II MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

A SAÚDE MENTAL NA CONSULTA DE CLINICA GERAL DE UM CENTRO DE SAÚDE

Carlos Valente

Porto, Outubro de 2000

II MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

A SAÚDE MENTAL NA CONSULTA DE CLINICA GERAL DE UM CENTRO DE SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Carlos Jorge Cardoso Valente

Porto, Outubro de 2000

II MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

A SAÚDE MENTAL NA CONSULTA DE CLINICA GERAL DE UM CENTRO DE SAÚDE

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre – Mestrado em Saúde Publica da Universidade do Porto.

Orientador: Professor Doutor Amílcar Augusto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Carlos Jorge Cardoso Valente

Porto, Outubro de 2000

RESUMO

Introdução

Do ponto de vista da saúde pública, a aproximação à doença psiquiátrica foi revolucionada, na década de setenta, pela consciência crescente do papel da equipa de Cuidados de Saúde Primários na identificação e no tratamento das doenças mentais. Estudos estimam a taxa de prevalência anual de morbilidade psiquiátrica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários em 230/1000, e ao nível dos cuidados diferenciados de psiquiatria em 17/1000. Outros estudos indicam que, apenas um em cada vinte utentes com perturbações psíquicas identificado pelo médico de família é referido para cuidados diferenciados de psiquiatria. Deste modo, quase toda a morbilidade psiquiátrica é tratada ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Foi demonstrado que grande parte das perturbações mentais encontradas na clinica geral são de natureza crónica, e que os utentes com perturbações mentais têm maior consumo de consultas, mais dias de baixa e mais categorias de doença física que os restantes pacientes. Verificou-se ainda que cerca de 1/3 das perturbações mentais ao nível dos Cuidados de Saúde Primários não são detectadas pelos médicos de família, e que uma parte das que são detectadas não são correctamente tratadas. Devido à magnitude do problema e às suas repercussões sociais, a melhoria dos cuidados de saúde mental ao nível dos cuidados de saúde primários, torna-se numa importante tarefa de saúde pública.

Objectivos do estudo

1) Estimar a prevalência de perturbações mentais numa consulta de clinica geral;
2) Estimar a % de perturbações mentais não detectadas pelos médicos de família;
3) Avaliar a dimensão e o tipo do consumo de psicofármacos numa consulta de clinica geral;
4) Estudar a associação entre perturbações mentais e características sócio-demográficas dos utentes, consumo de cuidados de saúde e absentismo laboral;
5) Fazer um exercício de validação do General Health Questionnaire (GHQ-28) para uso numa população portuguesa nos Cuidados de Saúde Primários.

População e métodos

A 227 utentes consecutivos, maiores de 15 anos, frequentando normalmente as consultas de clinica geral de um Centro de Saúde de Leiria, foi aplicada a Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 (ER/80), a versão de 28 itens do General Health Questionnaire (GHQ-28) e um questionário sobre características sócio-demográficas e consumo de cuidados de saúde. Ao mesmo tempo pediu-se aos médicos de família a sua opinião sobre a presença ou ausência de patologia psíquica nos utentes inquiridos. Em nenhum caso os médicos de família tiveram conhecimento dos resultados obtidos pelos utentes nos questionários de rastreio em saúde mental. A Escala ER/80 foi o critério escolhido para a definição dos casos de perturbação mental, determinando-se a partir dela a prevalência de perturbações mentais na consulta e a sua associação com características socio-demográficas dos utentes e a dimensão do consumo de cuidados de saúde por parte destes. A escala ER/80 foi também utilizada como o padrão para o cálculo da morbilidade não detectada pelos médicos de família, e para comparação com os resultados obtidos com o GHQ-28.

