

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LEONARDO MOSCOVICI

**Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da
aplicação da versão brasileira do 'Mini International
Neuropsychiatric Interview - TRACKING' em usuários da
Estratégia de Saúde da Família acompanhados com ou sem
cuidado colaborativo em saúde mental**

Ribeirão Preto

2013

LEONARDO MOSCOVICI

**Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da
aplicação da versão brasileira do 'Mini International
Neuropsychiatric Interview - TRACKING' em usuários da
Estratégia de Saúde da Família acompanhados com ou sem
cuidado colaborativo em saúde mental**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre

Área de Concentração: Neurociências e
Ciências do Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Moscovici , Leonardo

Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da aplicação da versão brasileira do 'Mini International Neuropsychiatric Interview - TRACKING' em usuários da Estratégia de Saúde da Família acompanhados com ou sem cuidado colaborativo em saúde mental Ribeirão Preto, 2013.

49f.

Dissertação de Mestrado, apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Neurociências e Ciências do Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi

1. Atenção Primária à Saúde; 2. Cuidado Colaborativo;
3. MINI-Tracking; 4. Episódio Depressivo Maior;
5. Transtorno de Ansiedade Generalizada.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Leonardo Moscovici

Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da aplicação da versão brasileira do 'Mini International Neuropsychiatric Interview - TRACKING' em usuários da Estratégia de Saúde da Família acompanhados com ou sem cuidado colaborativo em saúde mental

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre

Área de Concentração: Neurociências e Ciências do Comportamento

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Aos meus pais, fonte de toda minha inspiração.

Ao Igor, irmão que está sempre ao meu lado quando preciso.

Aos meus avós, especialmente minha vó Sarah, que torce e me protege lá de cima.

Ao Professor Zuardi, por sempre estar disponível. Obrigado por todos os ensinamentos. É um Privilégio tê-lo como meu orientador.

Ao Dr. João, meu colega de trabalho, mas acima de tudo, meu amigo!

Ao amigos, especialmente Angela, Flavinha, Ilana, Mamão, Mauro, Mitches, Shor e Weber.

Aos familiares, especialmente minha tia Stella e minha “Mishparrá” em Israel.

Aos colegas de trabalho, especialmente Anderson, Augustus, Bellíssimo, Camila, Fernando, Luciane, Nadinha, Prof. Afonso, Prof. Laércio e Profa. Nereida. Aproveito também para agradecer o carinho dos colegas de Brodowski e da Unimed Bebedouro.

À Dra. Auxiliadora, uma companheira de viagem.

RESUMO

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

Objetivos: Estudar a confiabilidade e validade de uma versão brasileira dos módulos Episódio Depressivo Maior (EDM) e Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG) do Mini International Neuropsychiatric Interview – TRACKING (MINI-TRACKING); comparar a evolução de pacientes com diagnóstico de EDM e TAG seguidos por equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com acesso ao modelo de Cuidado Colaborativo (CC) em Saúde Mental versus um grupo de pacientes seguidos por equipes sem acesso ao CC. **Metodologia:** O estudo envolveu quatro equipes de ESF vinculadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), sendo duas com acesso ao CC e duas sem CC. Um total de 147 pacientes foram entrevistados com o objetivo de rastrear transtornos mentais com a aplicação do WHO-5 e do COOP-WONCA Quadro Sentimentos. Após a confirmação diagnóstica de EDM e/ou TAG, com a entrevista MINI, 42 pacientes foram selecionados e concordaram em participar da pesquisa. Estes pacientes foram acompanhados por doze meses por um médico de família (MF), que aplicou periodicamente a cada oito a doze semanas os módulos EDM e/ou TAG do MINI-TRACKING. Para avaliação da fidedignidade e da validade concorrente, um psiquiatra (cego quanto ao diagnóstico do MF e quanto a qual equipe seguia o paciente) aplicou, com intervalo máximo de 72h do MF, os mesmos módulos do MINI-TRACKING, o PHQ-9 e/ou o GAD-7. **Resultados:** Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os pacientes das equipes com e sem CC no que se refere as características clínico-demográficas. Os itens individuais dos dois módulos do MINI-TRACKING mostraram boa fidedignidade inter-avaliadores (Kappa entre 0,78 e 0,98), bem como seus escores totais (Coeficiente Intra-classe de 0,996 e 0,993 para EDM e TAG, respectivamente). Os módulos EDM e TAG mostraram também boa validade concorrente com as escalas PHQ-9 e GAD-7 (coeficiente de Pearson 0,994 e 0,976, respectivamente). Trinta pacientes (quinze de equipes com CC e 15 de equipes sem CC) completaram as cinco avaliações no decorrer de um ano de seguimento. A ANOVAmr destes pacientes mostrou diferenças significativas no fator tempo e na interação tempo x intervenção, com diminuição significativamente maior dos escores do MINI-TRACKING nos pacientes seguidos pelas equipes com CC. **Conclusão:** Os módulos EDM e TAG do MINI-TRACKING são uma opção confiável para o seguimento de pacientes com estes diagnósticos. Este estudo também mostrou, de forma preliminar, que o CC em saúde mental é uma estratégia eficaz na redução de sintomas dos pacientes com EDM e TAG na Atenção Primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado Colaborativo; MINI-Tracking; Episódio Depressivo Maior; Transtorno de Ansiedade Generalizada.

ABSTRACT

MOSCOVICI, L. **Evaluation of psychometric properties and results from the application of the Brazilian version of the 'Mini International Neuropsychiatric Interview - TRACKING' in users of the Family Health Strategy accompanied with or without collaborative care in mental health.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Objectives: To study the reliability and validity of a Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview - TRACKING (MINI-TRACKING) modules for Major Depressive Episode (MDE) and Generalized Anxiety Disorder (GAD); To compare the outcomes of patients diagnosed with MDE and GAD followed by teams of the Family Health Strategy (FHS) with access to the Mental Health Collaborative Care model (CC) versus a group of patients followed by teams without access to CC. **Methodology:** The study involved four FHS teams of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto (FMRP), two of them with access to CC and two without it. A total of 147 patients were tracked for mental disorders with the application of the WHO-5 and the COOP-WONCA Chart Feelings. After confirming the diagnosis of MDE and/or GAD using the MINI interview, 42 patients were selected and agreed to participate. These patients were followed for twelve months by a family physician (FP), who applied regularly every eight to twelve weeks the MDE and/or the GAD MINI-TRACKING modules. To assess the reliability and concurrent validity, a psychiatrist (blind to the diagnosis and to which team the patient was followed) also applied the same modules of the MINI-TRACKING, the PHQ-9 and/or the GAD-7, with a maximum interval of 72 hours of the FP. **Results:** There was no statistically significant difference between the patients with and without CC teams regarding demographic and clinical characteristics. The individual items of the two MINI-TRACKING modules showed good inter-rater reliability (kappa between 0.78 and 0.98), as well as their total scores (Intra-class coefficient of 0.996 and 0.993 for MDE and GAD, respectively). The MDE and GAD modules also showed good concurrent validity with PHQ-9 and GAD-7 scales (Pearson coefficient 0.994 and 0.976, respectively). Thirty patients (fifteen with CC and 15 without CC) completed the five assessments during one year of follow up. The repeated-measures analysis of variance (rmANOVA) showed significant differences in the time factor and the interaction time x intervention, decrease significantly higher of the MINI-TRACKING scores in the patients followed by teams with CC. **Conclusion:** MINI-TRACKING MDE and GAD modules are a reliable option for following patients with these diagnoses. This study also showed, preliminarily, that CC in Mental Health is an effective strategy in reducing symptoms in Primary Care patients with MDE and GAD.

