alunos a

vivência do processo de matriciamento em saúde mental, foram desenvolvidas atividades para prática interdisciplinar. Organizaram-se quatro encontros nas unidades básicas com 4 horas de duração para discussão de pelos menos oito casos, entregues como atividade obrigatória do curso. Tais atividades integradas foram desenvolvidas dentro da rotina assistencial desses alunos e os casos de saúde mental foram atendidos sob a forma de interconsulta e consulta conjunta (inclusive domiciliar). Complementarmente, as equipes de referência e matriciais participaram de atividade de supervisão de alguns casos selecionados. Neste momento, projetos terapêuticos singulares foram discutidos com a totalidade do grupo. Totalizaram-se 8 encontros de 4 horas com carga horária total de 32 horas de atividade de dispersão supervisionada. Por fim, 16 horas foram reservadas para ensino à distância, para estudos de casos clínicos com aprofundamento nos critérios do CID 10 para atenção primária.

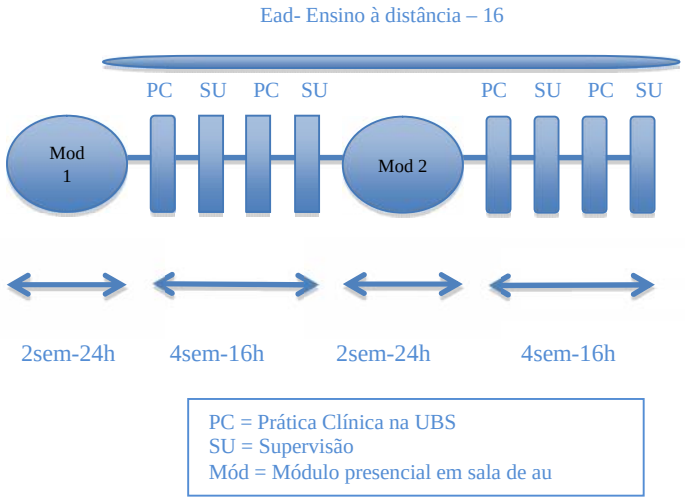


Figura 2 – Estrutura modular do curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Primária.

Durante os módulos presenciais, lançou-se mão de metodologias diversas de acordo com o projeto político-pedagógico. Dramatizações, reflexões em textos, dispersão em pequenos grupos, uso de vídeos, explanação dialogadas compuseram as metodologias usadas. O conteúdo programático não priorizou a psicopatologia, mas sim abranger uma gama de conceitos em comunicação em saúde, fenômenos psicodinâmicos, trabalho em equipe e intervenções psicossociais, em uma ampla discussão de temas.

O quadro 2 aponta os conteúdos do curso:

Módulos Presenciais – Conteúdos Programáticos	
Dramatizações e Metodologias Ativas	*Explanações Dialogadas*
Habilidade de Comunicação em Saúde O exame do estado mental Problematização e família em risco Prática de Consultas Conjuntas Abordagem do Álcool e outras drogas Prática de grupos e atividades coletivas Abordagem dos Transtornos Mentais comuns Abordagem dos Transtornos Mentais graves	Saúde Mental e Estigma Método Clínico Centrado na Pessoa Atributos da Atenção Primária Reforma Psiquiátrica e trabalho em rede Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Saúde Mental na Infância Abordagem Familiar Promoção e Prevenção em Saúde Mental Trabalho em Equipe
Módulo Prático de Dispersão	
4 Encontros de Prática Clínica na UBS	4 Encontros de Supervisão
Ensino à Distância – EAD/Moodle	
CID – 10 AP – Critério diagnóstico	7 Casos clínicos

Quadro 2 – Conteúdo programático dos módulos presenciais teórico-práticos do curso de aperfeiçoamento em saúde mental na atenção primária.

As turmas foram compostas de no máximo 40 alunos/profissionais de saúde. Em torno de 50% do grupo, deveriam ser médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (da mesma equipe) e, a outra metade, profissionais matriciadores e da rede de Saúde Mental. Dentre estes participaram: psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, assistentes sociais, "oficineiros", farmacêuticos e outros.

As atividades de dispersão para discussão de casos foram guiadas por uma "ficha de matriciamento" (ANEXO 1). As supervisões foram realizadas pela equipe docente do curso e profissionais com prática matricial estabelecida, seguindo um roteiro previamente estabelecido, para construção de projetos terapêuticos singulares.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil de morbidade psiquiátrica entre os usuários de unidades básicas de saúde e o impacto nas atividades assistenciais e integração em serviço de equipes de referência e matriciais após capacitação em saúde mental na atenção primária com foco nas atividades de matriciamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a taxa dos transtornos mentais comuns nos usuários da Saúde da Família e suas associações com características sociodemográficas.

Avaliar o impacto das capacitações na detecção de pacientes com transtornos mentais comuns por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Avaliar o impacto das capacitações na modificação das práticas assistenciais como a implementação do método clínico centrado na pessoa e indicação de intervenções psicossociais e matriciais pelos profissionais da atenção primária.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO METODOLÓGICO

Este projeto envolveu uma pesquisa multicêntrica com dois eixos de avaliação de caráter quantitativos, a saber:

- avaliação epidemiológica;
- avaliação de impacto na prática assistencial das equipes (avaliação de impacto no sistema).

Para os objetivos específicos desta tese, foi abordado somente o nível da transformação das práticas assistenciais, em especial na detecção dos transtornos mentais e implementação do método clínico centrado na pessoa e indicação de atividades matriciais e intervenções psicossociais.

Trata-se, portanto, de um estudo de impacto clínico-assistencial inserido em uma coorte com cortes transversais e testagem pré e pós-intervenção/treinamento.

A segunda etapa transversal aconteceu seis meses após o término da capacitação/intervenção, definido como a última supervisão realizada. Foi um estudo não randomizado, sem controle. A intervenção/treinamento ocorreu em São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Porto Alegre.

Foram avaliados pacientes atendidos pelas equipes durante um período de duas semanas no mês anterior à realização da intervenção/treinamento. Os seguintes instrumentos de aferição foram utilizados em pacientes que estavam em sala de espera de unidades básicas de saúde e que cumpriram os critérios de inclusão:

- General Health Questionnaire – GHQ12
- Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD40
- Questionário de qualidade de vida – WHOQOL

Os instrumentos foram lidos para os pacientes, segundo metodologia comumente utilizada em pesquisas em população brasileira de baixa escolaridade[53].

Ao mesmo tempo, os profissionais médicos e enfermeiros preencheram um questionário sobre a avaliação desses pacientes para caracterizar a detecção de transtornos mentais, utilização do método clínico centrado na pessoa e as indicações terapêuticas realizadas por esses profissionais. Estes aspectos foram considerados, pois indicam a transformação da prática assistencial em direção a uma prática mais ampliada, que aborde a totalidade de problemas dos pacientes, incluindo suas inúmeras dificuldades psicossociais.

4.2 VARIÁVEIS DE DESFECHO

Foram analisadas as seguintes variáveis de desfecho para aferição da efetividade da intervenção, aferidas no momento pré e pós-treinamento/intervenção:
- Estudo epidemiológico: positividade nos questionários GHQ, considerado como 3 questões positivas num total de 12. Positividade nos questionários HAD para ansiedade e depressão, considerado como 8 positivos em 40 questões)
- Estudo do impacto na prática clínica dos profissionais**:** registro de sofrimento psíquico ou doença mental; registro de apontamentos indicativos de uma abordagem centrada na pessoa dentre os 6 passos do método; utilização de intervenções psicossociais (grupos, consultas específicas para abordagem integral); consideração de discussão do caso com equipes de matriciamento.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos pacientes com menos de 18 e mais de 65 anos e gestantes, devido à especificidade dos transtornos mentais presentes nesses subgrupos; e aqueles que não apresentaram condições cognitivas de responder às perguntas.

4.4 INFRAESTRUTURA DOS CENTROS DE PESQUISA

Em São Paulo, ocorreu em unidades básicas de saúde na zona sudeste de São Paulo, na região de Sapopemba. Foram utilizadas as UBS sob contrato de gestão da Organização Social SPDM, num total de 4 unidades básicas. Em Porto Alegre, participaram 3 unidades básicas da zona norte da cidade. No Rio de Janeiro, participaram 9 unidades básicas da área programática 5.2 e em Fortaleza 3 UBS da zona norte da cidade.

4.5 INSTRUMENTOS

a) Questionário Geral: organizado a partir do questionário geral aplicado e validado nos estudos de corte transversal anteriormente realizados em unidades de Saúde da Família do município de Petropolis/RJ[6] incluindo perguntas sobre os seguintes dados:

- dados sociodemográficos e econômicos (renda, escolaridade, religião, raça, emprego, entre outros);
- consumo de serviços médicos (ida a serviços de saúde e consumo de medicações);
- eventos de vida produtores de estresse, incluindo exposição à violência, indicadores de funcionamento social (participação em atividades laborativas, religiosas, esportivas, artísticas e sociais, entre outras).

O questionário geral é apresentado no ANEXO 2.

b) GHQ12 (General Health Questionnaire): o GHQ é um instrumento de rastreamento de transtornos mentais comuns, construído por Goldberg & Blackwell[54] e amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais, populacionais e em unidades de atenção primária[55,56]. Foi validado em sua versão brasileira[56] utilizando o Clinical Interview Schedule como padrão-ouro. Foram considerados como “casos” aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ12. Embora seja um instrumento de alta sensibilidade, situando-se entre 85% e 92%, com índices para especificidade de 77% a 83%, segundo Goldberg & Williams[54], como convém a um instrumento de rastreamento. É considerado como período de referência do GHQ os quinze dias anteriores ao preenchimento do questionário.

O GHQ é apresentado no ANEXO 3.

c) “Hospital Anxiety and Depression Scale”[57] (HAD): o HAD foi traduzido e validado para aferição das síndromes ansiosas e depressivas em pacientes com transtornos mentais por Botega[58]. Foi considerado o ponto de corte 8/9 em ansiedade e depressão para inclusão na pesquisa como caso positivo.

O HAD é apresentado no ANEXO 4.

d) WHOQOOL-bref: para aferição da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento construído pelo World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), da OMS (Organização Mundial de Saúde), para esse fim, validado em português[59].

O WHOQOOL é apresentado no Anexo 5.

e) Questionário para o médico e enfermeiro: ao final de cada consulta o profissional que realizou o atendimento (médico ou enfermeira) preencheu um questionário onde indicava se o paciente era ou não portador de sofrimento/transtorno mental. Essa resposta foi utilizada como indicador de detecção ou não pelo profissional da presença de sofrimento emocional ou transtorno mental. Além disso, o profissional deveria apontar se realizou naquele atendimento uma das etapas do método clínico centrado na pessoa e quais encaminhamentos foram dados na situação, incluindo intervenções psicossociais e/ou participação da equipe matricial para apoio terapêutico.

O questionário do profissional assistente é apresentado no ANEXO 6.

4.6 CÁLCULO DA AMOSTRA

Para o cálculo da amostra da pesquisa foi utilizado como desfecho principal como efeito da intervenção a detecção de transtornos mentais de 50% (valor de referência encontrado em estudos anteriores)[12]. Para obtenção da amostra, consideramos um poder de 80% e um nível de significância estatística de 5%. Como se trata de uma inferência de proporções simples, calculamos uma amostra de 48 pacientes por equipe para o estudo.

Para cálculo do número de equipes a serem pesquisadas foi considerado como referência o número de equipes capacitadas em cada centro. Foram treinadas equipes em São Paulo e Fortaleza, no Rio de Janeiro e em Porto Alegre. Assim sendo, considerando-se a formula [n = n0 / (1 + ((n0 - 1)/N))] e a detecção de 50% como aquela que já ocorre, foi necessário testar 16 equipes em Porto Alegre, 18 no Rio de Janeiro, e 20 em São Paulo e Fortaleza, em um total de 74 equipes. A partir

do cálculo da pesquisa de Petrópolis, verifica-se que cada equipe (médico e enfermeiro) atende pelo menos 50 pacientes por semana. Assim, programou-se uma semana em cada equipe para testagem pré e pós-treinamento.