Resultados

A prevalência de perturbações mentais na consulta de clinica geral estimada a partir dos resultados obtidos com a Escala ER/80 foi de 25%, das quais 57% foram identificadas pelos médicos de família. Os médicos de família atribuíram perturbações mentais a 39% da

amostra, estando a maior parte destes casos associadas a sintomas físicos. 36% dos utentes consumiam psicofármacos, sendo a prevalência de consumo de ansiolíticos de 34% e de antidepressivos de 8%. As mulheres consomem cerca de duas vezes mais psicofármacos que os homens (18% contra 43%). Dos consumidores de psicofármacos 40% tomavam-nos há 5 ou mais anos e 64% faziam-no todos os dias. As perturbações mentais são mais frequentes nos grupos etários intermédios (30-60 anos), no sexo feminino e nos casados para os casos dos médicos de família; e nos grupos etários intermédios, nos casados, nos com instrução menor que o 6.º ano e nas classes sociais mais baixas para os casos detectados pela Escala ER/80. As mulheres com perturbações mentais consomem mais consultas e as que trabalham registam mais absentismo laboral que as restantes mulheres, não se tendo conseguido demonstrar o mesmo comportamento nos homens. Quando comparado com a Escala ER/80 o limiar do GHQ-28 com o qual se atingem melhores características de rasteio é o 6/7, com uma percentagem global de concordâncias de 78%, sensibilidade de 81% e especificidade de 76%.

Discussão

Os resultados obtidos estão de acordo com os da maior parte dos estudos conhecidos. A principal limitação à validade dos resultados reside nas próprias limitações da escala ER/80 como critério de identificação de casos psiquiátricos e no facto de esta não se encontrar suficientemente validada em Portugal para utilização nos Cuidados de Saúde Primários.

Recomendações

Sendo evidente que os serviços psiquiátricos pela sua dimensão não podem fazer face ao elevado volume de morbilidade psiquiátrica existente na comunidade, que a maior parte destes doentes frequentam as consultas de clinica geral, e que grande parte das perturbações mentais pode ser tratada a este nível, é defendido o reforço do papel dos médicos de família na detecção, tratamento, referência, e acompanhamento após a observação nos serviços psiquiátricos especializados dos doentes com perturbações mentais. Para os serviços psiquiátricos deverá ficar a responsabilidade pelos casos de maior gravidade e o apoio aos médicos de família.

No final fazem-se propostas que poderão melhorar a situação de alguns dos problemas detectados, colocando ênfase na necessidade de realizar mais estudos antes da sua implementação, e na avaliação dos resultados clínicos e económicos dos programas que venham a ser postos em prática.

INDICE

Dedicatória ..... *iii*
Agradecimentos ..... *iv*
Prefácio ..... *v*

I. INTRODUÇÃO 01

II. FINALIDADES E OBJECTIVOS 07

III. HIPÓTESES 08

IV. METODOLOGIA 10
1. Descrição do estudo 10
2. Unidade de observação 10
3. Critérios de inclusão e exclusão no estudo 10
4. Preparação do estudo e selecção da amostra 11
5. Instrumentos de recolha de dados 12
6. Desenho geral do estudo. 13
7. Ensaio piloto 15
8. Definições e medidas 16
9. Variáveis 22
10. Análise dos dados 23

V. RESULTADOS 26
1. Caracterização da amostra 27
1.1. Variáveis socio-demograficas
1.2. Consumo de Cuidados de Saúde
1.3. Absentismo laboral
1.4. Perturbações mentais
2. Estimativa da "prevalência" de perturbações mentais 43
3. O médico de família como detector de casos 45
4. Associação entre perturbações mentais e características socio-demográficas dos utentes e absentismo laboral 47
4.1.Sexo e perturbações mentais
4.2. Idade e perturbações mentais
4.3. Estado marital e perturbações mentais
4.4. Actividade laboral e perturbações mentais
4.5. Instrução e perturbações mentais
4.6. Classe social e perturbações mentais
4.7. Perturbações mentais e consumo de cuidados
4.8. Perturbações mentais e absentismo laboral
5. Exercício de validação do GHQ-28 61

VI. DISCUSSÃO 63
1. Caracterização da amostra 63
2. Estimativa da "prevalência" de perturbações mentais 65
3. O médico de família como detector de casos 68
4. Associação entre perturbações mentais e características socio-demográficas dos utentes e absentismo laboral 73
5. Exercício de validação do GHQ-28 79

VII. RECOMENDAÇÕES E PROPOSTAS 83
1. Adaptação de instrumentos de medida para utilização nos Cuidados de Saúde Primários 83
2. Investigação em saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários 86
3. Utilização de instrumentos de rastreio na prática clinica 88
5. Formação dos médicos de clinica geral em psiquiatria e saúde mental 90
5. Organização dos serviços 96

VIII. BIBLIOGRAFIA 99

ANEXOS

DEDICATÓRIA

À Maria do Céu

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Amílcar Augusto, pelo paciência e rigor com que orientou este trabalho, pelo incentivo e apoio que sempre me transmitiu, e pela clarividência das suas criticas e sugestões, que tentei seguir, mas reconheço, por minha exclusiva incapacidade, nem sempre consegui.