Keywords: Primary care; Collaborative Care; MINI-Tracking; Major Depressive Episode; Generalized Anxiety Disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AM: Apoio Matricial

APS: Assistência Primária à Saúde

CC: Cuidado Colaborativo

EDM: Episódio Depressivo Maior

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HCFMRP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

MF: Médico de Família

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS: Organização Mundial de Saúde

SM: Saúde Mental

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizado

TM: Transtornos Mentais

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 Introdução	9
2 Objetivos	18
3 Material e Métodos.....	19
4 Resultados	27
5 Discussão	30
6 Conclusão.....	33
7 Referências.....	34
Anexos	42

1 Introdução

Centenas de milhões de pessoas são afetadas por Transtornos Mentais (TM) no mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que a prevalência durante a vida de qualquer TM varia de aproximadamente 18 até 36%^{1,2}. Em termos de gravidade, ainda de acordo com a OMS, encontra-se uma prevalência de cerca de 7% de casos graves^{1,2}. No Brasil, um estudo publicado em 2012 com dados coletados entre 2005 e 2007 mostrou uma prevalência de 30% de TM na área metropolitana da cidade de São Paulo³. Outro estudo, publicado anteriormente em 1997, que pesquisou outras capitais brasileiras, além da cidade de São Paulo, já havia encontrado resultados semelhantes⁴.

Os prejuízos gerados pelos TM são significativos. Seja em países centrais ou em periféricos esses transtornos são responsáveis por uma parcela muito importante de anos perdidos por incapacidade (“disability-adjusted life years” – “DALYs”, em inglês), comparáveis àqueles perdidos por doenças cardiovasculares e câncer^{1,2}. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA) a média de dias perdidos de trabalho por ano dos pacientes com TM graves e moderados foi de, respectivamente, 135.9 e 65.3 e um terço de todos os dias de trabalho perdidos foram decorrentes dos TM². Em termos de custos (somando gastos com tratamento e diminuição da produtividade), os empregadores nos EUA, em um determinado ano, tiveram um custo de US\$ 36 bilhões devido aos casos de Episódio Depressivo Maior (EDM)² e de US\$ 42 bilhões devido aos casos de Transtornos de Ansiedade⁵. É bom lembrar que esses valores são apenas relacionados aos custos proximais, não contabilizando os custos indiretos relacionados com a presença de TM, como aqueles causados por baixo rendimento e má formação educacional ou causados por autocuidados menos efetivos com doenças não psiquiátricas^{2,5}. Essas estatísticas podem até ser maiores, pois muitos problemas em saúde

mental não atingem o limiar diagnóstico conforme a CID-10 e/ou o DSM-IV, e, no entanto, causam prejuízos e sofrimentos significativos^{1,2}.

A maioria das pessoas que tem algum tipo de TM está em seguimento na Assistência Primária à Saúde (APS). Mesmo aqueles indivíduos que não estão em tratamento têm maior facilidade de acesso à APS do que aos serviços especializados em Saúde Mental (SM)^{1,2,6}. No entanto, na APS, em média, os pacientes com TM são adequadamente detectados em apenas 50% dos casos e corretamente tratados também em aproximadamente 50% desses casos detectados⁶. Fica claro, dessa forma, que detectar e tratar adequadamente os pacientes portadores de TM na APS pode ter um impacto sócio-econômico significativo, tanto individualmente como coletivamente, sendo, atualmente, um dos desafios globais mais importantes para a saúde pública, conforme a própria OMS e grupos internacionais de especialistas^{1,2,6}.

Assim sendo, as equipes de APS têm necessidade de ferramentas, como questionários e entrevistas diagnósticas, para rastreamento, diagnóstico e avaliação de gravidade sintomatológica de transtornos mentais, que tenham validade e aplicabilidade adequadas para serem usadas na sua prática cotidiana. Alguns desses instrumentos - compostos por poucas perguntas e opções de respostas, simples e de fácil entendimento - necessitam de aplicadores com apenas grau educacional básico, podendo ser usados por todos os membros das equipes de APS em uma etapa inicial do processo de detecção e diagnóstico de transtornos mentais. Também existem instrumentos mais complexos - entrevistas semiestruturadas para diagnóstico de TM, compostas por roteiros de perguntas e conjuntos de regras para diagnosticar diversos transtornos mentais - cuja aplicação só deve ser feita por médicos e/ou enfermeiros de APS após treinamento específico mais demorado e que podem ser utilizados para diagnosticar (ou descartar) com maior certeza esses quadros^{7,8,9,10,11,12,13}.

Os questionários mais simples, desenvolvidos especificamente para avaliação de transtornos mentais, são, por exemplo, o *Self-Reported Questionnaire-20* (SRQ-20)¹⁴ e o *General Health Questionnaire* (GHQ)¹⁵ - usados para avaliar transtornos mentais comuns; o *Generalized Anxiety Disorder - 7* (GAD-7)^{29,30,31} - utilizado para detectar e avaliar a gravidade de distúrbios ansiosos; e o *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9)^{25,26,27,28} - um questionário que avalia os nove critérios diagnósticos de depressão do DSM-IV. Outros questionários - desenvolvidos inicialmente para avaliação de qualidade de vida, funcionalidade ou bem-estar - também mostraram uma boa validade para rastrear transtornos mentais em APS, como o *World Health Organization - Five Well-Being Index* (WHO-5)^{16,17,18,19} e o *Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA* (COOP/WONCA Charts)^{20,21,22}.

Três entrevistas diagnósticas semiestruturadas foram estudadas nas últimas duas décadas para uso por médicos e/ou enfermeiros de APS e mostraram potencial para ajudar no processo de manejo dos TM por esses profissionais: o *Symptom-Drive Diagnostic System for Primary Care* (SDSS-PC), o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD)^{9,10,13} e o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). O MINI é um instrumento concebido originalmente nas línguas inglesa e francesa³² e já validado para a língua portuguesa também³³. Ele é composto de dezesseis módulos, todos eles contemplando o eixo I do DSM-IV. Alguns trabalhos já comprovaram sua validade para o diagnóstico de TM em atenção básica.

Os autores do MINI desenvolveram uma extensão desse instrumento, utilizando praticamente as mesmas questões e substituindo as respostas sim ou não por uma escala Likert de cinco níveis de gravidade: o MINI-TRACKING³⁴. Ele tem o propósito de monitorar, quantitativamente, a gravidade dos sintomas de cada TM. Dessa forma, profissionais de saúde envolvidos em APS podem ter um mesmo tipo de instrumento,

tanto para o diagnóstico dos TM como para o acompanhamento do seu tratamento e evolução. Como o MINI foi considerado compreensível e com boa aplicabilidade por médicos de APS^{32,33}, podemos supor que o mesmo deve ocorrer com o *Mini International Neuropsychiatric Interview – TRACKING* (MINI-TRACKING).

Tanto o MINI quanto o MINI-TRACKING são instrumentos padronizados e de fácil aplicação para clínicos não especializados com treinamento e suporte adequado dado por especialistas em SM. Eles permitem uma maior homogeneização entre diferentes aplicadores, dando assim um caráter mais objetivo nas avaliações, podendo facilitar tanto o acompanhamento clínico como estudos epidemiológicos^{32,33}. Embora existam outras escalas para monitorar a evolução de transtornos mentais específicos, o MINI-TRACKING permite o acompanhamento de todos os transtornos mentais diagnosticados pelo MINI. De nosso conhecimento não existe, até o momento, uma publicação que relate a validade e fidedignidade do MINI-TRACKING.

A experiência internacional nas últimas décadas demonstrou que o desenvolvimento de instrumentos que ajudem as equipes de APS a diagnosticar TM e o fornecimento de informações sobre diretrizes de tratamento para essas equipes não são, por si só, suficientes para melhorar a qualidade do atendimento. São necessárias estratégias amplas e multifacetadas, implicando uma maior proximidade cotidiana entre profissionais de APS e especializados em saúde mental, para atingir esse objetivo. Tais estratégias têm sido chamadas internacionalmente de “collaborative care”, “shared care” ou “integrated care in mental health”, sendo o primeiro o termo mais utilizado^{35,36,37}.

