UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

LÍVIA MARIA BOLSONI

**Avaliação da Fidedignidade e Validade do MINI – Rastreio de Transtornos
Mentais (MINI-RTM)**

Ribeirão Preto
2016

LÍVIA MARIA BOLSONI

**Avaliação da Fidedignidade e Validade do MINI – Rastreo de Transtornos
Mentais (MINI-RTM)**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Antonio Waldo
Zuardi

Ribeirão Preto

2016

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Bolsoni, Livia Maria.

Avaliação da Fidedignidade e Validade do Mini – Rastreamento de Transtornos Mentais (MINI-RTM) / Livia Maria Bolsoni; orientador: Antonio Waldo Zuardi – Ribeirão Preto, 2016.

106f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Saúde Mental.

1. transtornos mentais
2. unidades primárias de saúde
3. características psicométricas
4. detecção de transtornos mentais
5. instrumentos de rastreamento para transtornos mentais.

Nome: Livia Maria Bolsoni

Título: Avaliação da Fidedignidade e Validade do MINI – Rastreio de Transtornos Mentais (MINI-RTM)

Esse trabalho foi subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, mediante a concessão de bolsa de mestrado e auxílio de reserva técnica, no período de junho de 2014 a abril de 2016.

Ribeirão Preto – SP

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lívia Maria Bolsoni

Avaliação da Fidedignidade e Validade do Mini – Rastreio de Transtornos Mentais (MINI-RTM)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. : _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. : _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi, pela disponibilidade e confiança depositada. Meus especiais agradecimentos pelos ensinamentos, aprendizado e exemplos profissionais.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pela bolsa concedida e pelo apoio financeiro para a realização desse estudo (Processo 2013/20967-3).

Às professoras: Prof^a Dr^a Sonia Regina Loureiro, Prof^a Dr^a Sonia Pasian e Prof^a Dr^a Flávia de Lima Osório pelos ensinamentos, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual, quando do exame de qualificação.

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação em Saúde Mental, em especial à Ivana, pela disponibilidade, principalmente em momentos decisivos.

Ao Leo, pela oportunidade de participação em sua coleta de dados e a todos os estudantes e profissionais que colaboraram com a aplicação dos instrumentos.

A todos os participantes que se disponibilizaram para a realização da coleta de dados, contribuindo para a conclusão do estudo.

Aos meus pais, Valter e Joana, por não medirem esforços para que eu consiga alcançar meus objetivos e a minha irmã, Marília, por sempre me apoiar em minhas escolhas.

Ao Thales, pelo companheirismo e compreensão, sempre me acolhendo com delicadeza, principalmente nos momentos mais críticos.

À minha amiga e companheira de vida Carol, por sempre me apoiar e torcer por mim.

À colega que conheci na pós-graduação, Karina, hoje grande amiga, por todo o apoio na confecção da dissertação.

A todos que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização desse estudo, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Bolsoni LM. Título: Avaliação da Fidedignidade e Validade do MINI – Rastreio de Transtornos Mentais (MINI-RTM) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2016. 106f.

Atualmente aumenta o reconhecimento da atenção primária em gerenciar os problemas de saúde mental e o uso de instrumentos de rastreio possibilita mensurar características psicológicas, psíquicas e comportamentais que nem sempre são consideradas. Dessa forma, o uso de instrumentos de rastreio pode auxiliar na detecção precoce de indivíduos que necessitam de tratamento, acompanhamento ou intervenção e são raros os instrumentos que englobam o rastreio de múltiplos transtornos mentais. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral construir e validar um instrumento breve de rastreio de múltiplos transtornos mentais, o qual será chamado de Mini Rastreio para Transtornos Mentais (MINI-RTM), que reúne questões relevantes de diversos instrumentos de rastreio específicos para transtornos mentais, já existentes e validados, mas que permita a detecção dos transtornos mais comuns em atenção primária, incluindo abuso de substâncias e transtornos psicóticos. O MINI-RTM abarcou questões relativas à ansiedade, depressão, abuso e/ou dependência de álcool e substâncias e transtornos psicóticos. É um instrumento composto por nove itens com escore podendo variar de zero a 23. 545 sujeitos foram entrevistados em seus domicílios, por estudantes de medicina, treinados no MINI-RTM e item *Sentimentos* do COOP/WONCA. Os sujeitos que concordaram em participar da segunda fase do estudo, total de 230, receberam uma segunda visita de profissionais de saúde mental, com treinamento no MINI-RTM, no item *Sentimentos* do COOP/WONCA e na entrevista MINI, para possível confirmação do diagnóstico. O MINI-RTM foi sujeito à análise da fidedignidade teste-reteste, por meio do Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), apresentando valor de 0,78, considerado satisfatório, indicando ser um instrumento bastante confiável e com índices mais expressivos que o item *Sentimentos* do COOP/WONCA. A análise da validade discriminativa, mostrou que o MINI-RTM apresentou-se com valores de área sob a curva ROC, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo satisfatórios. Os pontos de corte, quando comparado com a entrevista padrão-ouro MINI foram: >3 (instrumento mais sensível) e >4 (instrumento mais específico). Quando cotejado com o item *Sentimentos* do COOP/WONCA, para ponto de melhor acurácia, o MINI-RTM apresentou-se com menor variação entre sensibilidade e especificidade, sendo considerado mais equilibrado na detecção de casos e não casos. Quanto à análise da validade concorrente, na comparação com item *Sentimentos* do COOP/WONCA, o MINI-RTM apresentou valor moderado de correlação, o que era de se esperar devido ao item *Sentimentos* do COOP/WONCA avaliar bem estar geral e não um conjunto de transtornos. Dessa forma, o MINI-RTM apresentou-se como um instrumento de rastreio potencialmente relevante para triagem de múltiplos transtornos mentais em cuidados primários de saúde, sendo satisfatoriamente fidedigno, válido e mais abrangente que outros instrumentos de rastreio. O MINI-RTM conseguiu reunir questões importantes para um instrumento de rastreio que é a alta capacidade de discriminação entre casos e não casos e a fácil aplicabilidade. Esse instrumento está disponível para profissionais de cuidados primários de saúde, preenchendo uma importante lacuna na literatura, principalmente nacional, que é a disposição de um instrumento que rastreie múltiplos transtornos mentais, não se limitando somente a avaliação de bem estar geral ou avaliação de transtornos mentais específicos.

Palavras chave: transtornos mentais, unidades primárias de saúde, características psicométricas, detecção de transtornos mentais, instrumentos de rastreio para transtornos mentais.

ABSTRACT

Bolsoni LM. Título: Evaluation of Reliability and Validity of MINI-Screening of Mental Disorders (MINI-SMD) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2016. 106f.

Current studies raise awareness of primary care on management of mental disorder issues and the use of screening tools allows the measurement of physical, psychological and behavioral features not always considered. Therefore, the use of screening tools may aid early detection of individuals who require treatment, assistance or intervention. In addition, screening tools that allow the identification of multiple mental disorders are uncommon. Therefore, the current study aimed to build and validate a brief tool that tracks multiple mental disorders to be named Mini Screening for Mental Disorders (in Portuguese, MINI-RTM) that gathers relevant issues from various mental disorder screening tools already validated, with the addition of allowing the identification of commonplace disorders such as substance abuse and psychotic disorder. MINI-SMD comprehends questions related to anxiety, alcohol or substance abuse and/or addiction, as well as psychotic disorders. The instrument comprises nine items in which scores vary from zero to 23. 545 participants were interviewed at their homes by medicine students with training at MINI-RTM and *Feelings* from COOP/WONKA. The subjects who agreed to participate in the second phase of the study, total 230, received a second visit from mental health professionals with training in MINI-SMD, the item *Feelings* of COOP/WONKA and the MINI interview for possible confirmation of diagnosis. The MINI-SMD was subject to test-retest reliability analysis, through intraclass correlation coefficient (ICC), with value 0.78, considered satisfactory, indicating to be a very reliable instrument with more expressive indexes than *Feelings* from COOP / WONKA. The analysis of discriminant validity showed that MINI-RTM presented satisfactory values under the ROC curve, sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value. Cut scores when compared with the gold standard MINI interview were: > 3 (more sensitive instrument) and > 4 (more specific instrument). When collated with *Feelings* for better accuracy scores, MINI-RTM presented less variation between sensitivity and specificity, being considered more balanced in detecting cases and non-cases. With respect to the analysis of concurrent validity, compared to *Feelings*, MINI-RTM presented moderate correlation value, which has been expected since *Feelings* assesses well-being and not a set of disorders. Thus, MINI-RTM was presented as a potentially important screening tool for tracking multiple mental disorders in primary health care, being satisfactorily reliable, valid and more comprehensive than other screening tools. MINI-RTM managed to gather important features for a screening instrument such as high capacity of discrimination between cases and non-cases and easy applicability. This tool is available for primary health care professionals, filling an important gap in the literature – mainly Brazilian – which is the provision of a tool that tracks multiple mental disorders, not only limited to the assessment of well-being or the general assessment of specific mental disorders.

Key-words: mental disorders, primary health care, psychometric characteristics, detection of mental disorders, screening tools for mental disorders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Percurso seleção amostral	44
Figura 2 -	Curva ROC MINI-RTM em relação à entrevista diagnóstica MINI...	59
Figura 3 -	Curva ROC Item <i>Sentimentos</i> COOP/WONCA em relação à entrevista MINI	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estudos de avaliação de instrumentos de rastreio para múltiplos transtornos mentais.....	23
Tabela 2 -	Características dos instrumentos de rastreio	26
Tabela 3 -	Análise da fidedignidade dos instrumentos.....	30
Tabela 4 -	Qualidade de um teste diagnóstico.....	33
Tabela 5 -	Estudos psicométricos realizados com instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais.....	35
Tabela 6 -	Características sócio-demográficas das amostras	57
Tabela 7 -	Fidedignidade teste-reteste do MINI RTM.....	58
Tabela 8 -	Pontos de corte do MINI-RTM diagnosticados pela MINI	60
Tabela 9 -	Valores de validade discriminativa do MINI RTM (ponto de corte maior 3) em relação aos diagnósticos mais prevalentes pela entrevista MINI	61
Tabela 10 -	Valores de validade discriminativa do MINI RTM (ponto de corte maior 4) em relação aos diagnósticos mais prevalentes pela entrevista MINI	63
Tabela 11 -	Valores de área sob a curva para os diagnósticos do MINI RTM	64
Tabela 12 -	Fidedignidade teste-reteste MINI-RTM e COOP <i>Sentimentos</i>	65
Tabela 13 -	Valores de validade discriminativa do item <i>Sentimentos</i> do COOP/WONCA para diferentes pontos de corte.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PSE	Present State Examination
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
DIS	Diagnostic Interview Schedule
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
SCID	Structured Clinical Interview for DSM- III-R
DMS-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais – 4ª edição.
PRIME-MD	Primary Care Evaluation on Mental Disorders
SDDS-PC	Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
SRQ	Self Reporting Questionnaire
WHO-5	Well-Being Index-5 Version 1
COOP/WONCA	Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/ World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
CIS	Clinical Interview Schedule
M-3	Mood Monitor
GAD	Generalized Anxiety Disorder
MINI RTM	Mini Rastreio para Transtornos Mentais
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification
CUDIT	Cannabis Use Disorders Identification
ASC	Área sob a curva

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 – TCLE 1.....	87
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 – TCLE 2.....	88
Apêndice C - Guia Prático para aplicação do MINI-RTM	89
Apêndice D - Questionário de Identificação	94
Apêndice E - Artigo de revisão bibliográfica	95

ANEXOS

Anexo A -	Item <i>Sentimentos</i> COOP/WONCA.....	102
Anexo B -	Critério de Classificação Econômica Brasil.....	103
Anexo C -	Aprovação Comissão de Ética em Pesquisa (CEP).....	104

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Saúde Mental e APS	16
1.2 Instrumentos de rastreio.....	20
1.3 Validação dos Instrumentos de Rastreio	28
1.4 Justificativa.....	37
 2 OBJETIVOS	 40
2.1 Objetivo Geral	40
2.2 Objetivos específicos.....	40
 3 MÉTODO	 42
3.1 Caracterização do local do estudo	42
3.2 Participantes	42
3.3 Tamanho amostral	43
3.4 Critérios de Elegibilidade	44
3.5 Instrumentos	45
3.5.1 Construção do Mini- rastreio de transtornos mentais (MINI RTM)	45
3.5.2 Outros instrumentos utilizados no estudo.....	48
3.5.2.1 Quadro “sentimento” do Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (COOP/sentimentos)	48
3.5.2.2 Entrevista diagnóstica semi-estruturada para diagnóstico de transtornos mentais (MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview).....	49
3.5.2.3 Critério de Classificação Econômica Brasil	50
3.5.2.4 Questionário de identificação	50
3.6 Procedimentos	50
3.6.1 Aplicadores dos instrumentos.....	50
3.6.2 Treinamentos	51
3.6.3 Processo de coleta de dados	52
3.7 Aspectos bioéticos	53
3.8 Análise dos dados	54
 4 RESULTADOS	 57
4.1 Características sócio-demográficas	57
4.2 Fidedignidade	58

4.3 Validade Discriminativa	59
4.4 Validade concorrente	64
4.5 Comparação entre o MINI-RTM x Item Sentimentos COOP/WONCA.....	65
5 DISCUSSÃO	68
5.1 Fidedignidade	68
5.2 Validade.....	69
5.2.1 Validade Discriminativa e concorrente do MINI-RTM	70
5.2.2 Validade Discriminativa para Transtornos Mentais Específicos.....	72
5.3 Limites e contribuições do estudo	73
6 CONCLUSÕES.....	76
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICE	87
ANEXOS	102

INTRODUÇÃO

---

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde Mental e APS

Os transtornos mentais são comuns a todos os países e afetam, consideravelmente, todas as faixas etárias e grupos econômicos e sociais. Entretanto, há desigualdades internacionais quanto à prevalência desses transtornos, ficando mais concentrados em países de renda baixa e média. Cerca de 80% das pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental vivem em países de baixa renda, os quais concentram somente 10% dos recursos em saúde mental, ficando evidente a importância de melhorar estratégias de reconhecimento dessas doenças (Jacob; Patel, 2014). Globalmente, a prevalência dos transtornos mentais na população é bastante significativa, variando de 10% a 20% em um ano e de 20% a 40% ao longo da vida (Kessler et al, 2004). Dados da OMS (2000) demonstram prevalências de transtornos mentais ao longo da vida entre 12,2% e 48,6%, dependendo da população estudada e das características do instrumento de rastreamento ou diagnóstico utilizado.

Dados do Projeto Atlas (OMS, 2014) apontam os gastos médios per capita, em saúde mental, para os países em diferentes níveis de renda. Os gastos de países de baixa e média renda são muito escassos (menos de 2 dólares per capita), enquanto que países de renda alta, os níveis são estimados em 50 dólares per capita. A maneira como essas despesas são alocadas também são distintas. Em países de renda baixa e média, as despesas concentram-se em programas hospitalares de saúde mental e em países de renda alta, concentram-se na atenção primária. Ainda baseado nesse Projeto, o número médio de trabalhadores de saúde mental, a nível global, é de 9 para cada 100mil habitantes, ou seja, menos de um trabalhar para cada 10mil habitantes, enquanto que nos países de alta renda esse número sobe para 43 a cada 100mil habitantes e nos países de renda baixa e média, esse número cai para 1.4 e 16.2 para cada 100mil habitantes, respectivamente. Dessa forma, capacitar profissionais da atenção primária à saúde, principalmente em países de renda média e baixa, garante uma maior cobertura da assistência e tratamento dos transtornos mentais.

Atualmente, aumenta o reconhecimento da importância da atenção primária para gerenciar problemas de saúde mental. Estudos recentes encontraram que 10% da população, em geral, consultam o médico generalista (“general practitioner” - GP) para uma doença nova, e que uma em cada cinco de tais consultas pode ser atribuída à presença de uma doença

mental (Vazquez-Barqueiro et al, 2009; Ustun; Sartorius, 1995). Para fazer face a essa sobrecarga representada pelos transtornos mentais, a Organização Mundial de Saúde destaca a importância de integrar os cuidados de saúde mental na atenção básica de saúde (OMS, 2008).

Há muitas vantagens para a interação entre saúde mental e atenção primária à saúde, entre elas, a redução do estigma para as pessoas com transtornos mentais e suas famílias, visto que a atenção primária não trata de um problema em específico. Assim, a procura desse serviço tornar-se mais aceitável por parte dos usuários, melhorando o acesso aos cuidados e garantindo atenção integral, o que ajuda a melhorar o tratamento de condições comórbidas, detecção, acompanhamento e prevenção dos transtornos mentais (OMS, 2008).

Diversos estudos internacionais e no Brasil, sobre prevalência de transtornos mentais, mostram que em torno de 30% da população adulta apresenta algum tipo de diagnóstico psiquiátrico (principalmente depressão e ansiedade) (Pince et al, 2007; Andrade, 2012). Um estudo multicêntrico realizado em 14 países, administrado pela Organização Mundial da Saúde, mostrou que, em média, 20% das pessoas que eram atendidas em unidades de cuidados primários apresentaram pelo menos um diagnóstico de transtorno mental atual (OMS, 2000). Estima-se que, cerca de 20% da população brasileira (39 milhões de pessoas), necessita ou vai necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental. (Brasil, 2008).

No Brasil, estudo multicêntrico recente, relata altas taxas de prevalências de transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) em cuidados primários de saúde das grandes capitais como Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre. As taxas variam de 51,9% a 64,3%, destacando a importância em identificar e tratar os possíveis casos (Gonçalves et al, 2014). A terminologia “transtornos mentais comuns” é bastante utilizada para caracterizar uma gama de transtornos que compartilham da mesma sintomatologia, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Goldberg; Huxley, 1992). Consequências econômicas e diminuição da qualidade de vida, associadas com a presença da maioria dos transtornos mentais comuns - como ansiedade, depressão e abuso de substâncias psicoativas - são pelo menos tão importantes quantos aqueles associados com problemas físicos comuns, como hipertensão, diabetes, artrite, asma ou dor nas costas (Pince et al 2007; Gonçalves et al, 2008).

O número de publicações sobre a prevalência de transtornos mentais na atenção primária tem crescido consistentemente ao longo das últimas décadas. Em alguns países, os estudos que são mais citados frequentemente foram realizados há alguns anos e às vezes utilizando instrumentos e métodos que não são considerados adequados hoje (Ustun;

Sartorius, 1995; Andrade et al, 2012). Estudo da OMS (2000), que analisou a correlação da prevalência de transtornos mentais em 7 países, incluindo o Brasil, apontou que é necessário ter cuidado na interpretação dos resultados, pois deve-se levar em conta a confiabilidade e a validade dos instrumentos utilizados, bem como a maneira como foram aplicados. Jacob e Patel (2014) ressaltam que existe uma lacuna entre os dados epidemiológicos relatados em pesquisas e aqueles relatados pelos trabalhadores da atenção primária. O ambiente de rotina de cuidados primários é composto, em sua maioria, por profissionais não especializados em saúde mental e as pesquisas epidemiológicas são, muitas vezes, realizadas nesse contexto. Muitas estratégias, como capacitação da equipe e uso de critérios diagnósticos foram propostos para preencher essa lacuna. O relatório da OMS (2008) cita como desafio o investimento na formação de pessoal para detectar e tratar transtornos mentais, bem como a disponibilidade de tempo desses profissionais.

No Brasil, apesar de existir legislação e programas específicos direcionados à saúde mental (Portaria MS nº 399/GM de 22/02/2006; Portaria MS nº 325/GM de 13/03/2008), há ainda dificuldade em detectar esses transtornos. Estudo recente (Gonçalves et al, 2013), realizado no Brasil, mostrou que apenas o treinamento da equipe para promoverem cuidados compartilhados em Saúde Mental não foi efetivo para mudar o reconhecimento de transtornos mentais pelos profissionais de cuidados primários. Uma possibilidade de desenvolvimento da habilidade desses profissionais, para o rastreamento e o diagnóstico de transtornos mentais, seria o treinamento para a aplicação de instrumentos de rastreio e entrevistas estruturadas, acompanhando o treinamento teórico e prático em psiquiatria. Os questionários de rastreamento podem ser aplicados por profissionais de saúde sem curso superior ou por leigos com pouca escolaridade, em poucos minutos, após treinamento específico. Com os questionários de rastreamento é possível fazer o diagnóstico precoce e aperfeiçoar as ações de saúde e de prevenção, aumentando a probabilidade das pessoas que precisam de tratamento serem identificadas e tratadas corretamente (Kagee et al, 2013).

A proximidade com os usuários e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente as famílias faz da atenção primária uma instância privilegiada para a suspeita diagnóstica precoce desses transtornos. Esses profissionais, também, não propagam o uso indiscriminado de categorias psiquiátricas, o que propicia a diminuição do rótulo (Jacob; Patel, 2014).