Ao Professor Doutor José Manuel Calheiros, por me facilitar sempre os meios ao dispor do Departamento de Saúde Comunitária do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e pelo estimulo e motivação à realização da presente dissertação, estimulo sem o qual talvez esta não viesse a ser realidade.

Ao Dr. Belarmino Spencer, director do Centro de Saúde de Leiria à época da realização deste estudo, pela sua ajuda no contacto dos médicos de clinica geral.

Ao Dr. Henrique Pinto, Delegado de Saúde do Concelho de Leiria, em cujo serviço trabalhava na altura, pelo tempo que me disponibilizou para que pudesse proceder à tarefa de recolha dos dados que serviram de suporte a este estudo.

Ao Dr. José Carlos Ferreira, Delegado de Saúde do Concelho de Pombal, em cujo serviço trabalhei, pelas facilidades que me concedeu para frequentar a parte lectiva do Mestrado, e à Dr.ª Celeste Neves, Delegada de Saúde do Concelho de Ovar, meu actual local de trabalho, pela compreensão que sempre demonstrou por alguns períodos de relativo "alheamento" do serviço enquanto preparava a redacção da tese.

Aos responsáveis e demais pessoal dos serviços de documentação da Escola Nacional de Saúde Pública e da Sub-Região de Saúde de Aveiro, pela pesquisas bibliográficas efectuadas e pronto envio da documentação solicitada.

Aos meus colegas médicos de Clínica Geral, que colaboraram neste estudo.

Aos utentes que aceitaram responder aos questionários, muitas vezes com prejuízo do seu tempo e dos seus próprios afazeres.

PREFÁCIO

Os problemas relacionados com a saúde mental são dos motivos de consulta mais frequentes na clínica geral, e é cada vez mais reconhecida a importância do médico de clinica geral na sua detecção, tratamento, referência e acompanhamento após a alta hospitalar.

Sendo a nossa formação médica especializada em Saúde Pública, o nosso interesse pelos problemas da saúde mental vem, pelo menos, desde 1992, altura em que frequentamos a cadeira de Saúde Mental do Curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

O estudo actual vem finalmente tornar públicos os resultados de um estudo por nós realizado sobre a saúde mental na consulta de clinica geral de um Centro de Saúde.

Em 1993, entrevistamos 128 utentes de 5 médicos de clinica geral do Centro de Saúde de Leiria, a fim de obter informação sobre a sua pontuação nos questionários de saúde mental General Health Questionnaire (GHQ-28) e Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 (ER/80), características socio-demográficas, consumo de consultas e faltas ao trabalho. Perguntamos também aos médicos de família a sua opinião sobre a presença de perturbações mentais nos utentes inquiridos.

No ano seguinte (1994), recolhemos dados sobre mais 99 utentes de 5 clínicos gerais do mesmo Centro de Saúde que não tinham participado na fase anterior, perfazendo a base de dados completa um total de 227 utentes de 10 clínicos gerais. Estes novos dados, por múltiplos afazeres profissionais, nunca puderam ser analisados. Para dizer a verdade nem sequer deixaram os questionários que serviram de suporte à sua obtenção. É esta tarefa que agora nos propomos, na sequência da maior estabilização da nossa vida profissional e da oportunidade de frequentar o mestrado em Saúde Pública da Universidade do Porto.

O presente estudo foi inicialmente pensado como tendo carácter ***exploratório*** no sentido de ter como uma das suas finalidades "aumentar a familiaridade do investigador com o problema a estudar"[1] Foi também concebido para ser um estudo ***preliminar***. Quando o iniciámos, tínhamos a esperança de poder continuar mais tarde a fazer investigação nesta área, daí pensarmos que era mais importante tomar contacto com várias facetas da saúde mental nos cuidados primários e explorar as metodologias próprias de cada uma delas, do que restringir a nossa abordagem a uma só. O tempo e a idade tiraram-nos algumas dessas ilusões. Mas é esse objectivo, que estava na nossa mente, que explica o grande n.º de problemas tratados e o

relativo pouco desenvolvimento / aprofundamento de cada um deles. Provavelmente hoje seriamos muito mais específicos e circunscritos nos nossos objectivos, tratando um só dos cinco objectivos que definimos para o estudo.