Podemos conceituar, então, “Cuidados Colaborativos em Saúde Mental” como um amplo constructo que permite a inclusão de diferentes programas. De uma maneira geral, constitui-se no acompanhamento clínico dos pacientes com TM realizado de forma

integrada por profissionais de APS e profissionais especializados em SM no contexto da APS. Essa integração é atingida através de uma maior aproximação dos profissionais especializados com o cotidiano das equipes de APS, através de atividades conjuntas realizadas no próprio serviço de APS (como discussão de casos/temas, atendimento conjunto de pacientes, definição consensual de planos individuais de tratamento e programas conjuntamente desenvolvidos de educação continuada). Essa maior comunicação, de mão dupla, pode ser facilitada com o uso de Tecnologias de Informação (TI), como contato telefônico, e-mail e prontuário eletrônico compartilhado, além dos contatos face a face. Essa abordagem também facilita a avaliação e acompanhamento dos pacientes dentro do seu contexto de vida, permitindo uma participação maior dos mesmos na definição de objetivos de tratamento e nas formas de atingir esses objetivos, estimulando sua participação no seu próprio cuidado^{35,36,37}.

Vários estudos procuraram verificar a eficácia do CC. Em um trabalho de revisão, com meta-análise, publicado em 2006, sobre a eficácia do CC num dos TM mais comuns em APS, a depressão, os autores encontraram 37 estudos randomizados e concluíram que o CC é mais efetivo do que os cuidados habituais na evolução da Depressão, tanto a curto como a longo prazo³⁸. Outra revisão, publicada em 2010, também encontrou maior eficácia do CC que os cuidados habituais em depressão e em transtornos somatoformes³⁹.

Com o objetivo de avaliarmos o impacto do CC sobre outro TM muito comum em APS, qual seja, a ansiedade³, realizamos uma revisão bibliográfica da literatura, selecionando os estudos que medissem o impacto do CC através de instrumentos padronizados e que comparassem grupos com CC e grupos com cuidados habituais. Com as palavras chaves utilizadas (“*collaborative care*”, “*primary care*” e “*anxiety*” ou “*generalized anxiety disorder*” ou “*panic disorder*” ou “*phobia*” ou “*social phobia*” ou “*post*

traumatic stress disorder” ou *“obsessive compulsive disorder*” ou *“anxiety disorder NOS”*) foram encontrados 106 artigos, e selecionados sete, que satisfaziam os critérios de inclusão, representando cinco populações distintas. As características desses estudos são apresentadas na **tabela 1**.

Tabela 1: Características dos estudos que avaliam impacto dos cuidados colaborativos na evolução de pacientes com ansiedade atendidos em atenção primária

Referência	Transtorno	Nº Sujeitos	Tempo de Seguimento	Nº Serviços	Tipo de Cuidado Colaborativo
Bryan et al, 2009 ⁴⁰	Sintomas de Ansiedade	338	1 a 4 encontros	1	MAPS seleciona os pacientes e encaminha para ESM; ESM avalia, faz recomendações ao MAPS e alguns atendimentos, se necessário. MAPS faz o seguimento.
Vines et al, 2004 ⁴¹	Sintomas de Ansiedade	474	24 meses	11	PSI (supervisionado por PSI Senior) faz acompanhamento psicológico e orienta pessoalmente o MAPS; MAPS faz o seguimento.
Rollman et al, 2005 ⁴²	TAG e Pânico	191	12 meses	4	Pacientes identificados por escala padronizada. CM + Material Educativo + orientação ao MAPS + Sugestões e Feedback ao MAPS sobre evolução dos pacientes e medicação; MAPS faz o seguimento após receber aula + Algoritmo de medicação. PQU orienta CM.
Roy-Byrne et al, 2005 ⁴³ e Katon et al, 2006 ⁴⁴	Pânico	232	12 meses	6	ESM administra TCC e consulta PQU quando necessário + interage com MAPS por telefone ou via eletrônica; MAPS faz o seguimento após 1 hora de aula sobre diagnóstico e tratamento de transtornos de ansiedade.
Roy-Byrne et al, 2010 ⁴⁵ e Craske et al. 2011 ⁴⁶	TAG/Pânico /PTSD/ A.Social	1004	18 meses	17 (multi-cêntrico)	ESM administra TCC + Interage com MAPS via telefone ou pessoalmente + PQU orienta MAPS (via telefone ou email e pessoalmente nos casos graves); MAPS faz o seguimento.

ESM=Especialista em Saúde Mental; MAPS=Médico de Assistência Primária à Saúde; CM=Case Manager; TCC=Terapia Cognitivo-Comportamental; PQU=Psiquiatra; PSI=Psicólogo.

Pode-se observar a diversidade dos tipos de intervenção, caracterizadas como CC, encontrada nesses estudos. Em todos eles, os sintomas de ansiedade melhoraram mais significativamente nos pacientes submetidos aos CC do que nos que receberam o seguimento habitual.

Recentemente, Foy et al⁴⁷, usando critérios bastante rigorosos de qualidade na seleção dos artigos, realizaram uma revisão que avaliou o impacto específico da colaboração e da comunicação mais intensiva e frequente entre médicos de APS e médicos especialistas (psiquiatras, endocrinologistas e oncologistas) na evolução dos pacientes com TM, diabetes melito tipo 2 e câncer. Um total de dezoito estudos sobre CC em TM na APS foi obtido, sendo onze randomizados e sete não randomizados. Os resultados da meta-análise dos dados agrupados mostraram uma diminuição de sintomas significativamente maior nos grupos submetidos ao CC do que nos controles, tanto para os estudos randomizados (tamanho do efeito = -0.41; intervalo de confiança 95%= -0,73 a -0,10) como para os não-randomizados (tamanho do efeito = -0.47; intervalo de confiança 95%= -0,84 a -0,09). Essa revisão também evidenciou a diversidade dos papéis dos psiquiatras e dos outros profissionais especializados em saúde mental nos modelos de CC. A **tabela 2** mostra os dezoito estudos avaliados nessa revisão, agrupados de acordo com as semelhanças nas intervenções de CC.

Tabela 2: Estudos avaliados na meta-análise de Foy et al.⁴⁷ agrupados de acordo com características comuns nas intervenções de cuidados colaborativos

Características comuns nas intervenções de cuidados colaborativos	Publicações
Avaliação inicial conjunta: PQU e MAPS	van der Feltz-Cornelis et al, 2006 ⁴⁸ Katon et al, 1992 ⁴⁹ Chelminski et al, 2005 ⁵⁰
Participação do PQU em reuniões regulares com a equipe de APS, incluindo MAPS	Hedrick et al, 2003 ⁵¹ Worrall et al, 1999 ⁵² Katon et al, 1995 ⁵³
Comunicação por via eletrônica entre o PQU e MAPS	Hedrick et al, 2003 ⁵¹ . Kennedy and Yellowlees 2003 ⁵⁴
Discussões dos casos via telefone e/ou vídeo-conferência entre MAPS e PQU	Dietrich et al, 2004 ⁵⁵ Katzelnick et al, 2000 ⁵⁶ Hilty et al, 2007 ⁵⁷ Younès et al, 2008 ⁵⁸ Dietrich et al, 2003 ⁵⁹
Supervisão do tratamento do MAPS pelo PQU	Datto et al, 2003 ⁶⁰ Datto et al, 2003 ⁶¹
Revisão periódica dos casos entre MAPS e PQU	Katzelnick et al, 2000 ⁵⁶ Carr et al, 1997 ⁶²
MAPS trata paciente e PQU faz uma consulta, recomendações e sumário por escrito; PQU discute o caso imediatamente após a consulta	Katon et al, 2002 ⁶³
MAPS trata o paciente e pode discutir o diagnóstico e tratamento com PQU	Smit et al, 2005 ⁶⁴ Ferguson et al, 1992 ⁶⁵

MAPS=Médico de Assistência Primária à Saúde; PQU =Psiquiatra

Ainda que os estudos de meta-análise indiquem efeitos benéficos dos CC na evolução dos pacientes com TM, em razão da grande heterogeneidade e do caráter multifacetado das intervenções, torna-se necessário avaliar a eficácia de cada modalidade de CC que é proposta.

