**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

LEONARDO MOSCOVICI

**Avaliação do efeito da Estratégia de Saúde da
Família com e sem apoio matricial na prevalência
e gravidade de transtornos mentais no município
paulista de Ribeirão Preto: um estudo transversal**

RIBEIRÃO PRETO

2017

LEONARDO MOSCOVICI

Avaliação do efeito da Estratégia de Saúde da Família com e sem apoio matricial na prevalência e gravidade de transtornos mentais no município paulista de Ribeirão Preto: um estudo transversal

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: **Neurociências e Ciências do Comportamento.**

Orientador: Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi

RIBEIRÃO PRETO

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Moscovici, Leonardo

Avaliação do efeito da Estratégia de Saúde da Família com e sem apoio matricial na prevalência e gravidade de transtornos mentais no município paulista de Ribeirão Preto: um estudo transversal. Leonardo Moscovici / Orientador Antonio Waldo Zuardi. Ribeirão Preto, 2017.

111p.: 8il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Neurociências e Ciências do Comportamento.

1. Atenção primária, 2. Estratégia de Saúde da Família, 3. Transtornos mentais, 4. Apoio matricial, 5. MINI-TRACKING, 6. Mini-SMD.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: Leonardo Moscovici

Título: Avaliação do efeito da Estratégia de Saúde da Família com e sem apoio matricial na prevalência e gravidade de transtornos mentais no município paulista de Ribeirão Preto: um estudo transversal.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: **Neurociências e Ciências do Comportamento**

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

À Sarah e Nathan (que está chegando).
Vocês são meu norte.

À Renata, minha companheira,
minha amiga, meu amor.

Aos meus pais, por terem me ensinado o valor
do trabalho e da honestidade.

Ao Igor, meu irmão, por sempre estar
comigo quando preciso.

Agradecimentos

À **Renata**, pelo carinho e amor.

Aos **meus pais**, pelo irrestrito apoio.

Ao **Igor**, que me entende como ninguém.

Ao meu orientador **Professor Zuardi**, por todos os ensinamentos e pela paciência. Obrigado por ter acreditado em mim!

Ao amigo **João**, por ter me introduzido no mundo da academia.

À **Lucimara, Luciane, Nádia**, ao **Anderson, Bellissimo, João Paulo e Fernando**, amigos que tornam o trabalho mais prazeroso.

À **Professora Nereida**, ao **Professor Laércio** e **Professor Gutemberg**, pelo aprendizado.

À **Professora Aldaísa, Professora Maria do Carmo**, ao **Professor Afonso** e **Professor Amaury**, pelo suporte dentro do DMS.

Aos **meus sogros**, que cuidam de mim como um filho.

Aos meus **familiares** e **amigos**, pelo apoio na carreira profissional.

Aos **profissionais** dos Núcleos de Saúde da Família, que lutam todos os dias por uma atenção primária de qualidade.

Aos **professores, preceptores** e **amigos** do Departamento de Medicina Social.

Aos **colegas** de trabalho da Prefeitura de Brodowski e da Universidade Estácio de Sá.

À **Dr^a Auxiliadora**, pelo constante auxílio de examinar a vida.

Epígrafe

“É bom ter sonhos.

É bom acreditar neles.

E é melhor ainda transformá-los em realidade.”

(Moacyr Scliar)

Resumo

MOSCOVICI, L. **Avaliação do efeito da Estratégia de Saúde da Família com e sem apoio matricial na prevalência e gravidade de transtornos mentais no município paulista de Ribeirão Preto: um estudo transversal.** 2017. 111f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Objetivos: Avaliar o efeito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção primária, com e sem apoio matricial (AM), na prevalência e gravidade de transtornos mentais (TM). **Casuística e Métodos:** O estudo foi dividido em duas fases. Na primeira fase (Fase 1), 20 estudantes de medicina foram capacitados em três encontros para aplicação do instrumento "Mini - *screening mental disorders* (Mini-SMD)" e para a coleta de dados sociodemográficos. Em seguida, eles receberam, após sorteio eletrônico, endereços residenciais aleatórios das três áreas do estudo - i.e., uma área com cobertura de saúde pela ESF com AM em Saúde Mental (SM), uma área com cobertura pela ESF sem AM e uma terceira área com cobertura pelo modelo de Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Na segunda fase (Fase 2), selecionou-se uma amostra aleatória de 50% dos sujeitos da Fase 1 para confirmação diagnóstica e avaliação de gravidade de sintomas. Cinco profissionais de saúde com nível superior foram submetidas a treinamento de 20 horas para utilização dos instrumentos *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *MINI-TRACKING*, *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7), *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Essas profissionais de saúde, então, receberam os endereços e agendamentos dos pacientes para aplicação da entrevista MINI. Os pacientes com resultado positivo para algum diagnóstico no MINI foram, em seguida, submetidos à aplicação do(s) módulo(s) específico(s) do MINI-TRACKING e do PHQ-9 e/ou GAD-7 e/ou AUDIT e/ou BPRS. **Resultados:** Durante a Fase 1, 1.545 pessoas foram entrevistadas. As avaliações Mini-SMD positivas nas áreas de ESF sem AM, ESF com AM e UBS tradicional foram de 33,9%, 34,6% e 40,3%, respectivamente. O *Odds ratio* (OR) bruto dos resultados na comparação entre a ESF sem AM e UBS tradicional foi 0,76 ($p=0,037$). O OR foi ajustado para área, idade, escolaridade e nível socioeconômico (variáveis que apresentaram OR significativo), com resultado de 0,752 ($p=0,042$). A comparação entre o conjunto ESF com e sem AM *versus* UBS tradicional também mostrou tendência à menor número de TM nas áreas de ESF (OR Bruto=1,294; $p=0,021$; OR Ajustado=1,257; $p=0,048$). Na Fase 2 do estudo, 773 sujeitos foram aleatoriamente selecionados, e desses, 538 concordaram em participar. Nas áreas de ESF sem AM, ESF com AM e UBS tradicional, a avaliação MINI positiva se deu em 39,1%, 35,1% e 48,3%, respectivamente. O OR bruto dos resultados na comparação entre o conjunto ESF com e sem AM *versus* UBS tradicional foi 1,602 ($p=0,012$) e o OR ajustado para sexo, escolaridade e estado civil (variáveis com OR significativo) foi 1,523 ($p=0,028$). Na avaliação da influência da área de residência em função do tipo de cobertura de saúde sobre a gravidade dos TM diagnosticados, não foram observadas diferenças significativas. **Conclusões:** O presente estudo mostrou que o modelo específico de ESF avaliado (com e sem AM) associou-se significativamente com menor prevalência de TM quando comparado a uma área com assistência realizada por UBS tradicional. No tocante à gravidade de sintomas, não foram encontradas diferenças significativas entre as três áreas estudadas.

Palavras-chave: Atenção primária. Estratégia de Saúde da Família. Transtornos mentais. Apoio matricial. MINI-TRACKING. Mini-SMD.

Abstract

MOSCOVICI, L. **Evaluation of the impact of the Family Health Strategy with and without matrix support on the prevalence and severity of mental disorders in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo: a cross-sectional study.** 2017. 111f. Thesis (Doctoral). Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Objectives: To evaluate the impact of the Family Health Strategy (FHS) on primary care, with and without matrix support, on the prevalence and severity of mental disorders (MD). **Casuistic and Methods:** The study was divided into two phases. In the first phase (Phase 1) 20 medical students were trained in three meetings to apply the Mini - screening mental disorders (Mini - SMD) instrument and to collect sociodemographic data. Next, they received random home addresses from the three study areas - i.e., an area with health coverage by the FHS with Matrix Support (MS) in Mental Health (MH), an area covered by the FHS without MS and a third area covered by the traditional Basic Health Unit (BHU) model. In the second phase (Phase 2), a random sample of 50% of Phase 1 subjects was selected for diagnostic confirmation and symptom severity assessment. Five graduated health professionals underwent 20-hour training to apply the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), MINI-TRACKING, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). These health professionals then received the addresses and schedules of the patients for application of the MINI interview. Patients who had tested positive for a diagnosis in the MINI were then submitted to the application of the specific MINI-TRACKING module and PHQ-9 and/or GAD-7 and/or AUDIT and/or BPRS. **Results:** During Phase 1, a total of 1,545 people were interviewed. The Mini-SMD positive evaluations in the areas of FHS without MS, FHS with MS and traditional BHU were 33.9%, 34.6% and 40.3%, respectively. The crude Odds Ratio (OR) of the results in the comparison between FHS without MS and traditional BHU was 0.76 ($p=0.037$). The OR was adjusted for area, age, schooling and socioeconomic level (variables that presented significant OR), with a result of 0.752 ($p=0.042$). The comparison between the FHS set with and without MS versus traditional BHU also showed a trend towards a lower number of MD in the FHS areas (Gross OR=1.294, $p=0.021$, adjusted OR=1.257, $p=0.048$). In the Phase 2 of the study, 773 subjects were randomly selected, and of these, 538 agreed to participate. In the areas of FHS without MS, FHS with MS and traditional BHU, the MINI positive evaluation occurred in 39.1%, 35.1% e 48.3%, respectively. The crude OR of the results in the comparison between FHS with and without MS versus traditional BHU was 1.602 ($p=0.012$) and the adjusted OR for gender, schooling and marital status (variables with significant OR) was 1.523 ($p=0.028$). No significant differences were observed on the severity of symptoms in the evaluation of the influence of the area according to the type of health service delivered. **Conclusions:** The present study showed that the specific model of FHS evaluated (with and without MS) was significantly associated with a lower prevalence of MD when compared to an area with care performed by traditional BHU. Regarding severity of symptoms, no significant differences were found between the three areas studied.

Key-words: Primary care; Family Health Strategy; Mental disorders; Matrix support; MINI-TRACKING; Mini-SMD.

Lista de Figuras

Figura 1: Foto de Lord Dawson Penn	21
Figura 2: Cubo de White	23
Figura 3: Demanda do serviço de saúde por tipo de serviço.....	28
Figura 4: Tipo de unidade de saúde no Brasil (1970-2010).....	29
Figura 5: Fotos aéreas dos dois territórios do estudo com equipes de ESF <u>com</u> AM.....	41
Figura 6: Fotos aéreas dos dois territórios do estudo com equipes de ESF <u>sem</u> AM.....	42
Figura 7: Foto aérea do território do estudo com UBS tradicional.....	43
Figura 8: Desenho do estudo.....	50

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Proporções de utilização de serviços de saúde	23
Tabela 2 - Percentual de TM detectados por médicos assistentes	31
Tabela 3 - Comparações entre as populações e amostras das três áreas estudadas em função do sexo e idade	53
Tabela 4 - Frequência de TM pelo Mini-SMD e resultados da regressão logística, com <i>Odds Ratio</i> bruto e ajustado	55
Tabela 5 - Número de sujeitos por sexo nas três áreas	56
Tabela 6 - Prevalência de TM em três áreas de saúde de Ribeirão Preto	58
Tabela 7 - Frequência de diagnósticos pelo MINI e resultados da regressão logística, com <i>Odds Ratio</i> bruto e ajustado	59
Tabela 8 - Comparação da gravidade de grupos de TM entre três áreas com diferentes coberturas de saúde	60

Lista de Abreviaturas

ACS-	Agente comunitário de saúde
AM-	Apoio matricial
APS-	Atenção primária à saúde
APVP-	Anos Potenciais de Vida Perdidos (do inglês: <i>Years of Potential Life Lost - YPLL</i>)
AUDIT-	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
BPRS-	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
CC-	Cuidado compartilhado
CODERP-	Coordenadoria de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto
CSE-FMRP-USP-	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
FMRP-USP-	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GAD-7-	<i>Generalized Anxiety Disorder Scale-7</i>
HCFMRP-USP-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IC-	Intervalo de confiança
MFC-	Médico de família e comunidade
MINI-	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
Mini-SMD-	<i>Mini Screening Mental Disorders</i>
NASF-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS-	Organização Mundial de Saúde
OR-	<i>Odds Ratio(s)</i>
PACS-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHQ-	<i>Patient Health Questionnaire</i>

PSF-	Programa de Saúde da Família
ROC-	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
SM-	Saúde mental
SRQ-20-	<i>Self-Reporting Questionnaire-20</i>
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM-	Transtornos mentais
UBS-	Unidade Básica de Saúde
WHO-	<i>World Health Organization</i>
WHO-5-	<i>WHO Well-Being Index-5</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Atenção primária à saúde	20
1.2. Estratégia de Saúde da Família	24
1.3. Saúde mental e APS	29
1.4. Cuidado compartilhado e apoio matricial.....	32
1.5. Justificativa do estudo	35
2. OBJETIVOS	36
2.1. Objetivo geral	37
2.2. Objetivos específicos.....	37
2.3. Objetivo secundário.....	37
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	38
3.1. Contexto geral do estudo	39
3.1.1. Área de equipes de ESF <u>com</u> AM	39
3.1.2. Área de equipes de ESF <u>sem</u> AM	41
3.1.3. Área de equipe de cuidados primários sem Estratégia de Saúde da Família (Unidade Básica de Saúde Tradicional).....	43
3.2. Instrumentos	44
3.2.1. <i>Mini Screening Mental Disorders</i> (Mini-SMD)	44
3.2.2. MINI	44
3.2.3. MINI-TRACKING	45
3.2.4. <i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9).....	45
3.2.5. <i>Generalized Anxiety Disorder Scale-7</i> (GAD-7)	45
3.2.6. <i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i> (AUDIT)	46
3.2.7. <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS)	46
3.3. Fases do estudo	46
3.3.1. Fase 1 - estimativa de prevalência de TM	47
3.3.1.1. Sujeitos	47
3.3.1.1.1. Estimativa do tamanho amostral	47
3.3.1.1.2. Critérios de inclusão	47
3.3.1.1.3. Critérios de exclusão	47
3.3.1.2. Coleta de dados	48
3.3.2. Fase 2 - diagnóstico e gravidade de sintomas de TM	49
3.4. Análise dos dados	50
4. RESULTADOS.....	52
4.1. Fase 1 (prevalência estimada de TM).....	53
4.2. Fase 2 (diagnóstico e gravidade)	56
5. DISCUSSÃO	61
6. CONCLUSÕES	68
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
8. ANEXOS	79
9. APÊNDICE.....	106

1- Introdução

1.1 Atenção primária à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz o conceito de Saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades (World Health Organization - WHO, 2016). Nesse sentido, pode-se pensar em muitos fatores que determinam e impactam a nossa saúde de forma geral. A carga genética (o chamado genótipo) de cada indivíduo atua como importante agente na determinação da saúde. Entretanto, o material genético de cada um de nós é influenciado por outros elementos de forma contínua. Podem ser citados, nesse caso, os fatores ambientais, sociais, comportamentais e até mesmo a ação dos profissionais de saúde (principalmente a prática médica). É importante destacar que todos os fatores citados acima funcionam e atuam tanto em nível individual como comunitário/ecológico. Assim, fica clara a necessidade dos Estados e seus respectivos sistemas de saúde serem organizados de maneira que observem tais considerações, concomitantemente à otimização dos recursos financeiros.