5 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde - Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e O Diálogo Necessários - Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica - Circular Conjunta nº 01/03 de 13/11/01 - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégias/Departamento de Atenção Básica - Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica.

2. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. PLoS One. 2012;7(2):e31879.

3. Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(3):101-7.

4. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD., Cesar CLG. [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil]. Prevalencia de transtornos mentais comuns em populacoes atendidas pelo Programa Saude da Familia (QUALIS) no Municipio de Sao Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(8):1639-48.

5. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. Soc Psychiatry. 1987;22(3):129-38.

6. Fortes S, Villano LAB., Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):32-7.

7. Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/ OPAS/ UFRJ/ Universidade de Harvard, 2002.

8. Brodaty, H, Andrews, G, Kehoel, L. Psychiatric illness in general practice. I Why is it missed? Aust. Fam. Physician 1982, 8:625-31.

9. Goldberg D., Steele JJ, Johnson A, Smith C. Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. Arch Gen Psychiatry. 1982;39(7):829-33.

10. Mari JdJ, Iacoponi E, Williams P, Simoes O, Silva JB. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. Rev Saude Publica. 1987;21(6):501-7.

11. Goldberg D. Reasons for misdiagnosis, in Psychological Disorders in General Medical Settings. Edited by Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen H-U. New York, Hogrefe & Huber (World Health Organization), 1990, pp 139-145.

12. Gonçalves DA, Fortes S, Tofoli LF, Campos MR, Mari JdJ. Determinants of

common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. Int J Psychiatry Med. 2011;41(1):3-13.

13. Rosenberg E, Lussier M-T, Beaudoin C, Kirmayer LJ, Dufort GG. Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. Gen Hosp Psychiatry. 2002;24(5):322-7.

14. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet. 2000;355(9199):185-91.

15. 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.

16. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Rutter CM, et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? Med Care. 1997;35(8):831-42.

17. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AdAFd, Mello MFd, et al. [An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression].Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev Saude Publica. 2004;38(4):522-8.

18. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S, Dias-Saxena F, Andrew G, Mann A. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. Lancet. 2003;361(9351):33-9.

19. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdeli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. Jama. 2003;289(23):3117-24.

20. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. Lancet. 2003;361(9362):995-1000.

21. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, Verdeli H, Wickramaratne P, Ndogoni L, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;188:567-73.

22. Stevens J. Brief encounter. J Royal Coll General Pract. 1974;24:5-22.

23. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. Patient-centered clinical method II. definition and application. Fam Pract. 1986;3(2):75-9.

24. Balint M. The Doctor, His Patient and the Illness. Press IU, editor. New York 1957

25. Rogers C. Client-centered Therapy - its current practice implications and theory. Press R, editor. Cambridge 1951.

26. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary cae: observationa study. Bmj. 2001a;322:468-72.

27. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston W, et al. The impact of patient-centred care on outcomes. J Fam Pract. 2000;49(9):796-804.

28. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McwWlliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada Na Pessoa. Edição S, editor: Artmed; 2010.

29. Millar J, Drasic L. A Report on Shared Care. 2005 In: Fund. PHCT, editor. Canada p. 57. - Fonte: http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/6A84F609-CCAA-40DC-BD62-B2FAC7BE2356/0/SharedCareReport2005.pdf.

30. World Health Organization. Integrating mental health into primary health care a global perspective. Geneva: WHO; 2008.

31. McWhinney I.A textbook infamily medicine. Oxford University Press,1989.

32. Grace J, Armstrong D. Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referal.Fam Pract1986;4:170-175.

33. Jacobs L GH, Pringle MA. Referral leters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed.BMJ 1990;301: 470-474.

34. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Ann Intern Med. 2010;152(4):247-58.

35. McGlynn E A, Asch S M, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med. 2003;348:2635-45.

36. Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. Br J Gen Pract. 2003;53(494):723-9.

37. Bower, P. and S. Gilbody. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ (Clinical research ed), 2005. 330(7495): p. 839-42.

38. Bower, P., et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 2006. 189: p. 484-9.

39. Kates N, Craven M. Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada CPA. Shared mental health care. Update from the

Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. Can Fam Physician. 2002;48:936.

40. Vingilis, E., et al. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. The Internet Journal of Alleid Health Sciences and Practice, 2007. 5(4).
41. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD004910.

42. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry. 2006;189:484-93.

43. Katon W, Von Korff 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.

44) Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. Int J Ment Health Syst. 2012;5(31):31.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 jan 2008. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels21/U_PT-MS-GM-154_240108.pdf.

46. Wagner G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde Ciencia e Saude Coletiva 1999: 4(2)393-403.

47. Sousa FSPd, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMMad, Quinderé PHD, Gondim LGF. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2011 21:1579-99.

48. Campos GWdS, Domitti AC. [Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management]. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

49. Cunha GTT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3 Ed ed. Sao Paulo: Hucitec; 2010.

50. Conselho Federal de Psicologia; Achar, R. (coord) Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para formação. São Paulo. Casa do psicólogo, 1994.

51. Mielke FB, Olchowsky A. [Mental health in Family Health Strategy: evaluation of matrix support].Saude mental na Estrategia Saude da Familia: a avaliacao de apoio matricial. Rev Bras Enferm.63(6):900-7.

52. Freire P., Pedagogia da Autonomia - Saberes necessários à prática educativa. São Paulo, Brasil: Paz e Terra (Colecção Leitura), 1997.

53. Vilano LA. Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. Tese de Doutorado da Universidade Federal de São Paulo/ EPM 1998; São Paulo.

54. Goldberg D., Williams P. A User´s Guide to the General Health Questionnaire. 1998; Nfer-Nelson, mimeo.

55. Beck, N Epstein, G Brown, RA Steer. An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consult Clin Psychol,1988 -

56. Mari JJ. Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. Issues on the Mental Health of the Urban Poor. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1987;22:129-138.

57. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatric Scand 1983;67:361-370.

58. Botega Neury J, et al. Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação da escala de medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. Rev. Saúde Pública 29(5): 355-63, 1995.

59. Fleck Marcelo PA, Sérgio Louzada, Marta Xavier, Eduardo Chachamovich, Guilherme Vieira, Lyssandra Santos e Vanessa Pinzon. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida \"WHOQOL-bref\"* Rev. Saúde Pública v.34 n.2 São Paulo abr. 2000.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

Brazilian Multicentre Study of Common Mental Disorders in Primary Care: Rates and Related Social and Demographic Factors

Submetido aos Cadernos de Saúde Pública

Daniel Gonçalves
MD, PhD Student, Universidade Federal de São Paulo, Brazil

Mônica Campos
Statistic, Titular Professor; PhD Public Health; Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz Brazil

Dinarte Ballester
MD, PhD, Mental Health Technical Advisor, Sistema de Saúde Mãe Deus

Flávia Batista Portugal
MD, PhD Student, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz Brazil

Luis Fernando Tófoli
MD, PhD. Associate professor, Universidade Federal do Ceará

Linda Gask
PhD, Professor of Psychiatry, NIHR School for Primary Care Research, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester

Peter Bower
PhD, Reader in Health Services Research, NIHR School for Primary Care Research, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester

Jair Mari
M.D., Ph.D., Professor, Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo. Honorary Visiting Professor, Centre for Public Mental Health, Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, London

Sandra Fortes
Psychiatrist, Associate Professor Mental Health and Medical Psychology; PhD Public Health; Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Abstract:

Mental health problems are common in primary health care, especially anxiety and depression. This study aims to estimate the rate of common mental disorders and associations with socio-demographic characteristics in primary care in Brazil. It was a multicentre cross-sectional study with primary care attenders from Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza and Porto Alegre, assessed using the General Health Questionnaire 12 and the Hospital Anxiety and Depression Scale. The rate of mental disorders in Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza and Porto Alegre were found to be, respectively, 51.9%, 53,3%, 64,3% and 57,7% with significant differences between Porto Alegre and Fortaleza compared to Rio after adjusting for confounders. Rates of mental health problems were especially common for females, the unemployed, those with less education and those with lower incomes. In the context of the Brazilian government's moves towards developing primary care and reorganizing mental health policies it is very relevant to consider common mental disorders as a priority alongside other chronic health conditions.

Key Words : Primary Health Care , Common Mental Disorder, Family Health Strategy

Resumo

Problemas de saúde mental são comuns na atenção primária e são geralmente relacionados à ansiedade e à depressão. Este estudo tem o objetivo de avaliar a taxa de transtornos mentais comuns e suas associações com características sociodemográficas no Brasil. É um estudo multicêntrico, transversal, com os usuários da atenção primária do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre. Utilizou-se o Questionário Geral de Saúde -12 e Escalas de depressão e ansiedade (HAD). A taxa de transtornos mentais no Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%, com diferenças significativas entre Porto Alegre e Fortaleza comparando-se ao Rio de Janeiro. Problemas de saúde mental foram especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e naqueles com baixa renda. Dadas as iniciativas do governo brasileiro para o desenvolvimento dos cuidados

primários e para reorganização da política pública de saúde mental é importante considerar os transtornos mentais comuns como uma prioridade tal como outras morbidades crônicas.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde, transtornos mentais, Estratégia Saúde da Família

Introduction

Common mental disorders are associated with disability[1-3], poor prognosis of comorbid diseases[4,5] and impact on health care costs and economic productivity[6-8]. A significant proportion of the global health burden is attributable to mental health.[9] Severe mental health problems account for 21.5% of all disability-adjusted life years (DALYs) in Brazil[10,11]. Recent epidemiological research among adults in the São Paulo megacity showed a one-year prevalence of 19.9% for anxiety disorders, 11% for mood disorders, 4.3% for impulse-control disorders and 3.6% for substance abuse. These represented some of the highest prevalence estimates among cities around the world[12].

In order to improve health conditions, the Brazilian government has been promoting significant changes in the health system, investing and remodelling primary care and mental health services[13]. It is proposed that the substantial burden of mental disorders can be reduced by integrating mental health into primary care, particularly in places with high levels of inequality and socio-economic deprivation[14]. The Family Health Strategy (“Estratégia Saúde da Família”, or ESF) is the cornerstone of this integration, involving the introduction of 30,000 family health teams covering 95% of Brazil’s municipalities and more than 50% of the population. Each team comprises one doctor and one nurse, two nurse assistants and six community health workers (in some teams there is also a dentist).

Table 1 summarises current data from studies on prevalence of mental disorders among patients in primary care, by country. As we can see, there are few studies of prevalence estimates of mental disorders in Family Health Units in Brazil, and most of these were done in cities with no more than 650.000 people. It is also clear that there is a high prevalence of common mental disorders in primary care (from 28.9% in Estonia to 56% in Brazil) regardless of the average levels of income.

Considering the breadth of responsibilities of the Family Health Strategy – which include a major role in mental health – it is important to further investigate the epidemiology of common mental disorders in the context of the Family Health Strategy in Brazil.