Capacitar a equipe de cuidados primários para reconhecimento de características indicadoras de transtornos emocionais, independente do diagnóstico, propicia maior abrangência de cobertura da população o que contribui, muitas vezes, na prevenção de transtornos mentais. O uso de instrumentos de rastreio sugere a possibilidade de detectar essas

perturbações, não realizando um diagnóstico de fato. Independente das dificuldades metodológicas é inegável a grande prevalência de transtornos mentais e a sua significativa importância na sobrecarga que as doenças representam globalmente (Prince et al, 2007).

Dessa forma, a importância dos instrumentos de rastreio está no fato de aumentarem as chances de pessoas com necessidades de tratamento sejam identificadas precocemente e tratadas adequadamente. A facilidade de administração da maioria dos instrumentos de rastreio faz com que sejam atraentes para uso em grandes estudos de investigação e detecção precoce de transtornos mentais na atenção primária, uma vez que o uso de entrevistas clínicas estruturadas pode ser inviável por conta de tempo e custo (Kagee et al, 2013). Para um instrumento de rastreio ser considerado de grande eficiência, ele deve permitir a detecção de maior número de casos, levar pouco tempo para ser realizado, não depender de agendamento prévio e ser de baixo custo (Barcsak, 2011). O uso rotineiro dos instrumentos de rastreio, no entanto, deve ser usado com cautela, pois tanto a subnotificação quanto a hipernotificação podem levar a diagnósticos e tratamentos inadequados. Como dito anteriormente, a subnotificação é um grande problema da saúde mental na atenção básica, porém a hipernotificação poderia resultar em resultados de triagem positivos em pessoas que são consideradas saudáveis. Uma possível solução para isso seria o uso de instrumentos de rastreio com resultados satisfatórios de especificidade, diminuindo assim a possibilidade de falsos positivos (Kagee et al, 2013). Isso seria um excelente custo-benefício em países cujo sistema de saúde carece de financiamento, como no Brasil.

O uso rotineiro de instrumentos de rastreio, juntamente com instrumentos de entrevistas para diagnósticos psiquiátricos, pelas equipes de APS, é de extrema importância para detecção precoce e tratamento dos transtornos mentais. Nessas equipes, os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentam uma série de benefícios como aplicadores desses instrumentos de rastreio. Uma das principais atribuições do ACS é coletar informações referentes às necessidades de saúde da população (devido à elevada cobertura populacional), identificar usuários com problemas e encaminhá-los à unidade de saúde, o que reduz o estigma das doenças mentais, as quais ficam associadas à serviços de saúde integrados e não especializados. Por fazer parte da comunidade, o ACS torna-se um mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo um importante instrumento na atenção de saúde mental, desde que utilizadas estratégias de capacitação para melhorar a assistência à saúde. (Kagee, 2013; Waidman, 2012).

1.2 Instrumentos de rastreio

Os primeiros estudos, em epidemiologia psiquiátrica, utilizavam médicos clínicos gerais ou líderes de comunidade para identificar casos de possíveis transtornos mentais, quando não havia presença do psiquiatra. Entretanto, esse método de identificação, resultou na subnotificação dos casos, devido à limitada formação daqueles profissionais em psiquiatria. Dessa forma, devido à subnotificação e devido às entrevistas diagnósticas realizadas por psiquiatras serem um recurso caro, surgiu a necessidade de se utilizar instrumentos padronizados para a identificação de possíveis casos, constituindo uma forma de baratear os custos e, assim, viabilizar tais estudos (Andreoli et al, 2000).

Pode-se considerar que os primeiros instrumentos de rastreio para a identificação de pacientes psiquiátricos foram: o Índice de MacMillan e a escala de Langner, desenvolvidos no final da década de 50 e início da década de 60, nos Estados Unidos (Andreoli et al, 2000). São instrumentos breves que englobam sinais, sintomas e comportamentos observáveis, característicos das doenças mentais. A escala de Langer é um instrumento de triagem composto por 22 itens que sugerem uma lista de sintomas que pode ser usada para detecção de indivíduos com alguma possibilidade de transtorno psiquiátrico (Langner, 1962).

Até o início da década de 70, havia poucas escalas breves de rastreamento de transtornos mentais e limitada preocupação em discriminar os casos, o que tornava esses estudos bastante genéricos, pois os instrumentos avaliavam construtos gerais como por ex: “doença mental”, “ajuste emocional”, “sintomas psicofisiológicos” e etc. Esse cenário muda a partir da década de 70, quando o DSM III ganhou importância para a psiquiatria moderna, hierarquizando os diagnósticos e englobando os sintomas em categorias (Andreoli et al, 2000).

A partir desse momento, houve mudanças na psiquiatria em relação ao diagnóstico e as escalas de rastreamento passaram a ser utilizadas como indicadoras de casos potenciais e não mais como diagnóstico individual. Os instrumentos de rastreio têm como objetivo reconhecer precocemente a doença, graças à triagem dos sintomas psiquiátricos e assim, favorecer tratamento eficaz e com menos custos (Eddy, 1991). Sua importância se dá no fato de serem instrumentos auto-aplicados, ou facilmente aplicados por entrevistadores leigos, e exigirem pouco tempo para aplicação. Esses são fatores de grande importância na atenção primária à saúde, devido ao elevado número de atendimentos.

A triagem apenas sugere a possibilidade de uma perturbação, havendo a necessidade de confirmação diagnóstica (Weissman et al, 1998). Ao indivíduo, é atribuído um escore total, resultado da soma das respostas positivas. Para cada escala, calcula-se um ponto de corte que melhor discrimina os indivíduos "doentes" dos "não-doentes" (Andreoli et al, 2000). Assim, há a necessidade de uma segunda etapa que consiste em aplicar os critérios das classificações psiquiátricas contemporâneas naquelas pessoas com resultado positivo no rastreamento, utilizando entrevistas diagnósticas estruturadas ou semi-estruturadas, aplicadas por profissionais de nível universitário da equipe de cuidados primários. Esse seria um cenário ideal de aplicação dos instrumentos de rastreio.

No entanto, para aplicar determinado rastreamento, devem-se respeitar os seguintes princípios: o problema de saúde deve ter ocorrência e gravidade relevantes na população, suas formas pré-clínicas devem ser detectáveis e prevalentes, sua detecção precoce evita consequências mais sérias, seu modo de aplicação deve ter boa aceitabilidade, baixo custo e boa acurácia, e o problema, uma vez detectado, deve ser passível de tratamento (Fletcher et al, 1996). Outro princípio que deve ser respeitado é em relação ao contexto ao qual esse instrumento foi validado. Por exemplo, instrumentos validados em serviços especializados em psiquiatria não podem ser comparados a instrumentos validados em atenção primária à saúde, pois podem apresentar variações consideráveis em relação ao ponto de corte, devido ao diferente contexto. Esses, então são princípios imprescindíveis para o uso de instrumentos de rastreio.

Em relação à confirmação diagnóstica, são vários os instrumentos utilizados para o diagnóstico dos transtornos mentais. Os instrumentos diagnósticos padronizados mais amplamente utilizados em psiquiatria são: PSE (Present State Examination), SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), DIS (Diagnostic Interview Schedule), CIDI (Composite International Diagnostic Interview) e SCID (Structured Clinical Interview for DSM- III-R). Entretanto, esses instrumentos necessitam de um treinamento intenso por parte dos avaliadores e também são de longa aplicação (Marques, 2009). Na década de 90, algumas entrevistas foram desenvolvidas permitindo uma aplicação mais breve e por médicos de APS. Entre essas, podemos destacar: o The Primary Care Evaluation on Mental Disorders (PRIME-MD - Weissman, 1995), o The Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC - Spitzer, 1994) e o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Amorim, 2000; Sheehan et al, 1998).

O MINI foi desenvolvido por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida. É um questionário breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-IV e da CID-10 (versões distintas), que pode ser utilizado por clínicos após um treinamento rápido (de 1h a 3h) (Sheehan et al, 1998). A prioridade é a exploração dos transtornos atuais, de forma a guiar o clínico na escolha da terapêutica mais adaptada (Marques, 2009). O MINI foi validado no Brasil para aplicação por médicos de APS (de Azevedo Marques, Zuardi, 2008).

Alguns instrumentos de rastreio para transtornos mentais foram propostos, avaliando um estado global de sofrimento psicológico, incluindo: queixas somáticas (como cansaço, dores e outras sensações corporais desagradáveis), queixas cognitivas (como dificuldade para pensar com clareza, para concentrar-se e para lidar com problemas) e queixas comportamentais/emocionais (como alterações do sono, do apetite, da motricidade, preocupação excessiva, nervosismo, tristeza, anedonia, idéias de morte e infelicidade) (Dohrenwend et al, 1980; Andreoli, 1997; Kessler et al, 2002).

Bolsoni e Zuardi (2015) realizaram uma revisão sistemática sobre as características psicométricas de instrumentos breves para rastreamento de múltiplos transtornos mentais na atenção primária à saúde, em população maior de 18 anos. Os autores identificaram que são raros os instrumentos que têm como objetivo o rastreio simultâneo de transtornos mentais mais comuns na APS, como ansiedade, depressão, transtornos por uso de álcool e drogas e transtornos psicóticos. Entre os instrumentos de rastreio para detecção de múltiplos transtornos mentais, pode-se destacar o “Self Reporting Questionnaire” (SRQ) (Mari, Williams, 1986) o WHO Well-Being Index-5 Version 1 (WHO-5 Version 1) (OMS, 1998) e o Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (Quadros COOP/WONCA) (Van Weel et al, 1995; de Azevedo Marques et al, 2011). Na tabela 1, são apresentados esses instrumentos, bem como outros encontrados:

Tabela 1: Estudos de avaliação de instrumentos de rastreio para múltiplos transtornos mentais.

Estudo	Tamanho da Amostra	Idade da Amostra (anos)	Instrumento	Instrumentos utilizados como padrão ouro	Nacionalidade
Mari et al (1986)	875	≥18	SRQ-20	GHQ-12, CIS	Brasil
Jette et al (1986)	1153	18-96	FSQ	-	EUA
Goldberg et al (1997)	5438	≥18	GHQ-12	GHQ-28; CIDI-PC	Austrália
Saunders et al (2004)	954	18-84	HDI	-	EUA
Christensen et al (2005)	1785	18-65	CMDQ	SCAN	Dinamarca
Gill et al (2007)	10504	≥18	MCS-12	CIDI; SF-12; GHQ-12 e K-10	Austrália
Youngmann et al (2008)	365	18-65	SRQ-F	BPRS	África
Goodyear-Smith et al (2008)	995	≥18	CHAT	PHQ-9; CTS-1	Inglaterra
Goodyear-Smith et al (2009)	755	≥18	CHAT	STARD	Austrália
Chen et al (2009)	10-19	18-64	SRQ-20	SAS, SDS, CIDI	China
Saipanish et al (2009)	274	≥18	WHO-5	HAM-D; MINI	Tailândia
Kessler et al (2010)	41770	≥18	K-6	CIDI, SCID	EUA
de Azevedo-Marques et al (2011)	168	≥18	COOP/WONCA; SRQ-10, WHO-5	SCID	Brasil
Lucas-Carrasco et al (2012)	199	≥65	WHO-5	WHOQOL-BRIEF; GDS-15	Espanha
Bryan et al (2014)	2938	≥18	BHM	GMH	EUA

SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; GHQ-12= *General Health Questionnaire-12*; CIS= *Clinical Interview Schedule*; FSQ= *Functional Status Questionnaire*; GHQ-28= *General Health Questionnaire-28*; CIDI-PC= *Composite International Diagnostic Instrument*; HDI= *Health Dynamics Inventory*; CMDQ= *Common Mental Disorders Questionnaire*; SCAN= *Schedule clinical Assessment in Neuropsychiatry*; MCS-12= *Mental Health Component scale-12*; CIDI= *Composite International Diagnostic Interview*; SF-12= *12-item Short Form Health Survey*; K-10= *10-item Kessler Psychological Distress scale*; BPRS= *Brief Psychiatric Rating Scale*; CHAT= *Case-finding and Help Assessment Tool*; PHQ-9= *Patient Health Questionnaire-9*; CTS-1= *Conflict Tactics Scales Form R*; STARD= *Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy*; SAS= *Sedation Agitation Scale*; SDS= *Self-Directed Search*; WHO-5 = *Well-Being Index Version*; HAM-D= *Hamilton Rating Scale for Depression*; MINI= *Mini International Neuropsychiatric Interview*; K-6= *6-item Kessler Psychological Distress scale* COOP/WONCA= *Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/ World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*; SCID= *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*; WHOQOL-BRIEF= *World Health Organization Quality of Life Instrument- Brief*; GDS-15= *Geriatric Depression Scale-15*; BHM= *Behavioral Health Measure*; GMH= *Global Mental Health*.

Os diferentes estudos que compuseram a revisão sistemática foram publicados entre os anos de 1986 a 2014. Deve-se salientar que o estudo de Mari e Williams (1986) foi o primeiro estudo de validação do SRQ-20, realizado no Brasil, em população de cuidados primários de saúde, sendo um dos instrumentos de triagem de morbidade psíquica mais utilizado em países desenvolvidos e em desenvolvimento, na década de 90 (Santos et al, 2010; OMS, 1994).

O SRQ é um instrumento de rastreio elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) derivado dos seguintes instrumentos: *Patient Symptom Self-Report* (PASSR), desenvolvido na Colômbia; *Post Graduated Institute Self Questionnaire N2*, desenvolvido na Índia; *General Health Questionnaire*, na sua versão de 60 itens; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do *Present State Examination* (PSE). Em sua versão original, o SRQ possuía 24 itens, sendo os 20 primeiros itens avaliativos de transtornos não psicóticos e os 4 últimos para detecção de transtornos psicóticos. É um instrumento auto-aplicável, com escalas dicotômicas (sim/não) para cada uma de suas questões, destinando-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere nível de suspeição (presença/ ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico. A versão em português do SRQ adotou os 20 primeiros itens para investigar morbidade não psicótica. É um instrumento de fácil compreensão, rápida aplicação, diminuindo os custos e padronizado internacionalmente. É um instrumento amplamente utilizado no Brasil, como rastreio de transtornos mentais comuns na APS (Moreira et al, 2011; Gonçalves et al, 2008; Borim et al, 2013), porém limita-se ao rastreio de problemas agudos de ansiedade e depressão.

Nota-se, também, que as publicações intensificaram-se a partir dos anos 2000, sendo os instrumentos CHAT e WHO-5, além do SRQ, os mais utilizados. O CHAT é um instrumento que foi desenvolvido para a avaliação da saúde mental e do estilo de vida de pacientes adultos de cuidados primários de saúde. O instrumento avalia o uso abusivo de tabaco, álcool e outras drogas, problemas de jogo, depressão, ansiedade, estresse, problemas de raiva, inatividade e transtornos alimentares (Goodyear-Smith et al, 2008; Goodyear-Smith et al, 2009). Como limitação, esse instrumento não possui um correspondente padrão ouro para todas as condições avaliadas, por exemplo, não há padrão ouro para problemas de jogo. O The South Oaks Gambling Screen tem sido o principal método utilizado para identificar e problema patológico jogos de azar desde o final da década de 1980.

O WHO-5 foi criado pela OMS para avaliar o bem estar entre os pacientes diabéticos crônicos. Sua concepção foi baseada em escalas para aferir transtornos depressivos, ansiedade e angústia. Inicialmente era constituído por 28 itens que avaliavam o bem estar geral (Heun et al, 1999). A primeira versão breve era composta por 10 itens (WHO-10). Logo após a

concepção dessa primeira versão, foi criada, em 1995, uma escala com 5 itens (WHO-5, versão 1). Essa mesma escala, em 1998, foi revisada e intitulada de WHO-5 (versão 2) (OMS, 1995; Bech, 1996; OMS, 1998). As diferenças entre as duas versões está na primeira questão (negativamente na versão 1 e positivamente na versão 2) e na pontuação dos itens (de 0 a 3 na versão 1, variando o escore final de 0 a 15, e de 0 a 5 na versão 2, variando o escore final de 0 a 25). Escores mais elevados indicam maior bem estar geral. Outra diferença entre ambas as versões é que a versão 1 detecta ansiedade e depressão e a versão 2 detecta somente depressão (de Azevedo Marques; Zuardi, 2011). A limitação do instrumento é que ele avalia bem estar geral, limitando-se em depressão e/ou ansiedade.

Um estudo realizado no Brasil, além de analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos WHO-5 e SRQ-20, analisou o instrumento *Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/ World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (COOP/WONCA – de Azevedo Marques; Zuardi, 2011). O COOP/WONCA é um instrumento breve, de fácil aplicação e que avalia vários quesitos como aptidão física, sentimentos, atividades diária e social e saúde em geral (Kessler et al, 2010). Cada quesito é composto por uma única pergunta referindo-se às duas semanas anteriores e tem cinco respostas possíveis, ilustrado por uma imagem simples. Escores mais altos indicam um pior estado funcional. Foi desenvolvido no final da década de 80, pela WONCA, e avalia os domínios físicos, mentais, sociais e alteração no estado de saúde (de Azevedo Marques; Zuardi, 2011).

De acordo com o exposto, a tabela 2 destaca: a) principais instrumentos de rastreio; b) número de itens que os compõem; c) modo de aplicação; d) tempo de aplicação e; e) principais características.

Tabela 2: Características dos instrumentos de rastreio.

Instrumento	Nº de itens	Modo de aplicação	Tempo de aplicação	Características
SRQ-20	20	Auto-aplicado	5-10min	Detecção de sintomas de transtornos mentais comuns na AB.
FSQ	34	Auto-aplicado	-	Avaliação global, sobre o papel físico, psicológico, social e funcional.
GHQ-12	12	Auto-aplicado	5min	Detecção de doenças psiquiátricas não severas
HDI	48	Auto-aplicado	10-15min.	Funcionamento da saúde mental
CMDQ	36	Auto-aplicado	5min	Rastreio de transtornos somatoformes, ansiedade, depressão, abuso de álcool e saúde geral
MCS-12	12	Auto-aplicado	5min	Avalia depressão e/ou ansiedade e qualquer transtorno mental comum
SRQ-F	29	Auto-aplicado	5-10min	Rastreio de doença psiquiátrica
CHAT	17	Auto-aplicado	2min	Detecção de estilo de vida e fatores de risco de saúde mental
WHO-5	5	Auto-aplicado	2min	Avalia o nível de bem estar emocional
K-6	6	Auto-aplicado	2min	Triagem de doença mental grave
COOP/WONCA	6	Auto-aplicado	2min	Avaliação do estado funcional
BHM	20	Auto-aplicado	5min	Avalia o estado de saúde mental

SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; AB= *atenção básica*; FSQ= *Functional Status Questionnaire*; GHQ-12= *General Health Questionnaire-12*; HDI= *Health Dynamics Inventory*; CMDQ= *Common Mental Disorders Questionnaire*; MCS-12= *Mental Health Component scale-12*; CHAT= *Case-finding and Help Assessment Tool*; WHO-5 = *Well-Being Index Version*; K-6= *6-item Kessler Psychological Distress scale*; COOP/WONCA= *Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/ World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*; BHM= *Behavioral Health Measure*

De acordo com a tabela, esses instrumentos variam de 6 a 48 itens, são de aplicação rápida, auto-aplicáveis e avaliam nível global de sofrimento psíquico, com exceção do MCS-12 que avalia depressão e/ou ansiedade. Dessa forma, é raro o instrumento que avalie uma gama de transtornos psiquiátricos.

Dois instrumentos de rastreio merecem destaque, por englobar uma gama de transtornos psiquiátricos. Um deles, o M-3, é um instrumento, de auto-relato, desenvolvido por pesquisadores dos EUA (Gaynes et al, 2010) que contém 27 itens e que avalia a presença dos seguintes sintomas durante as duas últimas semanas: transtorno depressivo maior (7 itens), transtorno de ansiedade generalizada (2 itens), transtorno de pânico (2 itens), transtorno de ansiedade social (1 item), transtorno de estresse pós traumático (4 itens), transtorno obsessivo (3 itens) e, por fim, os 4 últimos itens avaliam prejuízo funcional. As respostas variam de 0 (nenhuma vez) até 4 (o tempo todo). Como se pode notar, o instrumento M-3 foi desenhado para rastreio de transtornos depressivos e transtornos ansiosos frequentes em cuidados primários de saúde, porém, não contém análise de transtornos psicóticos e transtornos por uso de substâncias, ambos sendo de grande importância diagnóstica e de saúde pública.