Diante desse contexto, é interessante citar o Relatório Dawson, que em 1920 lançou o conceito de territorialização ou redes de atenção. Lord Dawson Penn (Figura 1) descreveu que a atenção à saúde só poderia ser assegurada (e custeada) mediante uma nova forma de organização, dividida em função das necessidades e especificidades de cada comunidade. O relatório descreve a regionalização com o modelo "Centros de Saúde Primários", "Centros de Saúde Secundários" e "Hospitais-Escola". Era o início da Atenção Primária à Saúde (APS). O relatório também apresentou novos e importantes conceitos utilizados até hoje, como por exemplo: i) Território e população adstrita; ii) APS coordenadora do cuidado; iii) porta de entrada do sistema de saúde/acolhimento (Frenk, 2009; Lavras, 2011).

Figura 1 - Foto de Lord Dawson Penn

Fonte: (Wikipedia, 2017)

A APS, também chamada de cuidados primários de saúde (no Brasil recebe o nome específico de atenção básica), é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, isto é, aquele que se oferta como porta de entrada ao sistema. É considerada o *core* dos sistemas de serviços de saúde racionais. A APS, além de funcionar como uma estratégia organizacional da atenção à saúde, tem seu foco na saúde das pessoas (e não na doença), com olhar amplo do cenário em que cada um vive. Além de integrar a atenção, quando há mais de um problema de saúde, a APS é capaz de oferecer atenção a qualquer condição (ainda que conjuntamente com a atenção secundária ou terciária). Muitas vezes, a equipe de atenção primária precisa lidar com problemas de saúde que estão mal

definidos/vagos e que só o contato frequente e o vínculo possibilitam uma conclusão (Starfield, 1994; Lavras, 2011).

De forma resumida, os atributos fundamentais da APS descritos na Declaração de Alma-Ata (1978) são: refletir as condições econômicas, políticas e socioculturais de cada país e suas comunidades; dar atenção aos principais problemas de saúde da população local, visando promoção/proteção, cura e reabilitação; fornecer educação para problemas prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promover a distribuição de alimentos e nutrição apropriada; fornecer água de boa qualidade e saneamento básico; oferecer cuidados de saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar; imunizar contra as principais doenças comunicáveis; prevenir e controlar doenças localmente endêmicas; tratar condições de saúde comuns; fornecer medicamentos essenciais; envolver todos os setores para o desenvolvimento nacional e comunitário, em especial a agropecuária, produção de alimentos, indústria, educação, habitação, as comunicações, obras públicas e outros setores; requerer e promover, com os recursos disponíveis, a autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle da APS; apoiar-se por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando a melhoria dos cuidados em saúde e priorizando os mais necessitados; basear-se, no nível local e de referência, em profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiras, auxiliares, parteiras, agentes comunitários de saúde, assim como em praticantes tradicionais, conforme necessário (habilitados/treinados para trabalhar ao lado das equipes de saúde e responder às necessidades das comunidades) (WHO, 1978; Starfield, 2002).

O clássico estudo de Ecologia do Cuidado Médico, de White, Williams e Greenberg (mais conhecido como "Cubo de White") justifica a importância da APS (White; Williams; Greenberg, 1961). De forma sucinta, este estudo acompanhou a utilização de serviços de saúde de populações de 1.000 pessoas com 16 anos ou mais de idade ao longo de um mês. Na média, 750 pessoas terão algum problema de saúde ou algum sintoma. Dessas, 250 terão que procurar um médico. Nove das 250 pessoas serão hospitalizadas, cinco serão encaminhadas a outro médico e apenas uma pessoa será direcionada para um hospital

universitário (Figura 2). Outra forma de expressar esses números ao longo de um mês é mostrada na Tabela 1.

Figura 2 - Cubo de White

Tabela 1 - Proporções de utilização de serviços de saúde

0,75 da população adulta experienciam algum problema de saúde ou sintoma
0,25 da população consulta um médico
0,009 da população são hospitalizadas
0,005 da população são referenciadas para outro médico
0,001 da população são referenciadas para um hospital-escola terciário

Fonte: (Adaptado de White; Williams; Greenberg, 1961)

1.2 Estratégia de Saúde da Família

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e com a criação da Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a chamada "Lei Orgânica da Saúde", o Brasil vivia o momento exato para o desenvolvimento da APS no país. O primeiro grande passo na busca de uma atenção básica de qualidade foi a implantação oficial, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este Programa daria força para que em 1994 fosse criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) (Escorel et al., 2007).

O PSF tinha o objetivo de construir um novo modelo de atenção integral à saúde. Ele levava em conta objetivos alinhados com os princípios do SUS, como por exemplo, prestar assistência integral (seja no domicílio ou no serviço de saúde) com longitudinalidade/continuidade do cuidado, ter um olhar atento aos fatores de risco a que uma comunidade está exposta, dar ênfase no processo de humanização, estabelecer ações intersetoriais, estimular a participação social, realizar o processo de territorialização, etc (Brasil, 2017a). Com seu crescimento e consolidação, por meio da organização da APS em alinhamento com o que o SUS preconiza, o PSF aumenta seu escopo e em 1997 deixa de ser um programa para tornar-se uma estratégia: a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 28 de março de 2006, por meio da Portaria nº 648, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que regula a ESF como norteadora da APS no país (Brasil, 2017b).

Cada equipe de Saúde da Família é composta de, no mínimo: um médico de família e comunidade ou médico generalista, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe deve prestar assistência à uma área de, no máximo, 4.000 pessoas. Entretanto, recomenda-se que o número de pessoas fique em torno de 3.000 pessoas. Quanto maior a vulnerabilidade social de determinada área, menor deve ser o número de pessoas no território. Toda a área deve ter cobertura dos ACS, respeitando um máximo de 750 pessoas por agente. Importante ressaltar que a equipe de ESF pode ser acrescida de um

cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal, nesse caso deixando de ser uma equipe mínima de Saúde da Família. Seguem, abaixo, todas as atribuições dos profissionais da ESF, transcrito do site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2017c):

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde,

procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;
- XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

- XV. Participar das atividades de educação permanente;
- XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações inter setoriais; e
- XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Atualmente, a ESF está presente em quase seis mil municípios e realiza a cobertura de saúde de aproximadamente 125 milhões de brasileiros. Em termos de proporção de cobertura da população, esse segundo dado significa algo em torno de 65% da população do Brasil coberta na APS pela ESF. Esses números claramente impactam a demanda das pessoas na utilização dos serviços de saúde, bem como o número crescente de tipos de unidades de saúde (Figuras 3 e 4) (Paim et al., 2011; Brasil, 2017d).

Figura 3 - Demanda do serviço de saúde por tipo de serviço

Fonte: (Paim et al., 2011)

Figura 4 - Tipo de unidade de saúde no Brasil (1970-2010)

Fonte: (Paim et al., 2011)

1.3 Saúde mental e APS

Os transtornos neuropsiquiátricos estão entre as principais causas de incapacidade não-fatal, juntamente com as alterações da visão e a perda de audição. Aproximadamente 35% de todos os anos perdidos de vida por incapacidade no mundo são decorrentes de transtornos mentais (TM) (Lopez et al., 2006). De acordo com o relatório mundial *Global Burden Disease*, de 2004, depressão, transtorno do pânico, uso de álcool e transtornos psicóticos estão entre as 20 principais causas de morbidade (WHO, 2008). No Brasil, o estudo de Andrade et al. (2012), desenvolvido na área metropolitana do município de São

Paulo, encontrou prevalência de TM não-psicóticos de 29,6% em um ano (Andrade et al., 2012). Nesta mesma área verificou-se que 5,4% da população apresentava sintomas psicóticos clinicamente relevantes (Loch et al., 2011). Com relação à prevalência de TM, especificamente dentro da APS, no Brasil, os dados variam de 25% a 56% (Busnello; Lima; Bertolote, 1983; Mari, 1987, Fortes; Villano; Lopes, 2008).

A relação entre o aparecimento e a evolução dos TM tem sido estudada e relacionada com uma gama de variáveis demográficas (como sexo, idade, nível educacional, nível de renda, presença de estressores, etc), variáveis clínicas (características de personalidade, comorbidade com outros TM e/ou com doenças não psiquiátricas, gravidade da sintomatologia e/ou da incapacidade, etc) e, também, variáveis sobre o contato com serviços de saúde. Esta última, principalmente, relacionada à questão do acesso e da qualidade do serviço, bem como o padrão de funcionamento, incluindo a comunicação entre a APS e a atenção especializada em Saúde Mental (SM) (Ustun, 1998; Sartorius, 1999; Thornicroft; Tansella, 1999; Tylee, 1999; Goldberg; Mann; Tylee, 2001).

Dados do documento da OMS “*Integrating mental health into primary care - A global perspective*”, mostram números impactantes: em países de alta renda, aproximadamente 50% dos portadores de algum TM não estão em seguimento em serviços de saúde. Em países de média e baixa renda, esse número pode chegar à 67% e até mesmo 85%, nos casos de TM graves (WHO; WONCA, 2008). Também nesse mesmo documento é lembrado o problema da baixa detecção de TM na APS (Tabela 2). Mesmo nos pacientes confirmados como portadores de TM, o seguimento e tratamento pelos profissionais da APS é feito, muitas vezes, de forma precária (WHO; WONCA, 2008). Os TM também levam ao aumento da utilização dos serviços de saúde, diminuição da qualidade de vida, piora das doenças ou condições crônicas (ex.: diabetes melito, doença coronariana e asma) e aumento da mortalidade geral. Uma revisão sistemática de 2016 mostrou risco relativo combinado de mortalidade entre pessoas com TM de 2,22 (IC 95%, 2,12 - 2,33). Essa mesma revisão também trouxe dados referentes a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) (do inglês: *Years of Potential Life Lost - YPLL*). O resultado foi de que pessoas com TM tiveram mais APVP quando

comparadas à população geral. Na mortalidade geral, a redução na expectativa de vida variou de 1,4 anos até 32 anos, com uma mediana de 10,1 anos (Aragonès; Piñol; Labad, 2007; Moussavi et al., 2007; Walker; McGee; Druss, 2015).

Tabela 2 - Percentual de TM detectados por médicos assistentes

	Depression	Generalized anxiety disorder	Somatization disorder	Any diagnosis (except harmful use of alcohol) ^a	Harmful use of alcohol
	% recognized	% recognized	% recognized	% recognized	% recognized
Rio de Janeiro, Brazil	44	32	43	36	0
Santiago, Chile	74	61	89	74	98
Shanghai, China	21	20	12	16	45
Paris, France	62	50	66	47	46
Berlin, Germany	57	55	56	56	14
Mainz, Germany	56	65	96	60	29
Athens, Greece	22	13	11	17	0
Bangalore, India	46	35	31	40	0
Verona, Italy	70	74	100	75	10
Nagasaki, Japan	19	23	0	18	4
Groningen, Netherlands	60	59	75	51	31
Ibadan, Nigeria	40	67	33	55	33
Ankara, Turkey	28	26	34	24	21
Manchester, United Kingdom	70	72	100	63	7
Seattle, United States of America	57	47	80	57	12
Total	54	46	64	49	Not available

Fonte: (Adaptado de WHO; WONCA, 2008)

Em virtude do panorama exposto acima, diversas estratégias operacionais foram desenvolvidas e têm sido utilizadas para aumentar a detecção, aprimorar o tratamento e melhorar o seguimento dos TM na APS. Inúmeros instrumentos/ferramentas/questionários de rastreio e de diagnóstico foram formulados e propostos para melhorar a capacidade de detecção e seguimento

dos TM. Exemplos desses instrumentos são: o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20), o *WHO Well-Being Index-5* (WHO-5), os quadros COOP-WONCA (em especial, no caso de SM, o quadro "Sentimentos"), o *Patient Health Questionnaire* (PHQ), o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), etc (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001; Primack, 2003; De Azevedo-Marques; Zuardi, 2011; van der Westhuizen et al., 2016). No Brasil, é possível citar como exemplo de instrumento nacional o "Cartão Babel - Saúde Mental na Atenção Básica", uma adaptação do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morris (Gonçalves et al., 2009). Um modelo que também tem ganho cada vez mais notoriedade para a condução dos TM na APS é o Cuidado Compartilhado (no Brasil denominado Apoio Matricial).

1.4 Cuidado compartilhado e apoio matricial

O modo como funciona a relação entre a APS e a assistência especializada em SM também tem se mostrado uma variável significativa quanto ao reconhecimento e à evolução das pessoas portadoras de TM (WHO; WONCA, 2008). Uma série de estudos sobre essa interface mostram resultados muito positivos de modelos que se caracterizam pelo contato intenso, personalizado e contínuo, envolvendo profissionais de APS e de SM (Foy et al., 2010; Archer et al., 2012). Tais intervenções, normalmente se caracterizam por: a) garantia do acompanhamento personalizado do paciente pelo mesmo profissional de APS (médico e/ou enfermeiro) e, se necessário, pelo mesmo profissional especializado (psiquiatra e/ou psicólogo e/ou enfermeiro) durante o tratamento; b) treinamento da equipe de APS em técnicas de entrevista e/ou instrumentos diagnósticos (questionários de rastreamento, "*check-lists*", entrevistas diagnósticas adaptadas para uso por médicos e/ou enfermeiros) e diretrizes farmacológicas e/ou psicoterápicas, com o treinamento ocorrendo, inclusive, em atividades de consultoria realizadas por profissionais especializados; c) disponibilidade de estrutura física adequada e de tempo suficiente para os médicos e enfermeiros da APS poderem rastrear, diagnosticar e tratar adequadamente os TM; d) consultoria estável ao longo do tempo dos mesmos profissionais especializados (psiquiatra,

psicólogos, enfermeiros especializados), com realização de atendimento conjunto, discussão de casos e de temas com a equipe de APS; e) um componente de ligação explícito por meio desses mesmos profissionais especializados, seja para facilitar o início rápido do tratamento pelos especialistas dentro do próprio serviço, seja para encaminhamento ao serviço especializado de SM (se for o caso). Vários autores internacionais denominam essa abordagem descrita como cuidado compartilhado (*shared care*), cuidado colaborativo (*collaborative care*) ou cuidado integrado (*integrated care*). A primeira vez que o termo cuidado colaborativo foi utilizado data de 1995, quando um profissional da APS e um psiquiatra desenvolveram uma intervenção conjunta (Archer et al., 2012).

Conforme descrito anteriormente, vasta gama de ações pode compor o cuidado compartilhado (CC). Entretanto, pelo menos quatro critérios são minimamente necessários para se definir CC (Katon et al., 1995; 1996; Robinson et al., 1997; Gask; Croft, 2000; Hodges; Inch; Silver, 2001; Katon et al., 2001; Gilbody et al., 2003; Goldberg, 2003; Bazian, 2005; Bower; Gilbody, 2005; Gilbody et al., 2006; Gunn et al., 2006; Kates; Mach, 2007; Williams Jr et al., 2007; Gask; Lester, 2008; Archer et al., 2012):

1. Abordagem multiprofissional ao cuidado dos pacientes;
2. Plano de cuidado estruturado;
3. Seguimento/acompanhamento programado dos pacientes;
4. Comunicação interprofissional intensificada.