No Brasil, nas duas últimas décadas, o Ministério da Saúde vem investindo e apoiando cada vez mais, em todo país, o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de APS. Esse é um modelo que abrange os mais importantes princípios internacionais da APS: a facilitação do acesso ao primeiro contato com o sistema de saúde, a continuidade/integralidade do atendimento e a coordenação da atenção aos pacientes. A ESF é baseada na atenção a uma população de, no máximo, quatro mil pessoas

em um determinado território. Cada equipe mínima de saúde da família tem um médico de família (MF), uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS idealmente devem morar na área da equipe e manter o seguimento de cada uma das seis microáreas do território abrangido⁶⁶. Estudos recentes têm apontado que a ESF promove maior equidade no cuidado de saúde, melhor acesso e satisfação com os serviços de saúde, menor internação de condições sensíveis a intervenções em cuidados primários e diminuição da mortalidade infantil^{67,68,69}.

O Ministério da Saúde, baseado em experiências nacionais e internacionais de CC, tem proposto essa estratégia ampla – renomeada como “apoio matricial em saúde mental” - como uma abordagem com o objetivo de melhorar também o acesso e a qualidade do atendimento em SM na APS.

Conhecemos apenas dois estudos, com metodologia qualitativa, que avaliaram a implementação do CC entre equipes de ESF e de SM no Brasil, ambos concluindo que ocorreu melhora na assistência aos pacientes com TM^{70,71}. Até o momento, não temos conhecimento de estudos quantitativos brasileiros que avaliem a evolução dos pacientes com TM que são acompanhados por equipes de ESF com acesso ao CC.

Considerando o benefício individual e coletivo que um acompanhamento de qualidade dos TM na APS pode representar, observamos a necessidade de estudar tanto instrumentos para diagnóstico e avaliação de gravidade sintomatológica de TM, como modelos de CC (“apoio matricial”) no contexto brasileiro.

Assim, no presente estudo, pretendemos avaliar as características psicométricas dos módulos do MINI-TRACKING que quantificam a gravidade dos dois TM mais frequentes em APS, depressão e ansiedade³, e utilizar esses módulos para comparar a evolução de pacientes com esses dois diagnósticos acompanhados por equipes de APS com e sem apoio matricial em SM.

2 Objetivos

1. Estudar a confiabilidade e validade de uma versão em língua portuguesa do Brasil, dos módulos EDM e TAG do MINI-TRACKING.
2. Realizar um estudo preliminar do impacto produzido pelo modelo de Cuidado Colaborativo (CC) em Saúde Mental realizado nas equipes de ESF vinculadas à FMRP, comparando a evolução de um grupo de pacientes, com EDM e/ou TAG, seguidos em duas equipes com acesso ao CC versus um grupo de pacientes seguidos em duas equipes sem acesso ao CC.

3 Material e Métodos

Contexto Geral do Estudo:

O estudo foi realizado em quatro equipes de ESF vinculadas ao Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Duas dessas equipes tem acesso ao CC em SM e as outras duas não.

Equipes de ESF com acesso ao Cuidado Colaborativo (Apoio Matricial):

As duas equipes da ESF incluídas no estudo que contam com CC recebem semanalmente a visita de um Psiquiatra e/ou de uma Enfermeira com especialização em SM (pelo menos um desses dois profissionais sempre está presente em cada uma dessas visitas). Além dos profissionais de SM, participam desses encontros os profissionais da equipe de ESF envolvidos nos assuntos a serem abordados. Sempre ocorre a participação de um MF e/ou de uma enfermeira da ESF e, conforme o caso, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde da microárea do paciente em questão.

Esses encontros têm duração de 1 hora e 30 minutos e neles ocorrem discussões de casos ou temas de SM que as equipes da ESF sentem dificuldade de manejar (os quais são definidos anteriormente durante as reuniões semanais internas dessas equipes), reflexões do grupo sobre SM na APS e atendimentos conjuntos de pacientes selecionados que fazem seguimento psiquiátrico nessas unidades de ESF.

Os pacientes também podem ser acompanhados pelo psiquiatra e/ou pela enfermeira de SM nas próprias sedes das equipes da ESF em atendimentos individuais, por um número limitado de atendimentos (no máximo oito), se assim for definido consensualmente nos encontros semanais. Os MF têm acesso ao Psiquiatra e à

Enfermeira de SM, via telefone celular desses especialistas, para eventuais consultorias rápidas em outros momentos além dos encontros, se julgarem necessário.

Pacientes que necessitam de atendimento na atenção secundária ambulatorial (conforme decisão consensual nos encontros semanais entre profissionais de APS e de SM) são seguidos por esse mesmo psiquiatra, por essa mesma enfermeira psiquiátrica e por uma psicóloga, em um ambulatório especializado de SM que também faz parte do CSE. Os profissionais matriciadores - quando assim planejado nos encontros semanais - também entram em contato com membros das equipes de outros serviços especializados de SM do município - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia, serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, enfermarias de psiquiatria em hospital geral ou hospital psiquiátrico, serviços ambulatoriais psiquiátricos do hospital universitário - para facilitar o acesso dos pacientes aos mesmos.

Apenas atendimentos de urgência/emergência psiquiátrica são encaminhados pelas equipes de ESF, através da Central Municipal de Regulação de Urgências/Emergências, para os serviços de urgências/emergências gerais ou especializados em psiquiatria, sem discussão com os profissionais especializados em SM (caso esses não sejam contatados por telefone).

Adicionalmente, os MF (tanto os dois médicos tutores como os residentes de segundo ano) realizaram, durante um ano, em período anterior ao estudo, quarenta seminários teóricos sobre SM na APS (com duas horas de duração cada), os quais incluíram: 1) os fundamentos do atendimento à saúde centrado no paciente; 2) os fundamentos psicoterapêuticos da relação médico-paciente; 3) princípios de entrevista motivacional; 4) como integrar o atendimento dos TM dentro da abordagem centrada no paciente; 5) discussão sobre rastreamento, diagnóstico e tratamento dos diferentes transtornos mentais na APS; 6) treinamento, inclusive através de dramatizações de

atendimentos, no MINI. Os residentes de primeiro ano realizaram esses seminários durante o período do estudo.

Finalmente, todos os MF (tutores e residentes) também realizaram estágio prático no serviço de emergência psiquiátrica do hospital geral universitário em período anterior ou durante o período do estudo, num total de 300 horas.

Equipes de ESF sem acesso ao Cuidado Colaborativo (Apoio Matricial):

Essas equipes não têm acesso a nenhum tipo de cuidado colaborativo. Também não recebem alunos de graduação ou residentes de MF para estágio. Os MF das duas equipes são ex-residentes de MF do Hospital das Clínicas da FMRP-USP e realizaram, durante sua residência, as atividades teóricas e práticas de formação em saúde mental descritas acima.