O outro instrumento resultou de um estudo recente que teve como objetivo desenvolver um instrumento de rastreio, de auto-relato, para triagem de problemas de saúde comportamental, o *Primary Care Behavioral Health Screen (PCBHS)* (Pollard et al, 2013). O PCBHS foi desenvolvido pela Fundação Sidney R. Baer de Atenção Integrada, inicialmente para avaliar a viabilidade de administrar cuidados integrados no setor privado. Em resposta à insatisfação com os instrumentos existentes, um objetivo do projeto tornou-se o desenvolvimento de um instrumento prático para detectar problemas de saúde comportamental em ambientes de cuidados primários. O instrumento visa detectar a presença de problemas de saúde comportamentais comuns em adultos, sendo esses definidos pelos autores como sendo qualquer sintoma associado a transtorno mental, angústia emocional significativa ou prejuízo significativo no funcionamento comportamental.

O instrumento PCBHS contém duas questões. A primeira questão engloba 26 itens, com respostas dicotômicas (sim/não) e o paciente menciona se apresentou algum desses sintomas no último mês. A escolha dos itens foi feita de uma maneira que apenas um item poderia contemplar mais de um transtorno mental, por ex: comer muito pouco ou comer demasiado pode referir-se a depressão e/ou transtorno alimentar. Por fim, a primeira questão contempla os seguintes transtornos e sintomas: (1) depressão; (2) bulimia; (3) anorexia; (4) problemas do sono; (5) ansiedade generalizada; (6) dificuldades com raiva e estresse; (7) transtorno do pânico; (8) ansiedade social; (9) Transtorno Obsessivo-Compulsivo; (10)

estresse pós-traumático; (11) abuso de substâncias; (12) distúrbios sexuais; (13) problemas de atenção (por exemplo, TDAH); (14) psicose; (15) discórdia familiar; (16) dificuldades de enfrentamento com doença médica e outros eventos de vida. A segunda questão foi projetada para fornecer uma maneira de distinguir entre dificuldades normais e problemas clinicamente significativos que causam angústia ou interferem no funcionamento da pessoa. Continha os mesmos itens da questão 1, porém o paciente deveria escolher um tipo de resposta: nada, um pouco, pouco, muito, bastante (Pollard et al, 2013). Como limitação, o instrumento considerado como padrão ouro para sua validação foi o *Quick Psycho-Diagnostics Panel* (QDPD), o qual não é desenhado para medir uma ampla variedade de transtornos, limitando-se a depressão maior e transtorno de ansiedade generalizada. Esse instrumento de rastreio ainda não foi validado na população brasileira.

Dessa forma, de acordo com a revisão sistemática apresentada (Bolsoni; Zuardi, 2015), bem como outros estudos disponíveis (de Azevedo Marques, e Zuardi, 2011; Pollard et al, 2013), conclui-se que são raros os instrumentos de rastreio que são breves e que avaliam múltiplos transtornos mentais, incluindo transtornos mentais mais comuns (depressão e ansiedade), abuso de substâncias e quadros psicóticos, sendo quadros de grande relevância de saúde pública.

1.3 Validação dos Instrumentos de Rastreio

Os instrumentos de rastreio são importantes meios de detecção de transtornos mentais presentes na APS por serem rápidos, de fácil aplicação e baixo custo. São usados, preferencialmente, para triagem inicial de casos sendo suas propriedades chaves a capacidade de reconhecer casos positivos ou negativos, dependendo da finalidade do teste. Para o conhecimento dessas propriedades, é necessário que os testes sejam padronizados e atendam positivamente os quesitos fidedignidade e validade.

A padronização refere-se à necessária existência de uniformidade tanto para a aplicação do instrumento, como nos critérios para interpretação dos resultados obtidos. A fidedignidade, ou confiabilidade, de um instrumento avalia a consistência e o grau de reprodutibilidade de uma medida. Ela pode ser medida pela consistência interna de seus itens ou pela comparação das diversas aplicações do instrumento no mesmo indivíduo (Menezes, 1998; Pasquali, 2011).

Para um instrumento ser confiável, ele deve apresentar resultados estáveis ao longo do tempo ou quando utilizado por diferentes pesquisadores (Salmond, 2008). Para fidedignidade, também são usados os termos de confiabilidade e precisão. Nesse estudo, o termo utilizado será fidedignidade.

Para estimação da fidedignidade, existem três tipos de delineamentos: a) uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e uma única ocasião (análise dos dados por meio da consistência interna dos itens); b) uma amostra de sujeitos, dois testes e uma ocasião (correlação entre as distribuições dos dois testes ou formas paralelas) e, c) uma amostra de sujeitos, um teste e duas ocasiões (replicação do mesmo teste em outra ocasião e correlação entre os dois conjuntos de dados – fidedignidade teste-reteste) (Pasquali, 2011). Para o presente estudo será usado esse último delineamento, a fidedignidade teste-reteste.

A fidedignidade teste-reteste é definida quando um grupo de sujeitos é avaliado em dois momentos distintos, avaliando o grau que o instrumento pode reproduzir os resultados (Menezes, 1998). Refere-se a quão semelhantes são os resultados de um teste quando aplicado em momentos distintos e, portanto, indica o grau de generalização possível dos resultados ao longo do tempo (CFP, 2010). Duas dificuldades podem ocorrer nesse tipo de técnica: se o tempo entre a aplicação do teste e do reteste for curto, o sujeito pode lembrar-se das respostas da primeira aplicação e isso interferir na análise do teste, ou então, se o tempo entre a aplicação do teste e do reteste for longo, podem ocorrer mudanças reais no que se está medindo e isso influenciar na análise da fidedignidade. É aconselhável a escolha de um intervalo de tempo ótimo entre as duas aplicações, dependendo do que se está medindo. Uma das medidas utilizada para o cálculo da fidedignidade é o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), nos casos em que os resultados são variáveis contínuas. A vantagem da utilização do ICC é que ele não requer um número constante de avaliadores e levam em consideração a probabilidade de concordância devido ao acaso.

Estudo de revisão bibliográfica sobre qualidades psicométricas de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais (Bolsoni; Zuardi, 2015) evidencia a carência na literatura de instrumentos breves e fidedignos que rastreiam múltiplos transtornos mentais. Na tabela 3, destacar-se-á: a) instrumento de rastreio; b) técnica para cálculo de fidedignidade empregada e, c) valor de fidedignidade:

Tabela 3: Análise da fidedignidade dos instrumentos.

Estudo	Instrumento	Técnica de fidedignidade	Resultados
Youngmann et al; 2008	SRQ-F	Consistência interna (alfa de cronbach)	$\alpha = 0,92$
Bryan et al; 2014	BHM	Consistência interna (alfa de cronbach) (para cada subescala)	$\alpha = 0,72$ (bem-estar) a $\alpha = 0,93$ (saúde ment global)*
Saunders et al, 2004	HDI	Consistência interna (alfa de cronbach) (para cada subescala)	$\alpha = 0,72$ (uso de subst) a $\alpha = 0,95$ (sintomas globais)
Chen et al; 2009	SRQ-20	Consistência interna(CI) e teste-reteste (alfa de cronbach)	CI $\alpha = 0,9$ TR $\alpha = 0,93$
Lucas-Carrasco, 2012	WHO-5	Consistência interna (alfa de cronbach)	$\alpha = 0,86$
Saipanish , 2009	WHO-5	Consistência interna (alfa de cronbach)	$\alpha = 0,87$
Jette et al; 1986	FSQ	Consistência interna (para cada item) (alfa de cronbach)	$\alpha = 0,64$ (qual. de interação) a $\alpha = 0,82$ (ativ. De vida diária)*

*Confiabilidade calculada para cada item do instrumento

α = alfa de Cronbach. SRQ-F: *Self-Reporting Questionnaire-F*; BHM: *Behavioral Health Measure*; HDI: *Health Dynamics Inventory*, SRQ-20= *Self-Reporting Questionnaire -20*; WHO-5: *Well-Being Index Version*; FSQ: *Functional Status Questionnaire*.

O instrumento com maior índice de fidedignidade, analisada para o instrumento como um todo, foi o SRQ. Ele apresentou índice de fidedignidade de 0,92 e 0,93, consideradas altas (Youngmann et al, 2008; Chen et al, 2009). Um aspecto interessante dessa escala é que, tanto a versão com 20 itens (SRQ-20) quanto à versão adaptada para o SRQ, com 29 itens (SRQ-F), apresentaram altos índices de fidedignidade.

Para outros instrumentos, tais como: FSQ, HDI e BHM, a fidedignidade foi avaliada para construtos específicos do teste em questão (Jette et al, 1986; Saunders et al, 2004; Bryan et al; 2014). O instrumento FSQ apresentou menor índice de fidedignidade para o construto qualidade de interação e o maior para atividades de vida diária. Dos 44 itens do instrumento HDI, o que apresentou menor índice de fidedignidade foram os itens de uso de substâncias e o que apresentou maior índice de fidedignidade foram os itens de sintomas globais. Já o instrumento BHM apresentou menor índice de fidedignidade para bem estar e o maior para saúde mental global.

Outra forma de conhecer as propriedades psicométricas de um teste é por meio da validade. De acordo com Pasquali (2011), um teste é válido quando ele mede aquilo que se propôs a medir, ou seja, ele deve medir o que o pesquisador deseja e pensa que está medindo. A validade é um critério de significância de um instrumento de medida com diferentes tipos de evidências, requer a sua classificação em quatro tópicos: a) evidências de validade baseadas na análise do conteúdo ou domínio; b) evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas; c) evidências baseadas na estrutura interna; d) evidências baseadas no processo de resposta (CFP, 2010).

A validade de conteúdo não é determinada estatisticamente e também não possui um coeficiente numérico. Ela resulta do julgamento de diferentes juízes ou pessoas de reconhecido saber na área do traço que está sendo medido (Fachel et al, 2011). Esses juízes analisam a relevância e os objetivos dos itens de um teste e então, entram em um consenso. Antes da construção dos itens, é preciso que se façam algumas especificações: definir o conteúdo dos itens, explicitar os objetivos e representar a proporção relativa no teste de cada tópico de conteúdo (Pasquali, 2011). A validade de construto constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes. Assim, a validade relacionada ao construto não é, necessariamente, uma validade empírica no sentido da correlação do teste com um critério observável, mas pode ser uma validade teórica, ou seja, é a relação entre o teste e algum construto teórico (variável latente) de interesse (Fachel et al, 2011).

Dessa forma, a validade de construto refere-se ao grau em que um instrumento de medidas se relaciona fortemente com outras medições assemelhadas derivadas da mesma teoria e conceitos que estão sendo medidos (Martins, 2006). Nesse sentido, uma validade relacionada às variáveis externas, como a validade convergente-discriminante (definida abaixo), pode contribuir para reforçar a validade de construto. Atualmente, muitos autores consideram os vários tipos de validade como subtipos da validade de construto, embora continuem usando a divisão clássica, com objetivo didático (Keszei et al., 2010).

O segundo tópico, evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, registra estudos que correlacionam escores e/ou indicadores do teste com *variáveis externas*. Nesse item há várias subclassificações em razão de qual variável externa o estudo é feito. Existem os seguintes tipos: a) validade de critério; b) validade convergente; c) validade discriminante; d) testes avaliando construtos relacionados; e) estudos experimentais/quase experimentais. Atentar-nos-emos somente a validade de critério e a validade convergente e discriminante.

A validade de critério mede o grau de eficácia que um teste tem em prever um desempenho específico de um sujeito. É necessária a identificação de uma variável externa chamada *critério externo* que se associe ao construto avaliado pelo teste em análise (CFP, 2010). O critério usado nesses estudos consiste num tipo especial de variável, pois não se trata de um construto psicológico, mas sim de um conjunto de indicadores relevantes em dada situação ou contexto, como por exemplo, adoecimento mental. Existem dois tipos de validade relacionada ao critério: a validade concorrente e a validade preditiva. A diferença fundamental entre elas está no tempo de ocorrência da coleta de informação do teste a ser validado, e a coleta de informação do critério. Se as coletas forem simultâneas, a validação será do tipo concorrente. Se os dados sobre o critério forem coletados após a coleta de dados do teste, ela será preditiva.

A validade concorrente é um tipo de validade de critério que é calculada com base em medidas já existentes à época do teste. Validade concorrente trata, então, da qualidade com que a escala pode descrever um critério presente (Fachel et al, 2011). É medida simultaneamente à coleta de dados do teste. Dessa forma, a validade concorrente, quando usado outro teste para definir o desempenho do teste a ser validado, deve atender a um critério básico que é a existência de testes comprovadamente validados para serem utilizados como critérios. Para que essa faça sentido, o novo teste a ser validado deverá possuir vantagens sobre o teste usado como critério. Já a validade preditiva é um aspecto da validade de critério que busca estabelecer relações entre o desempenho de um teste e outros fatores independentemente observáveis do comportamento, de modo que se possa estabelecer a probabilidade de ocorrência deste em função dos resultados do teste (Anastasi; Urbina, 2000).

Ainda em relação ao segundo tópico, a validação convergente-discriminante, parte de dois princípios, sendo eles: o teste deve correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria estar relacionado (validade convergente) e, o teste não deve correlacionar-se com variáveis com quais ele teoricamente deveria diferir (validade discriminante) (Pasquali, 2011). Na prática, são realizados estudos que buscam simultaneamente evidências de validade convergente e discriminante. Estudos desse tipo utilizam instrumentos de medida de construtos similares ou muito pouco relacionados, e são esperadas correlações altas com os primeiros e virtualmente nulas com os últimos (CFP, 2010).

No terceiro tópico refere-se às evidências baseadas na estrutura interna. A estrutura interna relaciona-se tradicionalmente ao agrupamento dos itens do teste ou das escalas (compostas pelas somas de itens) por meio das suas intercorrelações. Tais estudos podem ser

feitos por métodos tradicionais de análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e consistência interna (CFP, 2010).

A validade baseada no processo de resposta, último tópico, afirma que alguns estudos mais recentes fazem uma análise teórica-empírica das relações entre os processos mentais ligados ao construto em causa e as respostas aos itens do instrumento. A partir disso tenta-se prever aspectos da resposta como acertos e tempo de reação a diferentes itens em razão das suas características e demandas consequentes aos processos cognitivos ou emocionais. Assim busca-se analisar a coerência entre as explicações teóricas e os dados empíricos (CFP, 2010).

Uma forma particular de validade de critério concorrente é a também chamada validade discriminativa, que avalia quanto uma escala discrimina duas categorias determinadas por outros meios, como por exemplo doentes e sadios (McDowell, 2006). A classificação dos indivíduos em doentes e não doentes é feita a partir de outro teste, normalmente já validado, chamado de padrão ouro (*gold standard*) (Cunha, 2007). O desempenho do teste contra o teste-padrão ou padrão ouro pode ser avaliado através de uma tabela 2x2, como a mostrada abaixo, em que o resultado do teste para a doença em questão pode ser positivo ou negativo, doença presente e doença ausente, respectivamente, de acordo com o padrão ouro. Dessa forma, o resultado do teste pode estar correto (verdadeiro-positivo ou verdadeiro-negativo) ou incorreto (falso-positivo ou falso negativo).

Tabela 4: Qualidade de um teste diagnóstico.

Teste	Doença		Total
	Presentes	Ausentes	
Positivo	a	B	a + b
Negativo	c	D	c + d
Total	a + c	b + d	n

A qualidade do teste diagnóstico pode ser medida pelas taxas de sensibilidade e de especificidade. A sensibilidade de um teste é a capacidade de produzir resultados positivos em indivíduos com a doença em questão. Quando os indivíduos são positivos tanto no rastreio quanto no critério. A especificidade é a capacidade do teste produzir um resultado negativo em indivíduos sem a doença em questão, quando o rastreio para esse sujeito é negativo e há confirmação do mesmo no critério. Testes altamente sensíveis são aqueles que detectam uma porcentagem elevada de indivíduos com diagnóstico confirmado, enquanto os altamente

específicos são os que detectam uma porcentagem elevada dos que não confirmam o diagnóstico. Deve haver um equilíbrio entre esses dois valores, de forma a minimizar o mais possível os falsos positivos e falsos negativos. (Cunha, 2007; Kagee et al, 2013).

Para a classificação de indivíduos em positivos e negativos pelo teste é necessário à definição de um ponto de corte. Os valores de sensibilidade e especificidade dependem de onde se coloca o ponto de corte entre os resultados positivos e negativos. Uma forma de demonstrar a relação normalmente antagônica entre a sensibilidade e a especificidade são as Curvas de Características de Operação do Receptor (Curvas ROC- *Receiver Operating Characteristic*). A Curva ROC permite estudar a variação da sensibilidade e especificidade para diferentes valores de corte (Margoto, 2010). Na maioria das vezes, o ponto de corte é estabelecido pela menor diferença entre sensibilidade e especificidade.

Outros índices que são importantes para a qualidade de um teste diagnóstico são o valor preditivo positivo (VPP), e valor preditivo negativo (VPN) e área sob a curva ROC de um teste diagnóstico. Tanto o VPP quanto o VPN são influenciados pela prevalência da doença na população de interesse. O valor preditivo positivo (VPP) é a probabilidade de que casos determinados como positivos pelo teste sejam realmente positivos, já o valor preditivo negativo (VPN), é a probabilidade de que casos determinados como negativos pelo teste sejam realmente negativos (Menezes, 1998). Enquanto que a sensibilidade e a especificidade de um teste são praticamente constantes, o VPP e o VPN dependem da prevalência da doença. A área sob a curva ROC é uma medida do desempenho de um teste (índice de exatidão do teste). Um teste totalmente incapaz de discriminar indivíduos doentes e não doentes, teria uma área sob a curva de 0.5 (seria a hipótese nula). Acima de 0,70 é considerado desempenho satisfatório (Margoto, 2010).

Os critérios psicométricos de validade, fidedignidade, sensibilidade e especificidade, devem ser observados anteriormente ao uso do teste, para que os resultados sejam fidedignos e interpretados de forma correta (Pasquali, 2011).

A tabela 5 destaca alguns instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais e especifica suas validades bem como as qualidades:

Tabela 5: Estudos psicométricos realizados com instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais.

		Qualidade do Teste						
Estudo	Instrumento	Validade Discriminativa			Validade Discriminante		Validade Concorrente	
		Técnica	Resultado		Técnica	Resultado	Técnica	Resultado
			Sen	Esp				
Saunders et al; 2004	HDI	-	-	-	Teste T	T=4,24 (peso.) a T=19,26 (moral) (p<0,001)*	-	-
Youngmann et al; 2008	SRQ-F	Curva ROC	0,83	0,86	ANOVA	14,6 (+ BPRS) X 3,6 (-BPRS) P<0,001	-	-
Saipanish et al; 2009	WHO-5	Curva ROC	0,79	0,78	Teste T	T= 7,58 (MINI-dep) T=14,83 (MINI -ñ depr) p<0,0001	-	-
Mari, Williams	SRQ-20	Curva ROC	0,83	0,83			Pearson	r= 0,70 p<0,01
Christensen et al; 2005	CMDQ	Curva ROC	0,39 a 0,87*	0,56 a 0,97*	-	-		
Goodyear-Smith et al; 2008	CHAT	Curva ROC	0,26 a 0,91*	0,40 a 0,97*	-	-	-	-
Goodyear-Smith et al; 2009	CHAT	Curva ROC	0,64 a 0,98*	0,73 a 0,98*	-	-	-	-
Gill et al; 2007	MCS-12	Curva ROC	0,81 a 0,87*	0,73 a 0,83*	-	-	-	-
Chen et al; 2009	SRQ-20	Curva ROC	0,93	0,61	-	-	Pearson	r=0,71 e r= 0,73* p<0,001
Goldberg et al; 1997	GHQ-12	Curva ROC	0,76	0,83	-	-	-	-
De Azevedo-Marques; Zuardi, 2011	COOP/WONCA COOP/WONCA (sentimentos)	Curva ROC	0,84 0,84	0,88 0,86	-	-	-	-

Estudo	Instrumento	Qualidade do Teste						
		Validade Discriminativa			Validade Discriminante		Validade Concorrente	
		Técnica	Resultado		Técnica	Resultado	Técnica	Resultado
			Sen	Esp				
De Azevedo-Marques; Zuardi, AW, 2011	SRQ-20	Curva ROC	0,81	0,86	-	-	-	-
De Azevedo-Marques; Zuardi, 2011	WHO-5	Curva ROC	0,77	0,89	-	-	-	-

*Validade calculada para cada item do instrumento

HDI: *Health Dynamics Inventory*; SRQ-F: *Self-Reporting Questionnaire-F*; WHO-5: *Well-Being Index Version*; SRQ-20= *Self-Reporting Questionnaire -20*; CDMD: *Common Mental Disorders Questionnaire*; CHAT: *Case-finding and Help Assessment Tool*; MCS-12: *Mental Health Component scale-12*; GHQ-12: *General Health Questionnaire-12*; COOP/WONCA: *Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/ World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.