Vale ressaltar que algumas correntes científicas só consideram o termo "cuidado colaborativo" quando da presença de um trabalhador de saúde específico denominado *case manager*. Esse é, na maioria das vezes, porém não necessariamente, um profissional de saúde que se responsabiliza pela condução do seguimento junto com os profissionais da APS, podendo receber orientações dos especialistas em SM. Ele trabalha com diversas abordagens, que incluem: monitoramento dos sintomas, avaliação da aderência farmacológica e/ou psicoterápica, realização de alguma intervenção quando o tratamento não está sendo eficaz e suporte psicológico (Gilbody et al., 2006; Archer et al., 2012). Já existem inúmeros estudos (incluindo meta-análises) na América do Norte e

Europa mostrando a melhor evolução dos pacientes com TM que tiveram acesso ao CC em SM na atenção primária (Gilbody et al., 2006; Ell et al., 2010; Fann; Fan; Unützer, 2009; Rollman et al., 2009; Katon et al., 2010; Pyne et al., 2011; Archer et al., 2012; Joesch et al., 2012; Kilbourne et al., 2013a,b; Richards et al., 2013; Schaefert et al., 2013; Huffman et al., 2014).

No Brasil, o contato e suporte entre profissionais da APS e especializados - não exclusivamente em SM - recebem o nome específico de Apoio Matricial (AM) (Brasil, 2014). O AM é o "nosso CC", que de forma resumida e adequado para a realidade da APS brasileira, funciona por meio da integração entre os profissionais de equipes de Saúde da Família e equipes multiprofissionais/profissionais especializados. Essa articulação entre ESF e equipes de retaguarda especializadas tem como objetivo aumentar as ações de saúde possíveis dentro da APS, bem como auxiliar, dentro das redes de atenção à saúde (níveis secundário e/ou terciário), a coordenação do cuidado dos usuários. Dentro do AM é possível que o cuidado seja prestado de forma individual pelos profissionais especializados, embora esses atendimentos devam ser pontuais, em situações específicas e previamente pactuados com a equipe de Saúde da Família. Também é do âmbito do AM fornecer suporte pedagógico e não somente o caráter técnico-assistencial. Dessa forma, deve ser promovido apoio por meio de ações de educação (multidisciplinar) permanente em saúde.

Com o objetivo de apoiar, ampliar a inserção, melhorar a resolutividade e consolidar a ESF, o Ministério da Saúde criou em 2008 os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O matriciamento, ou AM, constitui o cerne das atividades dos NASF. É com o AM (com suas diversas facetas e formas de atuação) que o NASF funciona dentro da APS, em conjunto com as equipes de atenção básica. Atualmente o NASF funciona por três modalidades, denominadas NASF 1, NASF 2 e NASF 3. Em síntese, o que diferencia cada uma das modalidades é o número de equipes de Saúde da Família vinculadas e a carga horária dos profissionais que atuam no NASF (Brasil, 2014).

1.5 Justificativa do estudo

Apesar da expansão da ESF no Brasil, onde aproximadamente 82 milhões de pessoas estão sob os cuidados de equipes de Saúde da Família, apenas uma pequena fração conta com a estratégia do matriciamento.

Embora a literatura internacional mostre inúmeros estudos a respeito do efeito do CC nos TM (principalmente no contexto da APS), no Brasil esse ainda é um campo de observação incipiente.

Especificamente no contexto nacional, podem ser citados, na presente data, alguns estudos qualitativos (Campos et al., 2011; Onocko-Campos et al., 2012; Athié; Fortes; Delgado, 2013) e apenas dois estudos quantitativos sobre o efeito do AM nos TM na APS. Um dos estudos quantitativos (Gonçalves et al., 2013) avaliou o efeito de uma intervenção - um programa multifacetado em SM, com duração total de 96 horas. O principal objetivo desse estudo foi avaliar o efeito do programa na capacidade dos profissionais da APS em identificar TM. Ao final do estudo, entretanto, não foi observada diferença na capacidade de identificar TM após a intervenção com AM. Todavia, nesse mesmo estudo, ao se separarem as categorias profissionais na análise, foi observado que a enfermagem aumentou a capacidade de reconhecer TM (o que não aconteceu com os médicos). O outro estudo (Moscovici; Azevedo-Marques; Zuardi, 2016), um estudo piloto, observacional, comparou a evolução de pacientes com ansiedade e/ou depressão ao longo de 12 meses na ESF com AM e na ESF sem AM, observando-se diminuição da intensidade de sintomas significativamente maior nos pacientes seguidos na ESF com AM.

O presente estudo procurou responder, com dados quantitativos, à lacuna científica no cenário da saúde pública brasileira com relação ao efeito do AM na detecção, no diagnóstico, tratamento e na evolução de pessoas portadoras de TM na APS.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Relacionar a prevalência e gravidade dos TM às variáveis demográficas, clínicas e de contato com os serviços de APS, em um município do interior do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- a) Comparar o efeito de uma cobertura de saúde realizada por meio da ESF com e sem AM sobre a prevalência e gravidade de TM;
- b) Comparar o efeito da cobertura de saúde realizada por meio da ESF sem AM com a de uma UBS tradicional sobre a prevalência e gravidade de TM;
- c) Comparar o efeito de variáveis demográficas (gênero, idade, escolaridade, estado civil, situação laboral e nível socioeconômico) sobre a prevalência e gravidade de TM.

2.3 Objetivo secundário

Realizar uma estimativa da prevalência de TM em uma região do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.

3. Casuística e Métodos

3.1 Contexto geral do estudo

Trata-se de um estudo transversal, dividido em duas fases, realizado em três áreas do município de Ribeirão Preto-SP: i) uma área com duas equipes de ESF com AM; ii) uma área com duas equipes de ESF sem AM; e iii) uma área com uma equipe de cuidados primários sem ESF, isto é, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Proc. nº 13325/2012 (Anexo A).

3.1.1 Área de equipes de ESF com AM

Área do distrito oeste de Ribeirão Preto, onde a população (aproximadamente 4.590 pessoas) pode realizar o seguimento de saúde em duas unidades com ESF (Núcleos de Saúde da Família I e II), vinculadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Essas duas unidades contam com AM em SM (Figura 5). Na época do estudo, cada Núcleo contava com a seguinte formação de equipe: um médico de família e comunidade (MFC), uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro ACS.

O AM é realizado com a visita semanal de um psiquiatra do HCFMRP-USP). Além do psiquiatra, participam desses encontros os profissionais da equipe de ESF envolvidos nos assuntos a serem abordados. Sempre ocorre a participação de um MFC e/ou de uma enfermeira da ESF e, conforme o caso, o técnico de enfermagem e o ACS da microárea de determinado paciente em questão. Esses encontros têm duração aproximada de 1 hora e 30 minutos e neles ocorrem:

- Discussões de casos ou temas de SM que as equipes da ESF sentem dificuldade de realizar o manejo (os quais são definidos anteriormente, durante as reuniões semanais internas dessas equipes);
- Reflexões do grupo sobre SM na APS;
- Atendimento conjunto de pacientes selecionados que fazem

seguimento psiquiátrico nessas unidades de ESF.

Os pacientes também podem ser acompanhados pelo psiquiatra matriciador nas próprias sedes das duas equipes da ESF em atendimentos individuais, desde que seja um número limitado de atendimentos (no máximo oito encontros), se assim for definido consensualmente nos encontros semanais. Os MFC também têm acesso ao psiquiatra via telefone celular ou *e-mail* para eventuais consultorias rápidas em outros momentos, além dos encontros, se necessário. Os pacientes que necessitam de atendimento na atenção secundária ambulatorial (conforme decisão consensual nos encontros semanais entre profissionais de APS e de SM) são seguidos por esse mesmo psiquiatra e por uma psicóloga em um ambulatório especializado de SM no Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (CSE-FMRP-USP). Os profissionais matriciadores também entram em contato com membros das equipes de outros serviços especializados de SM do município (Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-Dia, serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, enfermarias de psiquiatria em hospital geral ou hospital psiquiátrico, serviços ambulatoriais psiquiátricos do hospital universitário) para facilitar o acesso dos pacientes aos mesmos. Apenas atendimentos de emergência psiquiátrica de nível terciário são encaminhados diretamente pelas equipes de ESF, por meio da Central Municipal de Regulação de Urgências/Emergências, para serviços de urgências/emergências gerais ou mesmo especializados em psiquiatria. Adicionalmente, os MFC dessas duas unidades realizaram, por 12 meses, durante a residência médica em Medicina de Família e Comunidade, quarenta seminários teóricos sobre SM na APS, com duas horas de duração cada, os quais incluíram: 1) os fundamentos do atendimento à saúde centrado na pessoa; 2) os fundamentos psicoterapêuticos da relação médico-paciente; 3) princípios de entrevista motivacional; 4) como integrar o atendimento dos TM dentro da abordagem centrada no paciente; 5) discussão sobre rastreamento, diagnóstico e tratamento dos diferentes transtornos mentais na APS e; 6) treinamento no instrumento MINI, incluindo dramatizações de atendimento. Esses dois MFC também participaram de estágio prático no serviço de emergência psiquiátrica da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, previamente, com carga horária de 300 horas.

Figura 5 - Fotos aéreas dos dois territórios do estudo com equipes de ESF com AM

Fonte: (Google Maps®)

3.1.2 Área de equipes de ESF sem AM

Área do distrito oeste de Ribeirão Preto, onde a população (aproximadamente 5.378 pessoas) pode realizar o seguimento de saúde em duas unidades com ESF (Unidades de Saúde da Família - Eugênio Mendes Lopes I e II) vinculadas à FMRP-USP (Figura 6). Na época do estudo, cada Unidade de Saúde da Família contava com a seguinte formação de equipe: um MFC, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco ACS e um auxiliar administrativo.

Essas duas unidades não contam com AM em SM, porém os MFC dessas duas unidades também tiveram formação em SM durante a residência médica de Medicina de Família e Comunidade (descrito acima no item 3.1.1).

Figura 6 - Fotos aéreas dos dois territórios do estudo com equipes de ESF sem AM

Fonte: (Google Maps®)

3.2 Instrumentos

3.2.1 *Mini Screening Mental Disorders (Mini-SMD)*

Instrumento que realiza o rastreio de TM na população geral e indica área(s) provável(is) do(s) diagnóstico(s) final(is) (ansiedade, depressão, síndrome psicótica e/ou uso de álcool/substância). O Mini-SMD foi desenvolvido a partir de itens extraídos de instrumentos de rastreamento validados para TM específicos. É composto por nove itens que avaliam quatro categorias de diagnósticos principais: depressão, ansiedade, abuso de álcool e/ou abuso de substâncias e distúrbios psicóticos. O Mini-SMD foi validado na mesma população do presente estudo (Bolsoni, 2016). Nesse estudo, as curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC), considerando a presença ou ausência de qualquer TM mostrou uma área sob a curva (AUC) de 0,836. O diagnóstico de TM foi realizado pelo instrumento de entrevista MINI, validado na versão em português do Brasil (de Azevedo Marques; Zuardi, 2008). Considerando um ponto de corte >3, o Mini-SMD mostrou sensibilidade de 0,80 e especificidade de 0,75. A validade concomitante foi avaliada em relação ao item Sentimentos do instrumento Quadros COOP-WONCA (*Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network*). Este item (Sentimentos) mostrou características psicométricas semelhantes ao SRQ-20 e WHO-5 (de Azevedo Marques; Zuardi, 2011). A visualização do instrumento, bem como a interface nos *tablets/smartphones*, podem ser encontradas nos Anexos B e C e Apêndice, respectivamente.

3.2.2 MINI

Entrevista semiestruturada de aplicação rápida, que permite explorar aqueles diagnósticos que nos estudos epidemiológicos têm apresentado prevalência de pelo menos 0,5% no último ano. Possui módulos que exploram transtornos específicos do eixo I do DSM-IV, um módulo para síndrome psicótica e um para risco de suicídio. Uma de suas aplicações é a coleta sistemática de informações para estabelecimento ou confirmação de hipóteses diagnósticas em

cuidados primários, segundo critérios precisos. Apresentou bons índices de validade em estudos multicêntricos e no Brasil (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000; Azevedo Marques; Zuardi, 2008; Azevedo Marques, 2009).

3.2.3 MINI-TRACKING

Traduzido e adaptado para o português (Moscovici, 2013). Este instrumento é muito semelhante ao MINI, variando apenas nas respostas, que ao invés de “sim” e “não”, apresentam cinco graduações de gravidade. As opções de resposta recebem graduação de 0 (nada) a 4 (extremamente), permitindo, dessa forma, quantificar cada módulo do MINI-TRACKING com um escore standardizado, que é igual à soma das notas de cada item em determinado módulo, dividido pelo número de itens (Anexo C).

3.2.4 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

O PHQ-9 possui nove itens que avaliam os critérios para depressão do DSM-IV. A gravidade da depressão pode ser avaliada pela somatória dos escores de cada questão, que varia de 0 (ausente) até quase todo dia (3). Um estudo de revisão das características psicométricas desse instrumento encontrou sensibilidade de 0,77 e especificidade de 0,95 (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001). O PHQ-9 é validado no Brasil em cuidados primários de saúde (de Lima Osório et al., 2009).

3.2.5 Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)

O GAD-7 é composto de sete itens com graduação entre ausente (0) e quase todo dia (3). Vários estudos comprovaram a fidedignidade e validade do instrumento, tanto em cuidados primários como na população geral (Kroenke et al., 2007; Löwe et al., 2008).

3.2.6 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

O AUDIT é constituído por dez itens, pontuados em uma escala tipo likert de zero a quatro. Suas questões avaliam: a quantidade e a frequência do consumo de álcool, a ocorrência de sintomas de dependência do álcool, e os problemas na vida relacionados ao consumo de álcool. Foi criado pela OMS no final dos anos 80 e foi traduzido e validado para o português do Brasil (Figlie et al, 1997; Meneses-Gaya et al., 2010). O AUDIT apresenta valores de sensibilidade de 0,88, especificidade de 0,92 e área sob a curva de 0,96.

3.2.7 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

A Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS), desenvolvida por Overall e Gorham (1962), é uma das escalas mais utilizadas para avaliar evolução de sintomas psiquiátricos, incluindo sintomas psicóticos. É constituída de 18 itens, que na versão de Bech; Kastrup e Rafaelsen (1986) possuem cinco graus de gravidade (0 a 4) com definições operacionais para cada grau. Esta versão da escala foi validada para o português por Zuardi et al. (1994).

3.3 Fases do estudo

O presente estudo foi dividido em duas fases de coleta de dados. A primeira fase (denominada Fase 1) teve como objetivo realizar uma estimativa de prevalência de TM, por um instrumento de rastreio, numa amostra de moradores das três áreas. A segunda fase (denominada Fase 2) teve como foco a confirmação diagnóstica e avaliação de gravidade dos sintomas, numa amostra menor de moradores das três áreas.