Instrumentos:

a) Well-Being Index 5 (WHO-5):

Escala com cinco itens e quatro alternativas de resposta de 0 a 3, que demonstrou ter boa capacidade de detectar ansiedade e depressão, com validação para o nosso meio^{16,17,18,19}.

b) Dartmouth Cooperative Information Project Functional Health Assessment Charts/WONCA (Quadros COOP/WONCA)

Quadros desenvolvidos sob os auspícios da World Organization of National Colleges, Academies, Academic Associations of General Practitioners, Family Physicians (WONCA) com o objetivo de avaliar a

saúde física, emocional e o bem estar social. Contêm seis quadros, cada um com uma questão referente às duas últimas semanas e cinco figuras que ilustram alternativas de resposta. Um dos quadros refere-se a Sentimentos e esse quadro mostrou validade adequada para detectar TM em nosso meio e foi utilizado nesse estudo^{20,21,22}.

c) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):

Entrevista com dezessete módulos que exploram transtornos específicos do eixo I do DSM-IV, um módulo para Síndrome Psicótica e um para risco de suicídio. Apresentou bons índices de validade em estudos multicêntricos e no Brasil^{18,32,33}.

d) Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version (SCID)

Entrevista diagnóstica semiestruturada para Transtornos Mentais do Eixo I do “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais/Quarta Edição” (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/fourth edition” - “DSM-IV”), da Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association – APA). Sua utilização deve ser feita por profissionais especializados em saúde mental/psiquiatria, com experiência e formação específica em clínica psiquiátrica. Esta entrevista foi validada para o nosso meio^{23,24}.

e) MINI-TRACKING:

Traduzido e adaptado para o português como parte desse estudo. Este instrumento é muito semelhante ao MINI, variando apenas nas respostas,

que ao invés de “sim” e “não” apresentam cinco graduações de gravidade. Como o MINI já foi traduzido e validado para o português, foi realizada apenas a tradução das graduações por dois psiquiatras e um médico de família, bilíngues, de forma independente. As três traduções foram comparadas e através de um consenso entre os três pesquisadores, estabeleceu-se a versão final das graduações de gravidade: “nada”, “um pouco”, “moderadamente”, “muito” e “extremamente”. Estas opções recebem graduação de 0 (nada) a 4 (extremamente). Dessa forma, ele permite quantificar cada módulo do MINI-TRACKING com um escore estandardizado que é igual a soma dos escores de cada item, que constitui o módulo, dividido pelo número de itens³⁴.

f) *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

O PHQ-9 é composto de nove itens extraídos do módulo de depressão do Patient Health Questionnaire. Diferente de outras escalas que avaliam depressão, este questionário avalia os nove critérios para depressão do DSM-IV e a gravidade pode ser estimada pelo somatório dos escores de cada questão, que varia de 0 (ausente) até quase todo dia (3). Será utilizada a versão em português do PHQ-9, que foi traduzida e adaptada para o Brasil pela Pfizer, sendo nomeada de Questionário Sobre a Saúde do Paciente - 9^{25,26,27,28}.

g) *Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)*

O GAD-7 foi originalmente desenvolvido em serviços de cuidados primários para detectar e avaliar a gravidade de distúrbios de ansiedade.

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. O GAD-7 foi traduzido para a língua portuguesa para esse estudo^{24,29,30,31}.

Seleção dos sujeitos:

Durante doze semanas, um MF visitou quatro equipes de ESF, em dias e horários aleatório. Duas equipes contavam com CC e duas não contavam com essa estratégia. Os pacientes que aguardavam suas consultas, no período dessas visitas, foram convidados a participar do estudo.

Os que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (147 pacientes), foram submetidos à aplicação de dois instrumentos de rastreamento para transtornos mentais (WHO-5 e o item Sentimentos dos Quadros COOP/WONCA). Na maioria das vezes, a aplicação dos instrumentos de rastreio foi realizada na própria sala de espera da unidade de saúde. Os que tiveram rastreio positivo (85 pacientes), isto é, pontuação no Instrumento WHO-5 menor ou igual a onze pontos e/ou pontuação no Quadro Sentimentos COOP-WONCA maior ou igual a três pontos, foram submetidos à entrevista de confirmação diagnóstica através do MINI. Com essa entrevista, 48 pacientes tiveram o diagnóstico de algum TM confirmado. Esses diagnósticos foram reconfirmados, por um psiquiatra, cego quanto ao diagnóstico do MF, através da aplicação do MINI e também da SCID. Cinco pacientes, não concordaram em participar do estudo, restando um total de 43 pacientes. Com exceção de um paciente que teve o diagnóstico de Dependência de Substância, todos os outros tiveram diagnóstico de EDM e/ou TAG.

Sujeitos:

Participaram do estudo 42 pacientes com diagnóstico EDM e/ou TAG recrutados de acordo com o procedimento descrito acima. Metade desses pacientes era atendida em equipe de ESF com CC e a outra metade em equipe de ESF sem CC. Todos os pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e esclarecido e o protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Protocolo nº 432/CEP-CSE-FMRP-USP).

Coleta dos dados:

Os pacientes selecionados foram acompanhados por aproximadamente doze meses pelo MF, que aplicou os módulos EDM e/ou TAG do MINI-TRACKING com intervalos regulares de oito a doze semanas. Estes mesmos pacientes foram também avaliados, por telefone, pelo psiquiatra que aplicou, com um intervalo máximo de 72 horas, os mesmos módulos do MINI-TRACKING, para avaliação da confiabilidade interavaliadores, juntamente com o PHQ-9 e o GAD-7 para avaliação da validade concorrente. O psiquiatra estava cego com relação à equipe em que o paciente era seguido e suas avaliações foram utilizadas para comparar as equipes com e sem CC.

Análise dos dados:

A análise estatística foi realizada utilizando o *Statistical Package for Social Sciences*. Os dados demográficos e clínicos foram analisados pelos testes: t de Student (t) ou pelos testes não paramétricos de Fisher e Qui-quadrado (χ^2). As concordâncias entre as avaliações do MF e do psiquiatra dos itens individuais do módulo EDM e do módulo TAG do MINI-TRACKING foram analisadas através dos valores de Kappa e dos escores totais dos módulos pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse. A validade concorrente

dos módulos EDM e TAG do MINI-TRACKING, aplicados pelo psiquiatra foi analisada comparando-se suas concordâncias com os valores do PHQ-9 e GAD-7, respectivamente. A medida de correlação foi o coeficiente de correlação paramétrica de Pearson.

Para comparar a evolução dos pacientes atendidos nas equipes com CC e sem CC foi realizada a Análise de Variância de medidas repetidas (ANOVAmr) dos escores totais dos módulos EDM ou TAG para os fatores tempo, intervenção e interação tempo x intervenção.

4 Resultados

As características demográficas e clínicas dos pacientes que participaram do estudo são apresentadas na **Tabela 3**.

Tabela 3: Características demográficas e clínicas dos pacientes que participaram do estudo

Característica	Equipe com CC	Equipe sem CC	Diferença Estatística	Total
Sexo (masc./fem.)	2/19	1/20	Teste Exato de Fisher p = 1,000	3/39
Idade média-anos (dp)	44,05 ($\pm 12,7$)	43,19 ($\pm 12,3$)	t = -0,22 p = 0,83	43,62
Diagnóstico: EDM	14 ^(a)	12 ^(b)	$\chi^2 = 1,16$ p = 0,282	26
TAG	8	13		21

CC = Cuidado Colaborativo; EDM = Episódio Depressivo Maior; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada. ^(a) um sujeito teve os dois diagnósticos; ^(b) quatro sujeitos tiveram os dois diagnósticos

No decorrer de um ano de acompanhamento, trinta pacientes tiveram cinco avaliações completas, três pacientes tiveram quatro avaliações, um paciente teve três avaliações, quatro pacientes tiveram duas avaliações e quatro tiveram apenas uma avaliação. As razões para não completarem o seguimento foram: mudança de endereço (seis pacientes) ou retirada do consentimento para participar do estudo (três pacientes).