Table 1 – Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Primary Care Attenders

Authors	Place	Setting	Mental Health Problem Studied	Instruments	Patient Population	Sample Size	Response Rates (RR) & Inclusion Criteria (IC)	Prevalence (%)
Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Primary Care Attenders in LAMI - COUNTRIES								
Penayo (1990)[24]	Nicaragua	Primary care Unit	Minor psychiatric morbidity	SRQ-20	Adults	781	not reported	47
Araya (1994)[25]	Santiago, Chile	1 *	Minor psychiatric morbidity	CIS-R	not reported	163	RR = 95.8%	53
Patel (1997)[26]	Harare, Africa	11 *	Common Mental Disorder	SQS	not reported	397	RR = 95.8%	50
Patel (1998)[27]	Goa, India	2 *	Common Mental Disorder	GHQ-12	16 <aged < 65 years	303	RR = 90%	46,5
Pothen (2006)[28]	Tamil Nadu, India	1 *	Common Mental Disorder	CIS-R	Over 16 years	327	RR = 87.7%	33,9
Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Primary Care Attenders in EUROPEAN COUNTRIES								
Toft (2005)[29]	Aarhus County, Denwark	28 Family Practicies	Any ICD-10-PC diagnoses	SCL	18 <aged < 65 years	1785	RR = 81.3%	49,7
			Mood disorders	SCAN			IC = 95.8%	13,5
			Anxiety disorders					16,4
Broes (2006)[30]	Bosnia and Herz.	50 *	Any DSM-IV Disorder	PHQ	Over 18 years	1285	RR=82.4%	26,4
			Anxiety disorders	GP assessment				17
			Major Depression					10
			Alcohol Abuse					5
King (2008)[31]	Multicentered	150*	Depression	CIDI	18 <aged < 76 years	7209	RR = 59%	Depression and others
	UK	27**	Anxiety	PHQ				37
	Andalucia, Spain	9*						34,4
	Netherland	7**						34,9
	Slovenia	75**						32
	Estonia	23**						28,9
	Portugal	9*						32,7
Roca et al(2009)[32]	Nationwide, Spain	1356 *	Any DSM-IV Disorder	PRIME-MD	Over 18 years	7936	not reported	53,6
			Mood disorders					35,8
			Anxiety disorders					25,6

* Primary Care Units; ** General Practice

Prevalence of Psychiatric Morbidity Among Primary Care Attenders IN BRAZIL								
Authors	**Place**	**Setting**	**Mental Health Problem Studied**	**Instruments**	**Patient Population**	**Sample Size**	**Response Rates (RR) & Inclusion Criteria (IC)**	**Prevalence (%)**
Busnello (1983) [15]	Porto Alegre	Traditional Primary Health	Psychological Symptoms Neurotic Disorders Alcoholism	SRQ-20 Psychiatric Interview	Over 18 years old	242 134	not reported	55 24 5
Mari(1987)[16]	Sao Paulo	3 Traditional Primary Health Units	Minor psychiatric morbidity Depression Anxiety	SRQ-20 CIS	More than 16 years	875 260	not reported	56, 50, 47 13 12
Iacaponi(1989)[17]	Sao Paulo	Traditional Primary Health	Minor psychiatric morbidity	SRQ-20		1461	not reported	53
Villano (1995) [18]	Rio de Janeiro	General Hospital Ambulatory	Minor psychiatric morbidity Depression Anxiety	GHQ-12 CIDI	18 <aged < 65 years	2792	RR= 86,2% IC = 60%	46 16 23
Goncalves (2008) [19]	Santa Cruz do Sul	8 Family Heath Strategy Units	Any DSM-IV Disorder Mood disorders Anxiety disorders Alcoholism	SCID-IV-TR	Over 14 years old	754	RR + IC = 85.2%	51 34,2 22,3 6,2
Fortes (2008) [20]	Petropolis	5 Family Heath Strategy Units	Common Mental Disorder	GHQ-12	18 <aged < 65 years	714	RR + IC = 93%	56
Faisal-Cury (2009) [21]	Sao Paulo		Common Mental Disorder	CIS-R	Pregnant Women	831	RR + IC = 95.7%	20,2
De Azevedo (2011) [22]	Ribeirao Petro	1 Family Heath Strategy Unit	Any DSM-IV Disorder Mood disorders Anxiety disorders Substance abuse	SCID	not reported	120	RR + IC = 71%	36 .7 20,8 17,5 5,8
Almeida e(2012) [23]	Porto Alegre Bento Gonçalves	18 Traditional Primary Health	Any DSM-III-R Disorder Depressive disorders Anxiety disorders Substance abuse	PRIME-MD	Pregnant Women	712	RR + IC = 91.3%	41,7

The aims of the current paper are:

a) To estimate the rates of common mental disorders among primary care attenders in the family health strategy in four cities: São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre and Fortaleza;
b) To study the relationship between socio demographic factors and common mental disorders.

Methods

1. Research design and population

The study was based on surveys conducted during 2009 and 2010 in four state capitals (Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza and Porto Alegre), which represent different regions of Brazil with considerable geographic and cultural differences. Porto Alegre is located in the southern region of Brazil and has a population composed mainly of descendants of European immigrants, with an economy based on agro-industrial activities and one of the best Human Development Indices (HDI) in the country. Fortaleza is the 5th most populous city in Brazil, located in the Northeast region, with high rates of illiteracy and lower HDI. Its economy is based in business, commerce and tourism and its population is composed mainly of Portuguese and Native American descendants. São Paulo and Rio de Janeiro are located in the southeast, the most industrialised, urbanised and wealthiest region of the country. São Paulo is the biggest city in South America and has a population based mainly on immigrants from Europe and Asia and migrants from the Northeast region of Brazil. Rio de Janeiro is the second largest city in the country. Its population is originally European and Afro-Brazilian with a strong presence of North-eastern migrants.

The population of interest was composed of patients from 20 urban health family primary care centres (USF, Unidade de Saúde da Família) with 27 family health teams from these four cities. All patients aged 18 to 65 attending nurses and doctors were invited to take part in the study. Pregnant women and patients with impaired cognitive functioning were not included. The study was originally designed to evaluate an intervention for training primary care and mental health workers in shared care (’apoio matricial’ – matrix support). The original study was conceived as two cross sectional surveys in a quasi-experimental pre-post design. The first cross

sectional survey was carried out from September to November 2009 and the second survey from June to August 2010. No patient who participated in the first survey was allowed to participate in the second. For this study, the entire sample was gathered and analysed together. For local logistical reasons, there was no sample from Fortaleza in the second phase.

The research protocol was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de São Paulo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro and all four municipalities allowed the research to take place in their primary care health centers – Unidade de Saúde da Família (USFs)

2. Measures

A researcher – who was based in the waiting room – obtained written consent from patients and applied the Portuguese version of the General Health Questionnaire (GHQ-12), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and a socio-demographic questionnaire. These instruments were applied as interviews due to the high illiteracy rates within this population[16-18].

The General Health Questionnaire was used to identify 'probable common mental disorders' among patients. This instrument has been validated against a semi structured psychiatric interview[33,34] and the Brazilian version at the cut-off point of 2/3 has demonstrated a sensitivity of 91% and specificity of 71% for the presence of common mental disorders in a population with no more than four years of schooling[20,35]. To evaluate 'probable depression' and 'probably anxiety', the HAD scale was used with a cut-off 8/9 as previously validated in Brazil[36] These scores are associated with emotional distress, which is related with functional impairment and higher risk of developing mental disorders[37].

Sociodemographic data included gender, age, self-reported ethnicity, marital status, education (assessed in terms of years of schooling), employment status, income and ethnicity. Continuous variables were coded into dichotomous values. We divided ethnicity, income and education variables as: white or non-white, income higher or lower than half the minimum monthly wage per person per family (US$126), and less or more than 4 years education (including the 4th year).

3. Data Analyses

The scores from GHQ-12 and HAD were dichotomised and taken as the dependent variables. Patients with at least 3 points at GHQ were considered cases of 'probable common mental disorders' and with 9 or more points in HAD for both subscales were cases of 'probable depression' and 'probably anxiety'.

We present descriptive statistics on the rates of 'probable common mental disorders', 'probable depression' and 'probable anxiety'. The chi square (χ^2) test was used to determine differences in rates between sites. We used logistic regression to examine variation between cities in rates of common mental disorders while adjusting for gender, age, education level, ethnicity, employment, and marital status. Odds ratios and 95% confidence intervals were calculated to estimate the association between socio-demographic variables and the presence of common mental disorders, depression and anxiety. Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).

Results

A total of 1.857 patients completed the screening questionnaires during the period of the surveys, 1.260 (67.8%) in the first phase and 597 (32.2%) in the second. Nine hundred nine (48.9%) were from Rio de Janeiro, 557 (30,1%) from São Paulo, 171 (9.2%) from Fortaleza and 220 (11.8%) from Porto Alegre. Only income and employment status were significantly different between the samples from the two phases (Table 2).

Table 2 – Comparison of characteristics in the two surveys

Total Sample		Pre (%)	Post (%)	Sig
Gender	Female	76.6	78.9	0.29
Age	>35 anos	68.4	66.3	0.35
Educational Level	> = 4 years	66.9	68.5	0.52
Race	Not white	72.8	66.4	0.07
Marital Status	Having a Mate	62.3	58.6	0.12
Employment status	Have a job	74	81.9	0.01
Income per person	<US$126	45.1	35.8	0.01
GHQ	Positive	55.6	51.2	0.08

Patients were mainly women over 35 years in age with more than 4 years of education. The majority were married or living with a partner and self reported their ethnicity as non-white. About one-third of patients come from a deprived background with family income lower than half the minimum salary at that time.

Table 3 – Prevalence of Psychiatric Morbidity among cities

	Rio de Janeiro		São Paulo		Fortaleza		Porto Alegre		Total Sample	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
CMD	472	51.9	297	53.3	110	64.3	127	57.7	1,006	54.2
Anxiety	322	35.4	220	39.5	73	43.0	83	37.7	698	37.6
Depression	227	25.0	141	25.3	53	31.0	47	21.4	468	25.2

The prevalence of common mental disorders, anxiety and depression are presented in table 3. There were no significant differences between cities for common mental disorders, depression and anxiety, with two exceptions. In Fortaleza the rate of common mental disorders was significantly higher than in Rio de Janeiro (p= 0.015; 95% CI 1.58–1.63) even when adjusting for gender, income, employment status, race, marital condition and education level (p=0.02, 95% CI, 0.69–0.44). Porto Alegre also presented significantly more common mental disorders than Rio de Janeiro after controlling for these sociodemographic factors. (p=0.03, 95% CI 0.52–0.91).

Table 4 shows the associations between Common Mental Disorders (CMD), depression and anxiety cases and sociodemographic factors. The bivariate analysis revealed that CMD and depression were statistically and positively associated with gender, educational level and income. There were minor changes after controlling for all sociodemographic factors. Employment status was no longer related to common mental disorders and depression and educational level no longer showed significant associations with depression after adjusting for confounders.

Table 4 – Join effects of sociodemographics factors and psychiatric morbidity

Characteristics		TOTAL											
		CMD				ANXIETY				DEPRESSION			
		N	OR	Adj OR	p	N	CR (CI95%)	Adj OR	p	N	OR (CI95%)	Adj OR	p-valor
GENDER	Female	846	2,3(1,8-2,9)	2.0 (1.6-2.6)	0,00	585	1,8(1,5-2,3)	1,7(1,3-2,2)	0,00	403	2.1 (1.6-2.8)	1.9(1.4-2.6)	0,00
	Male	160	1,00			113	1,00			65	1,00		
AGE	< = 35 years	332	1.1 (0.8-1.3)	1.0(0.8-1.3)	0,68	243	1,2 (0,9-1.4)	1,2 (0,9-1.5)	0,06	150	1,4 (0,7-2,6)	0.97 (0,9-1,6)	0,83
	> 35 years	674	1,00			455	1,00			318	1,00		
Employment	No	259	1.3 (1,1-1.7)	1.0(0.8-1.3)	0,69	178	1.2 (0.9,1-1.5)	1.2 (0.9,1-1.5)	0,10	133	1.4 (1.1-1.8)	1.1 (.08-1.5)	0,28
	Yes	747	1,00			520	1,00			335	1,00		
EDUCATION	Less 4 years	715	1,4(1.1-1.7)	1.3 (1.0-1.6)	0,01	496	1.3 (1.0-1.5)	1.3 (1.0-1.5)	0,03	338	1,3 (1.0-1.7)	1,2 (0.9-1.6)	0,09
	> 4 years	289	1,00			201	1,00			129	1,00		
INCCME	Less US$ 126	472	1,9(1,6-2,3)	1,6 (1,3-2,0)	0,00	323	1,6(1,30-1,9)	1,3(1,1-1,7)	0,02	222	1,6 (1,3-2,0)	1,3 (1,0-1,7)	0,07
	> US126	475	1,00			329	1,00			210	1,00		
Having a partner	yes	599	1,1 (0,9-1,4)	1,2(0,9-1,4)	0,13	432	0,9 (,07-1,1)	0,9 (,07-1,1)	0,37	279	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,3)	0,67
	no	407	1,00	1,00		266	1,00			189	1,00		
RACE	white	287	1,0 (0,8-1,3)	1,0(0,8-1,2)	0,90	202	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,2)	0,97	116	1,3 (1,0-1,7)	1,3 (1,0-1,7)	0,01
	Not white	719	1,00			496	1,00			352	1,00		

Discussion

Summary of the results

This paper reports the first multicentre study in Brazil examining the rate of common mental disorders in primary care attendees and its association with patient sociodemographic factors. We found high rates in all cities, with an overall rate of 54.2% for common mental disorders, 25.2% for depression and 37.6% for anxiety. Patients in Fortaleza and Porto Alegre presented significantly more common mental disorders than in Rio de Janeiro even after adjustment for confounding variables. There were no significant differences between cities when we analysed depression and anxiety disorders separately. Psychiatric morbidity among primary care patients was higher for females, those unemployed, those with less education, and those with lower income. After adjusting for the joint effects of sociodemographic factors on common mental disorders and anxiety, only employment status failed to show a significant association with disorder rates. There was no association of depression with education level after adjustment for other variables.