3.3.1 Fase 1 - estimativa de prevalência de TM

3.3.1.1 Sujeitos

3.3.1.1.1 Estimativa do tamanho amostral

A estimativa do tamanho da amostra foi calculada usando a fórmula: $n = (Z^2 \times P(1-P))/E^2$, em que **n** é o tamanho da amostra, **Z** é o valor da distribuição normal correspondente ao intervalo de confiança desejado, **P** é a proporção esperada e **E** a margem de erro entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional. Como o tamanho da população pode ser especificado, o tamanho amostral obtido pela fórmula acima (para população considerada infinita) foi ajustado pela fórmula: $n = N \times n / (N + n)$, sendo **N** o tamanho da população (Ausvet, 2017). Para o cálculo considerou-se: o tamanho da população em cada uma das três áreas tinha, na média, 4.000 habitantes (Sistema de Informação de Atenção Básica - Município de Ribeirão Preto, acessado em julho de 2012); a proporção de TM sendo de 0,35 (0,30 para transtornos mentais não-psicóticos e 0,054 para sintomas psicóticos clinicamente relevantes); um nível de confiança de 0,975; uma margem de erro de 0,05. Com esses dados, a amostra deveria ter, no mínimo, 411 sujeitos.

3.3.1.1.2 Critérios de inclusão

Para participar do estudo, os entrevistados deveriam ser moradores de uma das três áreas e ter 18 anos completos ou mais.

3.3.1.1.3 Critérios de exclusão

Os participantes não podiam apresentar demência ou qualquer quadro cognitivo que comprometesse o entendimento das perguntas realizadas.

3.3.1.2 Coleta de dados

Utilizou-se uma base cartográfica digital, isto é, um sistema de informação geográfica dos lotes fiscais das duas regiões estudadas. Essas informações foram obtidas com material da Coordenadoria de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto (CODERP). Foram identificados os lotes que estariam dentro da área de abrangência do estudo. A marcação de quais lotes eram utilizados para fins residenciais já existia previamente. Ao final desse mapeamento, foi realizado um sorteio aleatório das residências que deveriam receber a visita dos triadores do estudo.

Para a realização da Fase 1, foram contratados 20 estudantes de medicina da FMRP-USP (chamados “triadores”). Esses estudantes recebiam individualmente, de forma aleatória, pacotes com endereços residenciais das três áreas do estudo. Todos os estudantes estavam cegos quanto à quais serviços de saúde pertenciam os endereços fornecidos. Sempre eram entregues números iguais de endereços das diferentes áreas. Os triadores participaram de três encontros/*workshops* (com carga horária total de 6 horas) de capacitação para rastreio populacional de TM, incluindo como aplicar o instrumento Mini-SMD.

Para facilitar o processo de coleta de dados foi desenvolvido, especificamente para o estudo, um *software* para *smartphones/tablets*, contendo uma versão eletrônica do Mini-SMD e uma página de dados sociodemográficos, incluindo os parâmetros do Critério Brasil - IBGE (ABEP, 2012). Todos os dados da coleta eram gravados *off-line* e, quando os triadores estivessem em ambiente com *internet*, as informações coletadas eram enviadas (*upload*) para uma planilha geral integrada. Esse programa foi utilizado para digitar as informações durante as visitas aos domicílios (Apêndice).

Durante as visitas aos domicílios, caso os triadores não obtivessem êxito em três tentativas diferentes (p. ex. ninguém em casa), eles visitavam a residência imediatamente à direita, sempe se apresentando e fornecendo todas as informações sobre a pesquisa. Em seguida, eram registrados todos os moradores da residência e seus horários mais convenientes para responderem aos instrumentos de rastreamento. Nessa mesma visita, os moradores que

estavam no domicílio e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Fase 01 (Anexo D) foram individualmente entrevistados. Os demais, que não se encontravam naquele momento, eram entrevistados em visitas posteriores, nos horários de sua conveniência, com agendamento prévio. Todos os moradores do domicílio sorteado que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE foram entrevistados. A Fase 1 teve início em 01 de maio de 2013 e terminou em 31 de dezembro de 2013.

3.3.2 Fase 2 - diagnóstico e gravidade de sintomas de TM

Para confirmação diagnóstica e avaliação da gravidade foi selecionada uma amostra aleatória de 50% dos pacientes submetidos à Fase 1 da pesquisa. Esses pacientes foram contatados por telefone para o agendamento de uma segunda visita. Os sujeitos que concordaram, receberam a visita de uma profissional de saúde para a realização de uma entrevista mais prolongada (com objetivo de confirmação diagnóstica e avaliação de gravidade de sintomas).

Foram contratadas cinco profissionais de saúde com nível superior (quatro psicólogas e uma terapeuta ocupacional). Foram realizados cinco encontros (total de 20h) para a capacitação das mesmas nos instrumentos MINI, MINI-TRACKING, PHQ-9, GAD-7, AUDIT e BPRS (previamente descritos no item 3.2). As cinco profissionais receberam, periodicamente, uma lista com os agendamentos realizados previamente, via telefone, pela Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP, de pacientes que haviam sido entrevistados na Fase 1. Elas se apresentavam no domicílio no dia e horário agendados e aplicavam naquele(s) indivíduo(s) selecionado(s) o MINI, o MINI-TRACKING e o PHQ-9 e/ou o GAD-7 e/ou o AUDIT e/ou o BPRS (dependendo do diagnóstico encontrado no instrumento MINI, ou seja, PHQ-9 para depressão, GAD-7 para ansiedade, AUDIT para abuso/dependência de álcool e BPRS para sintomas psicóticos). Nos pacientes em que o MINI era negativo, a entrevista se encerrava. O intervalo de tempo entre a entrevista da Fase 1 e a visita das profissionais era normalmente de duas semanas, nunca ultrapassando quatro semanas (Figura 8). Todas as entrevistas dessa fase também só foram realizadas após assinatura de novo

TCLE Fase 2 (Anexo D).

Figura 8 - Desenho do estudo

3.4 Análise dos dados

O teste do qui-quadrado foi usado para comparar a idade e o sexo da população com as amostras do estudo em cada área. A análise de regressão logística univariada binária foi utilizada para determinar o efeito da área e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, educação, estado civil, status de emprego e nível socioeconômico) na ocorrência de TM (estimativa de Mini-SMD: positiva quando a pontuação era >3). As variáveis com $p < 0,10$ (entre 0,06 e 0,10 foram interpretadas como tendo significância estatística limítrofe) foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla (Odds Ratio Ajustado). Os resultados são relatados como *Odds Ratio* (OR) não corrigido (bruto) e OR ajustado com intervalo de confiança (IC) de 95%. Para avaliar a influência da área da residência, em função do tipo de cobertura de saúde, sobre a gravidade dos TM diagnosticados, foram agrupados os diagnósticos em quatro categorias: Transtornos depressivos (Episódio Depressivo Maior e Distímia), Transtornos de Ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno Obsessivo Compulsivo), Abuso/Dependência de Álcool e Síndrome Psicótica. A intensidade dos sintomas foi avaliada pelo MINI-

TRACKING (média dos módulos agrupados nas categorias Depressão e Ansiedade e pelos módulos Abuso/Dependência de Álcool e Síndrome Psicótica) e pelo PHQ-9, GAD-7, AUDIT e BPRS, respectivamente, para as categorias depressão, ansiedade, abuso/dependência de álcool e síndrome psicótica. A comparação dos resultados foi realizada por meio da Análise de Variância (ANOVA). A análise estatística foi realizada utilizando o *software* SPSS 20.0 (IBM Corp, 2012).

4. Resultados

4.1 Fase 1 (prevalência estimada de TM)

Foram entrevistados 1.545 sujeitos, sendo 487 pertencentes à área com ESF, 549 da área com ESF + AM e 509 da área com UBS tradicional. A porcentagem de recusas, principalmente por não disponibilidade de horários, foi de aproximadamente 30%. As comparações entre as amostras e as populações das respectivas áreas em relação ao sexo e à idade estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Comparações entre as populações e amostras das três áreas estudadas em função do sexo e da idade

			Amostra	População*	Qui-Quadrado	Signif.
			N (%)	N (%)		
ESF com AM	SEXO	MASC	249 (45,4)	1711 (44,1)	0,303	p=0,582
		FEM	300 (54,6)	2168 (55,9)		
	IDADE	18-39	180 (32,8)	1443 (37,2)	4,943	p=0,085
		40-59	190 (34,6)	1191 (30,7)		
		>60	179 (32,6)	1246 (32,1)		
ESF sem AM	SEXO	MASC	231 (47,4)	1822(47,6)	0,005	p=0,944
		FEM	256 (52,6)	2006 (52,4)		
	IDADE	18-39	222 (45,6)	2180 (56,9)	26,137	p<0,001
		40-59	205 (42,1)	1344 (35,1)		
		>60	60 (12,3)	301 (7,9)		
UBS Tradicional	SEXO	MASC	223 (43,8)	2312 (44,8)	0,179	p=0,672
		FEM	286 (56,2)	2850 (55,2)		
	IDADE	18-39	164 (32,2)	2110 (40,9)	20,102	p<0,001
		40-59	161(31,7)	1619 (31,3)		
		>60	184 (36,1)	1433 (27,8)		

Fonte: (Dados obtidos do Sistema de Informação de Atenção Básica em Julho/2012)

Observou-se que as amostras não diferiram significativamente das populações com relação ao sexo nas três áreas. Contudo, em relação à idade, nas áreas com ESF sem AM e UBS, ocorreu porcentagem maior de sujeitos com mais de 60 anos na amostra em relação à população.

Dadas as diferenças sociodemográficas entre as áreas, utilizou-se o método de regressão logística para o estudo da influência da área de residência e das variáveis sociodemográficas na ocorrência ou não de TM, estimada pelo Mini-SMD. Na Tabela 4 estão apresentadas as frequências de diagnósticos de TM, estimadas pelo Mini-SMD, e as associações entre elas e as variáveis: área de residência, sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação laboral e nível socioeconômico.

Tabela 4 - Frequência de TM pelo Mini-SMD e resultados da regressão logística, com *Odds Ratio* bruto e ajustado

VARIÁVEIS	TRANSTORNO MENTAL		OR Bruto (IC-95%) [Signif.]	OR Ajustado* (IC-95%) [Signif.]
	[N (%)] - Mini-SMD			
	NEGATIVO	POSITIVO		
Área (UBS x ESF sem AM)				
UBS	304 (59,7)	205 (40,3)	0,760 (0,587 - 0,984) [p=0,037]	0,752 (0,572 - 0,989) [p=0,042]
ESF sem AM	322 (66,1)	165 (33,9)		
Área (com AM x sem AM)				
ESF com AM	359 (65,4)	190 (34,6)	1,033 (0,799 - 1,336) [p=0,805]	-
ESF sem AM	322 (66,1)	165 (33,9)		
Área (ESF+[ESF com AM] x UBS)				
UBS	304 (59,7)	205 (40,3)	1,294 (1,039 - 1,610) [p=0,021]	1,257 (1,002 - 1,575) [p=0,048]
ESF + (ESF com AM)	681 (65,7)	355 (34,3)		
Sexo				
Masculino	460 (65,4)	243 (34,6)	1,143 (0,928 - 1,408) [p=0,210]	-
Feminino	525 (62,4)	317 (37,6)		
Idade				
Mediana**	47 anos	45 anos	0,995 (0,989 - 1,000) [p=0,072]*	0,982 (0,982 - 0,995) [p=0,001]
Escolaridade				
Primário incompleto	215 (58,7)	151 (41,3)	1,578 (1,135 - 2,194) [p=0,007]	1,593 (1,078 - 2,354) [p=0,019]
Primário completo	164 (62,1)	100 (37,9)	1,370 (0,959 - 1,957) [p=0,083]	1,222 (0,834 - 1,791) [p=0,303]
Colegial completo	415 (64,9)	224 (35,1)	1,213 (0,896 - 1,642) [p=0,212]	1,100 (0,807 - 1,501) [p=0,546]
Superior completo	191 (69,2)	085 (30,8)	-	
Estado Civil				
Casado/Relação estável	599 (65,5)	315 (34,5)	-	-
Solteiro	246 (61,3)	155 (38,7)	1,198 (0,940 - 1,528) [p=0,145]	-
Divorciado/Viúvo	138 (60,8)	89 (39,2)	1,226 (0,909 - 1,654) [p=0,181]	-
Situação Laboral				
Autônomo/Empregado	592 (63,3)	343 (36,7)	1,034 (0,806 - 1,327) [p=0,791]	-
Do lar/estudante	152 (65,0)	082 (35,0)	0,963 (0,685 - 1,355) [p=0,829]	-
Desempregado/Afastado	241 (64,1)	135 (35,9)	-	
Nível Socioeconômico				
D/E	43 (55,1)	35 (44,9)	1,720 (1,078 - 2,745) [p=0,023]	1,374 (0,827 - 2,281) [p=0,220]
C	327 (58,3)	234 (41,7)	1,512 (1,216 - 1,881) [p<0,001]	1,360 (1,069 - 1,730) [p=0,012]
A/B	615 (67,9)	291 (32,1)	-	-

*Ajustado pelas variáveis com OR bruto significativo ($p<0,05$) ou com tendência à significância ($p<0,10$);

**Idade analisada como variável não categórica;

+Tendência à significância ($p<0,10$) OR=*Odds Ratio*; AM=Apoio Matricial; em **negrito** as associações significantes.

A comparação entre as áreas com ESF sem AM e a área com cobertura por UBS tradicional evidenciou um número significativamente maior de TM nessa última. Não houve diferença na estimativa de prevalência de TM entre as áreas com cobertura de ESF com e sem AM. O conjunto das duas áreas de ESF (com e sem AM), também mostrou um número significativamente menor de TM quando comparado com a UBS tradicional. Os OR brutos também foram significativos para a escolaridade e nível socioeconômico, com tendência à significância para a idade. As variáveis com OR brutos significativos ou com tendência à significância foram testados novamente com um modelo ajustado à essas variáveis (área, idade, escolaridade, e nível sócioeconômico), confirmando a significância em todas elas.

Estes resultados sugerem que residir numa área com cobertura de saúde pela ESF está associado à menor prevalência de TM, mesmo quando essa associação foi ajustada para as influências de: idade, escolaridade e nível socioeconômico. Neste estudo, o AM não influenciou significativamente na prevalência de TM em áreas assistidas pela ESF.

4.2 Fase 2 (diagnóstico e gravidade)

Dos 773 sujeitos selecionados aleatoriamente para essa fase da pesquisa, 538 concordaram em participar (perda em torno de 30%). Eles foram entrevistados com o objetivo de se estabelecer o diagnóstico específico por meio do MINI, e a avaliação da gravidade dos transtornos pelo MINI-TRACKING, PHQ-9, GAD-7, AUDIT e BPRS. A Tabela 5 mostra a divisão por sexo nas três áreas.

Tabela 5 - Número de sujeitos por sexo nas três áreas

	ESF com AM	ESF sem AM	UBS	Qui-Quadrado	p
	N=208	N=156	N=174		
MASC	76	67	68	1,539	0,463
FEM	132	89	106		

A prevalência de diagnósticos estabelecidos pela entrevista MINI nesta subamostra está apresentada na Tabela 6. A Tabela 7 mostra as frequências de diagnósticos de TM estabelecidos pela entrevista MINI e as associações entre elas e as variáveis: área de residência, sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação laboral e nível socioeconômico.

Os resultados com os diagnósticos específicos estabelecidos pela entrevista MINI nesta subamostragem confirmam os achados observados com o instrumento de triagem Mini-SMD na amostra maior, mostrando associação entre a área de residência e a prevalência de TM, com maior prevalência na área coberta pela UBS em relação às áreas cobertas pela ESF. Essa associação foi significativa, tanto pelo OR bruto como pelo ajustado, levando-se em conta as variáveis com associações significativas (sexo, escolaridade e estado civil). As áreas cobertas pela ESF com e sem AM não mostraram diferenças em relação à prevalência de TM. Os OR brutos e ajustados também foram significativos para as variáveis sexo, escolaridade e estado civil.