Somos por natureza insatisfeitos e temos consciência das limitações deste trabalho, quer em termos metodológicos quer de dimensão da amostra. Mas não podemos esquecer, que Portugal é "o único país da União Europeia que até agora não fez um estudo de morbilidade (psiquiátrica)", nas palavras do Dr. Álvaro de Carvalho, director dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde[2]. E parece que tal estudo de morbilidade psiquiátrica, utilizando instrumentos aferidos, capazes de proporcionar diagnósticos e não simples inventários de sintomas, aplicados (ou pelos menos com aplicação supervisionada) por psiquiatras treinados (obviamente no estrangeiro), em amostras representativas de dimensão adequada (com base na amostra preparada pelo INE para o Inquérito Nacional de Saúde), apesar de constar dos Programas do Ministério da Saúde[3], terá de esperar por melhores dias[4].

Daí o valor dos estudos semelhantes ao nosso, apesar das suas limitações – por serem os únicos disponíveis, são os únicos que nos podem dar alguma informação sobre a dimensão da morbilidade psiquiátrica em Portugal. Enquanto se aguardam estudos que consigam disponibilizar grandes recursos que, a exemplo do que acontece em países mais desenvolvidos, só o Estado terá os meios de fazer realizar, quer directamente através dos serviços do Ministério da Saúde, quer através de encomendas à Universidade.

Assim, aqui fica o trabalho que conseguimos executar, a fim de ser submetido ao julgamento dos leitores.

---

[1] Abramson, J. H., ***Survey methods in comunity medicine: an introdution to epidemiological and evaluative studies***, 3ª edição, New York, Churchill Livingstone, 1984, p. 18.

[2] Semana Médica, , pág. 13. (entrevista com o Dr. Álvaro de Carvalho)

[3] Ministério da Saúde. ***Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002. Documento para discussão***. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, s/d, p. 40.

[4] Informação obtida em entrevista com o Dr. Álvaro de Carvalho em 14/10/2000. O motivo seriam os elevados custos e a 'crónica' falta de verbas.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Caracterização sumária do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio e extensões.

ANEXO II – Ficha de registo das "Inscrições na consulta"

ANEXO III – Questionário II (preenchido pelo médico de família)

ANEXO IV – Questionários aplicados aos utentes
Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80
General Health Questionnaire de 28 itens (GHQ-28)
Questionário I

ANEXO V – Características dos questionários de rastreio em saúde mental

ANEXO VI – Escala de Classes Sociais de Goldtorphe

ANEXO VII – Estrutura de grupos etários e sexos da população e amostra

SIGLAS E ABREVIATURAS

C.G./M.F.	Clinico geral / médico de família
P.M.	Perturbações mentais
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ER/80	Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80
GHQ-28	General Health Questionnaire de 28 itens
SRQ	Self Reporting Questionnaire

I - INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental constituem no seu conjunto um importante problema de saúde pública. Está provado que existe associação entre doença mental e doença física, que as perturbações mentais são responsáveis por grande número dos casos de absentismo laboral, má adaptação ao trabalho, aumento dos conflitos profissionais e baixo rendimento laboral (Gouveia et al., 1980), e que estão associadas a risco aumentado de mortalidade, sendo o efeito particularmente forte na mortalidade prematura e nas mortes acidentais (Murphy et al. 1989). Se considerarmos as perturbações mentais na definição ampla que têm actualmente (Goldberg e Tantam, 1991), que vão das necessidades de grupos especiais como as crianças, os adolescentes e os idosos, a incapacidade e a dependência criadas pela deficiência mental e por muitos casos de psicoses, os custos das perturbações afectivas crónicas não psicóticas (depressão e ansiedade), e incluirmos ainda os problemas relacionados com os transtornos psíquicos relacionados com a doença física crónica e incapacitante (ex. sequelas de AVC, insuficiência renal crónica), os problemas relacionados com a dependência do álcool, de drogas e da farmacodepêndencia e os comportamentos de risco ligados a estilos de vida pouco saudáveis, não custa nada compreender a sua importância em termos médicos e sociais, e o elevado consumo de recursos por que são responsáveis.