Results in the context of the wider literature

As showed in Table 1, the prevalence of mental health problems in Primary Health Care is high, especially CMD in all low and middle income countries (LAMI), with particularly high rates in Brazil. The present study found the highest rates of 'probable anxiety' (37.6%) which is consistent with a recent epidemiological study

that found a community prevalence of 19.9% in São Paulo – the highest compared with other 23 countries studied in the same survey[12]. There are many reasons which might explain the high rates of anxiety disorders in Brazil, such as the widespread urban violence and adverse socioeconomic conditions. It is known that one of the main source of mortality and morbidity in Brazil is violence[38]. Furthermore, pollution, high noise levels and lack of recreational areas in Brazilian cities might be related with anxiety levels.

In accordance with other studies[16, 27-29] we found association between rates of disorders, indicators of poverty and female gender. However, this profile of association changes among countries. In India[26-28] low income is most strongly associated with CMD (OR 2.1), which was not observed in Chile[25] (OR=1). In the present study this was the second most relevant variable (OR 1.6), while gender (OR 2.3) was the most important factor. In contrast, being female in Chile is strongly associated with CMD (OR = 3) while in India there is no association. Patel[39] pointed out in a review of 11 community studies in 6 LAMI countries that the most consistent factor is low levels of education. We also found low education to be an important factor (OR 1.3). After adjustment, education was not associated with depression. This could reflect an inverse correlation with social disadvantage, education level and prevalence of CMD. In Chile[40] social class and education demonstrated a reduced strength of association after adjustment in a community survey. Similar results were found in Brazil[47], where the relationship between education and CMD was significant only when the income was not extremely low. Extreme poverty reduced the strength of this association, probably because this both factors are related and used to happen together in LAMI countries

Strengths and limitations of the research

The sample size for the surveys was calculated in order to assess change in recognition of common mental disorders over time and not for a prevalence study. The number of patients who refused to participate was not assessed and, therefore, could not be included in the analysis. Consequently it was not possible to estimate the true prevalence among patients. However, this sample should be comparable to the primary practice routine of other urban areas in Brazil. It is not possible to generalise to smaller urban areas and rural populations, although 85% of the

Brazilian population is estimated to live in urban areas. The samples were from two cross sectional surveys conducted at different times but were considered homogeneous enough for pooled analysis.

The screening questionnaires measure psychiatric symptoms and do not provide a formal diagnosis. However, in practice, emotional distress is related with disability and poor social functioning[37]. Individuals with subthreshold depression and anxiety are frequently seen in primary care[41] and some researchers suggest that these conditions are important contributors to overall impairment and high service utilization[42]. It is very important to measure and identify probable cases at risk of developing formal psychiatric disorders. It is justifiable to use the concept of common mental disorders, which encompasses emotional distress with vulnerability and recovery[43], and does not exclusively focus in categorical classification such as depression and anxiety.

Implications for service delivery

With over half of all adults attending primary care being classified as probable disorders, health policies must be developed to address this public health problem. First of all, it is important not to see common mental disorders as only categorical diagnoses, but as possible risk factors for to the development of more severe disorders[45]. Despite some possible biases about high CMD taxes as over reporting or diagnosing self limited cases, family health teams must be aware of the extent of psychosocial problems in order to take a integrated care approach. Studies have demonstrated evidences of cost-effectiveness and efficacy of psychosocial interventions for common mental disorders in LAMI countries[45], but implementing these interventions and developing confidence and skills in primary care professional is challenging. Training and education programmes for primary care professions need to be introduced together with structured pathways and network support services[46].

Education strategies must involve additional competencies other than simply diagnosing and managing medication in common mental health disorders[47]. Involving other primary care professionals (such as community health workers and nurse assistants) may help teams identify cases[22]. Supporting professionals should be available in order to help primary care professionals manage common mental

disorders and more severe problems. Recent evidence demonstrated the effectiveness of primary care-specialist collaboration[48]. In Brazil, Matrix Support introduced this collaborative model, but the support of specialists must be made accessible to all primary care teams and shared care co-ordinated by appropriate management [49]. These teams must avoid a focus only on severe mental health problems and help primary care professionals manage patients with common mental disorders. Moreover, organizational issues must be addressed by managers who should implement a feasible classification system for primary care such as ICPC-2 (International Classification for Primary Care)[50], support local schedules, offer suitable premises and consider effective assessment of performance over time.

Finally, policy-makers must make efforts to reduce economic inequities and implement educational and public safety policies to overcome the vicious circle of poverty, urban violence and mental disorders, acting directly for promoting human wellbeing.

Conclusion

This study reports high levels of probable mental health problems among four state capitals and identifies associations between sociodemographic characteristics and mental health problems in primary health care. Considering the moves the Brazilian government is making towards the development of primary care and the reform of its mental health policies, it is very relevant to consider common mental disorders as a priority alongside other chronic health conditions. Establishing comprehensive care at primary care level and integrating health services are relevant steps to achieving equity in the Brazilian national health system.

Acknowledgments

To all the professionals from Family Health Strategy and people from São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza and Porto Alegre who provided their time and energy to participate in the study. To CNPq that funded the research and university and research staff who helped the research development.

JJM is a I-A researcher from the National Research Council (CNPq).

References

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(1):23-33.

2. Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS, Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2009;14(7):728-37.

3. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. Epidemiol Rev. 2008;30:1-14.

4. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med. 2009;39(1):33-43.

5. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Modgill G, Jette N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30(5):407-13.

6. Bijl D, van Marwijk HWJ, de Haan M, van Tilburg W, Beekman A-JTF. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. Eur J Gen Pract. 2004;10(1):6-12.

7. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.

8. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007;370(9590):859-77.

9. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: WHO; 2008.

10. WHO. World Health Statistics and Health Infomation Systems 2010.

11. Schramm JA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha ÃJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9:897-908.

12. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. PLoS One. 2012;7(2):e31879.

13. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. Bmj.341:c4945.

14. World Health Organization. Integrating mental health into primary health care a global perspective. Geneva: WHO; 2008.

15. Busnello ED, Lima BR, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificacao e diagnistico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1983;32:4.

16. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. Soc Psychiatry. 1987;22(3):129-38.

17. Iacoponi E. The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in São Paulo, Brazil. London: Univestity of London; 1989.

18. Üstürn TB, Sartorius N. Villano LB Mental illness in general health care an international study. Chichester: Wiley & Sons; 1995.

19. Goncalves DM, Kapczinski F. [Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil].Prevalencia de transtornos mentais em individuos de uma unidade de referencia para Programa Saude da Familia em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2008;24(9):2043-53.

20. Fortes S, Villano LB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):32-7.

21. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2009;12(5):335-43.

22. de Azevedo-Marques JM, Zuardi AW. COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care. Ann Fam Med.9(4):359-65.

23. Almeida MD, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. [Mental disorders in a sample of pregnant women receiving primary health care in Southern Brazil].Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atencao basica de saude no Sul do Brasil. Cad Saude Publica 2012 28(2):385-94.

24. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. Acta Psychiatr Scand. 1990;82(1):82-5.

25. Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G. Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary findings. Br J Psychiatry. 1994;165(4):530-3.

26. Patel V, Todd C, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda W, et al. Common mental disorders in primary care in Harare, Zimbabwe: associations and risk factors. Br J Psychiatry. 1997;171:60-4.

27. Patel V, Pereira J, Mann AH. Somatic and psychological models of common mental disorder in primary care in India. Psychol Med. 1998;28(1):135-43.

28. Pothen M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: nature, prevalence and risk factors. Int J Soc Psychiatry. 2003;49(2):119-25.

29. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. Psychol Med. 2005;35(8):1175-8.

30. Broers T, Hodgetts G, Batic-Mujanovic O, Petrovic V, Hasanagic M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. Croat Med J. 2006;47(3):478-84.

31. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. Br J Psychiatry. 2008;192(5):362-7.

32. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2009;119(1-3).

33. Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire: National Foundation for Educational Research.

34. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. Psychol Med. 1985;15(3):651-9.

35. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simoes O, Silva JB. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. Rev Saude Publica. 1987;21(6):501-7.

36. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD].Transtornos do humor em enfermaria de clinica medica e validacao de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressao. Rev Saude Publica. 1995;29(5):355-63.

37. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. Am J Psychiatry. 1996;153(11):1411 -7.

38. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MHP, da Silva CMFP, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. Lancet.377(9781):1962-75.

39. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bull World Health Organ. 2003;81(8):609-15.

40. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001;178:228-33.

41. Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM, Leon AC, Farber L, Hoven C, et al. Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(10):880-6.

42. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. Jama. 1992;267(11):1478-83.

43. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders a bio-social model. London: Tavistock/Routledge; 1992.

44. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. Health Serv Res. 1997;32(1):11-21.

45. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370(9591):991-1005.

46. Dowrick C. Advances in psychiatric treatmnet. Advance Psychiatric Treatment. 2001;73(1):8.

47. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Goncalves DA, Mari JdJ. Common mental disorders in Petropolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33(2):150-6.

48. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Ann Intern Med. 2010;152(4):247-58.

49. Kates N, McPherson-Doe C, George L. Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. J Ambul Care Manage. 2008;34(2):174-82.

50. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. Eur Psychiatry. 2008;23(7):469-76.

6.2 ARTIGO 2

Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre and post test study

Artigo Submetido ao General Hospital Psychiatry
Manuscript Number: GHP-12-226R1
Title: Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre and post test study
Article Type: Regular Article
Corresponding Author: MR Daniel Goncalves, M.D.
Corresponding Author's Institution: Universidade Federal de Sao Paulo First Author: Daniel Goncalves, M.D.

Authors:

Daniel Goncalves
MD, PhD Student, Universidade Federal de Sao Paulo, Brazil

Sandra Fortes
Psychiatrist, Associate Professor Mental Health and Medical Psychology; PhD Public Health; Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Monica Campos
Statistic, Titular Professor; PhD Public Health; Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz Brazil

Dinarte Ballester
MD, PhD, Mental Health Technical Advisor, Sistema de Saúde Mãe de Deus

Flávia Batista Portugal
MD, PhD Student, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz Brazil

Luis Fernando Tófoli
MD, PhD. Associate professor, Universidade Federal do Ceará

Linda Gask
PhD, Professor of Psychiatry, NIHR School for Primary Care Research, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester

Jair Mari
M.D., Ph.D., Professor, Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo. Honorary Visiting Professor, Centre for Public Mental Health, Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, London

Peter Bower

PhD, Reader in Health Services Research, NIHR School for Primary Care Research, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester

Contact Adress: Rua Jorge Chammas 198 – 44 – CEP 04021-070 Sao Paulo Brazil
Email : daniel.almeida.33@gmail.com
Tel : +55 11 25060703

Abstract

Objectives: The aim of this research was to investigate whether a training intervention to enhance collaboration between mental health and primary care professionals improved the detection and management of mental health problems in primary health care in 4 large cities in Brazil. The training intervention was a multifaceted program over 96 hours focused on development of a shared care model.