Tabela 6 - Prevalência de TM em três áreas de saúde de Ribeirão Preto

DIAGNÓSTICO		FREQUÊNCIA	%
CATEGORIA	TRANSTORNO		
Transtornos de Ansiedade			
	Pânico	22	4,1
	Agorafobia	39	7,2
	Ansiedade Social	12	2,2
	Estresse Pós-Traumático	2	0,4
	Ansiedade Generalizada	92	17,1
	Obsessivo Compulsivo	16	3
	Qualquer Transtorno de Ansiedade	144	27,2
Transtornos Depressivos			
	Episódio Depressivo Maior	133	24,7
	Distímia	29	5,4
	Qualquer Transtorno Depressivo	157	29,2
Transtorno Bipolar			
	Bipolar I e II	56	10,4
Abuso/Dependência de Substância			
	Álcool	19	3,5
	Outras drogas	14	2,6
	Qualquer Abuso/Dependência	30	5,6
Síndrome Psicótica			
	Qualquer Síndrome Psicótica	41	7,6
Qualquer TM		218	40,5

Tabela 7 - Frequência de diagnósticos pelo MINI e resultados da regressão logística, com OR bruto e ajustado

VARIÁVEIS	TRANSTORNO MENTAL [N (%)]		OR Bruto (IC-95%) [Signif.]	OR Ajustado* (IC-95%) [Signif.]
MINI				
	NEGATIVO	POSITIVO		
Área (UBS x ESF)				
UBS	90 (51,7)	84 (48,3)	1,602 (1,111 - 2,309) [p=0,012]	1,523 (1,046 - 2,218) [p=0,028]
ESF	230 (63,2)	134 (36,8)		
Área (com AM x sem AM)				
ESF com AM	135 (64,9)	73 (35,1)	1,187 (0,773 - 1,825) [p=0,433]	-
ESF sem AM	95 (60,9)	61 (39,1)		
Sexo				
Masculino	141 (66,8)	70 (32,2)	1,665 (1,162 - 2,384) [p=0,005]	1,823 (1,2518 - 2,656) [p=0,002]
Feminino	179 (54,7)	148 (45,3)		
Idade				
Moda**	49 anos	45 anos	0,993 (0,984 - 1,002) [p=0,141]	
Escolaridade				
Primário incompleto	87 (58,8)	61 (41,2)	1,543 (0,868 - 2,741) [p=0,140]	1,603 (0,879 - 2,922) [p=0,124]
Primário completo	55 (53,4)	48 (46,6)	1,920 (1,042 - 3,537) [p=0,035]	2,045 (1092 - 3,830) [p=0,025]
Colegial completo	123 (59,4)	84 (40,6)	1,502 (0,868 - 2,599) [p=0,146]	1,491 (0,849 - 2,618) p=[0,164]
Superior completo	55 (68,8)	25 (31,2)	-	
Estado Civil				
Casado/Relação estável	206 (63,4)	119 (36,6)	-	-
Solteiro	58 (49,2)	60 (50,8)	1,791 (1,170 - 2,741) [p=0,007]	1,829 (1,180 - 2,836) [p=0,007]
Divorciado/Viúvo	54 (58,7)	38 (41,3)	1,218 (0,760 - 1,954) [p=0,413]	1,022 (0,618 - 1,689) [p=0,933]
Situação Laboral				
Autônomo/Empregado	166 (58,5)	118 (41,5)		-
Do lar/estudante	53 (60,9)	34 (39,1)	0,902 (0,552 - 1,475) [p=0,68]	-
Desempregado/Afastado	100 (60,2)	66 (38,8)	0,928 (0,628 - 1,372) [p=0,709]	
Nível Socioeconômico				
D/E	16 (55,2)	13 (44,8)	1,271 (0,588 - 2,748) [p=0,541]	
C	135 (58,2)	97 (41,8)	1,124 (0,788 - 1,604) [p=0,518]	
A/B	169 (61,0)	108 (39,0)	-	-

Para avaliar a influência da área da residência em função do tipo de cobertura de saúde sobre a gravidade dos TM diagnosticados, foram comparadas as quatro categorias diagnósticas abaixo:

- Transtornos depressivos (Episódio Depressivo Maior e Distímia);
- Transtornos de Ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno Obsessivo Compulsivo);
- Abuso/Dependência de Alcool;

• Síndrome Psicótica.

A ANOVA desses resultados está apresentada na Tabela 8. Não foram observadas diferenças significativas entre as três áreas com relação à gravidade do grupo de transtornos depressivos e ansiosos, bem como dos transtornos de abuso/dependência do álcool e da síndrome psicótica avaliada pelos módulos específicos do MINI-TRACKING e do PHQ-9, GAD-7 AUDIT e BPRS, respectivamente. Com relação ao grupo de transtornos depressivos, observou-se tendência à significância nos escores do MINI-TRACKING; e em razão disso, foram comparados o conjunto das áreas com ESF *versus* a área de UBS, com tendência de maior gravidade nas áreas cobertas pela UBS (média 1,54 x 1,78; t Student=1,86; p=0,06). A comparação entre as duas áreas cobertas pela ESF, áreas com AM e sem AM, não apresentou diferença significativa (t Student=1,08; p=0,28).

Tabela 8 - Comparação da gravidade de grupos de TM entre as três áreas com diferentes coberturas de saúde

DIAGNÓSTICO	ÁREAS			ESTATÍSTICA	
	ESF com AM	ESF sem AM	UBS Tradicional	(ANOVA)	
	MÉDIA (d.p.)	MÉDIA (d.p.)	MÉDIA (d.p.)	F	Significância
TRANST. DEPRESSIVOS					
MINI-TRACKING	1,63 (0,78)	1,45 (0,66)	1,78 (0,65)	2,379	0,097 ^a
PHQ-9	11,63 (6,23)	9,92 (5,28)	12,3 (7,30)	1,567	0,213
TRANST. ANSIOSOS					
MINI-TRACKING	1,62 (0,74)	1,44 (0,78)	1,57 (0,76)	0,594	0,553
GAD-7	10,16 (5,35)	7,85 (4,86)	9,19 (5,33)	2,052	0,133
ABUSO/DEP. ÁLCOOL					
MINI-TRACKING	1,98 (1,31)	1,10 (0,40)	1,49 (0,89)	1,052	0,377
AUDIT	22,0 (12,3)	18,40 (5,69)	17,88 (4,12)	0,475	0,631
SINDROME PSICÓTICA					
MINI-TRACKING	0,88 (2,11)	0,48 (0,73)	0,59 (0,61)	0,284	0,754
BPRS	9,72 (5,23)	7,65 (4,71)	11,59 (10,37)	1,817	0,169

a: tendência à significância (p<0,10)

5. Discussão

O principal objetivo do estudo foi relacionar a prevalência e a gravidade de sintomas de TM a diferentes modelos de cuidados primários em serviços de saúde e a variáveis sociodemográficas numa região do município de Ribeirão Preto.

Os resultados obtidos com o instrumento de triagem (Mini-SMD) aplicado em 1.545 sujeitos e, posteriormente, confirmados com uma entrevista diagnóstica (MINI) em uma amostra menor da mesma população, apontaram na mesma direção. Observou-se que as áreas nas quais os cuidados primários de saúde eram oferecidos por meio da ESF, com e sem AM, mostraram porcentagem de TM significativamente menor do que aquela que recebia os cuidados tradicionais (UBS tradicional). Variáveis que sabidamente interferem na prevalência de TM poderiam ser responsáveis por essas diferenças, uma vez que diferiam entre as amostras das três áreas, como foi o caso da idade. Essa diferença já era esperada, uma vez que a área de ESF sem AM é situada em bairro relativamente novo do município (e consequentemente com famílias mais jovens). Para controlar essas possíveis interferências nos resultados obtidos na comparação da prevalência de TM entre as três áreas foi realizada análise de regressão logística múltipla, incluindo-se no modelo as variáveis que apresentaram OR bruto significativo ou com tendência à significância na análise de regressão logística univariada binária. Essa análise mostrou que a significância estatística das diferenças entre as prevalências de TM das áreas submetidas à ESF e UBS tradicional persistiu mesmo quando a análise foi ajustada por variáveis sociodemográficas, que mostraram efeito significativo.

As variáveis sociodemográficas que mostraram influência significativa (com OR brutos e ajustados) na prevalência de TM foram: idade, escolaridade e nível socioeconômico, com o instrumento de triagem; e sexo, escolaridade e estado civil, com os resultados da entrevista diagnóstica. Esses resultados indicam maior prevalência de TM para sexo feminino, baixa escolaridade, menor faixa etária, solteiros e com menor nível socioeconômico, corroborando a literatura disponível (Patel; Kleinman, 2003; Gonçalves et al., 2014; Chabaud et al., 2016).

Apesar de existirem poucos estudos quantitativos no que se refere à comparação de serviços com e sem ESF, algumas justificativas poderiam ser

aventadas para a evidência de maior número de TM na área de UBS tradicional comparado às áreas com ESF. Uma das possibilidades seria o fato da organização de serviços de saúde por ESF possuir menor área adstrita, o que consequentemente permite melhor vigilância, seja rastreio, tratamento e/ou seguimento. Além disso, os MFC em questão foram capacitados com residência médica em medicina de família e comunidade no HCFMRP-USP, onde existe treinamento teórico-prático em SM. Contrariando a hipótese da influência do treinamento em SM, Gonçalves (2013) mostrou que um programa breve de orientação sobre SM, aplicado à equipe de APS, não alterou a capacidade de detectar TM. Todavia, o programa de formação em SM durante a especialização dos MFC das equipes de ESF que participaram do presente estudo foi bem mais extenso e realizado durante os dois anos da especialização. Este programa incluía seminários, totalizando 80 horas (distribuídos em 40 reuniões ao longo de 10 meses), onde discutia-se: modelos de cuidados e habilidades clínicas relevantes para lidar com qualquer tipo de problema de saúde, seja físico ou mental - incluindo medicina centrada no paciente, entrevista motivacional, instrumentos diagnósticos e diretrizes de manejo para sofrimento psicológico geral e transtornos mentais específicos. Além disso, os residentes de medicina de família e comunidade estagiavam na emergência psiquiátrica de um hospital geral para desenvolver habilidades para lidar com doenças mentais graves (Azevedo Marques et al., 2016; Moscovici; Azevedo-Marques; Zuardi, 2016).

Os resultados, tanto com a aplicação do instrumento de triagem para TM, quanto com a entrevista diagnóstica, apontam que uma boa formação em SM para o MFC pode contribuir efetivamente para diminuir o número de pessoas com TM na APS. O modelo específico utilizado na formação de MFC durante a residência médica do HCFMRP-USP dificulta a generalização dos resultados obtidos, porém pode servir de base para outros programas, ou mesmo capacitações em redes municipais.

Um resultado não previsto deste estudo foi a ausência de diferença na prevalência estimada de TM entre as áreas de ESF com e sem esse modelo brasileiro de CC, denominado AM. Esta observação está em contradição com a maioria das observações disponíveis na literatura internacional, que destacam os

efeitos benéficos dos CC na evolução dos pacientes com TM, quando comparados com os que têm seus cuidados primários em serviços de saúde sem CC (descritos nos estudos em inglês como *Usual Care*) (Gilbody et al. 2006; Foy et al., 2010; Archer et al. 2012; Menchetti et al., 2013; Gidding; Spigt; Dinant, 2014).

Uma revisão, com meta-análise usando critérios bastante rigorosos de qualidade na seleção dos artigos, avaliou o impacto específico da colaboração e da comunicação mais intensiva e frequente entre médicos de APS e médicos especialistas (psiquiatras, endocrinologistas e oncologistas) na evolução dos pacientes com TM, diabetes melito tipo 2 e câncer, respectivamente. Um total de 18 estudos sobre CC em SM na APS foi obtido, sendo onze randomizados e sete não randomizados. Os resultados da meta-análise dos dados agrupados evidenciaram diminuição de sintomas significativamente maior nos grupos submetidos ao CC do que nos controles, tanto para os estudos randomizados (tamanho do efeito = -0,41; intervalo de confiança 95% = -0,73 a -0,10) como para os não-randomizados (tamanho do efeito = -0,47; intervalo de confiança 95% = -0,84 a -0,09) (Foy et al., 2010). Um estudo preliminar, realizado na mesma área do presente estudo e avaliando o mesmo AM na evolução de pacientes com transtornos depressivos e de ansiedade, mostrou redução na gravidade dos sintomas, após um ano de seguimento, significativamente maior nos pacientes seguidos por equipes com AM, quando comparados com aqueles seguidos por equipes sem AM (Moscovici; Azevedo-Marques; Zuardi, 2016). Algumas hipóteses podem ser consideradas para explicar essa ausência de diferença entre as áreas submetidas à ESF com e sem AM:

- a. O treinamento extenso em SM que os MFC das duas áreas com ESF, com e sem AM, receberam durante a residência médica de medicina de família e comunidade no HCFMRP-USP, o que não ocorreu com os médicos da UBS tradicional, pode ter mascarado um possível impacto esperado do AM;
- b. A medida de desfecho da maior parte dos estudos que exploraram o efeito do CC/AM na APS foram avaliações longitudinais e de caráter pré e pós-

intervenção, o que não é o caso do presente estudo, que pesquisou populações diferentes, avaliando a prevalência de TM. Em apoio à essa hipótese, os resultados de um estudo piloto longitudinal, durante um ano, na mesma população, encontrou diminuição significativa de sintomas nos pacientes seguidos por equipes de ESF com AM, quando comparados com os de equipes sem AM (Moscovici, 2013; Moscovici; Azevedo-Marques; Zuardi, 2016);

- c. O fato de ter sido um estudo populacional, diferente da maior parte dos estudos atuais desse tipo, que foram realizados nos próprios serviços de APS;
- d. Alguns fatores não controlados podem ter influenciado o resultado (por exemplo, comorbidades orgânicas crônicas, muito comuns em pessoas com TM) (Rzewuska et al., 2017).

Na segunda fase do estudo, além da confirmação diagnóstica por meio da entrevista MINI, avaliou-se, também a gravidade dos sintomas por meio do: MINI-TRAKING, PHQ-9, GAD-7, AUDIT e/ou BPRS. Para essa avaliação de gravidade, os diagnósticos foram agrupados em quatro categorias: transtornos depressivos e de ansiedade, abuso/dependência de álcool e síndrome psicótica. A categoria de transtornos depressivos mostrou tendência à significância estatística ($p=0,06$) para maior gravidade dos sintomas depressivos nas áreas cobertas pela UBS, quando comparada com as cobertas pela ESF. Novamente, em relação à gravidade, não ocorreu diferença significativa entre as áreas submetidas à ESF com e sem AM. Para as categorias transtornos de ansiedade, abuso/dependência de álcool e síndrome psicótica não se observou diferença significativa ou tendência à significância na gravidade/intensidade de sintomas entre as três áreas. Como se tratou de estudo transversal, as amostras selecionadas podem não ter sido suficientes para apontar possíveis diferenças. Os transtornos depressivos foram os mais prevalentes, o que pode ter contribuído para a análise estatística se aproximar da significância.