Segundo Sheperd (1984), "do ponto de vista da saúde pública, a aproximação à doença psiquiátrica, na década de 70, foi revolucionada pela consciência crescente do papel da equipa de cuidados de saúde primários na identificação e tratamento das doenças mentais". Esta nova perspectiva foi sumarizada do seguinte modo por um grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde: "A questão crucial não é como o médico de família se pode adaptar aos serviços de saúde mental, mas sim como o psiquiatra pode colaborar mais efectivamente com os serviços de cuidados médicos primários e reforçar a efectividade do médico de família como membro da equipa de saúde mental" (Sheperd, 1984). Apesar das diferenças dos seus sistemas

de saúde, esta perspectiva estaria a ganhar terreno também nos EUA através dos trabalhos do National Institute of Mental Health (Regier et al., 1978), e nos países em vias de desenvolvimento (Harding et al. 1980).

Muita da evidência empírica para esta mudança de perspectiva veio das séries de estudos montados pela Unidade de Pesquisa em Cuidados de Saúde Primários do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, para investigar a natureza e extensão da morbilidade psiquiátrica na clinica geral, de que o trabalho pioneiro de Sheperd e colaboradores (1966) continua a ser uma referência obrigatória. Apesar de o grosso da investigação se ter centrado na chamada "conspicuous psychiatric morbidity", i.e., nas "doenças ou incapacidades suficientemente severas para levar a consulta médica e conformando-se com padrões clínicos reconhecidos de identificação pelos médicos" foi também dada alguma atenção às "perturbações mentais menores". Os principais resultados da primeira fase destas investigações levavam a concluir que uma grande parte das perturbações mentais encontradas na clinica geral são de natureza crónica, e que num estudo de seguimento de sete anos, mais de metade da coorte exibia um mau prognóstico em termos de recorrência e cronicidade. As perturbações mentais estavam associadas a um alto consumo de cuidados médicos, e os doentes psiquiátricos frequentavam mais as consultas, tinham taxas mais altas de morbilidade geral e maior número de categorias de doença que os restantes pacientes (Sheperd, 1984).

A maior parte da patologia psiquiátrica encontrada a nível dos cuidados primários, diferia substancialmente da encontrada nos hospitais psiquiátricos, e era classificada como "doenças afectivas menores", incorporando ao mesmo tempo os estados de ansiedade e as reacções depressivas. Os estudos longitudinais de seguimento de doença psiquiátrica na clinica geral, sugerem que a duração prévia da doença é o mais importante factor prognóstico para as neuroses, e que pode ser estabelecida uma dicotomia grosseira entre *perturbações crónicas de mau prognóstico*, com duração sempre superior a um ano e representando cerca de metade das perturbações afectivas, e *reacções situacionais ao stress*, de curta duração (menor que um ano), que representariam a outra metade. Outro estudo prospectivo de seguimento de uma coorte representativa de frequentadores das consultas de clinica geral com diagnóstico de

"perturbações afectivas menores", mostrou que ao fim de 12 meses metade dos pacientes tinham melhorado, e exame mais detalhado do padrão da doença mostrou que 1/3 tinha melhorado nos primeiros 6 meses, 1/3 tinha seguido um curso intermitente e 1/3 tinha tido sintomas crónicos persistentes (Sheperd 1984).

Sheperd et al. (1966) estimaram que dos utentes com perturbação psíquica que eram detectados pelos clínicos gerais, 1/3 eram novos casos, o que permitia estimar a incidência de perturbações mentais na consulta. Definia-se novo caso como aquele que não tinha procurado tratamento por perturbações psíquicas durante o ano anterior. Os mesmos autores determinaram também que só um em cada 20 utentes com perturbações mentais detectadas pelos clínicos gerais eram referenciados para cuidados secundários de psiquiatria.