Method: A quasi-experimental study design was undertaken with assessment of performance by nurse and GPs pre- and post intervention. Rates of recognition of mental health disorders (compared with GHQ) was the primary outcome, while self reports of patient centered care, psychosocial interventions and referral were secondary outcomes.

Results: Six to 8 months post intervention, no changes were observed in terms of rate of recognition across the entire sample. Nurses significantly increased their recognition rates (from 16% to 34%, p=0.00) while GPs demonstrated a significant decrease (from 37% to 25%, *p*=0.00). There were significant increases in reports of patient centered care, but no changes in other secondary outcomes.

Conclusion(s): Training professionals in a shared care model was not associated with consistent improvements in the recognition or management of mental health problems. Although instabilities in the local context may have contributed to the lack of effects, wider changes in the system of care may be required to augment training and encourage reliable changes in behaviour.

Key Words: Mental Health, Primary Health Care, Shared Care, Detection, Patient Centred Care, Education, Training, Collaborative Care

Introduction

Mental disorders are common in the community and associated with high levels of burden and with communicable and non-communicable diseases[1-3]. The World Health Organization highlights the importance of integrating mental health care into primary health care as the optimal strategy for addressing this burden[4-5]. However, there is a marked under-diagnosis of mental disorders in primary care[6-9]. Training programs have shown limited evidence of effectiveness[10,11] but more complex education strategies, particularly involving better integration with mental health specialists, may be more likely to achieve a biopsychosocial approach and may be more effective in encouraging behavior change[4,12-16]. Many strategies to achieve an effective collaboration between primary care staff and mental health specialists have been developed ranging from collaborative to shared care models with different impacts on primary and secondary care integration[17-22].

There is a growing impetus in Brazil towards development of primary health care[23-25] and the reorganization of mental health services[26]. In less than 20 years, more than 30 thousand primary care teams (GPs, nurse, nurse assistant and community workers) have been introduced. The Brazilian Government has also been promoting a progressive substitution of psychiatric hospitals for Community Psychosocial Centers and encouraging long-stay patients to leave hospital and return to the community. Additionally, specific teams to support primary care professionals were launched. This has led to introduction of a shared care model (*matrix support*) between primary care and mental health teams to promote continuing education in mental health for primary care staff and better integration between these public health services.

It is expected that promoting this shared care model will help primary care and mental health teams improve communication to support patient centered care, increase the recognition of mental health problems, develop appropriate shared care models for complex problems, improve community engagement and improve the

appropriateness of referrals to specialist care. Some evidence has shown that effective interaction is crucial for integrated care[27,28] although there is more limited evidence on effectiveness in improving patient outcomes[14,29]. We have developed a training program to improve collaboration between primary care and mental health in Brazil.

The aims of this study are to:

a) Assess the impact of training in a shared care model on the recognition of mental health problems by primary care doctors and nurses (primary outcome);

b) Assess the impact of training in a shared care model on patient centred care, shared care and referrals by primary care doctors and nurses (secondary outcomes)

To our knowledge, this is the first research evaluation of shared care training in primary care mental health in Brazil.

Methods

The training intervention

The training was composed of six seminars each divided in two sessions, combined with 8 practical clinical rounds in the primary care setting. The total length of the training was 96 hours over 10-12 weeks. Primary care doctors and nurses, social workers, psychologists, psychiatrists and occupational therapists received the training in groups of 40. The seminar sessions were mainly based on workshops in which a number of role-plays took place in line with the training content (Box 1). The results of the role-plays were then discussed by the whole group under the direction of trained supervisors. Participation in role play is well accepted by nurses and doctors as an effective method of training[30]. The practical rounds were based on real clinical situations and were supervised by training staff. Finally, additional training and education was delivered through web based materials focused on ICD-10-PC primary care criteria for diagnosis of mental disorders.

Seminar Sessions	
Workshops	Lectures
- How to develop communication skills - How to conduct a psychiatric interview - How to handle families at psychosocial risk - How to conduct shared and joint consultations - How to handle severe mental health disorders and suicidal patients - How to handle alcohol and drug addiction - Psychosocial and group therapy - Differential diagnosis between common mental disorders and MUS	- Mental Health and stigma - Patient Centered Care Approach - Fundamentals of Primary Health Care - Brazilian Mental Health system reform - Basis of psychological approach - Basis of multidisciplinary and collaborative work - Problem Solving and Reattribution Therapies - Infant Mental Health Problems - Family Therapy Approach in Primary Care - Mental Health Prevention and Promotion
Practical Clinical Rounds in Primary Care Setting	
- 4 Clinical meetings between primary care and mental health workers	- 4 Supervision sessions
E- learning	
- ICD-10-PC Primary Care Criteria	- 7 Clinical Cases for home study

Box 1: Description of training contents

The research methodology

We conducted a multicentre study in four sites in Brazil: Sao Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre and Fortaleza, all large urban centers, with high levels of socioeconomic deprivation (particularly in Fortaleza). The research was carried out in 2009-2010 using a pre-post design without controls. The study assessed care by primary care workers in the month preceding the training and 6-8 months after training. The research protocol was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de São Paulo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro and Ethics Committee of the Municipality of Porto Alegre and Sao Paulo.

Consecutive patients aged 18-65, attending nurses and doctors were invited to take part in the 'General Health' study, until a minimum number of 30 patients per professional was obtained. All patients attending were included in the sample regardless of the reason for their attendance (e.g. acute or chronic complaint) with the exception of pregnant women and patients with cognitive impairments. A researcher based in the waiting room explained the nature of the study, obtained written consent from patients and applied the Portuguese version of the General Health Questionnaire (GHQ-12) and other instruments verbally due to the high illiteracy rates within this population[31,32]. The questionnaire is a well established standardized screening tool for Brazilian populations, assessed against the Clinical

Interview Schedule as the gold standard[33,34]. The cut-off point used to characterize individuals as presenting a probable common mental disorder was 3/4. However, a sensitivity analysis with different cut-off points will be conducted to assess the impact on detection rates.

Blind to each subject's GHQ score, the GP and nurse recorded information about the patient and the consultation on a proforma. The proforma took only 1-5 minutes to complete and included questions on type of consultation (urgent, booked, preventive care, group consultation), length of interview (0–15 mins, >15 mins), the complaints brought by the patient, the nature of the presenting problem (physical and/or psychological complaints) and details about the care provided:

- Patient centred care - self reported delivery of 3 components of patient-centered care ('exploration of the patients' disease and illness experience'; 'understanding of the whole person'; 'incorporating prevention and health promotion')[44];
- Shared Care, such as case discussion, shared consultations and home visits, shared group therapy, or phone contact between primary care and mental health professionals;
- Referral for psychosocial interventions (such as mental health group therapy, CBT or problem solving therapy) and for specialist care.

Data Analysis

The primary outcome was the effect of the training on the ability of the primary health care professionals to recognize mental health problems. Data on the proforma were compared with patient GHQ scores. Any psychiatric disorder or emotional complaint registered by the doctor or nurse was considered 'positive' in terms of recognition. The *Identification Index* was calculated as shown in Box 2.

Box 2 – Identification Index

Box 2 – Detection index analyzed: Identification Index

		Professional Detection		
		Positive	Negative	Total
GHQ	Positive	A	B	A+B
	Negative	C	D	C+D
Total		A+C	B+D	A+B+C+D

Identification Index = A/A+B

The overall Identification Index across all professionals was compared before and after training using a z-test (with 95% confidence intervals) for the proportions of patients correctly identified before and after training. Secondary analyses analysed data by nurses and doctors separately. Doctors and nurses who dropped out were excluded from the analysis.

Secondary outcomes were the effects of the intervention on self-reports of patient-centered care, shared care and referral behavior. Patient centered care was considered to have been delivered when any of the 3 components described above were reported by the primary care workers. Shared care was considered to have been delivered when any of the following activities were reported; case discussion, shared consults and home visits, shared group therapy, phone contact between primary care and mental health professionals. Referrals were analyzed in terms of psychosocial interventions and referrals for specialist care. The same analysis was performed, comparing rates of behaviour before and after training using a z test for proportions (with 95% confidence intervals).

Results

Sample characteristics

Six classes were performed across the 4 cities with 240 professionals involved, and 47 professionals from primary care participated. The training program was

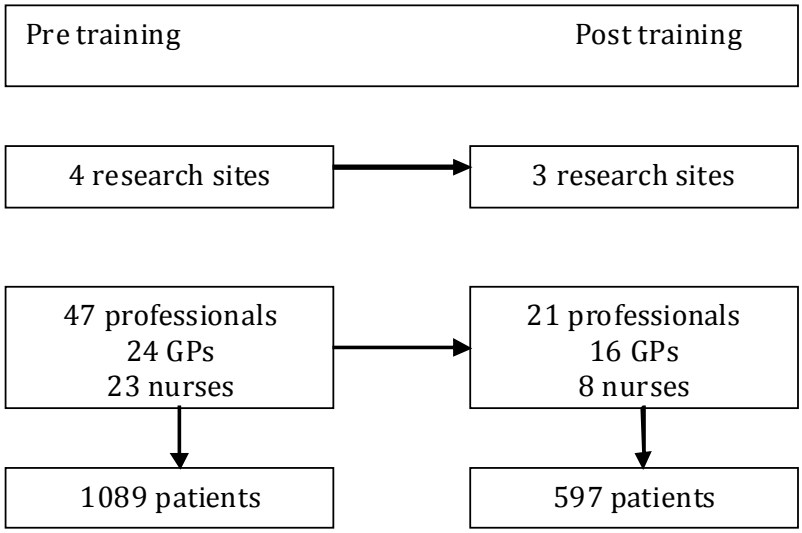
successfully delivered with 36/47 primary care professionals (77%) completing the course. However, only 21 primary care professionals (45%) completed the research study as depicted in Figure 1. Most of the professionals who participated in the study had not been formally trained in family practice, and have little experience with mental health management in primary care. The GHQ is not used routinely in Brazil. There are no standardized medical records (electronic or paper based) or clinical guidelines specially developed for primary care. Routine clinical practice is focused in chronic conditions such as hypertension and diabetes, There is no standardised approach to mental health problems.

Basic socio-demographic data on patient samples before and after training are shown in Table 1. Family income and ethnicity were significantly different between samples, but there was no other significance differences in other characteristics, including the prevalence of common mental disorders between two samples.

TABLE 1 – Sample Socio demographic and Mental Problems characteristics

Total Sample		Pre	Post	Sig of diff
Gender	Female	76,6	78,9	0,29
Age	>35 years	68,4	66,3	0,35
Educational Level	> = 4 years	66,9	68,5	0,52
Race	Not white	72,8	66,4	0,05
Marital Status	Having a partner	62,3	58,6	0,12
Family Income	<US$520/Month	92,5	87,3	0,01
GHQ	Positive	55,6	51,2	0,08

FIGURE 1 - *Total patient and professional's number per city before and after training (pre and post training)*



Changes in detection and delivery of care

We computed the identification index across all professionals, and then separately for doctors and nurses and by site. Figure 2 shows changes in the identification index for common mental disorders.