O objetivo secundário do presente estudo foi estimar a prevalência de TM em três áreas do município de Ribeirão Preto, submetidas a diferentes modelos de APS. Com a utilização de um instrumento de rastreio, obteve-se prevalência estimada de TM de 40,3% na área de UBS tradicional, 34,6% na área de ESF com AM e 33,9% na área de ESF sem AM. Com os diagnósticos específicos de TM, por meio da entrevista diagnóstica MINI, na Fase 2 do estudo encontrou-se prevalência ainda maior de TM: 48,3% na área de UBS tradicional, 35,1% na área de ESF com AM e 39,1% na área de ESF sem AM. No conjunto das três áreas, a prevalência de qualquer TM, avaliado pela entrevista MINI, foi de 40,5%, dos quais 32,9% transtornos não-psicóticos e 7,6% com síndrome psicótica. Estes resultados estão próximos de dois estudos epidemiológicos, realizados com amostras grandes e entrevistas domiciliares na cidade de São Paulo. Um deles, com amostra de 5.037 adultos obteve-se prevalência de 29,6% de TM, que incluíam transtornos de ansiedade, de humor e de controle de impulsos e uso de substâncias, nos últimos 12 meses (Andrade et al., 2012). O outro estudo, com 1.464 adultos encontrou prevalência de 5,4% de sintomas psicóticos clinicamente relevantes (Loch et al., 2011). Também são semelhantes a outros estudos prévios desenvolvidos no Brasil em serviços de APS, cujas prevalências de TM variaram entre 38% e 56% (Busnello; Lima; Bortolote 1983; Mari, 1987; Iacoponi, 1989; Villano, 1998; Maragno et al., 2006; Fortes; Villano; Lopes, 2008). Outros estudos populacionais mostraram prevalência geral de TM menor: 19% (Almeida-Filho et al., 1997), 22,7% (Lima et al., 1996; Lopes; Faerstein; Chor, 2003), e até mesmo 35% (Ludermir, 2002).

Com a aplicação da entrevista diagnóstica MINI observou-se que os TM mais prevalentes foram o episódio depressivo maior e o transtorno de ansiedade generalizada, com prevalência de 24,7% e 17,1%, respectivamente. Considerando todos os transtornos depressivos e de ansiedade, a prevalência foi de 29,2% e 27,2%, respectivamente. Essas prevalências são maiores do que os 11% de transtornos de humor e 19,9% de transtornos de ansiedade encontradas no estudo de Andrade et al. (2012). Diferenças metodológicas entre o estudo citado e o presente estudo podem justificar essas disparidades nas prevalências, tais como: amostragem (sorteio de um respondente por domicílio *versus* todos os

que aceitaram participar em cada domicílio), instrumento diagnóstico (*Composite International Diagnostic Interview versus* MINI), entrevistadores (entrevistadores profissionais de uma firma de pesquisa de opinião *versus* profissionais de SM). De qualquer forma, os dois estudos concordam com o fato de os transtornos depressivos e de ansiedade serem os mais prevalentes. A literatura sobre a avaliação do efeito do CC/AM na APS é rica em transtornos depressivos, porém existem menos estudos sobre os transtornos ansiosos (Archer et al., 2012; Moscovici; Marques; Zuardi, 2013).

6. Conclusões

O principal achado deste estudo foi a constatação de que o modelo de ESF testado associou-se significativamente com menor prevalência de TM nas áreas que ofertavam esse tipo de serviço na APS. Uma característica importante desse modelo é que os MFC receberam adequada formação em SM durante a residência médica. Ainda, neste estudo, a presença do AM não influenciou a prevalência de TM, sugerindo que a característica especial das equipes de ESF avaliadas possa ter mascarado o impacto do AM. Também não foram encontradas diferenças significativas na gravidade de sintomas entre as três áreas estudadas. Estes resultados deveriam estimular os gestores de saúde no sentido de aumentar a cobertura de APS por meio da ESF, com treinamento adequado dos MFC em SM.

7. Referências Bibliográficas¹

¹Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte IV (Vancouver) 3ª ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acessado em: 19/01/2017.

Almeida-Filho N, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.

Andrade LH, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879.

Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Depression and physical comorbidity in primary care. *J Psychosom Res*. 2007;63(2):107-11.

Archer J, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10:CD006525.

Athié K, Fortes S, Delgado PG. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26):64-74.

Ausvet. EpiTools epidemiological calculators. 2017. Disponível em: <http://epitools.ausvet.com.au>. Acessado em: 19/01/2017.

Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(4):303-10.

Azevedo Marques JM. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe do programa de saúde da família. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2009.

Azevedo Marques JM, et al. Incorporating an integral modelo f primary care for mental health in medical education in Brazil. In: 21st WONCA Conference of Family Doctors. Rio de Janeiro, 2016.

Bazian LTD. Specialist outreach into primary care: is it better than standard care? *Evid base Healthc Publ Health*. 2005;9(4):294-301.

Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, and schizophrenia with corresponding DSM- III syndromes. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1986;326:1-37.

Bolsoni LM. Avaliação da fidedignidade e validade do Mini - Rastreo de Transtornos Mentais (Mini-RTM). Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2016.

Bower P, Gilbody S. Managing common mental disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal* 2005; 330; 839-42.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. V. 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, nº 39. Brasília-DF, 2014.

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programa Saúde da Família. 2017a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>. Acessado em: 19/01/2017

Brasil. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). 2017b. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica>. Acessado em: 19/01/2017

Brasil. Portal da Saúde. 2017c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br> <http://dab.saude.gov.br>. Acessado em: 19/01/2017

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2017d. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em: 19/01/2017

Busnello ED., Lima BR, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. *J Bras Psiquiatr*. 1983;32:207-10.

Campos RO, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4643-52.

Chabaud F, et al. Sociodemographic and mental health risk factors: Global and local conditions according to the Survey results "mental health in the general population" in 18 international locations. *Encephale*. 2016: S0013-7006(16)30140-3.

De Azevedo-Marques JM, Zuardi AW. COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care. *Ann Fam Med*. 2011;9(4):359-65.

de Lima Osório F, et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.

Ell K, et al. Collaborative depression treatment in older and younger adults with physical illness: pooled comparative analysis of three randomized clinical trials. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(6):520-30.

Escorel S, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):164-76.

Fann JR, Fan MY, Unützer J. Improving primary care for older adults with cancer and depression. *J Gen Intern Med*. 2009;24 Suppl 2:S417-24.

Figli NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 1997;46(11):589-93.

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.

Foy R, et al. Meta-analysis: Effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med*. 2010;152(4):247-58.

Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009;374(9684):170-3.

GAD-7 (General Anxiety Disorder-7). Disponível em: http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/GAD7_Portuguese%20for%20Brazil.pdf. Acessado em: 01/08/2017.

Gask L, Croft J. Methods of working with primary care. *Adv in Psychiatr Treat*. 2000;6:442-9.

Gask L, Lester H. Working together. *Adv in Psychiatr Treat*. 2008;14:106-8.

Gidding LG, Spigt MG, Dinant GJ. Stepped collaborative depression care: primary care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme. *Fam Pract*. 2014;31(2):180-92.

Gilbody S, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289(23):3145-51.

Gilbody S, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166(21):2314-21.

Goldberg D, Mann A, Tylee A. Primary care. In: Thornicroft G and Szukler G (eds). *Textbook of Community Psychiatry*. Avon (UK): Oxford University Press; 2001. p. 409-16.

Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry* 2003;2(3):153-7.

Gonçalves DA, et al. Cartão babel de saúde mental na atenção básica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6p.

Goncalves DA, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(3):304-8.

Gonçalves DA, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(3):623-32.

Google Map®. Disponível em: <https://maps.google.com>. Acesso em: 10/1/2017.

Gunn J, et al. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*. 2006;6:88.

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.

Huffman JC, et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the Management of Sadness and Anxiety in Cardiology (MOSAIC) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(6):927-35.

Iacoponi, E. The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in São Paulo, Brazil. Thesis (Doctoral). University of London. London. 1989.

Joesch JM, et al. Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychol Med*. 2012;42(9):1937-48.

Kates N, Mach M. Chronic disease management of depression in primary care: a summary of current literature and implications for practice. *Can J Psychiatry*. 2007;52(2):77-85.

Katon W, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(10):924-32..

Katon W, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273(13):1026-31.

Katon W, et al. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):138-44.

Katon WJ, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2611-20.

Kilbourne AM, et al. Pilot randomized trial of a cross-diagnosis collaborative care program for patients with mood disorders. *Depress Anxiety*. 2013a;30(2):116-22.

Kilbourne AM, et al. Randomized controlled trial to assess reduction of cardiovascular disease risk in patients with bipolar disorder: the Self-Management Addressing Heart Risk Trial (SMAHRT). *J Clin Psychiatry*. 2013b;74(7):e655-62.

Kroenke K, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146(5):317-25.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.

Lima MS, et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*. 1996;26(2):211-22.

Loch AA, et al. The psychosis continuum in the general population: findings from the São Paulo Epidemiologic catchment area study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(7):519-27.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(6):1713-20.

Lopez AD, et al. Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990-2001. In: Lopez AD, et al. (eds). *Global burden of disease and risk factors*. Washington: World Bank; 2006. Chap 1. p. 1-14.

Löwe B, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008;46(3):266-74.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*. 2002;36(2): 213-21.

Maragno L, et al. Prevalência dos transtornos mentais comuns em população atendida pelo programa de saúde da família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48.

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.

Menchetti M, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(6):579-86.

Meneses-Gaya C, et al. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(8):1417-24.

Moscovici L. Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da aplicação da versão brasileira do 'Mini International Neuropsychiatric Interview - TRACKING' em usuários da Estratégia de Saúde da Família acompanhados com ou sem cuidado colaborativo em saúde mental. *Disertação (Mestrado)*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2013.

Moscovici L, Marques JMA, Zuardi AW. O cuidado colaborativo auxilia no tratamento da ansiedade na atenção primária? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(28):203-7.

Moscovici L, Azevedo-Marques JM, Zuardi AW. Integrated mental healthcare: outcomes from Brazilian primary care. *Eur J Pers Cent Healthc*. 2016;4(4):669-74.

Moussavi S, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8.

Onocko-Campos RT, et al . Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*; 2012;46(1):43-50.

Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psycholo Rep*. 1962;10:799-812.

Paim J, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.

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

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Site da SMS de Ribeirão Preto. 2013 Disponível em:
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/central/i16csevtiberio.php>
Acessado em 13/08/2015.

Primack BA. The WHO-5 Wellbeing Index performed the best in screening for depression in primary care. *ACP J Club*. 2003;139(2):48.

- Pyne JM, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in human immunodeficiency virus clinics. *Arch Intern Med*. 2011;171(1):23-31.
- Richards DA, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f4913.
- Robinson P, et al. The education of depressed primary care patients: what do patients think of interactive booklets and a video? *J Fam Pract*. 1997;44(6):562-71.
- Rollman BL, et al. Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302(19):2095-103.
- Rzewuska M, et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *PLoS One*. 2017;12(2):e0171813.
- Sartorius N. The limits of mental health care in general medical services. In: Tansella M, Thornicroft G (eds). *Common mental disorders in primary care*. London (UK): Routledge, 1999. p. 211-21.
- Schaefer R, et al. Specific collaborative group intervention for patients with medically unexplained symptoms in general practice: a cluster randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(2):106-19.
- Sheehan DV, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):22-33.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344(8930):1129-33.
- Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.
- Thornicroft G, Tansella M. Co-ordinating primary care with health services. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999. p. 222-35.
- Tylee A. Training the whole primary care team. In: Tansella M, Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge. 1999. p. 194-207.
- Ustun TB. The Primary Care Setting - prevalence, advantages, challenges. In: Jenkins R, Ustun TB (eds). *Preventing mental illness: mental health promotion in primary care*. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd. 1998. p. 71-80.
- van der Westhuizen C, et al. Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for use in a low- and middle-income country emergency centre setting. *Int J Ment Health Addict*. 2016;14(1):37-48.

Villano LAB. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: O ambulatório de clínica geral. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Medicina. 1998.

Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334-41.

White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92.

WHO (World Health Organization). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acessado em: 10/01/2017.

WHO (World Health Organization). The global burden of disease. 2004 Update. Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2008. 160p. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1. Acessado em 9/08/2015.

WHO (World Health Organization); WONCA (World Health Organization and World Organization of Family Doctors). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2008. 206p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Mental%20health%20+%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf. Acessado em: 25/01/2017

WHO (World Health Organization). Mental health: strengthening our response. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Acessado em 16/01/2017.

Wikipedia. 2017. Bertrand Dawson, 1st Viscount Dawson of Penn. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Bertrand_Dawson,_1st_Viscount_Dawson_of_Penn. Acessado em: 10/01/2017.

Williams Jr JW, et al. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:91-116.

Zuardi AW, et al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Rev. ABP-APAL*. 1994;16:63-8.

8. *Anexos*

ANEXO A

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 23 de novembro de 2012

Ofício nº 4158/2012
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **"IMPACTO DE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA EVOLUÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO"**, foi analisado "AD REFERENDUM" pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão 1.4 de 22/11/2012**, de acordo com o Processo HCRP nº 13325/2012.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DR^a. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
LEONARDO MOSCOVICI
PROF. DR. ANTONIO WALDO ZUARDI
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

ANEXO B

FERRAMENTA DE RASTREIO Mini-SMD

MSMD 1.0.0

Instruções / Informações

O MSMD é um instrumento prático e rápido de rastreio de transtornos mentais.

Os pontos do MINI-SMD devem ser computados como abaixo:

PHQ-4

Item 1: 0; 1; 2 ou 3

item 2: 0; 1; 2 ou 3

item 3: 0; 1; 2 ou 3

item 4: 0; 1; 2 ou 3

AUDIT-3 : 0; 1; 2; 3 ou 4

CUDIT-1: 0; 1; 2; 3 ou 4

APSS-3

Item 1: 1; 0 ou 0

item 2: 1; 0 ou 0

item 3: 1; 0 ou 0

A pontuação de todos os itens deve ser somada e o ponto de corte indicativo de transtorno mental é maior ou igual a 4

Nome:

Data:

Entrevistador(a):

Registro:

PHQ-4

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentindo-se nervoso, ansioso ou no seu limite	0	1	2	3
2. Não ser capaz de interromper ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
4. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3

AUDIT - 3

CONSIDERANDO QUE UMA DOSE EQUIVALE A:

- Um copo de pinga, vodka ou uísque (37ml) ou;
- Uma taça pequena de vinho (140ml) ou;
- Uma latinha de cerveja (350ml) ou;
- Um cálice de Martini ou vermute (50ml)

Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?

Nunca	Menos que mensalmente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
0	1	2	3	4

CUDIT - 1

Com que frequência que você usa drogas?				
Nunca	Mensalmente ou menos	Duas a quatro vezes por mês	Duas a três vezes por semana	Quatro ou mais vezes por semana
0	1	2	3	4

APSS - 3

	Sim, definitivamente	Pode ser	Não, nunca
1. Alguma vez você já ouviu vozes ou sons que ninguém mais pode ouvir?	1	0	0
2. Alguma vez você já viu coisas que outras pessoas não podiam ver?	1	0	0
3. Alguma vez você pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?	1	0	0

ANEXO C

MINI-TRACKING

M.I.N.I. TRACKING MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versão Português (Brasil)
DSM-IV

USA: **D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan**
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T. Hergueta**
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

©Copyright 1999-2006. Sheehan DV & Lecrubier Y. Todos os direitos reservados.