Validação dos módulos EDM e TAG do MINI-TRACKING:

Fidedignidade

Para a fidedignidade interavaliadores do EDM foram comparados 111 pares de avaliações e para o TAG foram comparados oitenta pares de avaliações. Os valores de

Kappa para os módulos EDM e TAG são apresentados nas **tabelas 4 e 5**, respectivamente, observando-se que, para todos os itens, os valores são indicativos de excelente concordância entre os dois observadores. Os Coeficientes de Correlação Intraclasse dos valores totais dos módulos EDM e TAG foram de 0,996 e 0,993, respectivamente.

Tabela 4: Valores de Kappa para os itens do módulo Episódio Depressivo Maior do M.I.N.I.-TRACKING

ITENS DO MÓDULO EDM	Kappa	p
1.- Se sentiu deprimido (a), triste ou para baixo?	0,943	<0,001
2.- Se sentiu menos interessado (a) pelas coisas ou menos capaz de ter prazer nas coisas nas quais antes tinha prazer?	0,940	<0,001
3.- Mudou seu apetite ou peso?	0,840	<0,001
4.- Teve problemas de sono (dificuldade para começar a dormir, acordar no meio da noite, acordar cedo demais ou dormir excessivamente)?	0,835	<0,001
5.- Falou ou se movimentou mais devagar que o normal ou se sentiu inquieto?	0,778	<0,001
6.- Se sentiu cansado (a) ou sem energia?	0,940	<0,001
7.- Se sentiu sem valor ou culpado (a)?	0,941	<0,001
8.- Teve dificuldade em se concentrar ou tomar decisões?	0,977	<0,001
9.- Pensou em machucar a si mesmo, se suicidar, ou desejou estar morto?	1,000	<0,001

Tabela 5: Valores de Kappa para os itens do módulo Transtorno de Ansiedade Generalizada do M.I.N.I.-TRACKING

ITENS DO MÓDULO TAG	Kappa	p
1.- Se preocupou em excesso e esteve ansioso com várias coisas?	0,903	<0,001
2.- Teve de dificuldade em controlar as preocupações ou quanto que elas interferem com a sua capacidade de manter o foco ?	0,936	<0,001
3.- Se sentiu agitado, à flor da pele?	0,872	<0,001
4.- Se sentiu cansado, fraco ou exausto facilmente?	0,903	<0,001
5.- Teve de dificuldade em se concentrar ou deu branco?	0,871	<0,001
6.- Sentiu irritabilidade?	0,905	<0,001
7.- Sentiu tensão muscular?	0,904	<0,001
8.- Teve de dificuldade para dormir (dificuldade a pegar no sono, acordar no meio da noite, acordar muito cedo ou dormir em excesso?)	0,920	<0,001

Validade concorrente

Os valores dos coeficientes de correlação de Pearson entre os escores do módulo EDM e o PHQ-9 e entre o módulo TAG e o GAD-7 foram 0,994 e 0,976, respectivamente. Os resultados mostram a existência de validade concorrente para esses dois módulos do MINI-TRACKING.

Avaliação do Cuidado Colaborativo

Trinta pacientes completaram as cinco avaliações, quinze seguidos pelas equipes com CC e quinze pelas equipes sem CC. Um paciente de cada grupo teve diagnóstico de EDM + TAG. A $ANOVA_{mr}$ dos escores totais dos módulos EDM ou TAG mostrou diferenças significantes no fator tempo ($F_{4,120} = 16,60$; $p < 0,001$) e na interação tempo x intervenção, nos contrastes entre a primeira e a quarta medida ($F_{1,30} = 4,55$; $p = 0,041$) e entre a primeira e a quinta medida ($F_{1,30} = 5,33$; $p = 0,028$). Os resultados médios dos deltas das medidas com a medida inicial é mostrado na **Figura 1**.

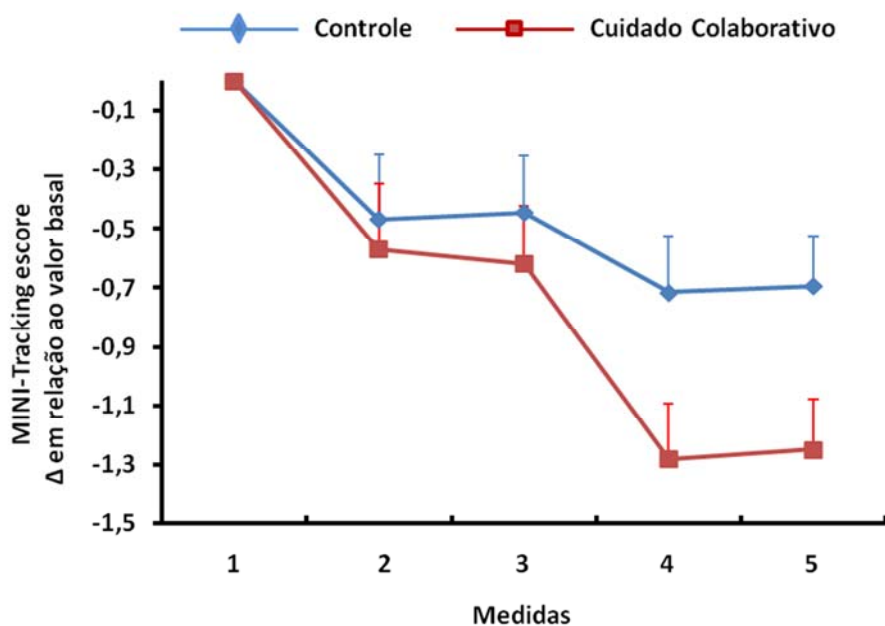


Figura 1: Resultados médios dos deltas em relação à medida inicial dos escores do MINI-Traking.

5 Discussão

A seleção dos sujeitos desse estudo, com a aplicação dos instrumentos de rastreio para TM e confirmação diagnóstica com as entrevistas MINI e SCID IV, confirmaram observações anteriores que os episódios depressivos e os transtornos de ansiedade são os TM mais prevalentes em APS³.

Entre os principais achados desse estudo estão os elevados valores, tanto no módulo EDM quanto no módulo TAG, da confiabilidade interavaliadores (todos os valores de kappa, para os itens individuais, foram maiores do que 0,77 – vide tabelas 4 e 5) e da validade concorrente (valores do coeficiente de correlação de Pearson maiores que 0,95). Para a avaliação da validade concorrente, os resultados do módulo EDM foram comparados com os do PHQ-9 e os do módulo TAG comparados com o GAD-7. Esses dois instrumentos citados anteriormente já tiveram sua validade como medida de intensidade de depressão e ansiedade demonstradas em amostras com grande número de pacientes^{25,31}. O PHQ-9 tem sua versão em português (idioma dos sujeitos desse estudo) validada anteriormente²⁸. Os valores de correlação encontrados no presente estudo entre o módulo EDM e o PHQ-9 foram, por exemplo, maiores do que os encontrados entre o PHQ-9 e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), subescala depressão (0.68 e 0.81 – valores de início e fim do seguimento, respectivamente)⁷². O MINI-TRACKING mostrou-se um instrumento de fácil manuseio e o tempo médio de aplicação de cada módulo do MINI-TRACKING foi de cinco minutos.

Essas constatações sugerem que o MINI-TRACKING é um instrumento útil no acompanhamento de pacientes com os TM mais prevalentes na atenção primária em nosso meio. Uma observação desse estudo, que necessita melhor avaliação, foi a de que

alguns pacientes tiveram dificuldade em diferenciar as respostas “muito” e “extremamente”, o que poderia estar relacionado à baixa escolaridade dos sujeitos dessa amostra. É possível que esses dois níveis necessitem ser revisados para aplicação em populações de baixa renda e escolaridade.