O instrumento SRQ, maior predominância nos estudos e validado no Brasil, apresentou maior sensibilidade no estudo de Chen (2009), com um valor de 0,93. Em estudo realizado no Brasil (Mari; Williams, 1986), a sensibilidade e especificidade encontrada para esse instrumento foi de 0,83, para um ponto de corte 7. Apresentou elevada validade concorrente quanto correlacionado com a entrevista diagnóstica CIS.

Um instrumento que merece destaque, devido à qualidade apresentada e por ser validado no Brasil, é o COOP/WONCA (de Azevedo Marques, Zuardi, 2011). Nota-se que apenas um item dessa escala, o item *Sentimentos* apresentou sensibilidade e especificidade semelhantes com o instrumento como um todo.

Por fim, outro instrumento com maior prevalência nos estudos, é o instrumento WHO-5. Ele apresentou qualidades psicométricas semelhantes entre os estudos de Azevedo Marques e Zuardi (2011) e Saipanish (2009). A média dos pacientes que apresentaram depressão, diagnosticada pela entrevista MINI, para o WHO-5 foi menor do que para os pacientes que não apresentaram depressão, indicando menor bem estar entre os pacientes depressivos.

1.4 Justificativa

Dessa forma, devido à limitação de instrumentos breves de rastreio, que avaliem múltiplos transtornos mentais mais comuns na atenção primária e validados no Brasil, esse estudo se propõe a construir e validar as características psicométricas de um novo instrumento breve de rastreio (Mini - Rastreio de Transtornos Mentais – MINI-RTM).

O MINI-RTM é um instrumento breve de rastreio de múltiplos transtornos mentais, construído em 2013, que reúne questões de diversos instrumentos de rastreio que avaliam especificamente alguns transtornos mentais, como: depressão, ansiedade, abuso de substâncias e transtornos psicóticos. Foi construído com o intuito de preencher a lacuna na literatura de instrumentos que atendem as necessidades para diagnóstico de transtornos mentais na atenção básica. Para isso, seria necessário um instrumento de aplicação breve e que englobasse os transtornos mentais mais prevalentes ou de detecção precoce importante, nos cuidados primários de saúde.

O MINI-RTM contém nove itens retirados dos seguintes instrumentos:

- 4 primeiros itens avaliam depressão e ansiedade (Patient Health Questionnaire-4 - PHQ-4);

- 1 item que avalia uso de álcool (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT);
- 1 item que avalia uso de drogas (Cannabis Use Disorders identification Test – CUDIT - adaptado para qualquer droga),;
- 3 itens que avaliam transtorno psicótico (Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener - APSS-3),

Maiores detalhes sobre a construção do instrumento serão apresentados na sessão método (sessão 3.5.1).

Como hipótese, o MINI-RTM deverá apresentar valores de fidedignidade, validade e qualidade (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) equivalentes ou melhores que os instrumentos de rastreio para transtornos mentais estudados em nosso meio.

OBJETIVOS

---

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir e validar um instrumento breve de rastreio de múltiplos transtornos mentais, reunindo questões relevantes de diversos instrumentos de rastreio específicos para transtornos mentais, já existentes e validados, que permita a detecção dos transtornos mais comuns ou de detecção relevante em atenção primária.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a fidedignidade teste-reteste do MINI-RTM, aplicado por entrevistadores treinados no instrumento.
2. Avaliar a validade discriminativa (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) para rastreamento de transtornos mentais do MINI-RTM, aplicados por entrevistadores treinados nos instrumentos, em relação à entrevista MINI, aplicada por profissionais de saúde mental (psicólogos e terapeutas ocupacionais).
3. Avaliar a correlação entre o MINI-RTM e o item Sentimentos do COOP/WONCA aplicados por entrevistadores treinados nos instrumentos.
4. Comparar os índices psicométricos (fidedignidade e validade discriminativa) do MINI-RTM com um instrumento que avalie nível global de sofrimento psicológico (item Sentimentos do COOP/WONCA), aplicados pelos mesmos avaliadores.

MÉTODO

---

3 MÉTODO

Esta é uma pesquisa com seres humanos, em um estudo observacional psicométrico. Nos estudos observacionais, não existe manipulação de intervenções diretas sobre os indivíduos em estudo, limitando-se o investigador à observação destes e suas características.

3.1 Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado na área dos Distritos de Saúde Oeste e Central da cidade de Ribeirão Preto, os quais possuem Unidades de Saúde (Unidade Básica Distrital, equipes de Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde) ligadas à FMRP. Nessas áreas, a cobertura de saúde, por meio de serviços de cuidados primários é bastante intensa. Pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) de 2010, a população dessa área era de 44.608 habitantes (IBGE, 2010).

3.2 Participantes

Os participantes foram selecionados por meio da amostragem probabilística por domicílio, estratificada por áreas (área, quarteirão, domicílio). A amostra probabilística é selecionada de tal forma que cada item ou pessoa na população estudada tenham a mesma probabilidade de serem selecionadas. Utilizou-se uma base cartográfica digital, isto é, um sistema de informação geográfica dos lotes fiscais das regiões selecionadas (distritos oeste e central do município de Ribeirão Preto). Essas informações foram obtidas com material da coordenadoria de desenvolvimento econômico de Ribeirão Preto (CODERP). Uma vez identificados quais lotes estariam dentro da área de abrangência do estudo, foi realizada a amostragem aleatória por conglomerados. O plano de amostragem utilizado foi a amostragem aleatória por conglomerados. Em um primeiro estágio, aplica-se uma amostra aleatória simples para selecionar uma amostra de quarteirões. Em um segundo estágio, dentre os quarteirões selecionados, sorteia-se uma amostra aleatória de domicílios que deveriam receber

a visita dos triadores do estudo. Caso o endereço sorteado não fosse um domicílio, por exemplo: posto de gasolina, escola, igreja e etc, ou os moradores se recusassem a participar do estudo, os pesquisadores foram orientados a visitar o domicílio vizinho, situado à direita do endereço sorteado.

Em cada domicílio, todas as pessoas, acima de 18 anos, foram convidadas a participar do estudo com o objetivo incluir o maior número de pessoas possível, o que aumenta a probabilidade de observar morbidade psiquiátrica. Foram feitas tantas visitas quanto necessárias, para assegurar a maior participação possível de todos os moradores. Os que concordaram em participar da entrevista, para rastreio de transtornos mentais, assinaram o TCLE 1 (APÊNDICE A). Os que concordaram em participar da segunda entrevista, com a finalidade diagnóstica, assinaram o TCLE 2 (APÊNDICE B).

3.3 Tamanho amostral

Para a estimativa do tamanho da amostra, foi considerado que a Sensibilidade e Especificidade esperadas para o instrumento de rastreio deveria ser em torno de 0,85, baseado em estudo anterior com três instrumentos de rastreio (SRQ-20, WHO-5 e COOP/WONCA), realizados nessa área (de Azevedo Marques et al, 2011), que apresentaram valores de sensibilidade e especificidade oscilando entre 0,77 a 0,89,. Foi considerado ainda uma prevalência estimada de transtornos mentais de 37%, baseada em pesquisas recentes de prevalência na cidade de São Paulo, incluindo transtornos não psicóticos nos últimos 12 meses (Loch et al, 2011), e de sintomas psicóticos clinicamente significativos ao longo da vida (Flahault et al, 2005). Com esses valores, e assumindo um valor mínimo de sensibilidade para o intervalo de confiança de 0,7, estimou-se como necessário 230 pares de avaliação para o teste de acurácia do instrumento (Kroenke et al, 2001), ou seja, 230 participantes que responderam tanto a entrevista do instrumento de rastreio quanto a entrevista diagnóstica.

Para que se conseguisse 230 pares de avaliação (1ª + 2ª entrevista) foram necessárias 545 entrevistas na primeira fase do estudo. Ao atingir o número de 230 pares de avaliação, as entrevistas foram encerradas.

A figura 1 representa o percurso de seleção amostral:

Figura 1: Percurso seleção amostral

3.4 Critérios de Elegibilidade

Para a inclusão dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios de elegibilidade:

Inclusão:

- ter idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos.
- residir nas áreas escolhidas para o estudo.
- participação voluntária.

Exclusão:

- Participantes com síndrome demencial grave, que impedisse a compreensão das escalas.
- participantes que não completaram as duas avaliações (entrevista de rastreio e entrevista diagnóstica).

Não houve aplicação de instrumentos de avaliação para detecção de síndromes demenciais graves. A análise era feita pelos próprios pesquisadores.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Construção do Mini- rastreio de transtornos mentais (MINI RTM)

O MINI-RTM foi organizado a partir de itens extraídos de instrumentos de rastreamento, para transtornos mentais específicos, validados anteriormente. Optou-se por selecionar instrumentos de rastreio para os transtornos mentais mais prevalentes na população e cuja detecção precoce seria importante para os cuidados em atenção primária, como: depressão, ansiedade, abuso de álcool, abuso de substâncias e transtornos psicóticos (Andrade et al, 2012). Os critérios de seleção dos instrumentos foram: a) terem sido validados e b) ter sido demonstrado anteriormente que apenas alguns de seus itens conseguiam manter as propriedades psicométricas do instrumento completo. Os itens que compuseram o instrumento foram aqueles com maior poder discriminativo nos instrumentos de rastreio selecionados.

A seguir, segue o detalhamento dos instrumentos de rastreio selecionados para a construção do MINI-RTM.

a) *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4)

O PHQ-4 é composto dos 2 itens extraídos do Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) (Kroenke et al, 2001), que constituem sua versão resumida, o PHQ-2 (Kroenke et al, 2003) e de 2 itens do Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) (Kroenke et al, 2007; Lowe et al, 2008). O PHQ-9 avalia os nove critérios para depressão do DSM-IV e a gravidade pode ser avaliada pelo somatório dos escores de cada questão, que varia de 0 (ausente) até quase todo dia (3). Os escores elevados são indicadores de maior intensidade de sintomas depressivos. Um estudo de meta-análise das características psicométricas desse instrumento encontrou sensibilidade de 0,77 e especificidade de 0,95 (Kroenke et al, 2001). Tanto o PHQ-9, como sua forma ainda mais reduzida, o PHQ- 2 (sensibilidade de 0,97 e especificidade de 0,88, para ponto de corte 3, com curva ROC de 0,97) foram validados no Brasil, em cuidados primários de saúde (de Lima Osório et al, 2009). O GAD-7 foi originalmente desenvolvido em serviços de cuidados primários para detectar e avaliar a gravidade de distúrbios de ansiedade (Kroenke et al, 2007). 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 em geral (Kroenke et al, 2007 e Lowe

et al, 2008). O GAD-2 apresenta dois itens que avaliam transtorno de ansiedade generalizada, os quais foram satisfatórios para avaliar também pânico, ansiedade social e transtornos de estresse pós-traumático. O GAD-2 apresentou uma área sob a curva de 0,91, indicando ser um excelente instrumento para diagnosticar esses transtornos (Kroenke et al, 2007). A tradução para a língua portuguesa foi feita pela Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY), com registro de evidência de validade no Brasil (Mapi Research Institute, 2006).

O PHQ-4 agrupa os dois itens de maior poder discriminativo do PHQ-9 (PHQ-2) e GAD-7 (GAD-2) e foi validado como instrumento para detectar tanto ansiedade como depressão (Kroenke et al, 2009). A escolha desse instrumento se deu pelo fato de conter dois instrumentos reduzidos, com bom poder discriminativo, quando comparados ao instrumento como um todo.

b) Item 3 do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O AUDIT, criado pela Organização Mundial de Saúde, no final dos anos 80, foi traduzido e validado para o português do Brasil em 1997 (Figlie et al, 1997) e é constituído por dez itens, pontuados em uma escala tipo *likert* de zero a quatro, com escores totais de zero a quarenta. Suas questões avaliam: a quantidade e a frequência do consumo de álcool (itens 1, 2 e 3); a ocorrência de sintomas de dependência do álcool (questões 4, 5 e 6); e os problemas na vida relacionados ao consumo de álcool (itens 7, 8, 9 e 10). Recentemente, verificou-se que apenas um item dessa escala, o item 3 (AUDIT-3) apresenta características psicométricas semelhantes ao AUDIT completo (Meneses-Gaya et al., 2010). Nesse estudo, realizado no Brasil, os valores encontrados para sensibilidade, especificidade e área sob a curva para o AUDIT-3 foram de 0,85; 0,89 e 0,92, respectivamente. Esses valores foram muito semelhantes em relação ao instrumento como um todo (AUDIT-10) com sensibilidade de 0,88, especificidade de 0,92 e área sob a curva de 0,96. Esses resultados sugerem que somente o item 3 do AUDIT é capaz de discriminar sintomas de abuso e dependência de álcool e foi incluído no MINI-RTM.

c) Item 1 do Cannabis Use Disorders identification Test (CUDIT), adaptado para qualquer droga.

O CUDIT foi desenvolvido por Adamsom et al (2003) adaptando-se o AUDIT para o uso de Cannabis, mantendo-se a mesma estrutura e número de itens (10 itens). O objetivo

do estudo foi desenvolver um instrumento de rastreio para avaliação, em estágios iniciais, do consumo abusivo de cannabis. As modificações ocorreram nos seguintes itens: para os itens 1, 4, 5, 6, 7, 9 e 10 a palavra "álcool" foi substituída por "cannabis ". Para os itens 2 e 3, "número de doses normais" foi substituído pelo número de horas " chapado ". Para o item 8, em vez de perguntando sobre frequência de ser "incapaz de lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo", os participantes foram questionados sobre a frequência de "Problemas com sua memória ou concentração após o uso de cannabis" (Adamson et al, 2003). Os itens também são pontuados em uma escala tipo *likert* de zero a quatro, com escores totais entre zero e quarenta.

Análise das características psicométricas desta escala e de seus itens, feita em adultos jovens em um estudo longitudinal, mostrou boas características psicométricas da escala como um todo e identificou o item 1 (avalia frequência de uso) como sendo aquele que apresenta melhores índices de discriminação (Annahein et al, 2010). Para inclusão no MINI-RTM, este item foi adaptado para a frequência de uso de qualquer droga.

d) Três itens do Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener (APSS-3)

O APSS é um instrumento composto por 7 itens, que avaliam transtornos psicóticos. Para cada questão, há três possibilidades de respostas: Sim, definitivamente; Talvez e Nunca com uma escala de pontos de 1 para Sim, definitivamente; 0,5 para Talvez e 0 para Nunca. Para um escore de 2 ou mais pontos, os sujeitos são considerados como parte de "grupo de risco".

Estudando as características psicométricas do APSS (Kelleher et al, 2011), em uma população de adolescentes de 11 a 13 anos de escolas públicas Irlandesas, na identificação de transtornos psicóticos, os autores verificaram que apenas 3 itens apresentavam valores adequados de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos. Esses itens avaliam alucinações auditivas, visuais e paranóia. Dessa forma, esses três itens foram incorporados no MINI-RTM.

Assim, o MINI-RTM é composto por nove itens sendo:

- 4 itens que avaliam depressão e ansiedade (PHQ-4), escala tipo *likert* de 0 a 3 pontos.
- 1 item que avalia uso abusivo de álcool (AUDIT-3), escala tipo *liket* de 0 a 4 pontos.
- 1 item que avalia uso abusivo de drogas (item 1 do CUDIT - adaptado para qualquer droga), escala tipo *likert* de 0 a 4 pontos.

- 3 itens que avaliam transtornos psicóticos (itens referentes a alucinações auditivas e visuais e paranoia do APSS-3), escala *likert* de 0 a 1 ponto.

O escore final do MINI-RTM é obtido pela soma dos pontos em cada item, podendo variar de 0 a 23. O instrumento completo encontra-se no APÊNDICE C.

Como todos os itens que compõem o MINI-RTM são validados, analisados em seu conteúdo e traduzidos para o português (Kroenke et al, 2009; de Lima Osório, 2002; Meneses-Gaya, 2010; Annahein et al, 2010; Kelleher et al, 2011), não foi feita a análise de validação de conteúdo, ou seja, encaminhamento dos itens para avaliação de *experts* no tema para análise do conteúdo proposto nem como a tradução dos itens e adaptação para a língua portuguesa.

Ao elaborar o MINI – RTM pretendeu-se obter um instrumento breve e de fácil aplicação que aumente as chances de identificação precoce de pessoas com risco de apresentarem algum transtorno mental. Não é um instrumento diagnóstico e não substitui a consulta com profissional especializado. Foi desenvolvido para a população acima de 18 anos, no cenário brasileiro de cuidados primários de saúde. O Guia Prático para aplicação do MINI-RTM encontra-se no APÊNDICE C.

3.5.2 Outros instrumentos utilizados no estudo

3.5.2.1 Quadro “sentimento” do Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (COOP/sentimentos)

Os Quadros COOP/WONCA foram inicialmente desenvolvidos nos EUA, no início da década de 80, e posteriormente traduzidos e validados em várias línguas e países, com estímulo da “World Organization of General Practitioners/Family Physicians” (WONCA). Foram desenvolvidos em serviços de cuidados primários, como um instrumento de fácil aplicação. Medem a capacidade funcional em seis domínios: capacidade física, saúde mental (chamado de “sentimentos”), atividades do dia-a-dia, atividades sociais, mudanças no estado de saúde e estado geral de saúde (Van Weel et al, 1995). Esse item encontra-se no ANEXO A.

Pesquisa realizada no Brasil, em cuidados primários de saúde, mostrou boa validade do quadro “sentimentos” para rastrear transtornos mentais (de Azevedo Marques; Zuardi, 2011). A área sob a curva para esse item foi de 0,88 enquanto que a área do instrumento como um todo foi de 0,89, o que indica que o item *Sentimentos* possui uma boa capacidade discriminativa. Este instrumento foi utilizado para comparar-se uma escala de rastreio baseada numa questão geral sobre alterações emocionais com o MINI-RTM, que questiona sintomas específicos de alguns transtornos mentais.

3.5.2.2 Entrevista diagnóstica semi-estruturada para diagnóstico de transtornos mentais (MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview)

O MINI foi desenvolvido por pesquisadores franceses e norte-americanos, com o objetivo de desenvolver uma entrevista semi-estruturada que fica situada entre os instrumentos de rastreamento simples e ultra-rápidos e as entrevistas detalhadas e demoradas, voltadas para pesquisa (Sheehan et al, 1998). Trata-se de uma entrevista rápida, que permite explorar aqueles diagnósticos que nos estudos epidemiológicos tem apresentado uma prevalência de pelo menos 0.5% nos últimos doze meses, possuindo assim 17 módulos que exploram transtornos específicos do eixo I do DSM-IV, um módulo para Síndrome Psicótica e um para risco de suicídio. Uma de suas aplicações é a coleta sistemática de informações, para estabelecimento ou confirmação de hipóteses diagnósticas segundo critérios precisos, em cuidados primários.

O treinamento padrão para uso por médicos e enfermeiros de cuidados primários no seu uso é de aproximadamente três horas. Apresentou boas evidências de validade em estudos multicêntricos (realizados nos EUA, Reino Unido, França e Itália) que compararam o diagnóstico feito por seu uso por clínicos gerais com o diagnóstico feito por psiquiatras sem uso de entrevista semi-estruturada e o diagnóstico pautado pela SCID e pela “Composite International Diagnostic Interview (CIDI)”. Comparada com a SCID, o MINI foi aplicado na metade do tempo em pacientes ansiosos e/ou deprimidos e em um quarto do tempo nos pacientes com diagnóstico primário de psicose.

Foi traduzido para o português por uma das pesquisadoras do grupo original que elaborou o instrumento (Amorim, 2000; Sheehan et al, 1998) e validado para uso em nosso meio (de Azevedo Marques; Zuardi, 2008). Nesse estudo, a entrevista MINI foi validada em

cuidados primários de saúde. Os valores encontrados para sensibilidade, especificidade e acurácia foram de 0,86, 0,90 e 88%, respectivamente, os quais são indicativos de bons índices discriminativos.

3.5.2.3 Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012; versão 8), enfatiza a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. O resultado se dá pela soma de todos os escores obtidos, que corresponde a uma pontuação na tabela de “classe social”. O instrumento encontra-se em anexo (ANEXO B).

3.5.2.4 Questionário de identificação

Este questionário foi elaborado para esse estudo e é constituído por itens relacionados à caracterização sociodemográfica dos participantes, tais como: idade, gênero, estado civil, escolaridade e situação laboral (APÊNDICE D).

3.6 Procedimentos

3.6.1 Aplicadores dos instrumentos

A primeira fase do estudo, aplicação da entrevista de rastreio MINI-RTM e item Sentimentos do COOP/WONCA, foi realizada por estudantes de graduação em medicina do 4º ano.