Todos os direitos reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informativo, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os médicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

Nome do paciente:	_____	Data da Entrevista:	_____
Data de Nascimento:	_____	Número do paciente:	_____
Monitoramento realizado por:	_____	Monitoramento realizado por:	_____
<i>Clínico</i>		<i>Paciente</i>	

M.I.N.I. Tracking 5.0.0 (July 1, 2006)

Módulos Resultados

Monitoramento (total) Padrão (média)

A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	_____	_____
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	_____	_____
B	DISTIMIA	_____	_____
C	RISCO DE SUICÍDIO	_____	_____
D	EPISÓDIO MANÍACO	_____	_____
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	_____	_____
E	TRANSTORNO DO PÂNICO	_____	_____
F	AGORAFOBIA	_____	_____
G	FOBIA SOCIAL (Transtorno de ansiedade social)	_____	_____
H	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	_____	_____
I	TRANSTORNO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO	_____	_____
J	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	_____	_____
	ABUSO DE ÁLCOOL	_____	_____
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (Excluindo álcool)	_____	_____
	ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (Excluindo álcool)	_____	_____
L	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	_____	_____
	TRANSTORNO DO HUMOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS	_____	_____
M	ANOREXIA NERVOSA	_____	_____
N	BULIMIA NERVOSA	_____	_____
	ANOREXIA NERVOSA,	_____	_____
	COMPULSÃO ALIMENTAR/TIPO PURGATIVA	_____	_____
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	_____	_____
P	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	_____	_____

Instruções Gerais

O M.I.N.I foi desenvolvido como uma curta entrevista estruturada para as principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da CID-10. Estudos de validade e confiabilidade foram feitos comparando o M.I.N.I com o SCID-P para o DSM-III-R e o CIDI (uma entrevista estruturada desenvolvida pela OMS para uso por entrevistadores leigos para o CID-10). Os resultados destes estudos mostram que o M.I.N.I tem alta validade e confiabilidade, porém pode ser realizado em um período de tempo mais curto (média 18.7 ± 11.6 minutos, média de 15 minutos) do que os instrumentos acima descritos. Pode ser utilizado por clínicos após um treinamento breve. Entrevistadores leigos necessitam de um treinamento mais extenso. O M.I.N.I. Tracking foi desenvolvido para acompanhar a gravidade dos sintomas de cada transtorno ao longo do tempo em resposta ao tratamento.

ENTREVISTA:

Para que a entrevista seja a mais breve possível, informe ao paciente que você irá realizar uma entrevista clínica que é mais estruturada do que o normal, com perguntas bem precisas sobre problemas psicológicos as quais necessitam de respostas bem precisas sobre sua gravidade.

INSTRUÇÕES DE COTAÇÃO:

Todas as perguntas devem ser cotadas. A cotação é dada do lado direito de cada pergunta assinalando a resposta apropriada.

O clínico deve ter certeza de que cada dimensão da pergunta é levada em consideração pelo paciente (por exemplo, tempo, frequência, gravidade, e/ou alternativas).

Sintomas que são mais bem explicados por uma causa orgânica ou pelo uso de álcool ou drogas não devem ser cotados positivos no M.I.N.I. Tracking. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

Para qualquer pergunta, sugestão, necessidade de treinamento, ou informação sobre atualizações do M.I.N.I., por favor entrar em contato:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
tel : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS, FRANCE
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**Durante a última semana, quanto que você:**

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Se sentiu deprimido (a), triste ou para baixo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Se sentiu menos interessado (a) pelas coisas ou menos capaz de ter prazer nas coisas nas quais antes tinha prazer?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Mudou seu apetite ou peso?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Teve problemas de sono (dificuldade para começar a dormir, acordar no meio da noite, acordar cedo demais ou dormir excessivamente)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Falou ou se movimentou mais devagar que o normal ou se sentiu inquieto	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Se sentiu cansado (a) ou sem energia?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7 Se sentiu sem valor ou culpado (a)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Teve dificuldade em se concentrar ou tomar decisões?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9 Pensou em machucar a si mesmo(a), se suicidar, ou desejou estar morto(a)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL**Total dividido po 9 = COTAÇÃO PADRÃO**

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR C/ CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS**Durante a última semana, quanto que você:**

		Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
10	Insira cotação do item 2	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
11	Perdeu a capacidade de reagir a coisas que antes lhe davam prazer ou animavam ou faziam você se sentir melhor, mesmo que temporariamente?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
12	Se sentiu deprimido de uma forma diferente do tipo de sentimento que se tem quando alguém próximo morre?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
13	Se sentiu, em geral, pior pela manhã?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
14	Acordou pelo menos 2 horas antes da hora habitual de acordar e teve dificuldade para voltar a dormir?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
15	Insira cotação do item 5	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
16	Insira cotação do item 3	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
17	Se sentiu excessivamente culpado(a) ou sentiu culpa exagerada em relação à realidade da situação?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL**Total dividido po 8 = COTAÇÃO PADRÃO**

B. DISTIMIA

Durante a última semana, quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
19 Você se sentiu pouco confiante?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
20 Você se sentiu sem esperança?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
21 Os sintomas de depressão causaram em você um sofrimento significativo ou prejudicaram sua capacidade de trabalhar, de interagir com outras pessoas ou o(a) prejudicaram de alguma outra forma?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido po 3 = COTAÇÃO PADRÃO

C. ESCALA DE MONITORAMENTO DE RISCO DE SUICÍDIO

(Do MINI Tracking, Module C. Copyright Sheehan et al 2006 revision)

INSTRUÇÕES PARA COTAÇÃO:

O CLÍNICO DEVE ASSEGURAR-SE QUE TODAS AS DIMENSÕES DA PERGUNTA SEJAM LEVADAS EM CONSIDERAÇÃO NA HORA DE ESCOLHER A RESPOSTA APROPRIADA (POR EXEMPLO: TEMPO, FREQUENCIA E GRAVIDADE).

1. Na última semana você sofreu algum acidente? ☐ NÃO ☐ SIM

SE NÃO, VÁ PARA PERGUNTA 2.

SE SIM, PERGUNTE:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1a Em que grau vc planejou ou teve intenção de machucar a si mesmo no acidente (passivamente ou ativamente)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

SE A RESPOSTA PARA A PERGUNTA 1a é 0, VÁ PARA PERGUNTA 2.

SE O RESULTADO FOR ≥ 1 , PERGUNTE:

1b. Você planejou morrer nesse acidente? ☐ NÃO ☐ SIM

Durante a última semana, quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
2 Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Quis se machucar ou ferir a si próprio?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Pensou em suicídio?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Planejou se suicidar?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Realmente começou os preparativos para uma tentativa de suicídio na qual você esperava ou planejava morrer?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

7. Na última semana você se feriu intencionalmente? ☐ NÃO ☐ SIM

SE NÃO, VÁ PARA PERGUNTA 8.

SE SIM, PERGUNTE:

Na última semana, com que gravidade você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
7a Se feriu intencionalmente sem pretender se matar?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Tentou o suicídio	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

Na última semana, quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Se sentiu eufórico ou tão cheio de energia que você se envolveu em problemas ou que as outras pessoas pensaram que você não estava em seu estado normal? (não considere períodos que você estava sob efeito de álcool ou drogas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Se sentiu continuamente irritado, por vários dias, a ponto de você ter discutido ou agredido verbal ou fisicamente, ou gritado para pessoas que não eram da sua família? Quanto que você ou outras pessoas perceberam que você tem estado mais irritado ou tem reagido exageradamente em comparação às outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

Quando você se sentiu eufórico ou cheio de energia ou irritado, quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
3 Sentiu que poderia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou sentiu que você era uma pessoa especialmente importante?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Precisou dormir menos que o habitual? (por exemplo, se sentiu descansado após apenas poucas horas de sono)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Falou muito sem parar, ou tão rápido que as pessoas tiveram dificuldade de entender?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
16 Teve pensamentos rápidos, difíceis de acompanhar?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7 Se distraía com tanta facilidade que qualquer pequena interrupção fazia você perder a concentração naquilo que estava fazendo ou pensando?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Ficou tão ativo ou inquieto que as outras pessoas se preocuparam com você?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9 Desejou tanto participar de atividades prazerosas que você ignorou os riscos ou consequências disso (por ex: gastar demais, dirigir imprudentemente, ter atividade sexual pouco comum para você)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10 Teve problemas em casa, no trabalho, socialmente ou na escola?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido po 9 = COTAÇÃO PADRÃO

E. TRANSTORNO DO PÂNICO

Na última semana quanto que você foi incomodado por:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Episódios ou ataques nos quais você, de repente, dentro de alguns minutos se sentiu ansioso, assustado, desconfortável, mesmo em situações nas quais a maioria das pessoas não se sentiria assim?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Episódios ou ataques que ocorreram de forma imprevisível ou sem motivo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Medo contínuo de ter outro ataque, ou preocupações com as consequências do ataque	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Palpitações ou coração acelerado?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Transpiração ou mãos úmidas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Tremores ou contrações musculares?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7 Fôlego curto ou falta de ar?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Uma sensação de sufocamento ou de ter um nó na garganta?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9 Dor, aperto ou desconforto no peito?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10 Náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
11 Tontura, vertigem ou sensação de desmaio?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
12 Uma impressão de que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais, ou se sentiu como que desligado(a) de todo ou de uma parte do corpo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
13 Medo de enlouquecer ou perder o controle?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
14 Medo de morrer?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
15 Dormências ou formigamentos no corpo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
16 Ondas de frio ou calor?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
17 Ter tais ataques repetidamente, seguidos por um medo contínuo de ter outro ataque?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido po 17 = COTAÇÃO PADRÃO

F. AGORAFOBIA

Na última semana, quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
15 Se sentiu ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações onde você poderia ter um ataque de pânico ou os sintomas de pânico que acabamos de falar ou onde a ajuda poderia não estar disponível ou fosse difícil escapar (por ex: estar em uma multidão, esperando na fila, quando sozinho longe de casa ou sozinho em casa, ou quando atravessando uma ponte, viajando de carro, trem ou ônibus?)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
16 Evitou estas situações ou sofreu com elas ou precisou de uma companhia para enfrentá-las?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido por 2 = COTAÇÃO PADRÃO

G. FOBIA SOCIAL (TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL)

Na última semana quanto que você experimentou:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Medo ou embaraço por ser observado, ser o centro das atenções ou ser humilhado? Por exemplo: falar em público, comer com outras pessoas ou em locais públicos, escrever enquanto alguém observava você ou estar em situações sociais.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Esse medo social excessivamente ou sem motivo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 De sofrimento com essas situações sociais ou teve que evitá-las?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Esse medo atrapalhar sua vida profissional ou social ou causar algum sofrimento importante?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido po 2 = COTAÇÃO PADRÃO

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Na última semana quanto que você experimentou:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Pensamentos repetitivos, impulsos ou imagens indesejáveis, desagradáveis, inapropriadas ou angustiantes? (Por exemplo: a ideia que você estava sujo(a), contaminado ou tinha micróbios, ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra sua vontade ou medo de agir impulsivamente, ou medo ou superstições que você seria responsável por coisas que não dão certo ou obsessões com pensamentos/imagens sexuais ou necessidade de colecionar ou obsessões religiosas. (NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS A TRANSTORNOS ALIMENTARES, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE ÁLCOOL OU DROGAS PORQUE O PACIENTE PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E PODE QUERER RESISTIR APENAS POR CAUSA DE SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS)	0	1	2	3	4
2 Estas obsessões voltarem a sua mente repetidamente, mesmo quando você tentou ignorá-las ou livrar-se delas?	0	1	2	3	4
3 Fazer coisas repetidamente, sem conseguir resistir a fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar coisas sem parar, ou repetir, colecionar, arrumar coisas ou fazer rituais religiosos?	0	1	2	3	4
4 Estes pensamentos obsessivos ou estes comportamentos compulsivos de forma excessiva ou sem motivo?	0	1	2	3	4
5 Estes pensamentos obsessivos e/ou es comportamentos compulsivos interferiu significativamente no trabalho, nas atividades cotidianas no relacionamento social ou ocupando muito do tempo?	0	1	2	3	4

TOTAL

Total dividido po 5 = COTAÇÃO PADRÃO

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Na última semana, quanto que você experimentou:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Pensamentos sobre uma experiência ou acontecimento muito traumático que incluiu morte ou ameaças de morte ou de ferimentos graves para você ou alguma outra pessoa? EXEMPLOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS INCLUEM: ACIDENTES, ESTUPRO, AGRESSÃO FÍSICA, SEQUESTRO, SER REFÉM, INCÊNDIO, DESCOBRIR UM CADÁVER, MORTE SÚBITA DE ALGUÉM PRÓXIMO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Medo incontrolável, se sentir indefeso ou pavor quando pensou no trauma?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Reviver o acontecimento de uma forma angustiante (por exemplo: sonhos, lembranças intensas, <i>flashbacks</i> ou reações físicas)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Evitar ter de pensar sobre o acontecimento ou evitar coisas que lembrem você do acontecimento?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Dificuldade de lembrar exatamente o que aconteceu?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Ficar menos interessado em hobbies ou atividades sociais?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7 Se sentir afastado ou distante das outras pessoas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Se sentir indiferente às coisas como se não fosse mais capaz de amar ou ter carinho por alguém?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9 Sentir que morreria mais cedo por causa do que aconteceu?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10 Dificuldade para dormir?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
11 Sentir-se particularmente irritado(a) ou ter ataques de raiva?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
12 Dificuldade para se concentrar?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
13 Se sentir nervoso(a) ou constantemente na defensiva?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
14 Ficar assustado facilmente?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
15 Perturbação significativa no trabalho ou nas suas atividades sociais ou sofrimento importante devido a esses problemas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido po 15 = COTAÇÃO PADRÃO

J. DEPENDÊNCIA E ABUSO DE ÁLCOOL

No ultimo mês quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Consumiu de álcool?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Preciso beber de álcool para conseguir um efeito igual àquele que você sentia quando começou a beber álcool na sua vida?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Teve de tremores nas mãos ou de suores ou de agitação quando tentou diminuir a ingestão de álcool e quanto que você bebeu de álcool para evitar esses mal-estares ou para evitar a ressaca, por ex.: os tremores, sudorese ou agitação?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Nas ocasiões nas quais ingeriu álcool, no final das contas acabou bebendo mais do que tinha planejado?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Tentou diminuir ou parar de beber álcool, mas não conseguiu?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Gastou de seu tempo arrumando bebida alcoólica, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7 Reduziu do seu tempo no trabalho, nas atividades de lazer que você gosta e no contato com outras pessoas por causa da bebida?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida causou problemas para a sua saúde física e mental?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9 Ficou alcoolizado mesmo tendo responsabilidades na escola, no trabalho ou em casa?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10 Ficou alcoolizado em situações de risco, como por exemplo dirigir um carro, dirigir uma motocicleta, usar máquinas grandes e pesadas, dirigir um barco, etc?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
11 Teve de problemas legais por causa do álcool, como, por exemplo ser preso ou acusado formalmente de provocar desordem?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
12 Continuou a beber de álcool mesmo percebendo que o uso da bebida causava problemas com a sua família ou com as outras pessoas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido por 12 = COTAÇÃO PADRÃO