Outro achado desse estudo que, embora preliminar, pode ter importância na avaliação de políticas públicas em saúde mental no nosso meio, foi a constatação de uma melhor evolução da gravidade de sintomas de EDM e TAG nos pacientes seguidos em unidades com CC em relação àqueles seguidos em unidades sem CC. É importante ressaltar que as quatro unidades de saúde onde os dados foram coletados tem a mesma estrutura básica de organização e funcionamento, excetuando-se o cuidado colaborativo, e estão localizadas no mesmo distrito de saúde do município de Ribeirão Preto. Os 2 grupos de pacientes também não diferiram significativamente nas características demográficas e clínicas. Os dados considerados para essa avaliação foram obtidos de forma cega, quanto ao tipo de seguimento que os pacientes faziam, por um psiquiatra, via telefone. Esses dados mostraram-se com alta confiabilidade quando comparados com a aplicação presencial do MF. Outros instrumentos utilizados em SM já mostraram propriedade semelhante no seguimento dos pacientes por telefone^{42,44,45}. Embora não tenham sido avaliados os processos de atendimento de cada paciente individualmente (por exemplo, número, tipo e tempo de duração de atendimentos pela equipe de APS), esses dados são bastante sugestivos de que a diferença encontrada pode ser atribuída à presença ou não do CC em SM.

Esses dados confirmam outros estudos e revisões bibliográficas da literatura que encontraram resultados semelhantes, conforme descrito na introdução do presente

trabalho^{34,35,36,37,38,44,46,47}. Entretanto, essa foi a primeira avaliação quantitativa sobre CC no Brasil, até onde sabemos. Dois estudos, com metodologia qualitativa, avaliaram o CC entre equipes de ESF e de SM no Brasil, concluindo que essa estratégia resultou em uma melhor assistência aos pacientes com TM^{69,70}. O presente estudo demonstra, de forma quantitativa, que pelo menos com relação aos dois diagnósticos mais prevalentes em APS, a evolução desses transtornos, no decorrer de um ano, foi melhor nos pacientes acompanhados por ESF que possuíam apoio matricial. É importante ressaltar que este é um estudo preliminar, com algumas limitações: número pequeno de pacientes; o CC estudado foi representado por um modelo específico, realizado pela FMRP-USP; e, finalmente, a não avaliação dos processos específicos de atendimento de cada paciente.

6 Conclusão

O presente estudo mostrou que os módulos EDM e TAG do MINI-TRACKING podem ser aplicados de forma rápida e fácil, possuindo boa fidedignidade e validade concorrente, constituindo-se em uma boa opção para seguimento de pacientes com esses diagnósticos na APS. Uma avaliação das características psicométricas dos demais módulos do MINI-TRACKING é necessária, porém, demanda um estudo com número elevado de pacientes em razão da baixa prevalência de alguns diagnósticos de TM na APS.

Esse trabalho também estudou e confirmou, de forma preliminar, que o CC em saúde mental na atenção básica é eficaz como estratégia no seguimento e tratamento dos pacientes com EDM e/ou TAG. Mais estudos na área são necessários para apontarmos de forma precisa qual o tipo de CC mais eficaz, a partir de quanto tempo de intervenção o CC começa a mostrar resultados satisfatórios e se podemos estender os resultados para outros TM.

7 Referências

1. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS; Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011; 475(7354):27-30. doi: 10.1038/475027a
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustun TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009; 18(1): 23-33.
3. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*. 2012; 7(2): e31879. doi:10.1371/journal.pone.0031879
4. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian Multicenter Study of Psychiatric Morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
5. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, Ballenger JC, Fyer AJ. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60:427-435.
6. Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. 2008. Publicação obtida no site da OMS: http://www.who.int/mental_health.
7. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ. A proposed algorithm for improved recognition and treatment of the depression/anxiety spectrum in primary care. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 03: 44-52.
8. Lewis G. Case finding in primary care. In: Jenkins R and Ustun TB (eds). *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1998.
9. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Journal of American Medical Association* 1994; 272: 1749-56.

10. Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M et al. A diagnostic aid for detecting multiple mental disorders. In: Jenkins R and Ustun TB (eds). Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1998.
11. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiology Reviews* 1995; 17(1):182-190.
12. Goldberg D, Simon G, Andrews G. Psychiatric diagnosis and classification in primary care. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor JJ, Sartorius N (editors). Psychiatric diagnosis and classification. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2002.
13. Andreoli SB. Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira. Tese de Doutorado – UNIFESP. São Paulo; 1997.
14. Beusemberg M, Orley J. A User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva (Switzerland): Division of Mental Health/World Health Organization; 1994.
15. Kessler RC, Andrews G, Colpe L et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32(6): 959-76.
16. WHO Europe. Wellbeing measures in primary health care/The deepcare project – report on a WHO meeting. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 1998.
17. Bonsignore M, Barkow K, Jessen F and Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Scale (WHO-5) in a elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 251(Suppl 2): II27-31.
18. Azevedo Marques JM. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe do programa de saúde da família. Tese de doutorado; Universidade de São Paulo, 2009.
19. de Souza CM, Hidalgo MP. World Health Organization 5-item well-being index: validation of the Brazilian Portuguese version. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci.* 2012, 262(3):239-44.

20. van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten FWMM et al. Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts. A Manual. Groningen (The Netherlands): WONCA, ERGHO and NCH-University of Groningen, 1995.
21. Pedersen JK, Damsbo N, Kragstrup J. A screening test for depression in general practice. The COOP/WONCA chart. *Ugeskr Laeger* 1999; 161(6): 787-90.
22. Azevedo Marques JM, Zuardi AW. COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care. *Annals of Family Medicine*. July 1, 2011 vol. 9 no. 4 359-365.
23. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders—Clinical Version (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
24. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSMIV– Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(3):156-159.
25. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry* 28 (2006) 71-77.
26. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to Measure Depression among Racially and Ethnically Diverse Primary Care Patients. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:547-552.
27. Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 29 (2007) 388-395.
28. 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 Jul;45(3):216-27.
29. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity and Detection. *Ann Intern Med*. 2007; 146:317-325.

-
30. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Lowe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder - The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166:1092-1097.
 31. Lowe B, Decker O, Muller S, Brahler E, Schellberg D, Herzog W, Yorck H. Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*, volume 46, Number 3, March 2008.
 32. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorim P, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *Journal Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20):22-33.
 33. 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. *General Hospital Psychiatry*, 2008. Jul-Aug;30(4):303-10.
 34. Sheehan DV, Lecrubier Y, et al. MINI-TRACKING. Instrumento obtido através do site www.medical-outcomes.com em 01/06/2007.
 35. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst.* 2011; 21(5):31.
 36. Glied S, Herzog K, Frank R. Review: the net benefits of depression management in primary care. *Med Care Res Rev.* 2010; 67(3):251-74.
 37. Miller BF, Mendenhall TJ, Malik AD. Integrated primary care: An inclusive three-world view through process metrics and empirical discrimination. *J. Clinical Psychology in Medical Settings* 2009; 16:21-30.
 38. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med.* 2006; 166(21):2314-21.
 39. van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res.* 2010; 68(6):521-33.