FIGURE 2 – Professionals (doctors and nurses) detection and management

SAMPLE	Identification				
	Pre (%)	**Post (%)**	**z**	**p**	**95% CI**
Total Professionals	0.32	0.28	1.5	0.12	(-0.01 / 0.09)
Total Nurses	0,16	0,34	-4,10	0.00	(-0,26 / -0,1)
Total Doctors	0.37	0.25	2.1	0.05	(0,05 / 0,18)
Total Professionals	Patient Centred Care				
	0.69	0.75	-2,60	0.01	(-0.01 / -0.16)
	Psychosocial Interventions				
	0,04	0,03	0.16	0.39	(0.04 - 0.03)
	Shared Care				
	0.07	0.03	-0,54	0.34	(0.04 / -0.08)
	Secondary Care Referral				
	0,07	0.11	-0,60	0.33	(0.09 / -0.18)

Primary outcomes

From the chart above we can see that no change was observed in the recognition on mental health problems by primary care professionals (from 32% to 28%, z=1.5, p=0.12) When data were analysed by professional, the impacts are different among doctors and nurses. There was a significant decrease in recognition in doctors (from 37% to 25%, z=1.9, *p*=0.00) whereas recognition by nurses increased significantly (from 16% to 34%, z=-4.1, p=0.00). Considering the high prevalence of mental disorders among primary care patients observed in Brazil we performed a sensitivity analysis comparing detection rates at a higher cut-off point (5/6). This sensitivity analysis demonstrated the same pattern of results as the original threshold

Secondary outcomes

Overall reports of patient centred care showed significant increases from 69% to 75%

(Z=-2.6, p=0.01) in all sites. Considering the interventions proposed by professionals in all centres, we observed low rates before and after training of referrals for either shared (from 7% to 3%) and secondary care (from 7% to 11%) management, without significant changes before and after the training intervention. Rates of psychosocial interventions proposed and referrals to secondary care also did not demonstrate change.

Discussion

Summary of the results

Overall, our results showed that a 96-hour multifaceted training intervention for primary care and mental health workers did not provide consistent benefit in the recognition on mental health problems. Secondary analyses did provide some evidence of differing patterns of results in different professional groups. The nurses increased their ability to recognize mental disorder. In terms of secondary outcomes, only the patient centred care approach improved with no change in other processes of care.

Strengths and limitations of the research

A relatively large number of patients and primary care professionals were studied in 4 large urban centers in Brazil. However, the research was undertaken in a very unstable context, as the posttest occurred during the 2010 H1N1 epidemic, and local political issues contributed to the loss of doctors and one entire site (Fortaleza) from the post test. The high drop-out rates were also related to local problems with contracts and working conditions among doctors and changes in nurse roles (such as greater nurse involvement in administrative functions[35]). It is possible that any effects of training were reduced by these instabilities in employment conditions. These changes and the length of the course (96 hours) might have reduced training completion rates.

Nurses showed lower rates of recognition at baseline and which may explain the significant improvement in their consultations skills despite the dropouts. The differing effects in the two professional groups may also reflect the different

pressures: doctors had to deal with increased workload associated with the H1N1 epidemic, whereas nurses did not face such disruption to their clinical routines, and were perhaps better able to put the training into practice.

The lack of a control group is a major design weakness, and makes it hard to confidently ascribe changes in professionals' responses to the training intervention. Additionally, some changes in working patterns between primary care and mental health professionals (e.g. integration) promoted by the shared care model were not measured. However, we believe the quasi-experimental design was appropriate for this evaluation study, as the policies under test were being implemented in Brazil and could not be assessed using a traditional randomized controlled trial design as a control group would have been unacceptable to sites and funders[36]. Some of the outcomes (such as patient-centered care) were self-reported, which are vulnerable to inflation through presentational biases. It could be argued that the dimensions of patient-centered care measured may be difficult to change in time limited primary care consultations. We were unable to record other outcomes such as changes in antidepressant prescribing.

The focus on mental distress and not on actual formal psychiatric diagnoses was adopted given that relevant clinical presentations of patients in primary care do not meet diagnostic criteria as described in the DSM IV and ICD 10 [37-38]. Moreover, nurses are not trained to give disease classifications and GPs tend to prioritize symptoms instead of psychiatric diagnosis. In light of this, use of the GHQ-12 to determine the rates of identification index is appropriate for primary care. More psychosocial interventions and less referral to secondary care were observed in one site, but we were not able to assess eventual patient outcomes

The analysis was conducted across all professionals, rather than assessing recognition rates at the level of the individual professional and assessing change using professional as the unit of analysis. For some professionals, there were insufficient numbers of patients per professional for a reliable assessment of the ability of the individual professional. However, analyzing across professionals does ignore variability among doctors and the clustering of patients within professionals.

Results in the context of the wider literature

This study's findings are consistent with the results of previous research which show low detection rates[6,9,40,41] and limited impact from training interventions for primary care workers[10,11]. Education generally does not change GP behavior unless associated with continuing support and organized service delivery[14,15,21]. Although we have identified instabilities in the local work context as contributing to the lack of effects of training, our training model was not accompanied by wider changes in shared care systems (such as regular meetings and shared information systems), the absence of which may have reduced the effects of training. The high doctor turnover in Brazilian primary care also potentially has a significant impact on the effects of quality improvement activities[48].

In a randomized controlled trial to investigate the impact of 40 hours of education about depression in primary care, Moreno et al[42] observed a significant improvement in nurses' knowledge and detection of depressive disorders assessed by the Zung depressive scale. Additionally, better interaction with primary care doctors was reported in terms of case management. Nurses play an important role in primary care teams but far less attention has been paid to their detection and management of mental health problems in primary health care[43,44] especially in Brazil[45].

We observed evidence of improvements in patient centered care despite no overall changes in recognition, in contrast with other studies[47]. However, caution must be exercised given the weakness of the self-report measures.

Implications for service delivery

Considering future training and education programs, it will be necessary to plan programs that better reflect the reality of service delivery in a Brazilian context. We hypothesized that training professionals in a shared care model as a continuing education strategy would improve detection and management of mental health problems. But new models of care such as shared care are particularly affected by the public health environment[48]. Based on 16 years experience on integrating mental

health into primary care, Kates and colleagues[27] point out the key role of management teams in facilitating effective collaboration between primary and mental health workers. Managers involved in the process coordinate local schedules, address personal and professional responsibilities, deal with issues when problems arise and consider effective assessment of performance over time. Including managers to facilitate the delivery of shared care may be critical to achieving positive results, although this has significant implications for cost-effectiveness.

Conclusion

The training intervention to promote shared care was not effective in changing recognition and management behaviour of primary care professionals in routine practice. Although some impact was observed in nurses, these secondary analyses need replication. Given the profound changes that the Brazilian health system has been promoting in both primary health care and mental health services, it is critical to better understand barriers to integration and promote more effective collaboration between primary care and mental health.

References

1. Prince M, Patel V, Saxena S, et al: No health without mental health. Lancet 2007, 370(9590):859-877.

2. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B: Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007, 370(9590):851-858.

3. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, et al: Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. Psychol Med 2009, 39(1):33-43.

4. World Health Organization, Integrating mental health into primary health care a global perspective. 2008, Geneva: WHO. vii, 170 s.

5. World Health Organization, Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008, Geneva: WHO.

6. Goldberg D, Steele JJ, Johnson A, Smith C: Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. Arch Gen Psychiatry 1982, 39(7):829-833.

7. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A: Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. J Gen Intern Med 2008, 23(1):25-36.

8. Millar, T. and D.P. Goldberg, Link between the ability to detect and manage emotional disorders: a study of general practitioner trainees. The British journal of general practice 1991. 41(350): p. 357-9.

9. Goncalves DA, Fortes S, Tofoli LF, Campos MR, Mari JdJ: Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. Int J Psychiatry Med 2011, 41(1):3-13.

10. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R: Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 2003, 289(23):3145-3151.

11. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, et al: Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet 2000, 355(9199):185-191.

12. Wagner, E.H., B.T. Austin, and M. Von Korff, Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank quarterly, 1996. 74(4): p. 511-44.

13. Painuly, N. and P. Sharan, Effectiveness of training of non-mental health care providers in mental health in low- and middle-income countries: a systematic review. Primary Care & Community Psychiatry, 2008. 13(2): p. 83-89.

14. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, Shekelle PG: Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Ann Intern Med 2010, 152(4):247-258.

15. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Rutter CM, Saunders KW, Walker EA: Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? Med Care 1997, 35(8):831-842.

16. Bower, P. and L. Gask, The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. General hospital psychiatry, 2002. 24(2): p. 63-70.

17. Katon W, Lin EHB, Kroenke K: The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2007, 29(2):147-155.

18. Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al: A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. Arch Gen Psychiatry 1996, 53(10):924-932.

19. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al: Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2000, 283(2):212-220.

20. Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, et al: Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. J Gen Intern Med 2003, 18(1):9-16.

21. Felker BL, Barnes RF, Greenberg DM, Chaney EF, Shores MM, Gillespie-Gateley L, Buike MK, Morton CE: Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team. Psychiatr Serv 2004, 55(4):442-444.

22. Bower, P. and S. Gilbody, Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ, 2005. 330(7495): p. 839-42.

23. Guanais, F.C., Health equity in Brazil. BMJ. 341: p. c6542.

24. Harris, M. and A. Haines, Brazil's Family Health Programme. BMJ 341: p. c4945.

25. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J: The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet, 377(9779):1778-1797.

26. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, et al: The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. Int J Ment Health Syst 2008, 2(1):12.

27. Kates, N., C. McPherson-Doe, and L. George, Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. The Journal of ambulatory care management, 2008. 34(2): p. 174-82.

28. Vingilis E, Paquete-Warren J, Kates N, Crustolo A, Greenslade J, Newman S: Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. The Internet Journal of Alleid Health Sciences and Practice 2007, 5(4).

29. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A: Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry 2006, 189:484-493.

30. Zakroyeva A, Goldberg D, Gask L, Leese M: Training Russian family physicians in mental health skills. European J of General Practice. 2008;14(1):19-22.

31. Mari, J.J., Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. Social psychiatry, 1987. 22(3): p. 129-38.

32. Üstürn, T.B. and N. Sartorius, Mental illness in general health care an international study. 1995, Chichester: Wiley & Sons. XII, 398 s.

33. Goldberg, D., Manual of the General Health Questionnaire: National Foundation for Educational Research.

34. Mari, J.J. and P. Williams, A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. Psychological Medicine, 1985. 15(3): p. 651-9.

35. Backes D S, Backes M S, Erdmann A L, Büscher A. . The role of the nurse in the Brazilian Unified Heath System: from community health to the family health strategy. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, *17*(1), 223-230.

36. Gilbody, S. and P. Whitty, Improving the delivery and organisation of mental health services: beyond the conventional randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science, 2002. 180: p. 13-8.

37. Goldberg, D.P. and P. Huxley, Common mental disorders a bio-social model. 1992, London: Tavistock/Routledge. xvi, 194 s.

38. Gask, L., et al., Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. European Psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists, 2008. 23(7): p. 469-76.

39. Fortes, S., L.A.B. Villano, and C.S. Lopes, Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999), 2008. 30(1): p. 32-7.

40. Ani, C., et al., Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. BMC Family Practice, 2008. 9: p. 1.

41. Mari, J.d.J., et al., Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. Revista de Saude Publica, 1987. 21(6): p. 501-7.

42. Moreno, P., et al., Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2003. 108(1): p. 61-65.

43. Nash, M., The training needs of primary care nurses in relation to mental health. Nursing Times, 2002. 98(16): p. 42-4.

44. Secker, J., F. Pidd, and A. Parham, Mental health training needs of primary health care nurses. Journal of Clinical Nursing, 1999. 8(6): p. 643-52.

45. Ribeiro, L.M., et al., [Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working?]. Saude mental e enfermagem na estrategia saude da familia: como estao atuando os enfermeiros? Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 2010. 44(2): p. 376-82.

46. Stewart, M., et al., The impact of patient-centered care on outcomes. The Journal of Family Practice, 2000. 49(9): p. 796-804.

47. Gask, L., et al., Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. Journal of Advanced Nursing, 2006. 54(6): p. 739-50.

48. Medeiros CRG, et al. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1521-1531, 201.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese é um desdobramento de um trabalho que vem sendo realizado desde 2005 por um grupo de amigos (professores acadêmicos e profissionais do Sistema Único de Saúde) conhecido como grupo Babel. O desenvolvimento e implementação do curso de aperfeiçoamento em inúmeros municípios do Brasil e o projeto de pesquisa multicêntrico financiados respectivamente pelo SGTES/Ministério da Saúde e CnPq permitiram amplo conhecimento da realidade dos serviços de atenção primária e saúde mental em território nacional, além das conclusões desta tese.