K. DEPENDÊNCIA/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

No ultimo mês quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Usou de drogas das ruas ou medicações controladas para ficar alegre, de bem com a vida ou para mudar o humor?	0	1	2	3	4
2 Precizou aumentar o seu uso das drogas para que elas causassem efeito igual ao que você experimentou quando as usou pela primeira vez?	0	1	2	3	4
3 Teve sintomas de abstinência quando diminuiu ou parou de usar totalmente as drogas (sintomas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náusea, suores, coração disparado, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado, ansioso, irritado ou deprimido)?	0	1	2	3	4
4 Usou das drogas para não se sentir mal (por causa dos sintomas de abstinência) ou para se sentir melhor?	0	1	2	3	4
5 Percebeu que quando usava drogas acabou usando mais do que o planejado?	0	1	2	3	4
6 Tentou parar ou diminuir o uso das drogas, mas não conseguiu?	0	1	2	3	4
7 Gastou de seu tempo arrumando drogas, usando-as ou se recuperando do uso delas ou gastou seu tempo pensando nelas?	0	1	2	3	4
8 Reduziu de seu tempo no trabalho nas atividades de lazer que você gosta e no contato com familiares e amigos por causa das drogas?	0	1	2	3	4
9 Continuou a usar drogas, mesmo sabendo que as drogas causaram problemas para a sua saúde física e mental?	0	1	2	3	4
10 Ficou intoxicado em situações de risco, como, por exemplo, dirigir um carro, dirigir uma motocicleta, usar máquinas grandes e pesadas, dirigir um barco, etc?	0	1	2	3	4
11 Teve problemas legais por causa do uso das drogas como por exemplo, ser preso ou formalmente acusado de provocar desordem?	0	1	2	3	4
12 Continuou a usar das drogas mesmo percebendo que o uso delas causava problemas com a sua família ou com as outras pessoas	0	1	2	3	4

TOTAL

Total dividido po 12 = COTAÇÃO PADRÃO

L. TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Na última semana quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Pensou que as pessoas estavam te espionando ou que alguém estava conspirando contra você ou tentando te machucar?	0	1	2	3	4
2 Pensou que alguém estava lendo a sua mente ou podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ler a mente das pessoas ou ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4
3 Acreditou que alguém ou alguma força fora de você colocou pensamentos na sua mente que não eram seus ou fez você agir de um modo fora do seu habitual ou você acreditou que estava possuído?	0	1	2	3	4
4 Pensou que você havia recebido mensagens especiais pela TV, radio ou jornal, ou que uma pessoa que você não conhece pessoalmente tinha um interesse especial por você?	0	1	2	3	4
5 Teve de ideias ou crenças que seus parentes ou amigos acharam estranhas ou incomuns? Clínico, cote aqui a gravidade de qualquer delírio: por exemplo, delírios somáticos ou religiosos ou delírios de grandiosidade, inveja, culpa, ruína, perda ou outros não explorados acima em 1-4.	0	1	2	3	4
6 Ouviu coisas que as outras apessoas não podiam ouvir ou ouviu vozes comentando seus pensamentos ou seu comportamento ou ouviu duas ou mais vozes falando entre si?	0	1	2	3	4
7 Teve de visões quando estava acordado ou viu coisas que outras pessoas não puderam ver?	0	1	2	3	4
Observações do clínico					
9 QUANTA INCOERÊNCIA, FALA DESORGANIZADA OU AFROUXAMENTO IMPORTANTE DAS ASSOCIAÇÕES O PACIENTE ESTÁ APRESENTANDO NO MOMENTO?	0	1	2	3	4
10 QUANTO COMPORTAMENTO DESORGANIZADO OU CATATÔNICO O PACIENTE ESTÁ APRESENTANDO NO MOMENTO?	0	1	2	3	4
11 QUÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA SÃO OS SINTOMAS NEGATIVOS DA ESQUIZOFRENIA, COMO AFETO SIGNIFICATIVAMENTE EMBOTADO, POBREZA DE PENSAMENTO (ALOGIA) OU UMA INCAPACIDADE PARA INICIAR OU PERSISTIR EM ATIVIDADES ORIENTADAS PARA METAS (AVOLIÇÃO)?	0	1	2	3	4

TOTAL

Total dividido po 11 = COTAÇÃO PADRÃO

M. ANOREXIA NERVOSA**Na última semana quanto que você:**

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Tentou não ganhar peso, apesar de seu peso estar abaixo do normal, conforme a avaliação do seu médico?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Teve de medo de ganhar peso ou de se tornar gordo(a) mesmo você estando abaixo do peso?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Considerou-se gordo(a) ou que alguma parte do seu corpo estava muito gorda?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Permtiu que seu peso influenciasse como você se sentia?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Pensou que seu baixo peso atual fosse normal, mesmo seu médico dizendo que não é?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

Nos últimos três meses você:

6 Teve irregularidade menstrual (na ausência de uma gravidez)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

TOTAL**Total dividido po 6 = COTAÇÃO PADRÃO**

N. BULIMIA NERVOSA

Na última semana quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Teve crises de comer descontroladamente ou ocasiões nas quais ingeriu enormes quantidades de comida em menos de duas horas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Sentiu que sua alimentação estava for a de controle?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Fez coisas para compensar para ou prevenir ganho de peso (vômitos, jejum, exercício, laxantes, diuréticos)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Permitiu que seu peso ou forma influenciasse o que você sentiu por voê mesmo(a)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido po 4 = COTAÇÃO PADRÃO

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Na última semana, quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Se preocupou em excesso e esteve ansioso com várias coisas diferentes no dia-a-dia?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Teve de dificuldade em controlar as preocupações ou quanto que elas interferiram com a sua capacidade de manter o foco?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Se sentiu agitado, tenso, com os nervos a flor da pele?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Se sentiu cansado, raso ou exausto facilmente?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Teve de dificuldade em se concentrar ou teve esquecimentos (brancos)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Se sentiu irritado?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7 Se sentiu com os músculos tensos?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8 Teve de dificuldade para dormir (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, acordar muito cedo ou dormir em excesso)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido por 8 = COTAÇÃO PADRÃO

P. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

(PARA PACIENTES COM 15 ANOS OU MENOS)

Nos últimos três meses quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Repetidamente fugiu da escola ou saiu de casa no meio da noite?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Frequentemente mentiu, passou a perna/enganou os outros ou roubou?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Começou brigas, ameaçou ou intimidou outras pessoas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Deliberadamente feriu animais ou outras pessoas?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Forçou alguém a ter relação sexual?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido por 5 = COTAÇÃO PADRÃO

(PARA PACIENTES COM 15 ANOS OU MENOS)

Nos últimos três meses quanto que você:

	Nada	Pouco	Moderado	Muito	Extremamente
1 Frequentemente teve comportamentos que os outros acharam irresponsáveis, como não pagar dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2 Fez uso de coisas ilegais mesmo que você não tenha sido pego (por ex.: destruir propriedades, roubar, usar drogas ou cometer algum crime)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3 Entrou em brigas (incluindo brigas físicas com sua esposa e filhos)?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4 Mentiu para conseguir dinheiro ou prazer, ou mentiu só por diversão?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5 Colocou outras pessoas em risco?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6 Não se sentiu culpado após machucar, maltratar, mentir ou roubar pessoas ou causar algum estrago a propriedade alheia?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

TOTAL

Total dividido por 6 = COTAÇÃO PADRÃO

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FASE 1)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRIMEIRO) DO ESTUDO **“IMPACTO DE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE CONTATO COM** **SERVIÇOS DE SAÚDE NA EVOLUÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS** **MENTAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO”²**

Prezado(a) senhor(a),

Estou convidando o(a) Sr(a) para participar de um estudo sobre como perguntar para as pessoas se elas estão com dificuldades emocionais. O objetivo desse estudo é identificar se o(a) Sr(a) passa por dificuldades emocionais. Dependendo do resultado de um primeiro questionário, que o(a) Sr(a) deverá responder, poderá ser convidado(a) para um segundo estudo de acompanhamento. Os resultados deste estudo podem auxiliar na formulação de novas políticas de saúde, contribuindo para o bem estar da população.

Para isso, pedimos que o(a) Sr(a) responda a algumas perguntas feitas por pesquisadores.

Se não quiser participar, ou quiser interromper sua participação em qualquer momento, o(a) Sr(a) tem toda liberdade de fazê-lo e isso não causará qualquer problema no atendimento que o(a) Sr(a) possa ter no Sistema de Saúde. O único aspecto que pode ser inconveniente para o(a) senhor(a) é o tempo que será gasto para responder este questionário, que será de aproximadamente 10 minutos.

As respostas que o(a) Sr(a) der não serão fornecidas a ninguém, apenas a você, caso queira vê-las. O seu nome nunca aparecerá nos resultados desse estudo. Caso, após as perguntas, percebamos que o(a) Sr(a) pode se beneficiar de alguma ajuda médica para lidar com alguma dificuldade emocional, o(a) senhor(a) será orientado sobre como e onde procurar ajuda, se o(a) Sr(a) quiser.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine duas vias deste documento, sendo que o(a) senhor(a) ficará com uma via.

Eu, _____,
após receber informações sobre o estudo “IMPACTO DE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA EVOLUÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO”, aceito responder às perguntas que me serão feitas por um entrevistador. Autorizo que as informações obtidas a partir das minhas respostas possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que a minha identidade não seja revelada a ninguém.

Ribeirão Preto, ____/____/____.

Assinatura

Assinatura - Pesquisador Responsável

Pesquisadores: Dr. Leonardo Moscovici - Celular 97966669
Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques - Celular 97920874

²Versão 1.4 do TCLE - 22 de Novembro de 2012.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FASE 2)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (SEGUNDO) DE PESSOAS CADASTRADAS NO ESTUDO “IMPACTO DE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA EVOLUÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO”³**

Prezado(a) senhor(a),

Este estudo de acompanhamento pretende avaliar os benefícios, em relação ao estado emocional, resultantes do atendimento de saúde que o Sr (a) recebe. Dessa forma esse estudo poderá identificar uma maneira melhor de acompanhamento de pessoas com dificuldades semelhantes às que o (a) Sr. (a) apresenta, além de auxiliar na formulação de novas políticas de saúde.

Para isso, o(a) Sr(a), será entrevistado por um profissional especializado em saúde mental, ocasião em que responderá algumas perguntas sobre como está seu estado emocional.

Se não quiser participar, ou quiser interromper sua participação em qualquer momento, o(a) Sr(a) tem toda liberdade de fazê-lo e isso não causará qualquer problema no atendimento que o(a) Sr(a) possa ter no Sistema de Saúde. O único aspecto que pode ser inconveniente para o(a) senhor(a) é o tempo que será gasto para responder estes questionários, que será de aproximadamente 20 a 30 minutos.

As respostas que o(a) Sr(a) der não serão fornecidas a ninguém, apenas a você, caso queira vê-las. O seu nome nunca aparecerá nos resultados desse estudo. Caso, após as perguntas, percebamos que o(a) Sr(a) pode se beneficiar de alguma ajuda médica para lidar com alguma dificuldade emocional, o(a) senhor(a) será orientado sobre como e onde procurar ajuda, se o(a) Sr(a) quiser.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine duas vias deste documento, sendo que o(a) senhor(a) ficará com uma via.

Eu, _____,
após receber informações sobre o estudo “IMPACTO DE VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E DE CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE NA EVOLUÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO”, aceito responder às perguntas que me serão feitas por dois médicos pesquisadores a cada 6 e 12 meses durante um ano. Autorizo que as informações obtidas a partir das minhas respostas possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que a minha identidade não seja revelada a ninguém.

Ribeirão Preto, ____/____/____.

Assinatura

Assinatura - Pesquisador Responsável

**Pesquisadores: Dr. Leonardo Moscovici - Celular 97966669
Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques - Celular 97920874**

³ Versão 1.5 do TCLE - 22 de Novembro de 2012

9. *Apêndice*

APP DO SOFTWARE PARA COLETA DE DADOS

mnmo.com.br

Novo Sujeito

Sujeito Existente

Enviar

mnmo.com.br

Anterior
Identificação

Nome

Endereço

Telefones

Email

••••• VIVO 16:12 100%
mnmo.com.br

Área

1 2 3

Sexo

masculino feminino

Data de nascimento

Escolaridade

Selecione

Estado Civil

Selecione

Situação Laboral

Selecione

Nível Socioeconômico

Televisores em cores

Rádios

Banheiros

Automóveis

Empregadas mensalistas

Máquinas de lavar

Videocassete/DVD

Geladeiras

Freezer

Grau de instrução do chefe de família

Selecione

Próxima

VIVO

16:12

100%

mnmo.com.br

Anterior

COOP/WONCA

Durante as últimas duas semanas...

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

☐ Nem um pouco

☐ Um pouco

☐ Moderadamente

☐ Bastante

☐ Extremamente

Próxima

VIVO

16:12

100%

mnmo.com.br

Anterior

PHQ-2

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

☐ Nenhuma Vez

☐ Vários Dias

☐ Mais da Metade dos Dias

☐ Quase todos os dias

2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança

☐ Nenhuma Vez

☐ Vários Dias

☐ Mais da Metade dos Dias

☐ Quase todos os dias

VIVO

16:13

100%

mnmo.com.br

Anterior
GAD-2

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

1. Sentindo-se nervoso, ansioso ou no meu limite

☐ Nenhuma Vez
☐ Vários Dias
☐ Mais da Metade dos Dias
☒ Quase todos os dias

2. Não ser capaz de interromper ou de controlar as preocupações

☐ Nenhuma Vez
☒ Vários Dias
☐ Mais da Metade dos Dias
☐ Quase todos os dias

VIVO

16:13

100%

mnmo.com.br

Anterior
AUDIT-3

Um copo de pinga, vodka ou uísque (37ml)

Ou uma taça pequena de vinho (140ml)

Ou uma latinha de cerveja (350ml)

Ou um cálice de Martini ou vermute (50ml)

☐ Nunca
☐ Menos que mensalmente
☐ Mensalmente
☐ Semanalmente
☐ Diariamente ou quase diariamente

Próxima

VIVO

16:13

100%

mnmo.com.br

Anterior

CUDIT-1

Com que frequência você usa drogas?

☐ Nunca
 ☐ Mensalmente ou menos
 ☐ Duas a quatro vezes por mês.
 ☐ Duas a três vezes por semana
 ☐ Quatro ou mais vezes por semana

Próxima

VIVO

16:14

100%

mnmo.com.br

Anterior

APSS-3

Alguma vez você já...

1. ... ouviu vozes ou sons que ninguém mais pode ouvir?

☐ Sim, definitivamente
 ☐ Pode ser
 ☐ Não, nunca

2. ... viu coisas que outras pessoas não podiam ver?

☐ Sim, definitivamente
 ☐ Pode ser
 ☐ Não, nunca

3. ... pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?

☐ Sim, definitivamente
 ☐ Pode ser