Esses estudantes foram selecionados por meio de um cartaz no mural do departamento de psiquiatria e, os que manifestaram interesse, foram convidados a participar da pesquisa. Ao todo, 18 estudantes fizeram parte da primeira fase do estudo.

A segunda fase do estudo foi composta por profissionais de saúde mental (quatro psicólogas e uma terapeuta ocupacional) que realizaram a aplicação do instrumento de rastreio (MINI-RTM) e o item *Sentimentos* do COOP/WONCA, novamente, juntamente com a entrevista para confirmação diagnóstica, a entrevista MINI. Essas profissionais apresentavam interesse em mestrado acadêmico no Programa de Pós Graduação em Saúde Mental da FMRP e foram convidadas a participar do estudo como assistentes de pesquisa.

3.6.2 Treinamentos

a) Treinamentos dos estudantes de graduação e dos profissionais no MINI-RTM

Foi realizado o treinamento dos estudantes de medicina e das profissionais de saúde mental na aplicação do MINI-RTM e no item *Sentimentos* do COOP/WONCA. Os treinamentos foram feitos em dias distintos, para cada equipe, com duração de aproximadamente 2 horas, em horário e local destinados.

Na primeira parte do treinamento, foi realizada uma apresentação de 60 minutos sobre o tema “saúde mental, sofrimento mental e transtornos mentais”, evidenciando a importância de detectar o sofrimento mental nos pacientes de cuidados primários de saúde. Essa detecção pode ajudar o paciente a enfrentar e superar suas dificuldades. Foi enfatizado que o “sofrimento mental” é constituído de queixas somáticas (como cansaço, dores e outras sensações corporais desagradáveis), queixas cognitivas (como dificuldade para pensar com clareza, para concentrar-se e para lidar com problemas) e queixas comportamentais/emocionais (como alterações do sono, do apetite, da motricidade, preocupação excessiva, nervosismo, tristeza, anedonia, ideias de morte e infelicidade) – utilizando como exemplos questões dos questionários a serem utilizados na pesquisa.

Na segunda parte do treinamento, também com duração de 60 minutos, foi apresentado, inicialmente, os objetivos da pesquisa e sua metodologia. Posteriormente, foi apresentado o instrumento de rastreamento a ser estudado, o MINI-RTM, suas características específicas e instruções de aplicação. Também foi apresentado o item *Sentimentos* do COOP/WONCA. Após a apresentação e instruções de aplicação, os instrumentos foram instalados em tablets e notebooks dos estudantes e das profissionais de saúde mental.

b) Treinamento dos profissionais de saúde mental para aplicação da MINI.

Nesse treinamento, participaram somente os profissionais de saúde mental, capacitados para aplicação de entrevistas diagnósticas. O treinamento baseou-se na aplicação da entrevista diagnóstica MINI e ocorreu durante aulas da residência dos médicos de família e comunidade na área de saúde mental e psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), devido os mesmos serem treinados nesse tipo de entrevista para aplicação prática. O responsável por esse treinamento participou do estudo de validação da MINI (de Azevedo Marques; Zuardi, 2008). As aulas ocorreram ao longo de dois meses, por meio de atividades teóricas, de modo a estimular a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades de entrevista, tais como: atitude ou postura empática, comportamentos não-verbais adequados, controle da entrevista pelo profissional, formulação de questões abertas e fechadas, operacionalização das informações e pedidos de esclarecimento e complementação.

Foi realizada a apresentação e treinamento inicial na versão brasileira do MINI por meio de dramatizações de sua aplicação, com esclarecimento das dúvidas apresentadas.

3.6.3 Processo de coleta de dados

O processo de coleta de dados foi dividido em duas fases:

A primeira fase foi realizada pelos estudantes de medicina treinados no MINI-RTM e item *Sentimentos* do COOP/WONCA. Os estudantes realizaram visitas nos domicílios selecionados por meio da amostragem probabilística. As entrevistas de triagem foram realizadas até obter-se o número de 230 pares de entrevistas (triagem e confirmação diagnóstica).

Nessas visitas domiciliares, os estudantes convidavam todos os moradores da residência, conforme os critérios de elegibilidade, para participarem da pesquisa e, caso aceitassem, eram fornecidas todas as informações sobre a pesquisa. Os moradores que se encontravam no domicílio e aceitaram participar do estudo, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e eram individualmente entrevistados. Nessa ocasião foram registrados todos os moradores do domicílio e seus horários mais convenientes para responderem aos instrumentos de rastreamento, caso sujeitos elegíveis para o estudo não se encontrassem em casa. Durante as entrevistas, foram tomados vários cuidados para garantir o

máximo possível de privacidade ao responder as questões. Os que não se encontravam em casa durante a primeira visita, foram entrevistados em visitas posteriores, nos horários de sua conveniência feitas por agendamento prévio.

Os dados foram registrados num programa especialmente desenvolvido para essa finalidade, instalado em *tablets*, e enviados para uma planilha comum, quando o entrevistador estivesse em contato através da internet.

Na segunda parte da coleta, os participantes que preencheram a entrevista de rastreamento foram contatados, por telefone, para agendamento de outra visita para aplicação da entrevista diagnóstica (MINI), com o objetivo de confirmação diagnóstica e validação do MINI-RTM. Nessa entrevista, foram aplicados, novamente, o instrumento de rastreio MINI-RTM e Item *Sentimentos* do COOP/WONCA, com objetivo de avaliar a fidedignidade teste-reteste. Foram contatados participantes até atingir o teto de 230 pares de avaliação. Esta visita foi realizada por profissionais de saúde mental (4 psicólogas e 1 terapeuta ocupacional), com treinamento nos instrumentos que foram utilizados (MINI RTM, COOP sentimentos e MINI). A fim de evitar viés de expectativa, a segunda avaliação, feita pelas profissionais de saúde mental, foi submetida ao mascaramento, ou seja, elas estavam “cegas” quanto aos resultados dos testes de rastreamento, aplicados na primeira fase pelos estudantes. O intervalo entre a aplicação das entrevistas na primeira fase do estudo e na segunda fase foi entre duas e quatro semanas.

3.7 Aspectos bioéticos

Para a realização desse estudo, os participantes foram abordados em suas casas e todos, acima de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 – TCLE 1 (APÊNDICE A), o qual explicita os objetivos do estudo, além de enfatizar a participação voluntária e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento. Para a segunda fase do estudo, os mesmos participantes eram contatados por telefone e agendado um horário prévio para a entrevista. Caso aceitassem participar, assinavam o segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 – TCLE 2 (APÊNDICE B). Não foram realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais, a não ser quando solicitado. Caso o participante solicitasse atendimento, era orientado com relação aos recursos de atendimento disponíveis em sua região.

Este projeto não envolveu riscos importantes para os pacientes, podendo apenas causar certo desconforto pelo tempo que foi utilizado para responder aos questionários. Esse possível desconforto é citado no TCLE. O benefício provável do estudo, dependendo dos resultados, é a disponibilização de um instrumento de rastreio para Transtornos Mentais validado para uso em nosso meio. O estudo e os TCLE foram aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do HCFMRP-USP, dentro de um projeto maior 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”(Processo nº 151.906). (ANEXO C)

3.8 Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas com o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).

Inicialmente os dados da planilha única, gerada através dos dados enviados dos tablets e computadores dos avaliadores, pela internet, foram transferidos para o SPSS.

Os dados sócio-demográficos da amostra submetida à primeira fase e a os dados da amostra da segunda fase foram comparados em relação ao sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico, através do teste de χ^2 (qui-quadrado).

O escore do MINI-RTM se deu pela soma dos escores dos itens individuais. O MINI foi dicotomizado em “presença (1) ou ausência (0)” de transtorno mental geral ou de um transtorno mental específico, tendo por referência os dados normativos do instrumento utilizado.

A fidedignidade teste-reteste do MINI-RTM foi avaliada comparando-se os escores da primeira e segunda aplicação do instrumento, por meio do Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC). Com valores de referência definidos de acordo com Domholdt (1993): pequena correlação (até 0,25), baixa correlação (0,26 – 0,49), moderada correlação (0,50 – 0,69), alta correlação (0,70 – 0,89) e muito alta (acima de 0,90). Foi considerado também um nível de significância de $p < 0,05$.

Para as avaliações das evidências relativas à validade discriminativa do instrumento de rastreio foi considerada a presença ou ausência de Transtornos psiquiátricos diagnosticados pela entrevista MINI. Foram geradas curvas ROC (*receiver operating*

characteristic) e, em seguida, calculados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para posteriormente determinar os melhores pontos de corte.

O indicador de validade concorrente dos módulos MINI-RTM e item sentimentos do COOP/WONCA, aplicados por entrevistadores treinados nos instrumentos, foi analisado pelo teste de correlação de Pearson. Os parâmetros adotados para classificar a magnitude da correlação foram: fraca (0 – 0,25), moderada (0,26 – 0,50), forte (0,51 – 0,70) e muito forte (acima de 0,71).

RESULTADOS

---

4 RESULTADOS

4.1 Características sócio-demográficas

Para alcançar o número estimado de 230 pares de avaliação, ou seja, sujeitos que completaram tanto a entrevista de triagem quanto a entrevista de confirmação diagnóstica, foram necessárias 545 entrevistas de triagem. Esse número de entrevistas de triagem foi obtido com visitas a 382 residências. A comparação entre as características de sexo, idade, escolaridade e nível sócio econômico, entre os sujeitos que realizaram somente a primeira fase e os sujeitos que realizaram as duas fases do estudo é apresentada na tabela 6.

Tabela 6: Características sócio-demográficas dos sujeitos que participaram das duas fases do estudo.

Variável	1ª Fase (MINI-RTM + COOP Sentimentos) N=545	2ª Fase (MINI-RTM + COOP Sentimentos + MINI) N=230	Estatística ($p < 0,01$)		
			N	%	
Sexo					$X^2=2,717$
Mulheres	298	54,7	141	61,3	$gl=1$
Homens	245	45,3	89	38,69	$p=0,1$
Faixa etária					
18-30	92	16,9	34	14,8	
31-40	113	20,7	34	14,8	$X^2=5,101$
41-50	99	18,2	47	20,4	$gl=4$
51-60	86	15,8	42	18,3	$p=0,227$
>60	155	28,4	73	31,7	
Nível sócio-econômico*					
Classe A e B	315	57,8	140	60,9	$X^2=0,643$
Classe C	208	38,2	81	35,2	$gl=2$
Classe D e E	22	4,0	9	3,9	$p=0,725$
Escolaridade					
Analfabeto até 1º grau incomp.	130	23,8	58	25,2	$X^2=1,775$
1º grau completo	94	17,3	35	15,2	$gl=3$
2º grau completo	220	40,4	101	43,9	$p=0,623$
Superior completo	101	18,5	36	15,7	

X^2 =qui-quadrado; gl =grau de liberdade; p =nível de significância.

*=Nível sócio-econômico definido de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil.

Na primeira fase do estudo, aplicação do MINI-RTM e do item *Sentimentos* do COOP/WONCA, a população era predominantemente feminina, com faixa etária acima dos 60 anos, nível sócio econômico mais prevalente eram as classes A e B e com segundo grau completo.

A segunda fase do estudo, composta por 230 sujeitos, que participaram da primeira fase e que nessa fase completaram a entrevista diagnóstica MINI, apresentou as mesmas características da amostra da primeira fase. Nessa fase, os participantes eram predominantemente do sexo feminino, com faixa etária acima dos 60 anos, nível sócio econômico A e B e com segundo grau completo.

Observa-se que não houve diferença significativa entre a amostra que completou a primeira fase e a amostra que completou a segunda fase do estudo.

4.2 Fidedignidade

Para avaliar a fidedignidade teste-reteste do instrumento MINI-RTM foram utilizados 230 pares de avaliações. Foi utilizado o *Teste de Correlação Intraclassa (ICC)* e seus valores podem ser visualizados na tabela 7:

Tabela 7: Fidedignidade teste-reteste do MINI RTM

Instrumento	ICC *	95% Intervalo de Confiança
MINI-RTM	0,78	0,715 - 0,831

*Coeficiente de Correlação Intraclassa

O intervalo de tempo utilizado para aplicação do reteste foi de 2 a 4 semanas após a aplicação do teste. Esse intervalo foi considerado devido ao tempo necessário para o agendamento, com os sujeitos da primeira fase, para a aplicação do reteste (MINI-RTM) e da entrevista diagnóstica MINI.

Observa-se que o valor de ICC é indicativo de alta concordância, ou seja, o instrumento é bastante fidedigno após sucessivas aplicações.

4.3 Validade Discriminativa

Para avaliar os indicadores de validade discriminativa (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo) para rastreamento de transtornos mentais do MINI-RTM, aplicados por entrevistadores treinados nos instrumentos, foi utilizada a entrevista diagnóstica MINI como padrão ouro.

Os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo do MINI-RTM foram obtidos pela análise da curva ROC.

A figura 2 apresenta a curva ROC do MINI-RTM, como rastreador de transtornos mentais. A área sob a curva (ASC) é de 0,836 (intervalo de confiança entre 0,781 e 0,891) para um valor de $p < 0,001$.

Figura 2: Curva ROC MINI-RTM em relação à entrevista diagnóstica MINI (N=230).

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

Tabela 8: Pontos de corte do MINI-RTM para rastreamento de transtornos mentais diagnosticados pela MINI.

Pontos de corte	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Acurácia (Ac) %
1,5	,95	,41	0,45	0,94	59,56
2,5	,87	,57	0,51	0,90	66,95
3,5*	,80	,75	,62	,88	76,5%
4,5	,74	,80	0,66	0,86	78,26%
5,5	,63	,86	0,70	0,82	78,26%
6,5	,51	,89	0,70	0,78	76,08%
7,5	,47	,93	0,78	0,78	77,82%
8,5	,41	,95	0,80	0,76	76,52%
9,5	,32	,97	0,86	0,74	75,21%
10,5	,23	,99	0,90	0,72	73,47%
11,5	,14	,99	0,86	0,69	70,43%
12,5	,09	,99	0,80	0,68	68,69%
13,50	,06	,99	0,75	0,66	67,82%
14,50	,05	,99	0,71	0,67	67,39%
15,50	,00	,99	0,33	0,66	65,65%
17,00	,00	1,00	0,00	0,66	66,08%

VPP: valor preditivo positivo

VPN: valor preditivo negativo

Observa-se que os pontos de corte > 3 e > 4 apresentaram os melhores valores que maximizam conjuntamente a sensibilidade e especificidade, concomitante com melhores valores de acurácia. Conforme o objetivo do estudo, ao utilizar um instrumento de rastreamento, pode-se privilegiar a sensibilidade (ponto de corte maior do que 3) ou a especificidade (ponto de corte maior do que 4). Ambos os pontos de corte apresentaram boa acurácia.

Na tabela 9, são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia da aplicação do MINI-RTM (com ponto de corte maior do que 3) em relação aos diagnósticos mais prevalentes feitos pela entrevista MINI.

Observa-se que, para o ponto de corte maior que 3, o MINI-RTM apresentou valores satisfatórios de sensibilidade e de especificidade com uma acurácia de 70,4%. Esse valor de *Ac*, para detecção de múltiplos transtornos mentais, foi o maior valor encontrado em relação à detecção de transtornos mentais específicos. Ainda de acordo com a tabela 4, o MINI-RTM demonstrou-se bastante sensível para detecção de abuso e/ou dependência de álcool, com valor de sensibilidade de um. Os valores de especificidade, exceto para detecção de múltiplos transtornos, foram considerados moderados, com valores entre 0,57 e 0,67.

Na tabela 10, são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia da aplicação do MINI-RTM (com ponto de corte maior do que 4) em relação aos diagnósticos mais prevalentes feitos pela entrevista MINI.

Tabela 10: Valores de validade discriminativa do MINI RTM (ponto de corte 4) em relação aos diagnósticos mais prevalentes pela entrevista MINI (N=230).

Concordância Diagnósticos	MINI		Sens.	Esp.	VPP	VPN	Acur. (%)
	M I N I R T M	+ - vp fn fp vn					
Todos os diagnósticos	58 20	30 122	0,74	0,80	0,66	0,86	78,3
Transtornos de Humor*	37 09	50 134	0,80	0,73	0,22	0,94	74,3
Depressão Atual	35 08	52 135	0,81	0,72	0,40	0,94	73,9
Distímia	12 02	75 141	0,86	0,65	0,14	0,99	66,5
Transtornos de Ansiedade **	28 09	59 134	0,76	0,69	0,32	0,94	70,4
Transtorno Ansiedade Generalizada	24 08	63 135	0,75	0,62	0,28	0,94	69,1
Abuso e/ou Dependência de Álcool***	07 01	80 142	0,86	0,64	0,08	0,99	64,7
Abuso e/ou Dependência de Substâncias****	06 03	81 140	0,67	0,66	0,07	0,98	63,4
Transtorno Psicótico (Psicose Atual)	13 02	74 141	0,87	0,66	0,15	0,99	66,9

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

*Transtorno de Humor=Depressão Atual e/ou Distímia e/ou Depressão Vida Inteira e/ou Depressão Melancólica e/ou Hipomania e/ou Transtorno Bipolar.

** Transtorno de Ansiedade= Fobia Social e/ou Transtorno Obsessivo Compulsivo e/ou Transtorno de Ansiedade Generalizada e/ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

*** Transtornos ligados ao Álcool=Dependência de Álcool e/ou Abuso de Álcool

**** Transtornos de uso de Substâncias = Dependência de Substâncias e/ou Abuso de Substâncias

Observa-se que, para o ponto de corte > 4 , o instrumento de rastreio MINI-RTM apresentou uma especificidade maior que a sensibilidade, o que indica que, nesse ponto de corte, o instrumento detecta melhor casos negativos do que positivos. A sensibilidade encontrada foi de 0,74 e a especificidade de 0,80 com acurácia de 78,3%.

Ainda em relação a esse ponto de corte, todos os valores de sensibilidade para detecção de transtornos específicos foram considerados satisfatórios, exceto para detecção de abuso e/ou dependência de substâncias, com valor de 0,66, considerado moderado.

Na tabela 11, são apresentados os valores da área sob a curva ROC do MINI RTM em relação à entrevista diagnóstica MINI para múltiplos transtornos mentais e diagnósticos de transtornos depressivos, transtornos ansiosos, dependência e/ou abuso de álcool e dependência e/ou abuso de substâncias.

Tabela 11: Valores de área sob a curva para os diagnósticos do MINI RTM (N=230)

Teste diagnóstico	Área sob a curva ($p<0,001$) (ASC) IC=95%
Todos diag. Psiquiátricos	0,836
Transtornos Depressivos	0,830
Transtornos Ansiosos	0,788
Abuso e/ou Dependência de Álcool	0,923
Abuso e/ou Dependência de Substâncias	0,721

A maior ASC encontrada foi para detecção de abuso e/ou dependência de álcool. A avaliação da ASC para o instrumento como um todo, ou seja, detecção de múltiplos transtornos mentais, foi satisfatória com valor de ASC de 0,83.

4.4 Validade concorrente

Foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson para avaliar a validade concorrente entre o MINI-RTM e o item *Sentimentos* do COOP/WONCA, aplicados em 230 participantes. Esse coeficiente varia de menos um a um sendo que, quanto mais próximo de um, maior a correlação positiva entre as duas variáveis quantitativas e, quanto mais próximo de menos um, maior a correlação inversa entre as duas variáveis. O valor foi de $r = 0,60$ ($p<0,01$), indicando uma equivalência satisfatória nos parâmetros avaliados entre os respectivos instrumentos.

4.5 Comparação entre o MINI-RTM x Item Sentimentos COOP/WONCA

a) quanto à fidedignidade

Para avaliar a confiabilidade teste-reteste do item *Sentimentos* do COOP/WONCA, assim como do MINI-RTM, foram comparados 230 pares de avaliações. Foi utilizado o Teste de Correlação Intraclass (ICC) e seus valores, comparados com o MINI-RTM, os quais podem ser visualizados na tabela 12:

Tabela 12: Fidedignidade teste-reteste MINI RTM e COOP *Sentimentos* (N=230)

Instrumento	ICC	95% Intervalo de Confiança
MINI-RTM	0,78	0,715 - 0,831
COOP <i>Sentimentos</i>	0,65	0,55 - 0,732

ICC: Coeficiente de Correlação Intraclass

Nota-se que o MINI-RTM (ICC=0,78) apresentou uma correlação entre as duas aplicações considerada alta e o COOP *Sentimentos* (ICC=0,65) um valor considerado moderado, o que evidencia um maior poder de reprodutibilidade do MINI-RTM quando comparado com item *Sentimentos* do COOP/WONCA, aplicados na mesma amostra.

b) quanto à validade

A figura 3 representa a curva ROC do COOP *Sentimentos* como rastreador de transtornos mentais, utilizando o diagnóstico realizado através da entrevista MINI como padrão-ouro, aplicados em 230 participantes. O ponto de corte com maior precisão diagnóstica foi dois. A ASC foi de 0,75 (intervalo de confiança entre 0, 679 e 0, 814) para um valor de $p < 0,001$, considerada satisfatória, porém menor que a do MINI-RTM (0,83).