Outro contributo importante para a compreensão da frequência e distribuição da morbilidade psiquiátrica na comunidade e nos serviços de cuidados de saúde deve-se a Goldberg e Huxley (1980). Estes autores fornecem uma explicação compreensiva dos múltiplos processos que determinam se um pessoa com distúrbios emocionais na comunidade recebe alguma forma de tratamento médico ou de tratamento especializado por um psiquiatra. Descreveram uma série de 5 ***níveis*** (comunidade, cuidados primários sem reconhecimento sintomático, cuidados primários sintomáticos, cuidados diferenciados de psiquiatria, internamento em instituições psiquiátricas) onde estas pessoas podem ser observadas, e um conjunto de 4 ***filtros*** (decisão de consultar um médico, i.e., assumir o comportamento de doente, detecção da doença, referência para o psiquiatra, admissão no internamento) por onde elas devem passar para atingir o nível seguinte.

A prevalência de período anual de morbilidade psiquiátrica que estimaram para cada um desses níveis (estudos realizados em Manchester, Reino Unido) foi de 25% para amostras aleatórias na comunidade, 23% para a morbilidade psiquiátrica total nos cuidados de saúde primários, 14% para a morbilidade psiquiátrica detectada pelos clinicos gerais, 1.7% para o total de pacientes observados pelo psiquiatra, e 0.6% para os pacientes internados em instituições psiquiátricas (Goldberg e Huxley 1980) (Quadro1, coluna 1).

Diferentes factores dos médicos, dos utentes, sociais e relacionados com a organização dos serviços, actuam nos diferentes níveis e vão explicar diversos padrões de frequência dos serviços, detecção da doença, tratamento e referência.

Cada um destes níveis e filtros tem sido foco de muita pesquisa e o modelo teria o mérito de conceptualizar a matéria complexa que constitui as diferentes taxas e severidade da doença psiquiátrica em diferentes localizações da comunidade e do tratamento, e o movimento dos indivíduos entre estas localizações, e forma uma padrão organizacional conveniente para futuras estratégias de pesquisa na prática da clinica geral (Burvill, 1988).

Goldberg e Tantam (1991), num texto mais recente, fornecem dados actualizados sobre a prevalência de período anual de perturbações mentais aos "cinco níveis" do modelo de morbilidade psiquiátrica de Goldberg e Huxley em vários países (Quadro1). Note-se que estes dados são comparáveis, já que existem actualmente critérios explícitos de pesquisa para fazer avaliações psiquiátricas, dando o número de casos detectados o numerador, e tendo-se o cuidado de escolher denominadores, i.e., a população em risco, comparáveis.

Quadro 1 - Os 'cinco níveis' de morbilidade psiquiátrica de Goldberg e Huxley: resultados de três estudos

NIVEL	Taxas de Prevalência (/1000)		
	Manchester (anual)	Holanda (anual)	Verona (semanal)
1.Comunidade	250	303	227
2.CSP (total)	230	224	34
3.CSP (identificada)	140	94	23
4. Psiquiatras (total)	17	34	4
5.Psiquiatras (internamento)	6	10	0,7

Fonte: Goldberg e Tantam (1991). CSP – Cuidados de Saúde Primários.

Goldberg insiste no facto, documentado pelas taxas de morbilidade, que apesar de os serviços de saúde mental tratarem os casos mais severos, a maioria dos pacientes com perturbações

mentais são observados nos Cuidados de Saúde Primários (i.e., 230/1000 em Manchester, dos quais só são detectados como casos e tratados 140/1000). Muitos dos pacientes com perturbações mentais consultam o seu médico de família durante o ano, mas a consulta pode ter por motivo outra razões; de igual modo muitos pacientes deprimidos não mencionam os seus sintomas depressivos e confinam as suas queixas aos problemas somáticos associados. Estes e outros factores do utente, junto com factores do médico (personalidade, técnica de entrevista, interesse pelos problemas da saúde mental, formação pré-graduada e pós-graduada, tempo disponível para a consulta) são responsáveis por uma elevada percentagem de morbilidade psíquica não detectada ao nível 2 do modelo (cerca de 1/3 da morbilidade total). Esta morbilidade foi denominada "hidden psychiatric morbidity" (***morbilidade psiquiátrica oculta***), por contraposição à morbilidade psíquica identificada pelo médico de família, a "conspicuous psychiatric morbidity" (***morbilidade psiquiátrica visivel***), que constitui o nível 3 do modelo. A ***morbilidade psíquica total*** nos cuidados de saúde primários, que constitui o nível 2, é a morbilidade psíquica detectada por pesquisadores usando uma entrevista psiquiátrica estruturada, por exemplo a Clinical Interview Schedule (Goldberg et al. 1970), ou através de uma escala de rastreio em saúde mental, por exemplo o General Health questionnaire (Goldberg e Blackwell, 1970), que é aplicada imediatamente antes ou depois de o M.F. fazer a sua avaliação do utente, mas sem que este tenha conhecimento dos resultados. É este processo que permite calcular a morbilidade psíquica total e a morbilidade oculta (não detectada pelos M.F.).