Primeiramente, a análise da amostra total de pessoas que participaram confirmou achados preliminares em pesquisas de menor porte em âmbito nacional e outras internacionais sobre alta prevalência dos problemas de saúde mental entre a população que frequenta a atenção primária. Confirmou também a correlação entre aspectos socioeconômicos e adoecimento psíquico, evidenciada em especial no nível educacional e renda financeira. No entanto, não há ainda políticas públicas claras para enfrentamento desde problema. Os transtornos mentais comuns não figuram dentre as prioridades de investimento na atenção primária, restrito ainda às doenças e agravos não transmissíveis como hipertensão e diabetes mellitus. Este fato foi marcado durante a pesquisa de campo, que envolveu vinte e oito equipes da Estratégia Saúde da Família sendo que toda a agenda é focada nestas morbidades, além do cuidado para gestantes e menores de 1 ano. Há muito pouco espaço para atendimento integral, com a lógica biomédica voltada à "pressão alta e açúcar no sangue".

Como estratégia para superação desta rotina voltada às condições clínicas, a capacitação proposta trouxe conteúdos sobre abordagem centrada na pessoa e atuação voltada à prática interdisciplinar sob a lógica matricial. No entanto, já durante o curso e a pesquisa, ficaram evidentes as dificuldades enfrentadas para práticas das diretrizes da portaria 154/NASF, bem como dos atributos da atenção primária. Os relatos sobre fragilidade dos vínculos trabalhistas, orientados sob forte pressão de produtividade em São Paulo, instabilidade de pagamento de salários no Rio de Janeiro e da organização social em Porto Alegre, além do sucateamento das redes de saúde em Fortaleza, apontaram os entraves para efetivação e prática dos

conteúdos desenvolvidos durante o curso. Sobre a prática matricial, muitos gestores locais não estavam sensibilizados para suporte com garantia de tempo para atividades compartilhadas, discussão rotineira de projetos terapêuticos ou mesmo contratação de um número de matriciadores compatível com o número de equipes de referência. Houve ainda coincidência da segunda etapa da pesquisa com o surto de H1N1 em 2010. Estes fatos podem ter influenciado a análise do impacto do curso. Ainda assim, os achados desta pesquisa foram relevantes para melhor entendimento do processo de aperfeiçoamento da atuação dos profissionais na atenção primária brasileira.

Ficou evidente o quanto entre enfermeiras da atenção básica há a necessidade de melhor suporte para a abordagem integral. Apesar da baixa detecção de transtornos mentais iniciais, o aumento significativo da detecção e da abordagem centrada na pessoa após a capacitação evidenciou o quanto esta classe profissional tem potencial para assistência integrativa na atenção primária. Foi observado que ainda que extensivamente abordado durante o curso, as intervenções psicossociais na atenção primária ainda não são uma alternativa considerada pelos profissionais, tal como as próprias atividades matriciais, dado que não houve alteração entre antes e após o curso de aperfeiçoamento.

O trabalho colaborativo e compartilhado entre profissionais de diferentes disciplinas e especialidades sob a lógica matricial requer comprometimento pessoal e organizacional, envolve mudança no processo de trabalho e relações interpessoais afinadas, o que torna o desenvolvimento do matriciamento bastante desafiador dada a pluralidade de gestão e formação profissional encontrada nos municípios brasileiros. Assim, para além do investimento em atividades de capacitação, são necessários investimentos para melhores recursos físicos e estruturais e condições mais estáveis de trabalho, fazendo com o que os esforços para prática da integralidade e melhora na qualidade de vida dos usuários SUS sejam um desafio real que envolve além dos profissionais da assistência à saúde, as instituições formativas e gestoras.

8 ATIVIDADES DESEMPENHADAS DURANTE O DOUTORADO

a) Cursos no Exterior e Internacionais:

- *English scientific writing* – Curso 32 horas na Manchester University, primeiro semestre 2012

- *Statistis analysis using SPSS for Windows* – Curso de 16 horas na Manchester University, primeiro semestre 2012

- *Organización y gestion de servicios en los países desrollados (con énfasis en la atención primária"-* Curso de 24 hrs realizado pela Sociedade Brasiliera de Medicina de Família e Comunidade, novembro 2011

- *The International Mental Health Short Course* – Methods & Applicants – Curso de 40 horas, setembro de 2009 – Kings College London

b) Artigos publicados e em colaboração:

- Fortes S., Lopes C.S., Villano L.A.B., Campos M.R., **Goncalves D.A.**, Mari JJ. Common mental disorders in Petropolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. Rev Bras Psiquiatria. 2011;33(2):150-6

- **Goncalves DA**, Fortes S, Tofoli LF, Campos MR, Mari JJ. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. Int J Psychiatry Med. 2011;41(1):3-13.

- Fortes S , **Goncalves DA**, Ballester D, Bower P, Campos M R , Dowrick C , Gask L , Mari JJ , Tofoli, L F. Somatic symptoms in family health strategy: A multicentric study in Brazil. Journal of Psychosomatic Research, 2012. – Aceito para publicação

- Fortes S, **Goncalves DA,** Balestter D, Bower P, Campos M R , Dowrick C , Gask L , Mari JJ , Tofoli, L F. Therapeutic Interventions in Mental health in Primary Care in brazil: Impact of Babel Training Program. Journal of Psychosomatic Research, 2012. – aceito para publicação

- Portugal FB, **Goncalves DA**, Mari JJ, Campos MA, Fortes S. The impact of Psychiatric Morbidity in Quality of Life of Primary Care Attenders in Tree Cities in Brazil – Artigo submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria em setembro de 2012

c) Publicações em Livros ou Manuais

- Tofoli L F , Ribeiro F, **Goncalves D A.** O médico e os outros profissionais de saúde: estruturação da equipe de saúde. In: BRASIL, M.A.A; CAMPOS, E.P.; AMARAL, GF, MEDEIROS, JGM. (Org.). Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, v. , p. 211-217.

- Tofoli LF, **Goncalves DA**, Fortes S. Somatização e sintomas sem explicação médica. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1ªed.Porto Alegre: Artmed/SBMFC, 2012, v. 2, p. 1897-1905.

- **Goncalves DA**, Ballester D, Chiaverini D, Tofoli L F, Chazan L F, Almeida N, Fortes S**.** Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, 1 ed BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. v. 1. 236p

- Ballester D, **Goncalves DA**, Tofoli L, Chazan L F, Almeida N, Fortes S, . . Abordagem das pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo na atenção primária à saúde. PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade, v. 5, p. 49-67, 2010.

- Fortes S, Tofoli LF, Ballester D, **Goncalves DA**, Chazan LF, Almeida N, Carvalho M Z N, Stockinges R C, SA P K. Brasil: Cuidados primários integrados para a saúde mental na cidade de Sobral [colaboração na elaboração desta seção]. In: Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). (Org.). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. 1ªed.: , 2009, v. , p. 99-108.

- Tofoli LF, Fortes S, **Goncalves DA**, Chazan L F, Ballestes DA. Somatização e sintomas físicos inexplicáveis para o médico de família e comunidade. PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade, v. 2, p. 9-56, 2007.

- Chazan FF, **Goncalves DA**, Fortes S, Tofoli LF, Ballester D, Souza A B. O médico de família e comunidade e a pessoa com depressão. PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade, v. 1, p. 51-80, 2007.

d) Participação em Congressos e Conferências

d.1 – Cursos e Oficinas Ministrados

- Curso **-** *Saúde Mental na Atenção Básica* – Método Babel (8hrs) no IV Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade 2012

- Oficina - *Apoio Matricial na Atenção Primária a Saúde* – (4hrs) no IV Congresso Paulista de Medicina de Família e Comuniade 2012

- Curso - *Matriciadores do NASF* (8 horas) – 11 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade 2011

- Curso – *Reatribuição e terapia de solução de problemas* (4hrs)- 10 Congresso de Medicina de Família e Comunidade 2010

d.2 – Apresentações Orais e Palestras

- Apresentação Oral – *Barriers to Integrate Mental Health in Primary Care in Brazil* – Granada 2012

- Palestra – *Brazilian Health System and* - Seminars in Primary Care National researcg Group – University of Manchester – UK, 2012

- Palestra – *Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde* - 11 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade 2011

- Palestre - *Abordagem da Ansiedade Na Atenção Primária a Saúde* - 11 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade 2011

- Palestra - *UNASUS - Especialização em Saúde da Família : perspectivas e ações* - 11 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade 2011

- Palestra – *Capacitação em Ensino a Distância* – UNASUS – 1 Simpósio Científico CEJAM, Prefeitura de São Paulo

- Apresentação Oral – Detection of Common Mental Disorders by General Practitioners in Family Health Program in Brazil – 19th World Conference of Family Doctors – WONCA 2010

- Palestra – Grupos na Atenção Primária – Reuniões Científicas da Associação Paulista de Medicina 2010

- Palestra – Família em Risco Psicosocial – Reuniões Científicas da Associação Paulista de Medicina 2009

- Apresentação Oral – Mental Health and Primary Health Care in Brazil – WPA Thematic Conference in Depression and Other Common Mental Disorders in Primary Care, Granada 2008

9 ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Matriciamento

BABEL
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FICHA DE MATRICIAMENTO

CENÁRIO DO MATRICIAMENTO

Data: Cidade: UF:

PSF:

Profissional que solicitou o matriciamento

Nome: Categoria Profissional:

Motivo da solicitação do matriciamento:

Matriciadores (Saúde Mental):

Nome: Categoria profissional:

Nome: Categoria profissional:

Nome: Categoria profissional:

Equipe do PSF:

Nome: Categoria profissional:

Nome: Categoria profissional:

Nome: Categoria profissional:

TIPO DE MATRICIAMENTO

1. Visita Domiciliar ☐
2. Consulta Conjunta ☐
3. Discussão de caso ☐
4. Outro: qual?

_____

DETALHAMENTO DO CASO

Nome do Usuário: Idade:

Diagnóstico clínico:

Diagnóstico sócio-familiar:

AÇÕES PROPOSTAS:

1. Outro matriciamento: Sim ☐ Não ☐
Qual?

2. Atividades propostas:

3. Encaminhamento:

Anexo 2 – Questionário Geral

QUESTIONÁRIO GERAL –
"AVALIAÇÃO DO CUIDADO DA DEPRESSÃO A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA"

Data : ____/____/____
dia mês ano

Código do aplicador: /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

A1- Nº de Identificação do prontuário: /__/__/__/__/ /___/___/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/

A2 - Nome: /__/

*Endereço:_____
*Telefone:_____

A3 - Tipo de consulta:
I ( ) Médico ( ) Enfermeiro
II (a) pronto- atendimento (acolhimento)
(b) primeira vez (queixa nova) agendada
(c) retorno individual
(d) retorno grupo – qual grupo: _____
(e) outros (preventivo) _____

A4 - Sexo:

1 ☐ Masculino

2 ☐ Feminino

A5 - Data de nascimento?

____/____/____
dia mês ano

A6 – Qual é a sua profissão?

_____

A7 – Qual é a sua ocupação no momento?

_____ Código (CBO-4dig): _____

A8 - Em sua opinião, qual é a sua cor ou raça?

1 ☐ Preta

2 ☐ Parda / Mulata

3 ☐ Branca

4 ☐ Amarela

5 ☐ Indígena

As próximas perguntas referem-se à sua vida familiar, moradia e outros aspectos.

A9 – Atualmente você é:

1 ☐ Casado(a) ou vive em união

2 ☐ Separado(a), ou divorciado(a)

3 ☐ Viúvo(a)

4 ☐ Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

A10 - Além de você, quantas pessoas moram em sua casa?
Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados.