Figura 3: Curva ROC Item *Sentimentos* COOP/WONCA em relação à entrevista MINI (N=230).

Na tabela 13 são apresentados os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para diferentes pontos de corte do item *Sentimentos* do COOP/WONCA como instrumento de rastreamento para transtornos mentais diagnosticados pela MINI.

Tabela 13: Valores de validade discriminativa do item *Sentimentos* do COOP/WONCA para diferentes pontos de corte.

	Pontos de corte	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Acurácia %
COOP <i>Sentimentos</i>	1,5000	,90	0,39	0,43	0,88	56,08%
	2,5000	,72	0,64	0,50	0,82	66,52%
	3,5000*	,60	0,82	0,62	0,80	74,34%
	4,5000	,14	0,97	0,67	0,69	69,13%
	6,0000	,00	1,00	0,00	0,00	0,00

*Ponto de corte com maior acurácia.

VPP: valor preditivo positivo

VPN: valor preditivo negativo

Os valores satisfatórios para pontos de corte com maior maximização entre sensibilidade e especificidade, concomitante com maior acurácia, para o Item *Sentimentos* do COOP/WONCA foram os pontos de corte 2 e 3

Observa-se que, tanto o MINI-RTM (tabelas 9 e 10) quanto o COOP *Sentimentos* (Tabela 13) apresentaram bons valores de sensibilidade e especificidade.

DISCUSSÃO

---

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento breve de rastreio de transtornos mentais, o qual foi chamado de Mini Rastreio de Transtornos Mentais (MINI-RTM).

Para a construção desse instrumento, foram utilizados itens de instrumentos de rastreio para transtornos mentais específicos, amplamente utilizados e validados, muitos deles em cuidados primários brasileiros de saúde. Assim, seus itens não foram sujeitos à avaliação da validade de conteúdo, por se tratar de um conjunto de itens pertencentes a instrumentos de rastreio já validados (Kroenke et al, 2009; de Lima Osório, 2002; Meneses-Gaya et al., 2010; Annaheim et al, 2010; Kelleher et al, 2011). O MINI-RTM avalia transtornos depressivos, ansiosos, abuso e/ou dependência de álcool e substâncias e transtornos psicóticos. É um instrumento breve, de rastreio para múltiplos transtornos mentais e de fácil aplicação.

O MINI-RTM foi avaliado quanto à fidedignidade teste-reteste e quanto às validades concorrente e discriminativa.

Para os estudos de fidedignidade e validação, foram comparados 230 pares de avaliação, ou seja, sujeitos que realizaram a primeira fase do estudo, a qual é composta pela aplicação do MINI-RTM e sujeitos que realizaram a segunda fase do estudo, a qual é composta pela aplicação do MINI-RTM e da entrevista diagnóstica MINI. As características sócio-demográficas dos sujeitos da primeira amostra (N=545) e da segunda amostra (N=230) foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado (χ^2), mostrando que as variáveis (sexo, idade, escolaridade e nível sócio-econômico) não diferiram significativamente entre as duas amostras, o que sugere que a amostra utilizada para o estudo de fidedignidade e validação continuou representativa da amostra probabilística por domicílio da população.

5.1 Fidedignidade

Uma característica importante dos instrumentos de rastreamento é que devem apresentar fidedignidade significativa, ou seja, devem ser instrumentos com medidas reprodutíveis. No presente estudo, a fidedignidade do MINI-RTM para múltiplos transtornos

mentais, foi avaliada utilizando-se o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) e o valor encontrado foi de 0,78, indicativo de alta concordância, de acordo com Domholdt (1993).

Ainda que esse valor de fidedignidade teste-reteste seja indicativo de alta concordância, ele foi inferior a outro instrumento de rastreio amplamente utilizado, o SRQ-20 (0.93 - Chen et al, 2009). Porém, nesse estudo, o teste e o reteste foram aplicados pelos mesmos avaliadores, o que difere do presente estudo no qual os avaliadores foram diferentes (estudantes de medicina, na primeira fase do estudo e profissionais da área de saúde mental, na segunda fase do estudo). Esse fato pode ter contribuído para atenuar o grau de concordância, embora esta condição pareça ser mais próxima da realidade, uma vez que o instrumento de rastreio, na prática, será aplicado por profissionais de cuidados primários de saúde, muitas vezes por agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem, e a confirmação diagnóstica será feita por outros profissionais, especialistas em saúde mental.

Assim, o que se depreende é que, embora o MINI-RTM tenha apresentado valor de ICC inferior ao SRQ-20, instrumento utilizado com a mesma finalidade, o valor encontrado para o MINI-RTM foi alto, com a vantagem em relação ao SRQ-20 de não avaliar somente bem estar geral (de Azevedo Marques, Zuardi; 2011), incluindo os diagnósticos de abuso e/ou dependência de álcool e substâncias e transtornos psicóticos. Quando cotejado com outro instrumento de rastreio, o item *Sentimentos* do COOP/WONCA, avaliado no presente estudo e com valor de ICC considerado moderado, o MINI-RTM apresenta-se com maior valor indicativo de fidedignidade, agregando valor de precisão.

5.2 Validade

Outra característica importante dos instrumentos de rastreamento é apresentarem valores satisfatórios de validade discriminativa, como: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, acurácia e área sob a curva. O presente estudo analisou a validade do instrumento de rastreio MINI-RTM, para múltiplos transtornos mentais, a qual será tratada no próximo item.

5.2.1 Validade Discriminativa e concorrente do MINI-RTM

A validade discriminativa do MINI-RTM foi avaliada em relação à entrevista diagnóstica MINI, escolhida como padrão-ouro por ter sido validada no Brasil em população semelhante à população utilizada para validação do instrumento de rastreio (de Azevedo Marques e Zuardi, 2008) e com excelentes índices psicométricos.

O valor de ASC do MINI-RTM foi 0,836, o que sugere capacidade discriminativa adequada para avaliar múltiplos transtornos (Fleiss, 1981). Esse resultado foi semelhante ao observado para outros instrumentos de rastreio (SRQ-20, WHO-5 e item *Sentimentos* do COOP/WONCA), em estudo anterior (de Azevedo Marques e Zuardi, 2011).

No presente estudo, foram definidos dois pontos de corte para o cálculo da sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e acurácia. Os valores obtidos pela curva ROC, que maximizaram a sensibilidade e especificidade foram o ponto de corte >3 e o ponto de corte >4 .

Em relação ao ponto de corte >3 , os valores indicativos de sensibilidade e de especificidade do MINI-RTM foram de 0,80 e de 0,75, respectivamente. Esses valores indicam que o instrumento de rastreio MINI-RTM tem uma capacidade de detecção de pessoas que possuem algum tipo de transtornos de 80 % e uma capacidade de detecção de pessoas que não possuem transtornos de 75%. As taxas de VPP e VPN foram de 0,62 e 0,88, respectivamente. Esses dados sugerem que, no pós-teste, a probabilidade de um sujeito, diagnosticado como positivo tenha realmente o transtorno é de 62% e a probabilidade do sujeito, diagnosticado como negativo, não tenha o transtorno é de 88%.

Em relação ao ponto de corte >4 , os valores indicativos de sensibilidade e de especificidade do MINI-RTM foram de 0,74 e de 0,80, respectivamente. Esses valores indicam que o instrumento de rastreio MINI-RTM, para esse ponto de corte, tem uma capacidade de detecção de 74% para casos positivos e de 80% para casos negativos. Dessa forma, enquanto a sensibilidade e a especificidade dizem sobre o teste em geral, o VPP e o VPN dizem sobre o resultado do teste para o paciente (Greenhalgh, 2013). As análises dos VPP e VPN encontraram valores de 0,66 para VPP e 0,86 para VPN indicando que, no pós-teste, a probabilidade de um sujeito que foi diagnosticado como sendo positivo tenha o transtorno é de 66% e a probabilidade do sujeito, diagnosticado como negativo, não tenha o transtorno é de 86%.

A escolha entre um ou outro ponto de corte deve levar em consideração o objetivo da aplicação do teste. Maiores valores indicativos de sensibilidade (no caso ponto de corte >3) indicam maior capacidade de detecção de casos positivos. Esse é um quesito importante para triagem precoce de doenças na população, uma vez que se deseja detectar o maior número possível de doentes. Testes com altos valores indicativos de especificidade (ponto de corte >4) apontam maior capacidade de detecção de casos verdadeiramente negativos. São bastante úteis quando não se quer correr o risco detectar-se falsos positivos, mesmo que à custa de não se detectar alguns doentes. Testes mais específicos previnem a hipernotificação, diminuindo a necessidade de confirmação diagnóstica em muitos casos que seriam negativos, o que poderia ser útil em serviços com grande demanda de atendimentos e poucos recursos para a confirmação diagnóstica (Kagee et al, 2013).

Comparativamente a outros estudos que analisaram a validade discriminativa de instrumentos de rastreio com a mesma finalidade do MINI-RTM, os resultados do presente estudo foram mantidos no mesmo padrão de significância. No estudo original de validação do SRQ-20 (Mari; Williams, 1986) os valores de sensibilidade e especificidade encontrados foram de 0,83 e no estudo de Marques (2009) os valores foram de 0,81 e 0,86 com acurácia de 85%. No estudo de validação do WHO-5 (de Azevedo Marques, Zuardi, 2011), os valores de sensibilidade e especificidade encontrados foram de 0,77 e 0,89, respectivamente, com acurácia de 85%. Embora esses valores apresentem-se ligeiramente superiores aos valores indicativos de validade discriminativa do MINI-RTM, deve-se considerar que as características dos sujeitos dos estudos foram diversas, ou seja, sujeitos que aguardavam atendimento em serviços de atendimento primário para o SRQ-20 e WHO-5 (de Azevedo Marques e Zuardi, 2011) e amostragem populacional para o MINI-RTM.

Quando comparado ao item *Sentimentos* do COOP/WONCA, validado no presente estudo e também utilizado para análise da validade concorrente, o MINI RTM apresentou maiores valores indicativos de validade discriminativa. Para ponto de corte >3 , o valor de sensibilidade e especificidade encontrados foram de 0,60 e 0,82, no item *Sentimentos* do COOP/WONCA e acurácia de 74,34%. Para ponto de melhor acurácia (ponto de corte >4), o MINI-RTM apresentou menor variação entre sensibilidade e especificidade, sendo considerado mais equilibrado na detecção de casos e não casos em relação ao item *Sentimentos* do COOP/WONCA. No estudo original de validação do item *Sentimentos* do COOP/WONCA (de Azevedo Marques e Zuardi, 2011), os valores foram superiores ao encontrados no presente estudo, sendo sensibilidade de 0,84, especificidade de 0,86 e acurácia

de 85%, o que pode ser justificado pela diferença entre as características dos sujeitos dos dois estudos.

Dessa forma, o instrumento analisado MINI-RTM, apresenta propriedades psicométricas semelhantes a outros instrumentos amplamente utilizados em cuidados primários de saúde, como por exemplo, o SRQ-20 e o WHO-5, apresentando valores satisfatórios de validade discriminativa, o que o caracteriza como sendo um bom instrumento de rastreio para múltiplos transtornos mentais.

Quanto à validade concorrente, o MINI-RTM foi comparado com o item *Sentimentos* do COOP/WONCA, por meio do teste de correlação de Pearson. Esperou-se encontrar valores médios de correlação, pois os critérios dos dois instrumentos apresentam algumas especificidades. Ambos os instrumentos possuem capacidade de avaliar presença de transtornos mentais, porém o MINI-RTM questiona sintomas de distúrbios mentais específicos. O índice de correlação entre os instrumentos foi de 0,60, indicando uma correlação moderada.

5.2.2 Validade Discriminativa para Transtornos Mentais Específicos

Além da análise dos índices psicométricos do MINI-RTM, avaliando múltiplos transtornos mentais, foi feita a análise para transtornos mentais específicos, tais como transtornos de humor, depressão atual, distímia, transtornos de ansiedade, transtornos de ansiedade generalizada, abuso e/ou dependência de álcool, abuso e/ou dependência de substâncias e transtornos psicóticos.

Todas as análises de ASC para diagnósticos específicos foram consideradas satisfatórias. A ordem crescente de área sob a curva foi: abuso e/ou dependência de substâncias (ASC=0,721), transtornos ansiosos (ASC=0,788), transtornos depressivos (AUC=0,830), todos diagnósticos psiquiátricos (ASC=0,836) e abuso e/ou dependência de álcool (0,923). O MINI RTM para triagem de múltiplos transtornos mentais apresentou a segunda maior área sob a curva indicando ser um instrumento bastante discriminativo.

No presente estudo, os valores das características psicométricas apresentadas pelo instrumento de rastreio MINI-RTM, para os transtornos de ansiedade, humor, depressão e ansiedade generalizada em relação ao diagnóstico específico da entrevista MINI, considerada padrão ouro, foram bastante satisfatórios quando comparados com outros instrumentos que

avaliam especificamente esses transtornos ou quando avaliam transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) (Spitzer et al, 2006; Kroenke et al, 2001; de Lima Osório et al, 2009).

O MINI-RTM mostrou alta sensibilidade para detectar estes transtornos ou grupo de transtornos, embora a especificidade tenha sido mais baixa, como era de se esperar. Essa baixa especificidade pode ser justificada pelo fato do MINI-RTM não ter sido construído para avaliar especificamente alguns transtornos e sim para avaliar múltiplos transtornos mentais. Assim, quando se avalia especificamente um transtorno, o número de falsos negativos deve aumentar já que o MINI-RTM detecta também outros transtornos mentais. O MINI-RTM não foi construído para substituir os instrumentos de rastreio que avaliam especificamente alguns transtornos, como o PHQ-4 para detecção de depressão e ansiedade, mas sim, para triar um conjunto de sintomas que podem ser indicativos de transtornos mentais. Quanto mais abrangente o instrumento, mais chances ele tem de triar transtornos mais comuns na população.

Os VPP dependem da prevalência do distúrbio na população (Kawamura, 2002). Assim, alguns desses valores foram muito baixos, como por exemplo, para abuso ou dependência de álcool (0,08) ou drogas (0,07) e transtorno psicótico (0,13). No Brasil, a prevalência encontrada para uso de substâncias ao longo da vida foi de 1,1% (Andrade et al, 1999). Dados do National Comorbidity Survey Replication sugerem prevalência de 1,4%, em relação ao abuso, ao longo de 12 meses e de 7,9% ao longo da vida (Kessler e Ustun, 2004). A prevalência encontrada para transtornos psicóticos na cidade de São Paulo foi de 1,9% (Andrade et al, 1999).

5.3 Limites e contribuições do estudo

Como primeiro limite do estudo, considera-se a composição amostral, a qual se restringiu a população acima de 18 anos, pertencente a uma região específica da cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo. Desta forma, este instrumento não foi validado em crianças e adolescentes e seus resultados não podem ser generalizados, de forma indiscriminada, em outras populações com níveis sócios econômicos e culturais distintos.

Como segunda limitação, esse estudo não utilizou escalas para avaliação das capacidades intelectuais para compreensão dos instrumentos pelos participantes, ficando essa

avaliação restrita à avaliação dos aplicadores. Porém, houve intenso treinamento prévio para execução da coleta de dados.

O MINI-RTM é um instrumento breve, de rastreio de múltiplos transtornos mentais, limitando-se somente à triagem de possíveis casos. O MINI-RTM não substitui, em hipótese alguma, a consulta com profissional especializado e à avaliação diagnóstica. Outra limitação, intrínseca a todos os testes psicométricos, é que as respostas podem ser respondidas de forma incorreta por parte do paciente. Porém, isso pode ser melhor avaliado, quando em casos positivos, na confirmação diagnóstica.

Quanto à contribuição, o presente estudo validou um instrumento breve de rastreio de múltiplos transtornos mentais, preenchendo uma importante lacuna na literatura em relação à disponibilização de instrumentos com essas características em cenário de cuidados primários de saúde brasileiros.

Esse instrumento poderá ser bastante útil na área da saúde mental, contribuindo para o diagnóstico precoce de doenças mentais, as quais apresentam grande demanda em serviços de cuidados primários de saúde. É um instrumento breve, sem grandes custos e de fácil aplicação, facilitando a utilização por profissionais sem nível superior. Considerando que as doenças mentais apresentam carga expressiva em serviços de saúde e as mesmas contribuem para prejuízo da qualidade de vida das pessoas, a importância de se fazer o diagnóstico precoce promove tratamentos mais adequados e garante melhor prognóstico.

CONCLUSÕES

---

6 CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo geral construir e validar um instrumento breve de rastreio de múltiplos transtornos mentais, reunindo questões relevantes de diversos instrumentos de rastreio específicos para transtornos mentais, já existentes e validados, que permita a detecção dos transtornos mais comuns ou de detecção relevante em atenção primária.

Quanto ao objetivo de construção, o MINI-RTM foi elaborado com itens de escalas já validadas anteriormente, resultando num instrumento com 9 itens .

Quanto à avaliação da fidedignidade teste-reteste, o MINI-RTM mostrou-se bastante fidedigno.

No estudo da validade discriminativa, usando-se a entrevista MINI como padrão ouro, mostrou valores da ASC, sensibilidade, especificidade, VPP e VPN satisfatórios. O valor de validade concorrente com o item *Sentimentos* do COOP/WONCA foi considerado moderado, o que era de se esperar devido ao item Sentimentos do COOP/WONCA avaliar bem estar geral e não um conjunto de transtornos.

Assim, o MINI-RTM mostrou-se um instrumento de rastreio potencialmente relevante para triagem de múltiplos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação socioeconômica Brasil. Versão 8. São Paulo; 2012.

Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev.* 2003;22(3):309-15.

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

Anastasi A, Urbina S. *Testagem Psicológica*. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V e Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Psiquiatrica Clín.* 1999; 25(5): 257-61

Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One.* 2012;7(2):e318-79.

Andreoli SB. Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

Andreoli SB, Mari JJ, Blay SL. Escalas de rastreamento em psicopatologia. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 45-52.

Annaheim B, Scotto TJ, Gmel G. Revising the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) by means of Item Response Theory. *Int J. Methods Psychiatr. Res.* 2010; 19(3): 142-155.

Barcsak DS. Validade de escala de rastreamento de depressão em idosos: importância de um teste de aplicação rápida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2011.

Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K. The WHO (ten) Well-Being Index: Validation in Diabetes. *Psychoter Psychosom.* 1996; 65: 183-190.

Bolsoni, LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):63-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental [Internet]. 2008. [citado 05 jan. 2016]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janel a=1.

Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(7):1415-1426.

Bryan CJ Blount T, Kanzler KA, Morrow CE, Corso KA, Corso MA, et al. Reliability and normative data for the behavioral health measure (BHM) in primary care behavioral health settings. *Fam Syst Health*. 2014;32(1):89-100.

Chen S, Zhao G, Li L, Wang Y, Chiu H, Caine E. Psychometric properties of the Chinese version of the Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in community settings. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(6):538-47.

Christensen KS, Fink P, Toft T, Frostholt L, Ornbol E, Olesen F. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Fam Pract*. 2005;22(4):448-57.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Avaliação Psicológica – Diretrizes na Regulamentação da Profissão. Brasília, 2010. 1ª edição, 196 págs.

Cunha JA. Psicodiagnóstico V. 5ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007.

de 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):303–310.

de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. COOP/WONCA Charts as a Screen for Mental Disorders in Primary Care. *Ann Fam Med* 2011 Jul-Aug; 9(4):359-65.

de Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. 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.

Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 7(11):1229-1236.

Domholdt E. *Physical Therapy Research: Principles and Applications*. 1ª edição. Philadelphia: Saunders; 2000. pp 153–157.

Eddy D. How to think About Screening. In: Eddy D. *Common Screening Tests*. Philadelphia: America Cool Psysicians. 1991: 1-21.

Fachel JMG; Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Pasquali L. *Psicometria – Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação*. 4ª edição. São Paulo: Editora Vozes; 2011. 158-170.

Flahault A, Cadilhac M, Thomas G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(8):859-62.

Fleiss JL. The measurement interrater agreement. In: Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 1981. p: 212-236

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R, Dunn J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *J Bras Psiquiatr*. 1997; 46: 589-593.

Gaynes BN, DeVeaugh-Geiss J, Weir S, et al. Feasibility and diagnostic validity of the M-3 checklist: a brief, self- rated screen for depressive, bipolar, anxiety, and posttraumatic stress disorders in primary care. *Ann Fam Med* 2010; 8(2):160-169.