Goldberg chama a atenção para o facto de que se puder ser provado, que a detecção da morbilidade oculta é benéfica para os pacientes o treino dos clínicos gerais, internistas e cirurgiões na detecção e tratamento de formas comuns de doença mental torna-se numa importante tarefa de saúde pública. Esta posição encontra suporte na evidência de estudos realizados, que mostram que a morbilidade psiquiátrica oculta não tem melhor prognóstico que a detectada, mas que se o médico possuir os recursos necessários para o tratamento registam-se melhoras em grande número de casos, conforme observado passado um período de 6 meses (Goldberg e Blackwell 1970).

Almeida (1977, 1978) sumariza o papel do clinico geral / médico de família na prestação de cuidados de saúde mental e realça a posição privilegiada em que se encontra para o fazer, já que tem uma visão do paciente no seu todo, incluindo os seus problemas fisicos, e no contexto do seu ambiente familiar e social, e muitas vezes pode intervir primeiro e de modo mais eficaz que os técnicos de saúde mental. Em síntese poderia "oferecer o primeiro contacto médico, efectuar os diagnósticos e tratamentos de primeira linha, referenciar para os especialistas os casos que exigem intervenções mais específicas e (...) assegurar uma articulação harmoniosa dos diversos cuidados prestados a cada pessoa." (Almeida 1977)

Cada um dos níveis de morbilidade psiquiatrica de Goldberg e Huxley pode também ser encarado como um nível de intervenção: intervenção dos serviços (ex. formação dos clínicos gerais em saúde mental, novas formas de tratamento ou suporte comunitário, novas formas de organização dos serviços) e cooperação intersectorial. Mas todas essas formas de intervenção deveriam, antes de ser postas em prática, passar pelo crivo de ensaios controlados (Johnstone e Goldberg 1976) que informem da sua eficácia, e avaliação económica custo-beneficio ou custo efectividade, e seguir um processo de planeamento adequado na sua implementação (Gask et al. 1987, 1988, 1991), além de serem dotadas dos indispensáveis recursos materiais e humanos que assegurem o seu sucesso, i.e., a melhoria dos cuidados e procurem evitar possíveis efeitos perversos (Goldberg e Tantam 1991).

Neste estudo, situando-nos nos níveis 2 e 3 do modelo de Goldberg Huxley (i.e., da morbilidade psíquica total e identificada ao nível dos cuidados de saúde primários), e ainda a nível exploratório, dada a pouca familiaridade com a metodologia a empregar e a fragilidade dos instrumentos de medida actualmente disponíveis em Portugal, procuraremos estudar alguns dos factores que influenciam a identificação e tratamento das perturbações mentais ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, assim como obter informação sobre os padrões de doença e do tratamento.

II - FINALIDADES E OBJECTIVOS

1. Finalidades

O estudo deverá permitir identificar as principais dificuldades metodológicas que se colocam à investigações sobre cuidados de saúde mental ao nível dos cuidados de saúde primários, chamar a atenção para os problemas da prestação de cuidados de saúde mental a este nível, detectar alguns dos problemas existentes nesta área, e as informações obtidas poderão servir de base a propostas destinadas a melhorar a qualidade dos serviços.