_____

A11 – Quantas crianças menores de seis anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? _____

A12 – Quantos idosos maiores de 65 anos moram com você ou dependem diretamente do seu cuidado? _____

A13 – Quantas pessoas com deficiência dependem diretamente do seu cuidado?
_____

A14 - Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

1 ☐ Eu mesmo(a)

2 ☐ Meu cônjuge ou companheiro(a)

3 ☐ Eu e meu cônjuge, igualmente.

4 ☐ Meu pai ou minha mãe

5 ☐ Meu filho ou minha filha

6 ☐ Não tem chefe

7 ☐ Outra pessoa: _____

A15 - Qual é o seu grau de instrução

1 ☐ Não freqüentou escola (analfabeto).

2 ☐ 1º grau incompleto (Até a quarta série)

3 ☐ 1º grau incompleto (Entre quinta e sétima série)

4 ☐ 1º grau completo

5 ☐ 2º grau incompleto

6 ☐ 2º grau completo

7 ☐ Universitário incompleto

8 ☐ Universitário completo

A16 – Quanto você ganha por mês (em caso de biscate no ultimo mês)?

R$ /__/__/__/__/__/__/__/__/:

A17 – Quanto ganham todos juntos na casa?

R$ /__/__/__/__/__/__/__/__/

A18 – Quais suas fontes de renda atualmente (pode assinalar mais de uma alternativa)?

1 ☐ Aposentadoria 2 ☐ Auxilio Doença 3 ☐ Emprego regular 4 ☐ Biscates

5 ☐ Pensão 6 ☐ outros _____ código: _____

A19 – Nos últimos doze meses, por quanto tempo aproximadamente você teve alguma fonte de renda?

1 ☐ Todo tempo 2 ☐ 3 meses 3 ☐ 6 meses 4 ☐ 9 meses

5 ☐ Não tive fonte de renda

A20 – Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

1 ☐ Adventista
2 ☐ Assembleia de Deus
3 ☐ Batista
4 ☐ Budista
5 ☐ Candomblé
6 ☐ Casa da Benção
7 ☐ Católica
8 ☐ Congregação Cristã do Brasil
9 ☐ Espírita Kardecista
10 ☐ Evangelho Quadrangular
11 ☐ Judaica
12 ☐ Luterana
13 ☐ Messiânica
14 ☐ Metodista
15 ☐ Presbiteriana
16 ☐ Testemunha de Jeová
17 ☐ Universal do Reino de Deus
18 ☐ Umbanda
19 ☐ Outra (especifique):
20 ☐ Não tenho religião

A21 – Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que freqüência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

1 ☐ Mais de 1 vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana
3 ☐ 2 a 3 vezes por mês
4 ☐ Algumas vezes no ano
5 ☐ Uma vez no ano
6 ☐ Não compareci nenhuma vez

A22 – No ÚLTIMO MÊS você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia)?

1 ☐ Sim → Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
2 ☐ Não

/__/__/__/

A23 – Nos últimos seis meses você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior

1 ☐ Sim → Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
2 ☐ Não

/__/__/__/

A24 – No último ano você procurou atendimento para sua saúde (mesmo que na farmácia) – incluindo as da pergunta anterior?

1 ☐ Sim → Se SIM, quantas vezes você procurou atendimento?
2 ☐ Não

/__/__/__/

A 25 – De um modo geral, em comparação às pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

1 ☐ Muito Bom
2 ☐ Bom
3 ☐ Regular
4 ☐ Ruim

Anexo 3 – (GHQ)

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

B1) perdido muito sono por preocupação?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

B2) se sentindo constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

B3) sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

1 ☐ Mais que de costume 2 ☐ O mesmo de sempre 3 ☐ Menos que de costume 4 ☐ Muito menos que de costume

B4) sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

1 ☐ Mais que de costume 2 ☐ O mesmo de sempre 3 ☐ Menos útil que de costume 4 ☐ Muito menos útil que de costume

B5) sido capaz de enfrentar seus problemas?

1 ☐ Mais que de costume 2 ☐ O mesmo de sempre 3 ☐ Menos capaz que de costume 4 ☐ Muito menos capaz que de costume

B6) se sentindo capaz de tomar decisões?

1 ☐ Mais que de costume 2 ☐ O mesmo de sempre 3 ☐ Menos capaz que de costume 4 ☐ Muito menos capaz que de costume

B7) sentindo que está difícil de superar suas dificuldades?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

B8) se sentindo feliz de um modo geral?

1 ☐ Mais que de costume 2 ☐ O mesmo de sempre 3 ☐ Menos que de costume 4 ☐ Muito menos que de costume

B9) tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

1 ☐ Mais que de costume 2 ☐ O mesmo de sempre 3 ☐ Menos que de costume 4 ☐ Muito menos que de costume

B10) se sentindo triste e deprimido(a)?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

B11) perdido a confiança em você mesmo?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

B12) se achado uma pessoa sem valor?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

Anexo 4 – Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Nome: _____ Data: _____

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X " a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido nos **últimos quinze dias.**

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

A1 Eu me sinto tenso ou contraído

3 ( ) A maior parte do tempo
2 ( ) Boa parte do tempo
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Nunca

D1 Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas

3 ( ) Quase sempre
2 ( ) Muitas vezes
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Nunca

D2 Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar

0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
1 ( ) Não tanto quanto antes
2 ( ) Só um pouco
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A2 Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)

0 ( ) Nunca
1 ( ) De vez em quando
2 ( ) Muitas vezes
3 ( ) Quase sempre

A3 Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

3 ( ) Sim, de um jeito muito forte
2 ( ) Sim. mas não tão forte
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
0 ( ) Não sinto nada disso

D3 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

3 ( ) Completamente
2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

D4 Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Atualmente um pouco menos
2 ( ) Atualmente bem menos
3 ( ) Não consigo mais

A4 Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum

3 ( ) Sim, demais
2 ( ) Bastante
1 ( ) Um pouco
0 ( ) Não me sinto assim

(ANEXO 4 - CONTINUAÇÃO)

A5	**Estou com a cabeça cheia de preocupações**	**D5**	**Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir**
3	( ) A maior parte do tempo	0	( ) Do mesmo jeito que antes
2	( ) Boa parte do tempo	1	( ) Um pouco menos do que antes
1	( ) De vez em quando	2	( ) Bem menos do que antes
0	( ) Raramente	3	( ) Quase nunca
D6	**Eu me sinto alegre**	**A6**	**De repente, tenho a sensação de entrar em pânico**
3	( ) Nunca	3	( ) A quase todo tempo
2	( ) Poucas vezes	2	( ) Várias vezes
1	( ) Muitas vezes	1	( ) De vez em quando
0	( ) A maior parte do tempo	0	( ) Não sinto isso
A7	**Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado**	**D7**	**Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa**
0	( ) Sim, quase sempre	0	( ) Quase sempre
1	( ) Muitas vezes	1	( ) Várias vezes
2	( ) Poucas vezes	2	( ) Poucas vezes
3	( ) Nunca	3	( ) Quase nunca

Anexo 5 – Whoqol

C1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1 ☐ Muito ruim 2 ☐ Ruim 3 ☐ Nem ruim nem boa 4 ☐ Boa 5 ☐ Muito Boa

C2 – O quanto você está satisfeito(a) com sua saúde?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C3 – Em que medida você sente alguma dor física que o impede de fazer o que você precisa?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

C4 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

C5 – O quanto você aproveita a vida?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

C6 – Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

C7 – O quanto você consegue se concentrar?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

C8 – O quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

C9 – O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Mais ou menos 4 ☐ Bastante 5 ☐ Extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C10 – Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

C11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

C11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

---

C12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

---

C13 – O quanto às informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

---

C14 – Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1 ☐ Nada 2 ☐ Muito pouco 3 ☐ Médio 4 ☐ Muito 5 ☐ Completamente

---

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C15 – Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeiras de rodas?

1 ☐ Muito mal 2 ☐ Mal 3 ☐ Nem mal nem bem 4 ☐ Bem 5 ☐ Muito bem

---

C16 – O quanto você está satisfeito(a) com seu sono?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C17 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C18 – O quanto você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C19 – O quanto você esta satisfeito(a) consigo mesmo?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C20 – O quanto você está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C21 – O quanto você está satisfeito(a) com sua vida sexual?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

C22 – O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C23 – O quanto você está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C24 – O quanto você está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

C25 – O quanto você está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?

1 ☐ Muito insatisfeito 2 ☐ Insatisfeito 3 ☐ Nem satisfeito nem insatisfeito 4 ☐ Satisfeito 5 ☐ Muito satisfeito

---

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

C26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Algumas vezes 3 ☐ Frequentemente 4 ☐ Muito frequentemente 5 ☐ Sempre

---

Anexo 6 – Questionário profissional

FORMULÁRIO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

Identificação do Paciente:

Nome do profissional: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome do Paciente: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Números de Identificação do Prontuário:

Equipe: |__|__|__|__| Microárea: |__|__| Família: |__|__|__|__|

Indivíduo: |__|__|__|__|

1) Tipo de consulta:
   (a) pronto-atendimento (acolhimento)
   (b) consulta agendada (queixa nova)
   (c) consulta agendada (retorno)
   (d) grupo – qual grupo: _____
   (e) outros (preventivo etc.):
   _____

2) Por favor, registre a principal razão para o atendimento:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3) Por favor, registre os principais sintomas, queixas ou problemas relatados pelo paciente nesta consulta (um por linha), classificando-os segundo a seguinte explicação, <u>circulando somente um número</u> para cada queixa.

	❒ Sem queixas nesta consulta	sintoma somático causado por doença física	sintoma somático não-explicado	sintoma somático causado por problema psicológico	apenas sintoma psicológico	
	A)	1	2	3	4	
	B)	1	2	3	4	
	C)	1	2	3	4	
	D)	1	2	3	4	
	E)	1	2	3	4	
	F)	1	2	3	4	
	G)	1	2	3	4	
	H)	1	2	3	4	

4) Por favor, relacione as doenças físicas diagnosticadas neste paciente (um por linha), classificando-os segundo sua causa, <u>circulando somente um número</u> para cada doença.

	❒ Sem doença física diagnosticada	em remissão	sob controle	caso leve	caso moderado	caso grave	
	A)	0	1	2	3	4	
	B)	0	1	2	3	4	
	C)	0	1	2	3	4	
	D)	0	1	2	3	4	
	E)	0	1	2	3	4	
	F)	0	1	2	3	4	

5) Por favor, relacione os transtornos mentais/problemas emocionais do paciente, caso estejam presentes (um por linha), classificando-os segundo sua causa, <u>circulando somente um número</u> para cada transtorno mental ou problema emocional.

	❒ Sem transtorno mental / problema emocional diagnosticado	em remissão	sob controle	caso leve	caso moderado	caso grave	
	A)	0	1	2	3	4	
	B)	0	1	2	3	4	
	C)	0	1	2	3	4	
	D)	0	1	2	3	4	
	E)	0	1	2	3	4	
	F)	0	1	2	3	4	

6) Qual a medicação o paciente esta usando (da mais importante para a menos importante)

Medicamento	Dose total diária	
6.1		
6.2		
6.3		
6.4		
6.5		
6.6		

7) Qual outras intervenções foram indicadas para esse pacientes na atenção primária ou fora dela (incluir encaminhamento para especialistas em saúde mental , grupos, atendimento de apoio ou da família no PSF, etc.)?

Intervenções	Local	
7.1		

7.2		
7.3		
7.4		
7.5		
7.6		

8) Você investigou junto ao paciente os aspectos psicossociais que possam atuar na produção, manutenção, agravamento ou resolução deste quadro?

1.❒ Sim 2.❒ Não

Se sim, quais são tais fatores e como eles influenciaram no quadro?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9) Você investigou o significado de estar doente para este paciente?

1.❒ Sim 2.❒ Não

Se sim, qual esse significado?

_____

_____

_____

_____

10) Você avaliou estilo de vida e rotina de exames relacionados a prevenção e promoção de saúde?

1.❒ Sim 2.❒ Não

11) Quanto tempo durou, aproximadamente, o atendimento desse paciente?
|___|___| minutos