Gill SC, Butterworth P, Rodgers B, Mackinnon A. Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health Survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Res*. 2007;152(1):63-71.

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

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinneli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-7.

Gonçalves D M.; Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2008 Jul; 24 (7): 1641- 1650.

Gonçalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FD, Tófoli LF, 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):304-308.

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2014; 30(3):623-632.

Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N, Elly CR, Sullivan S, McGill AT. Case finding of lifestyle and mental health disorders in primary care: validation of the 'CHAT' tool. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):26-31.

Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N. Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Ann Fam Med.* 2009;7(3):239-244.

Heun R, Bunkart M, Maier W e Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99(3):171-178.

Jacob KS, Patel V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet* 2014; 383: 1433–35.

Jette AM, Davies AR, Cleary PD, Calkins DR, Rubenstein LV, Fink A, et al. The Functional Status Questionnaire: reliability and validity when used in primary care. *J Gen Intern Med.* 1986;1(3):143-9.

Kagee A, Tsai A C, Lund C, Tomlinson M. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and way forward. *Int Health* 2013; 5(1): 11-14.

Kawamura T. Interpretação de um teste sob a visão epidemiológica. Eficiência de um teste. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(4):437-41.

Kelleher I, Harley M, Murtagh A, Cannon M. Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophr Bull.* 2011;37(2):362-9.

Kessler RC, Andrews G, Colpe L et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non specific psychologic distress. *Psychol Med* 2002; 32(6): 959-76.

Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2004; 13(2):93–121.

Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010;19(1):4-22.

Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research.* 2010; 68(4):319-23.

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

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care.* 2003;41(11):1284-92.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146(5):317-25.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JDSW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009; 50(6): 613-621.

Langner TS. A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *J Health Hum Behav.* 1962;3:269-76.

Loch AA, Wang YP, Rössler W, Tófoli LF, Silveira CM, Andrade LH. 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.

Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care* 2008; 46(3):266-74

Lucas-Carrasco R. Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in elderly. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;66(6):508-13.

Margoto PR. Curva ROC: como fazer e interpretar no SPSS [Internet]. Brasília: 2010 [citado 03 jun. 2015]. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Curva_ROC_SPSS.pdf.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-6.

Mapi Research Institute. Certificate of linguistic validation certificate: general anxiety disorder-7 (GAD-7). Lyon, FR: Mapi Research Institute; 2006.

Marques JMA. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe do Programa de Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2009.

Martins GA. Sobre confiabilidade e Validade. RBGN. 2006; 8(20): 1-12.

McDowell I. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Oxford University Press, New York, 2006.

Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Azevedo Marques JM 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 Aug;34(8):1417-24.

Meneses-Gaya C. Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2011.

Menezes PR. Validade e Confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. Rev. Psiquiatr. Clín. 1998; 25(5): 214-216.

Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida pelas equipes do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2011; 60(3):221-6.

Organização Mundial da Saúde. Expert Committee on Mental Health: user's guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994.

Organização Mundial da Saúde. Info Package: mastering depression in primary care, Version 2.2. Copenhagen: WHO; 1995.

Organização Mundial da Saúde. Regional Office for Europe. Wellbeing measures in primary health care/The depcare project – report on a WHO meeting. Copenhagen: WHO; 1998.

Organização Mundial da Saúde. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull: WHO; 2000.

Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2008. Primary Health. Genebra: WHO; 2008.

Organização Mundial da Saúde. Mental Health. ATLAS: WHO; 2014.

Pasquali L. Psicometria – Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação. 4ª edição. São Paulo: Editora Vozes; 2011.

Pollard CA, Margolis RB, Niemiec R, Salas J, Aatre G. Psychometric properties of the primary care behavioral health screen. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(3):302-10.

Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370(9590):859–77.

Salmond SS. Evaluating the Reliability and Validity of Measurement Instruments. *Orthopaedic Nursing*. 2008; 27(1): 28-30.

Santos KOB, Araujo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saude Publica* 2010; 34(3):544-560.

Saipanish R, Lotrakul M, Sumrithe S. Reliability and validity of the Thai version of the WHO Five Well-Being Index in primary care patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(2):141-6.

Saunders SM, Wojcik JV. The reliability and validity of a brief self-report questionnaire to screen for mental health problems: The Health Dynamics Inventory. *J Clin Psychol Med Sett*. 2004;11(3):233-41.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H et al. The Mini Neuropsychiatric Interview (MINI): 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.

Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7

Üstün T.B., Sartorius N. The Background and Rationale of the WHO Collaborative Study on “Psychological Problems in General Health Care”. In: *Mental Illness in General Health Care: an International Study*. 1995: 01-19.

Van Weel C, König-Zahn C, Touw-Otten FWMM et al. Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts. A Manual. Groningen (The Netherlands): WONCA, ERGHO and NCH-University of Groningen; 1995.

Vazquez-Barquero JL, Herran A, Simon JA. Epidemiology of mental disorders in the community and primary care. In: Tansella M and Thornicroft G (eds). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London (UK): Routledge; 1999: 03-16.

Waidman MAP; Costa B; Paiano M. Community Health Agents' perceptions and practice in mental health. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1170-77.

Weissman MM, Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Gilbert TT, Higgins ES et al. Brief diagnostic interviews (SDDS-PC) for multiple mental disorders in primary care: A pilot study. *Arch Fam Med*. 1995 Mar;4(3):220-7.

Weissman MM et al. A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) for mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20(1):1-11.

Youngmann R, Zilber N, Workneh F, Giel R. Adapting a SRQ for Ethiopian populations: a culturally-sensitive psychiatric screening instrument. *Transcult Psychiatry*. 2008;45(4):566-89.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A

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”

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

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine 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 médico pesquisador. 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

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Segundo) 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”

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) apresentam.

Para isso, o(a) Sr(a), será entrevistado por um profissional especializado em saúde mental, no início do estudo e depois de seis (6) e doze (12) meses, 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 trarão nenhum risco para o(a) Sr(a) e não serão fornecidas a ninguém, apenas a você, caso queira vê-las. O seu nome nunca aparecerá nos resultados desse estudo. Caso, após as perguntas, percebamos que o(a) Sr(a) pode se beneficiar de alguma ajuda médica para lidar com alguma dificuldade emocional, o(a) senhor(a) será orientado sobre como e onde procurar ajuda, se o(a) Sr(a) quiser.

Se o(a) Sr(a) concordar em participar, por favor assine 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 médico pesquisador. 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

APÊNDICE C
GUIA PRÁTICO DE APLICAÇÃO DO MINI-RTM

**MINI Rastreio de Múltiplos Transtornos Mentais
(MINI-RTM)**

Guia prático para uso

2016

Desenvolvido por Programa de Pós Graduação em Saúde Mental – Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo – USP - Brasil)

Para maiores informações a respeito do MINI – RTM, contatos: Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi
(awzuardi@fmrp.usp.br) e Lívia Maria Bolsoni (liviab@usp.br).

Princípios:

O *MINI Rastreio para (de) Múltiplos Transtornos Mentais* (MINI – RTM) é um instrumento breve, de rastreio de múltiplos transtornos mentais, desenvolvido como parte de um projeto de mestrado, iniciado em 2014, da aluna Livia Maria Bolsoni sob orientação do Prof Dr Antonio Waldo Zuardi. O objetivo do projeto foi construir e validar um instrumento breve de rastreio de transtornos mentais, que reúne questões relevantes de diversos instrumentos de rastreio específicos para transtornos mentais, já existentes e validados, mas que permita a detecção dos transtornos mais comuns em atenção primária, incluindo abuso de substâncias e transtornos psicóticos. Foi avaliada a confiabilidade teste-reteste bem como a validade concorrente e qualidades psicométricas (sensibilidade, especificidade, valor preditivos positivo, valor preditivo negativo e acurácia).

Descrição do instrumento:

O MINI – RTM apresenta 9 itens divididos da seguinte forma e retirados dos seguintes instrumentos:

- 4 primeiros itens avaliam depressão e ansiedade (Patient Health Questionnaire-4 - PHQ-4), pontuados de 0 a 3.
- 1 item que avalia uso abusivo de álcool (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT), pontuado de 0 a 4.
- 1 item que avalia uso abusivo de drogas (Cannabis Use Disorders identification Test – CUDIT - adaptado para qualquer droga), pontuado de 0 a 4.
- 3 itens que avaliam transtorno psicótico (Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener - APSS-3), pontuados de 0 a 1.

Cada questão apresenta graduações de respostas que variam em uma escala *likert*. A máxima pontuação obtida é de 23 pontos.

Como pontuar os resultados:

Na tabela abaixo são apresentados os itens do MINI-RTM e suas respectivas pontuações;

ITENS	PONTUAÇÃO
Ao longo das últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?	
<i>1) Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
<i>2) Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
<i>3) Sentindo-se nervoso ansioso ou no limite:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
<i>4) Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
Uso de álcool	
Considerando que uma dose equivale a: Um copo de pinga, vodca ou uísque (37ml) Ou uma taça pequena de vinho (140ml) Ou uma latinha de cerveja (350ml) Ou um cálice de Martini ou vermute (50ml)	
<i>5) Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?</i>	
Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Uso de drogas	
<i>6) Com que frequência você usa drogas?</i>	
Nunca	0
Mensalmente ou menos	1
Duas a quatro vezes por mês	2
Duas a três vezes por semana	3
Quatro ou mais vezes por semana	4

Psicose	
Alguma vez você já...	
<i>7) Ouviu vozes ou sons que ninguém mais podia ouvir?</i>	
Sim, definitivamente	1
Pode ser	0,5
Não, nunca	0
<i>8) Viu coisas que outras pessoas não podiam ver</i>	
Sim, definitivamente	1
Pode ser	0,5
Não, nunca	0
<i>9) Pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?</i>	
Sim, definitivamente	1
Pode ser	0,5
Não, nunca	0

A pontuação do MINI – RTM varia de 0 (ausência de transtorno) a 26 (possibilidade de algum transtorno psiquiátrico). Um escore positivo é obtido para pessoas que fizerem uma pontuação de 3 ou mais pontos, o que sugere a possibilidade de alguma perturbação psicológica, podendo ser de um ou mais transtornos. Uma entrevista clínica será necessária para confirmação diagnóstica.

Propriedades psicométricas do MINI-RTM:

O estudo de validação psicométrica do MINI-RTM sugeriu que esse é um instrumento confiável e válido para detecção de transtornos mentais na atenção primária à saúde. A confiabilidade teste-reteste foi considerada alta (Correlação Intraclass = 0,78) e os valores de sensibilidade e especificidade satisfatórios para ponto de corte maior que 3 e maior que 4. Também teve correlação significantes quando comparada com outro instrumento de rastreio que avalia bem estar geral (COOP/WONCA – item sentimentos). Dessa forma, é considerado um instrumento bastante confiável e válido para o rastreio de transtornos mentais.

Uso e Limitações:

O MINI – RTM foi elaborado para rastrear os principais transtornos mentais presentes na atenção primária à saúde. É um instrumento breve e de fácil aplicação. O uso desse instrumento aumenta as chances de pessoas com necessidades de tratamento serem identificadas precocemente e tratadas adequadamente. O MINI – RTM não foi desenvolvido com finalidade diagnóstica e não substitui, em hipótese alguma, a consulta com profissional especializado. Apenas sugere a possibilidade de uma perturbação psicológica, o que diminui

tempo e custos para a detecção precoce das doenças. Foi desenvolvido para população acima de 18 anos, no cenário brasileiro de cuidados primários de saúde.

O MINI –RTM na prática clínica:

O MINI – RTM pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, com ou sem nível superior. É útil para ser aplicado nas salas de esperas de unidades de cuidados de saúde com a finalidade de rastreio, o qual sugere a possibilidade de perturbação psicológica, necessitando de confirmação diagnóstica por meio de entrevistas e/ou consultas realizadas por profissionais da área de saúde mental. É um instrumento que pode ser auto aplicável e pode ser usado na forma impressa ou em computadores, tablets e notebooks.

APÊNDICE D

Questionário de Identificação

Nome: _____.

Endereço: _____.

Telefones: _____ email: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: _____

Escolaridade: _____ Situação laboral: _____

Nível Sócio-Econômico: _____

Grau de Instrução do chefe da família: _____

APÊNDICE E

ARTIGO ORIGINAL

Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais

*Psychometric studies of brief screening tools for multiple mental disorders*Lívia Maria Bolsoni¹, Antonio Waldo Zuairi¹

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão sistemática sobre as características psicométricas de instrumentos breves para rastreamento de múltiplos transtornos mentais em cuidados primários de saúde. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, Lilacs, SciELO e ISI, de artigos publicados até abril de 2014, utilizando descritores sobre rastreamento breve de múltiplos transtornos mentais em cuidados primários de saúde. **Resultados:** Foram obtidos 277 estudos e selecionados 15 após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Oito estudos analisaram confiabilidade e/ou consistência interna e os resultados mostraram índices bastante satisfatórios. Nos artigos selecionados, estavam presentes as análises das validades preditiva, concorrente e discriminante. **Conclusão:** As escalas de rastreamento são úteis para a triagem de pacientes com possíveis transtornos mentais, e o uso desses instrumentos melhoraria a capacidade de detecção desses transtornos em cuidados primários de saúde.

Palavras-chave

Cuidados primários de saúde, transtornos mentais, instrumentos de rastreio, qualidades psicométricas.

ABSTRACT

Objective: Conduct a systematic literature review about psychometric characteristics of brief tools used for screening multiple mental disorders in primary health care. **Methods:** Systematic literature review on PubMed, Lilacs, SciELO and ISI databases until April 2014 using key words related to brief screening of multiple mental disorders in primary health care. **Results:** Were obtained 277 articles; 15 articles were selected after considering inclusion and exclusion criteria. Eight articles assessed reliability and/or internal consistency and results showed satisfactory indices. In the selected articles, were present analyzes of predictive validity, concurrent and discriminant. Results ranged from moderate to good. **Conclusion:** Screening scales are useful to identify patients with possible mental disorders and they increase chances of detecting such disorders in primary health care.

Keywords

Primary health care, mental disorders, screening tools, psychometric qualities.

¹ Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental.

Recebido em
21/1/2015
Aprovado em
11/3/2015

DOI: 10.1590/0047-2085000000058

Endereço para correspondência: Lívia Maria Bolsoni
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo
Av. Tenente Catão Roxo, 2650, Vila Monte Alegre
14051-140 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
Telefone: (16) 3315-4607
E-mail: liviab@usp.br

INTRODUÇÃO

Diversos estudos internacionais e no Brasil, sobre prevalência de transtornos mentais, mostram que em torno de 30% da população adulta apresentam algum tipo de diagnóstico psiquiátrico (principalmente depressão e ansiedade)^{1,2}.

As consequências econômicas e a diminuição da qualidade de vida, decorrentes da presença da maioria dos transtornos mentais mais frequentes – como ansiedade, depressão e abuso de substâncias psicoativas – são tão importantes quanto aquelas associadas aos problemas físicos mais comuns, como hipertensão, diabetes, artrite, asma ou dor nas costas^{1,3}.

Atualmente, aumenta-se o reconhecimento da importância da atenção primária em programas para gerenciar problemas de saúde mental. Estudos recentes encontraram que 10% da população em geral consultam o médico generalista (*“general practitioner”* – GP) para uma doença nova e que uma em cada cinco de tais consultas pode ser atribuída à presença de uma doença mental^{4,5}.

Entretanto, estudos mostram que médicos generalistas falam em detectar ou diagnosticar cerca de 50% dos casos de transtornos mentais apresentados aos cuidados primários⁶. Geralmente, os pacientes apresentam-se com um conjunto de queixas físicas e psicológicas que são difíceis de categorizar e, dada a restrição do tempo de consulta, o diagnóstico fica de difícil detecção^{6,7}. Assim, apesar de existirem tratamentos eficazes para muitos dos transtornos mentais, os pacientes, muitas vezes, não são tratados, porque as suas doenças não são detectadas. Uma possibilidade para a detecção desses transtornos seria o treinamento dos profissionais da atenção básica para o rastreamento e o diagnóstico de transtornos mentais. Esse treinamento abarcaria conhecimento teórico e prático em psiquiatria, assim como a aplicação de instrumentos de rastreio e entrevistas estruturadas. Fazer avaliação do modo de funcionamento mental do paciente na prática clínica pode ser difícil, exigindo do profissional maior tempo de consulta para uma entrevista mais detalhada⁸.

Para a detecção de transtornos mentais pelo profissional de atenção primária à saúde, uma alternativa seria a aplicação de instrumentos breves de rastreio para esses transtornos. A aplicação deve ter boa aceitabilidade, baixo custo e boa acurácia⁹. Assim, uma entrevista diagnóstica deveria ser aplicada apenas numa segunda etapa, apenas nos pacientes que fossem detectados com possibilidade aumentada de terem um transtorno mental.

Existem inúmeros instrumentos de rastreio para transtornos mentais, que podem ser aplicados na atenção primária à saúde, por serem de aplicação rápida e fácil, por exemplo, o *Self-Reporting Questionnaire-20 items* (SRQ-20)¹⁰ e o *WHO Well-Being Index Version 1* (WHO-5 Version 1)¹¹. O tempo médio para a aplicação desses instrumentos é de aproximadamente 5 min^{10,11}.

Para a escolha do instrumento adequado para uma determinada equipe, além do conhecimento de suas caracte-

rísticas, seria importante conhecer, também, suas propriedades psicométricas, tais como confiabilidade e validade.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática sobre as características psicométricas de instrumentos breves para rastreamento de múltiplos transtornos mentais na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática realizada por meio de levantamento bibliográfico sobre as características psicométricas (validade, confiabilidade e viabilidade) de instrumentos de rastreio de transtornos mentais em unidades básicas de saúde. Não foi estabelecido limite de data para a realização da busca.

Bases de dados e população de estudo

As bases de dados acessadas foram: PubMed, Lilacs, SciELO e ISI, com os seguintes descritores: [(*screen**) AND (*mental health OR mental disorder OR anxiety OR depression OR depressive disorder OR bipolar OR substance OR psychotic*) AND (*primary care*) AND (*scale OR assessment OR instrument*) AND (*brief OR short*) AND (*reliability OR validity OR feasibility*) NOT (*adolescent OR child*)]. Para evitar a perda de alguma referência, não houve seleção de idioma ou ano da publicação. A consulta foi realizada em maio de 2014.

Os sujeitos das amostras dos estudos eram de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos na atenção primária à saúde, de vários níveis sociais e várias etnias.

Crítérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram: artigos encontrados na íntegra, que avaliassem instrumentos de triagem de aplicação breve; estudos realizados em cuidados primários de saúde; estudos de validade, contendo confiabilidade, validade ou viabilidade; população maior de 18 anos; estudos que detectassem mais de um transtorno mental.

Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão; instrumentos voltados para crianças e adolescentes; instrumentos de avaliação de demência; estudos que não foram aplicados em cuidados primários; instrumentos que avaliavam somente um transtorno mental ou um conjunto de sintomas específicos; e artigos que abrangiam populações específicas.

Seleção dos estudos e processo de extração de dados

Considerando os critérios de elegibilidade, os dois autores aplicaram esses critérios nos estudos encontrados. As discordâncias foram resolvidas por consenso. Não foram usadas escalas para avaliação da qualidade metodológica dos estudos.

A consulta à base de dados resultou em 254 referências, excluídas as repetições. Foram adicionadas mais duas referências, que eram do conhecimento pessoal dos pesqui-

sadores, cujas palavras-chave compunham os descritores da busca, mas que não foram identificadas na busca automatizada. A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, baseados na leitura dos resumos dessas referências, resultou na exclusão de 121 artigos. Os 154 artigos restantes foram lidos na íntegra, sendo excluídos 142 por não se adequarem aos critérios de elegibilidade. Ao final, um total de 15 artigos formou a base para este estudo.

A figura 1 ilustra o processo de seleção dos artigos.

Extraída de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement¹².