40. Bryan, CJ; Morrow, C; Appolonio, KK. Impact of Behavioral Health Consultant Interventions on Patient Symptoms and Functioning in an Integrated Family Medicine Clinic. *Journal of Clinical Psychology*, v.65, n.3, p.281-293, 2009.
41. Vines, RF; Richards, JC; Thomson, DM, et al. Clinical psychology in general practice: a cohort study. *Medical Journal of Australia*, v.181, n.2, p.74-77, 2004.
42. Rollman, B; Belnap, B; Mazundar, S et al. A Randomized Trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, v.62, p.1332-1341, 2005.
43. Roy-Byrne, PP; Craske, MG; Stein, MB, et al. A Randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v.62, n.3, p.290-298, 2005.
44. Katon, W; Russo, J; Sherbourne, C, et al. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*, v.36, n.3, p.353-363, 2006.
45. Roy-Byrne, P; Craske, MG; Sullivan, G, et al. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care A Randomized Controlled Trial. *JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*, v.303, n.19, p.1921-1928, 2010.
46. Craske, M; Stein, M; Roy-Byrne et al. Disorder-Specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, v.68, p.378-388, 2011.
47. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, Shekelle PG. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Annals of Internal Medicine* 2010; 152: 247-258.
48. van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ade`r HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75:282-9.
49. Katon W, Von Korff M, Lin E, Bush T, Russo J, Lipscomb P, et al. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992;14:86-98.

50. Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, Prakken SD, Miller TM, Perhac JS, et al. A primary care, multi-disciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Serv Res.* 2005;5:3.
51. Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, Liu CF, Hasenberg N, Heagerty P, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *J Gen Intern Med.* 2003;18:9-16.
52. Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 1999;161:37-40.
53. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA.* 1995;273:1026-31.
54. Kennedy C, Yellowlees P. The effectiveness of telepsychiatry measured using the Health of the Nation Outcome Scale and the Mental Health Inventory. *J Telemed Telecare.* 2003;9:12-6.
55. Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW Jr, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2004;329:602.
56. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med.* 2000;9:345-51.
57. Hilty DM, Marks S, Wegeland J, Callahan EJ, Nesbitt TS. A randomized, controlled trial of disease management modules, including telepsychiatric care, for depression in rural primary care. *Psychiatry MMC.* 2007;4:58-65.
58. Youne's N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Gasquet I. Impact of shared mental health care in the general population on subjects' perceptions of mental health care and on mental health status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43:113-20.
59. Dietrich AJ, Oxman TE, Burns MR, Winchell CW, Chin T. Application of a depression management office system in community practice: a demonstration. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:107-14.

-
60. Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:169-77.
 61. Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Bogner H, Katz IR. Do clinician and patient adherence predict outcome in a depression disease management program? *J Clin Outcomes Manag*. 2003;10:79-85.
 62. Carr VJ, Lewin TJ, Reid AL, Walton JM, Faehrmann C. An evaluation of the effectiveness of a consultation-liaison psychiatry service in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997; 31:714-25; discussion 726-7.
 63. Katon W, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2002; 17:741-8.
 64. Smit A, Tiemens BG, Ormel J, Kluiters H, Jenner JA, van de Meer K, et al. Enhanced treatment for depression in primary care: first year results on compliance, self-efficacy, the use of antidepressants and contacts with the primary care physician. *Prim Care Community Psychiatr*. 2005;10:39-49.
 65. Ferguson B, Cooper S, Brothwell J, Markantonakis A, Tyrer P. The clinical evaluation of a new community psychiatric service based on general practice psychiatric clinics. *Br J Psychiatry*. 1992;160:493-7.
 66. Costa-Neto MM. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2000.
 67. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
 68. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011; 49(6):577-84.
 69. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012 21;11(1):33.

70. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Evaluation of inovative strategies in the organization of primary health care. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46 (1): 1-7.
71. Onocko-Campos RT, Gama CAP, Ferrer AL, Santos DVD, Stafanello, S, Trapé TL, Porto, K. Saúde Mental na atenção primária: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(12): 4643-4652. 1341, 2005.
72. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K and Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *British Journal of General Practice*, Jan; 58(546): 32-6, 2008.

ANEXOS






ANEXO A

Versão em Português (Brasil) dos Quadros COOP/WONCA

Sentimentos

Durante as últimas duas semanas...

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

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

ANEXO B

VERSÃO EM PORTUGUÊS (BRASIL) DO WHO-5

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

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

ANEXO C**Escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7)**

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você tem sido incomodado pelos seguintes problemas?

Nenhuma

Vários dias

Mais da metade
dos diasQuase todo
dia

Nervoso, ansioso, no limite

Não ser capaz de parar ou controlar
as preocupaçõesPreocupação excessiva sobre
diversas coisas

Dificuldade de relaxar

Tão agitado que não consegue
sentar quieto

Facilmente irritado ou incomodado

Medo que algo terrível possa acontecer

Pontuação Total = Adicionar colunas

ANEXO D

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9 72883 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)								
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhu- ma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias				
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3				
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3				
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3				
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3				
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3				
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3				
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3				
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3				
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3				
$\underline{\quad 0 \quad} + \underline{\quad \quad} + \underline{\quad \quad} + \underline{\quad \quad}$ = Pontuação Total : $\underline{\quad \quad}$								
<p>Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"> Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%;"> Alguma dificuldade <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%;"> Muita dificuldade <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%;"> Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>					Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>					

ANEXO E

MINI-TRACKING (módulos EDM e TAG)

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Durante a última semana, quanto que você:

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

TOTAL

Total dividido por 9 = COTAÇÃO PADRÃO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Na última semana, quanto que você:

	Nada	um pouco	moderado	muito	extremamente
1. Se preocupou em excesso e esteve ansioso com várias coisas diferentes no dia-a-dia?	0	1	2	3	4
2. Teve de dificuldade em controlar as preocupações ou quanto que elas interferiram com a sua capacidade de manter o foco ?	0	1	2	3	4
3. Se sentiu agitado, tenso, com os nervos a flor da pele?	0	1	2	3	4
4. Se sentiu cansado, fraco ou exausto facilmente?	0	1	2	3	4
5. Teve de dificuldade em se concentrar ou teve esquecimentos (brancos)?	0	1	2	3	4
6. Se sentiu irritado?	0	1	2	3	4
7. Se sentiu com os músculos tensos?	0	1	2	3	4
8. Teve de dificuldade para dormir (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, acordar muito cedo ou dormir em excesso?)	0	1	2	3	4

TOTAL

Total dividido por 8 = COTAÇÃO PADRÃO

ANEXO F**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (PRIMEIRO) DE PESSOAS CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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. Caso seja identificado alguma dificuldade emocional o(a) Sr.(a) será orientado(a) e 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 Núcleo de Saúde da Família.

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

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

Eu, _____,

após receber informações sobre o estudo “Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da aplicação da versão brasileira do ‘Mini International Neuropsychiatric Interview – Tracking’ em usuários da Estratégia de Saúde da Família”, 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

Pesquisadores: Dr. Leonardo Moscovici – Celular 97966669

Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques – Celular 97920874

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (SEGUNDO) DE PESSOAS CADASTRADAS NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Prezado(a) senhor(a),

Estou convidando o(a) Sr(a) para participar de um estudo sobre os resultados do atendimento que o (a) Sr.(a) recebe neste Núcleo de Saúde da Família, em relação à sua dificuldade emocional. O objetivo desse estudo é identificar uma maneira melhor de acompanhamento de pessoas com dificuldades semelhantes às que o (a) Sr. (a) apresentam.

Para isso, o(a) Sr(a), além do atendimento normal que recebe nesse Núcleo, será acompanhado, também, durante um ano, por dois outros médicos, que a cada 8 a 10 semanas irão entrevistá-lo(a), fazendo 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 Núcleo de Saúde da Família.

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

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

Eu, _____,

após receber informações sobre o estudo “Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da aplicação da versão brasileira do ‘Mini International Neuropsychiatric Interview – Tracking’ em usuários da Estratégia de Saúde da Família”, aceito responder às perguntas que me serão feitas por dois médicos pesquisadores a cada 8 a 10 semanas durante um ano. Autorizo que as informações obtidas a partir das minhas respostas possam ser usadas em aulas, revistas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que a minha identidade não seja revelada a ninguém.

Ribeirão Preto, ____/____/____.

Assinatura

Pesquisadores: Dr. Leonardo Moscovici – Celular 97966669

Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques – Celular 97920874