Figura 1. Fluxograma de inclusão e exclusão dos estudos.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos

Estudo	Ano	Tamanho da amostra	Idade da amostra (anos)	Instrumento	Instrumentos utilizados na avaliação	Nacionalidade
Mari e Williams ¹⁴	1986	875	≥ 18	SRQ-20	GHQ-12; CIS	Brasil
Jette <i>et al.</i> ²	1986	1.153	18-96	FSQ	-	Estados Unidos
Goldberg <i>et al.</i> ¹⁵	1997	5.438	≥ 18	GHQ-12	GHQ-28; CIDI-PC	Austrália
Saunders e Wojcik ¹⁶	2004	954	18-84	HDI	-	Estados Unidos
Christensen <i>et al.</i> ⁶	2005	1.785	18-65	CMDQ	SCAN	Dinamarca
Gill <i>et al.</i> ¹⁷	2007	10.504	≥ 18	MCS-12	CIDI; SF-12; GHQ-12 e K-10	Austrália
Youngmann <i>et al.</i> ⁸	2008	365	18-55	SRQ-F	BPRS	África
Goodyear-Smith <i>et al.</i> ¹⁹	2008	995	≥ 18	CHAT	PHQ-9; CTS-1	Inglaterra
Goodyear-Smith <i>et al.</i> ²⁰	2009	755	≥ 18	CHAT	STARD	Austrália
Chen <i>et al.</i> ¹⁰	2009	1.019	18-64	SRQ-20	SAS; SDS; CIDI	China
Saipanish <i>et al.</i> ²¹	2009	274	≥ 18	WHO-5	HAM-D; MINI	Tailândia
Kessler <i>et al.</i> ²²	2010	41.770	≥ 18	K-6	CIDI; SCID	Estados Unidos
De Azevedo-Marques e Zuaid ²³	2011	168	≥ 18	COOP/WONCA SRQ-10	SCID	Brasil
Lucas-Carrasco <i>et al.</i> ¹¹	2012	199	≥ 65	WHO-5	WHOQOL-BRIEF; GDS-15	Espanha
Bryan <i>et al.</i> ²⁴	2014	2.938	≥ 18	BHM	GMH	Estados Unidos

SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire-20; GHQ-12: General Health Questionnaire-12; CIS: Clinical Interview Schedule; FSQ: Functional Status Questionnaire; GHQ-28: General Health Questionnaire-28; CIDI-PC: Composite International Diagnostic Interview; HDI: Health Dynamics Inventory; CMDQ: Common Mental Disorders Questionnaire; SCAN: Schedule Clinical Assessment in Neuropsychiatry; MCS-12: Mental Health Component scale-12; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; SF-12: 12-Item Short Form Health Survey; K-10: 10-Item Kessler Psychological Distress scale; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; CHAT: Case-finding and Help Assessment Tool; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; CTS-1: Conflict Tactics Scales Form R; STARD: Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy; SAS: Sedation Agitation Scale; SDS: Self-Directed Search; WHO-5: Well-Being Index Version; HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; K-6: 6-Item Kessler Psychological Distress scale; COOP/WONCA: Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R; WHOQOL-BRIEF: World Health Organization Quality of Life Instrument- Brief; GDS-15: Geriatric Depression Scale-15; BHM: Behavioral Health Measure; GMH: Global Mental Health.

Foram recolhidos os seguintes dados dos estudos: local de origem, ano da pesquisa, tamanho da amostra, ferramenta utilizada para o rastreamento de múltiplos transtornos mentais, bem como suas características psicométricas: confiabilidade, validade preditiva (sensibilidade e especificidade), validade concorrente e validade discriminante, caso houvesse. Para a validade preditiva e confiabilidade, foram considerados satisfatórios valores acima de 0,7¹³.

RESULTADOS

Características dos estudos

Foram incluídos 15 estudos, publicados em 11 países, entre os anos de 1986 e 2014. A tabela 1 mostra os estudos por local de origem e ano, características da amostra e instrumentos utilizados. Somente dois estudos foram realizados no Brasil.

Em relação à metodologia, todos os estudos foram de coorte e a aplicação dos instrumentos foi de autoaplicação.

Características dos instrumentos

A tabela 2 mostra as principais características dos instrumentos utilizados:

Características psicométricas

Em relação às qualidades psicométricas, foi feita uma análise dos artigos quanto à confiabilidade dos instrumentos. Esses dados estão presentes na tabela 3. Com exceção do item "qualidade da interação da escala FSQ", todos os demais resultados indicam consistência interna boa ou excelente.

Tabela 2. Características dos instrumentos

Instrumento	Nº de itens	Modo de aplicação	Tempo de aplicação	Características
SRQ-20 ^{10,14,23}	20	Autoaplicado	5-10 min	Deteção de sintomas de transtornos mentais comuns na AB
FSQ ⁹	34	Autoaplicado	-	Avaliação global, sobre o papel físico, psicológico, social e funcional
GHQ-12 ¹⁵	12	Autoaplicado	5 min	Deteção de doenças psiquiátricas não severas
HDI ¹⁶	48	Autoaplicado	10-15 min	Funcionamento da saúde mental
CMDQ ⁵	36	Autoaplicado	5 min	Rastreio de transtornos somatoformes, ansiedade, depressão, abuso de álcool e saúde geral
MCS-12 ¹⁷	12	Autoaplicado	5 min	Avalia depressão e/ou ansiedade e qualquer transtorno mental comum
SRQ-F ¹⁸	29	Autoaplicado	5-10 min	Rastreio de doença psiquiátrica
CHAT ^{19,20}	17	Autoaplicado	2 min	Deteção de estilo de vida e fatores de risco de saúde mental
WHO-5 ^{11,21,23}	5	Autoaplicado	2 min	Avalia o nível de bem-estar emocional
K-6 ²²	6	Autoaplicado	2 min	Triagem de doença mental grave
COOP/WONCA ²³	6	Autoaplicado	2 min	Avaliação do estado funcional
BHM ²⁴	20	Autoaplicado	5 min	Avalia o estado de saúde mental

SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire-20; AB: atenção básica; FSQ: Functional Status Questionnaire; GHQ-12: General Health Questionnaire-12; HDI: Health Dynamics Inventory; CMDQ: Common Mental Disorders Questionnaire; MCS-12: Mental Health Component scale-12; CHAT: Case-finding and Help Assessment Tool; WHO-5: Well-Being Index Version; K-6: 6-Item Kessler Psychological Distress scale; COOP/WONCA: Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians; BHM: Behavioral Health Measure.

Tabela 3. Análise da confiabilidade dos instrumentos

Estudo	Instrumento	Técnica de confiabilidade	Resultados
Youngmann <i>et al.</i> , 2008 ¹⁸	SRQ-F	Consistência interna (alfa de Cronbach)	$\alpha = 0,92$
Bryan <i>et al.</i> , 2014 ²⁴	BHM	Consistência interna (alfa de Cronbach) (para cada subescala)	$\alpha = 0,72$ (bem-estar) a $\alpha = 0,93$ (saúde mental global)*
Saunders e Wojcik, 2004 ¹⁶	HDI	Consistência interna (alfa de Cronbach) (para cada subescala)	$\alpha = 0,72$ (uso de substâncias) a $\alpha = 0,95$ (sintomas globais)
Chen <i>et al.</i> , 2009 ¹⁰	SRQ-20	Consistência interna (CI) e teste-reteste (alfa de Cronbach)	CI $\alpha = 0,9$ TR $\alpha = 0,93$
Lucas-Carrasco, 2012 ¹¹	WHO-5	Consistência interna (alfa de Cronbach)	$\alpha = 0,86$
Saipanish <i>et al.</i> , 2009 ²¹	WHO-5	Consistência interna (alfa de Cronbach)	$\alpha = 0,87$
Jette <i>et al.</i> , 1986 ⁹	FSQ	Consistência interna (para cada item) (alfa de Cronbach)	$\alpha = 0,64$ (qualidade de interação) a $\alpha = 0,82$ (atividade de vida diária)*

* Confiabilidade calculada para cada item do instrumento.

SRQ-F: Self-Reporting Questionnaire-F; BHM: Behavioral Health Measure; HDI: Health Dynamics Inventory; SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire-20; WHO-5: Well-Being Index Version; FSQ: Functional Status Questionnaire.

Em relação à validade dos instrumentos, os autores dos estudos analisaram a validade discriminante, de critério (sensibilidade e especificidade) e concorrente. Podemos verificar esses resultados na tabela 4.

Para os instrumentos CMDQ⁶ e CHAT¹⁹, a validade de critério foi calculada para cada item do instrumento, e não o instrumento como um todo. Esses foram os únicos instrumentos que apresentaram resultados não satisfatórios de sensibilidade e especificidade. Para o instrumento CMDQ⁶, a subescala “qualquer transtorno de ansiedade” apresentou sensibilidade de 0,39. A pior especificidade foi encontrada para a subescala “transtornos somatoformes”, com valor de 0,56. Para o instrumento CHAT, a subescala “exercício” apresentou baixo valor de sensibilidade, 0,26. Para a especificidade, o valor mais baixo foi para a subescala “exercício”, com valor de 0,40.

DISCUSSÃO

No que se refere aos procedimentos relativos à coleta dos estudos, a busca por descritores, embora tenha identificado um número elevado de artigos, apresentou limitações, uma vez que desses apenas 5,5% preencheram os critérios de inclusão e exclusão e dois estudos de relevância no Brasil não foram encontrados com esses descritores, sendo necessária a busca por uma estratégia complementar.

O presente estudo demonstrou que, dos 15 artigos que compõem a revisão, 8 analisaram a confiabilidade e 10 a validade, incluindo validade de critério (sensibilidade e especificidade), validade concorrente e validade discriminante.

A confiabilidade indica a coerência de um teste, sua constância de resultados²⁵, ou seja, a comparação dos resultados em situações semelhantes e sucessivas. No presente estudo,

Tabela 4. Análise da validade dos instrumentos

Estudo	Instrumento	Validade preditiva			Validade discriminativa		Validade concorrente	
		Técnica	Resultado		Técnica	Resultado	Técnica	Resultado
			Sen	Esp				
Saunders e Wojcik, 2004 ¹⁶	HDI	-	-	-	Teste T	T = 4,24 (peso) a T = 19,26 (moral) (p < 0,001)*	-	-
Youngmann <i>et al.</i> , 2008 ¹⁸	SRQ-F	Curva ROC	0,83	0,86	ANOVA	14,6 (+ BPRS) X 3,6 (-BPRS) p < 0,001	-	-
Saipanish <i>et al.</i> , 2009 ²¹	WHO-5	Curva ROC	0,79	0,78	Teste T	T = 7,58 (MINI-dep) T = 14,83 (MINI-n dep)** p < 0,0001	-	-
Mari e Williams, 1986 ¹⁴	SRQ-20	Curva ROC	0,83	0,83			Pearson	r = 0,70 p < 0,01
Christensen <i>et al.</i> , 2005 ⁶	CMDQ	Curva ROC	0,39 a 0,87*	0,56 a 0,97*	-	-		
Goodyear-Smith <i>et al.</i> , 2008 ¹⁹	CHAT	Curva ROC	0,26 a 0,91*	0,40 a 0,97*	-	-	-	-
Goodyear-Smith <i>et al.</i> , 2009 ²⁰	CHAT	Curva ROC	0,64 a 0,98*	0,73 a 0,98*	-	-	-	-
Gill <i>et al.</i> , 2007 ¹⁷	MCS-12	Curva ROC	0,81 a 0,87*	0,73 a 0,83*	-	-	-	-
Chen <i>et al.</i> , 2009 ¹⁰	SRQ-20	Curva ROC	0,93	0,61	-	-	Pearson	r = 0,71 e r = 0,73* p < 0,001
Goldberg <i>et al.</i> , 1997 ¹⁵	GHQ-12	Curva ROC	0,76	0,83	-	-	-	-
De Azevedo-Marques e Zuairi, 2011 ²³	COOP/WONCA COOP/WONCA (sentimentos)	Curva ROC	0,84 0,84	0,88 0,86	-	-	-	-
De Azevedo-Marques e Zuairi, 2011 ²³	SRQ-20	Curva ROC	0,81	0,86	-	-	-	-
De Azevedo-Marques e Zuairi, 2011 ²³	WHO-5	Curva ROC	0,77	0,89	-	-	-	-

* Validade calculada para cada item do instrumento. **MINI-dep = positivo para depressão na MINI; MINI-n dep = negativo para depressão na MINI.

HDI: Health Dynamics Inventory; SRQ-F: Self-Reporting Questionnaire-F; WHO-5: Well-Being Index Version; SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire-20; CMDQ: Common Mental Disorders Questionnaire; CHAT: Case-finding and Help Assessment Tool; MCS-12: Mental Health Component scale-12; GHQ-12: General Health Questionnaire-12; COOP/WONCA: Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

tivemos a análise da confiabilidade por meio da consistência interna e do teste-reteste. As técnicas utilizadas foram o alfa de Cronbach e o Índice de Correlação Intraclassa (ICC). A confiabilidade dos instrumentos foi avaliada no instrumento como um todo, bem como em cada item do instrumento.

Os instrumentos *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ), com suas variações (SRQ-20 e SRQ-F), e *Well-Being Index Version* (WHO-5) foram os mais estudados tanto em relação à confiabilidade (dois estudos cada) quanto à validade (quatro estudos para o SRQ e dois estudos para o WHO-5), corroborando o fato de serem instrumentos amplamente utilizados em vários contextos culturais e apresentarem diversos estudos de confiabilidade e validade^{10,21}.

Os resultados apresentados para confiabilidade desses dois instrumentos foram excelentes, indicando instrumentos bastante consistentes, coerentes e precisos para medir seus atributos. O valor do alfa de Cronbach variou de 0,86 a 0,91^{10,18,21}.

Em relação ao número de itens, o SRQ possui 20 itens, enquanto o WHO-5 possui apenas cinco itens, o que o qualifica na brevidade para a aplicação em cuidados primários de

saúde⁸. O WHO-5 é amplamente utilizado para detecção de depressão, porém possui limitação em relação à detecção de sintomas psicóticos²³, assim como o instrumento SRQ-20^{10,18}.

Para a análise de validade, esses instrumentos também apresentaram bons resultados para validade preditiva^{10,18,21,23,26}, indicando que são sensíveis para a detecção de casos positivos. Para a validade discriminativa, tanto o estudo do SRQ-F¹⁸ quanto o do WHO-5²¹ foram bastante discriminativos em relação a casos e não casos quando comparados com um padrão-ouro (BPRS e MINI, respectivamente), ao contrário do instrumento *Health Dynamics Inventory* (HDI)¹⁴, que apresentou baixo índice discriminativo para o quesito preocupações com peso comparando casos e não casos.

Um instrumento que merece destaque é o *Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (COOP/WONCA), pois apresentou bons resultados de validade preditiva e é um instrumento breve, de fácil aplicação e que avalia vários quesitos como aptidão física, sentimentos, atividades diárias e social e saúde em geral²². Apenas um item dessa escala, o

item 'sentimentos', apresenta valores de sensibilidade e especificidade comparáveis aos do SRQ-20 e WHO-5²¹. É um dos poucos instrumentos validados no Brasil, e como limitação esse estudo mostrou que alguns diagnósticos como o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno bipolar não puderam ser avaliados, pois estavam ausentes ou raros na população de estudo. Outro instrumento validado no Brasil é o SRQ-20, que também apresentou bons resultados de validade preditiva e obteve correlação forte com a entrevista diagnóstica CIS (*Clinical Interview Schedule*)²⁵.

Estudo multicêntrico recente, publicado em 2014²⁵, mostra as altas taxas de prevalências de transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) em cuidados primários de saúde das grandes capitais como Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre. As taxas variam de 25% a 39% de prevalência na população. Isso sugere a importância em identificar e tratar os possíveis casos²⁵.

Nesta revisão, instrumentos que se mostraram bastante sensíveis para a detecção de depressão e/ou ansiedade foram o WHO-5^{20,22}, *Common Mental Disorders Questionnaire* (CMDQ)⁶, *Mental Health Component scale-12* (MCS-12)¹⁵ e *Case-finding and Help Assessment Tool* (CHAT)¹⁸, com altas taxas de sensibilidade.

Poucos instrumentos mostraram altas taxas de sensibilidade para transtornos psiquiátricos menos comuns como uso de substâncias e transtornos psicóticos. O CMDQ¹⁴ apresentou alta taxa no item uso de substâncias, porém para transtornos psicóticos, especificamente, nenhum instrumento apresentou taxas elevadas.

Após a análise dos artigos, evidencia-se que as escalas de rastreamento são úteis para a triagem de pacientes com possíveis transtornos mentais²², e o uso desses instrumentos melhoraria a capacidade de detecção desses transtornos em cuidados primários de saúde.

A maior parte dos instrumentos nesta revisão é composta por questionários e escalas breves de rastreamento. Esse tipo de instrumento é largamente utilizado, pois é de fácil administração e não demanda muito tempo de aplicação. Porém, é necessária a aplicação de entrevistas estruturadas para confirmar a presença ou ausência de sintomas psiquiátricos¹³. Assim, a aplicação em conjunto dos instrumentos de rastreio e da entrevista diagnóstica auxiliaria na detecção precoce e no tratamento eficaz dos transtornos.

As maiores limitações desta revisão são que o desempenho dos instrumentos de rastreio pode não ser aplicável a todos os perfis de população, visto que a análise baseou-se em população maior de 18 anos e em cuidados primários de saúde. Muitos estudos foram excluídos por não apresentarem instrumentos de rastreio de múltiplos transtornos mentais, sendo específicos de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, entre outros, sugerindo maior exploração de estudos que abordem instrumentos que detectem múltiplos transtornos mentais.

CONCLUSÃO

Os instrumentos de rastreio são ferramentas importantes para a identificação precoce, com detecção e prevenção de comportamentos prejudiciais a população adulta, o que lhe garantiria melhor qualidade de vida. Esta revisão detectou a presença de vários instrumentos de rastreio para múltiplos transtornos mentais, com qualidades psicométricas muito satisfatórias.

Dessa forma, os instrumentos SRQ (SRQ-20 e SRQ-F) e WHO-5 apresentaram-se bastante consistentes, coerentes e precisos em relação à confiabilidade, com resultados excelentes. Para detecção de casos positivos, os instrumentos SRQ, WHO-5 e COOP/WONCA mostraram-se bastante sensíveis. Destacamos ainda que apenas um item do instrumento COOP/WONCA (item sentimentos) manteve os índices de sensibilidade e especificidade do instrumento como um todo.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Livia Maria Bolsoni – Participou da concepção da revisão, revisão da literatura, coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Antonio Waldo Zuardi – Contribuiu com a concepção da revisão, orientação sobre a literatura, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Livia Maria Bolsoni recebe bolsa de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Antonio Waldo Zuardi recebe bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houve conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maseko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
2. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e318-79.
3. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1641-50.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A

Item *Sentimentos* COOP/WONCA

Durante as duas últimas semanas...

- 1) *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

ANEXO B

Critério de Classificação Socioeconômica Brasil

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD player	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Grau de Instrução do chefe de família		
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / até a 3ª série fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	42 - 46	0,5%
A2	35 - 41	3,6%
B1	29 - 34	9,6%
B2	23 - 28	20,8%
C1	18 - 22	26,3%
C2	14 - 17	23,2%
D	8 - 13	15,2%
E	0 - 7	0,8%

ANEXO C

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 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

Pesquisador: Leonardo Moscovici

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08395312.1.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 151.906

Data da Relatoria: 22/12/2012

Apresentação do Projeto:

Identificação: trata-se de projeto de pesquisa, nível Mestrado, a ser desenvolvido por Leonardo Moscovici pós-graduando da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi Professor da FMRP - USP.

Objetivo da Pesquisa:

1. Objetivo Geral

Relacionar a presença e a evolução dos transtornos mentais, no período de um ano, às variáveis demográficas, clínicas e de contato com os serviços de atenção básica, em um município do interior do Estado de São Paulo.

2. Objetivos Específicos

Comparar a evolução dos pacientes identificados como portadores de transtornos mentais, entre os que residem em áreas cobertas por equipes de cuidados primários sem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipes de ESF com e sem suporte colaborativo de profissionais especializados em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este projeto não envolve riscos importantes para os pacientes, podendo apenas causar um certo desconforto pelo tempo que será utilizado para responder aos questionários.

Benefícios: De acordo com os resultados deste estudo novas políticas de saúde poderão ser criadas, contribuindo para o bem estar da população.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A prevalência de transtornos mentais na população em geral é significativa. Variáveis demográficas, clínicas, características do contato com serviços de saúde, entre outras, têm sido relacionadas à presença e à evolução dos transtornos mentais. Existe uma carência de estudos brasileiros avaliando diversas dessas variáveis simultaneamente e, particularmente, o impacto específico que variáveis relacionadas ao contato com os serviços de saúde podem ter na detecção e na evolução dos transtornos mentais.

O pesquisador pretende entrevistar uma parcela significativa da população atendida pelo área de abrangência do distrito oeste de saúde (CSE), aproximadamente 3000 sujeitos.

Os sujeitos são atendidos por uma UBS, unidade de ESF com apoio de equipe de saúde mental e unidade ESF sem apoio de equipe de saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: a) Folha de rosto, assinada pela pesquisadora responsável e pelo Coordenador Técnico Científico da UPC; b) Projeto de Pesquisa, com o orçamento detalhado, cronograma do estudo e referências bibliográficas atuais e pertinentes e c) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador fez alterações sugeridas pelo relator.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

RIBEIRÃO PRETO, 23 de Novembro de 2012

Assinador por:
Ricardo de Carvalho Cavalli
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br