2. Objectivos

São objectivos deste trabalho, em relação ao estudo das perturbações mentais tal como estas se apresentam no ambiente da consulta de clinica geral:

1) Estimar a prevalência (proporção) de casos de perturbação mental na consulta de clínica geral de um Centro de Saúde (em utentes sucessivos);
2) Avaliar a dimensão, o tipo, a frequência do consumo de psicofármacos e a sua eficácia na perspectiva do utente na consulta de clinica geral de um Centro de Saúde;
3) Comparar os médicos de família com a Escala ER/80 na detecção de casos de perturbação mental.
4) Estudar as relações entre perturbações mentais e características sócio-demográficas dos utentes, consumo de cuidados de saúde e absentismo laboral;
5) Realizar um exercício de validação do GHQ-28 para uma população portuguesa, por comparação com a escala ER/80;

III - HIPÓTESES

Como ponto de partida para atingir os objectivos acima descritos, colocaram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Objectivo 1

H1: A prevalência (proporção) de casos de perturbação mental na consulta de clinica geral do Centro de Saúde em estudo é de cerca de 30%.

Objectivo 2

H2: A proporção de utentes da consulta de clinica geral a consumir psicofármacos é de cerca de 20%.

Objectivo 3

H3: Existe uma elevada concordância entre a Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 e os médicos de família na classificação dos utentes da consulta de clinica geral como casos e não casos.

Objectivo 4

H4: As perturbações mentais são mais frequentes nos utilizadores do sexo feminino.

H5: As perturbações mentais são mais frequentes nos utentes com idade >= 60 anos.

H6: As perturbações mentais são mais frequentes nos utilizadores sem vinculo marital.

H7: As perturbações mentais são mais frequentes nos utilizadores sem actividade laboral remunerada.

H8: As perturbações mentais são mais frequentes nos utilizadores com menor nível de instrução.

H9: As perturbações mentais são mais frequentes nos utentes das classes sociais mais baixas.

H10: As necessidades expressas em termos de *consultas* são superiores no grupo dos utentes com perturbações mentais em relação ao grupo de utentes sem perturbações mentais.

H11: O absentismo laboral avaliado pelo número de dias de baixa por doença é maior nos utilizadores com perturbações mentais do que nos utilizadores sem perturbações mentais.

Objectivo 5

H12: Existe uma correlação forte e positiva entre os scores da Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 e do General Health Questionnaire (GHQ-28).

H13: Existe uma elevada concordância entre a Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 e o General Health Questionnaire (GHQ-28) na classificação dos utentes da consulta de clinica geral em 'casos' e 'não casos'.

IV - METODOLOGIA

1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo transversal retrospectivo, com um componente descritivo e um componente analítico (Abramson 1991, p. 107), através de um inquérito por questionário a uma amostra de utentes consecutivos, com idade maior ou igual a 15 anos, aguardando normalmente a consulta de medicina familiar do Centro de Saúde de Leiria.

2. UNIDADE DE OBSERVAÇÃO

O utente, com idade igual ou superior a 15 anos, aguardando a consulta de medicina familiar na altura da realização das entrevistas para recolha de dados.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO

3.1. Critérios de inclusão

- Idade maior ou igual a 15 anos na data da realização da entrevista para recolha de dados.
- Aguardar consulta de clinica geral (Saúde de Adultos) na sala de espera das extensões de saúde incluídas no estudo na data de realização da entrevista.

3.2. Critérios de exclusão

- Idade menor de 15 anos na data de realização da entrevista.
- Utentes aguardando *consultas em nome de terceiros* para obter conselho ou medicação ou cartas e relatórios - CIPS V651 (WONCA 1991).
- Pessoas seriamente doentes ou requerendo cuidados médicos urgentes de modo que não seja razoável administrar-lhes o questionário (Harding et al. 1980).
- Utentes que se recusam a participar.
- Pessoas que já tenham participado uma vez no estudo.

4. PREPARAÇÃO DO ESTUDO E SELECÇÃO DA AMOSTRA

Na área coberta pelo Centro de Saúde foi elaborada uma lista de todas as extensões de saúde (correspondentes a freguesias do concelho de Leiria), população residente (dados do Censo de 1991), população inscrita e número de médicos prestando serviços (ANEXO I). Fez-se ainda uma lista dos nomes dos médicos de clinica geral prestando serviço nas extensões, com os respectivos horários das consultas.

Foi enviada uma carta a todos os médicos de clinica geral, escrita pelo responsável do estudo e assinada pelo director do Centro de Saúde, explicando os objectivos do estudo e solicitando colaboração.

Em seguida os médicos de família foram contactados pessoalmente pelo autor do estudo a fim de obter a sua adesão, não se tendo registado recusas em participar nos médicos contactados.

4.1. Selecção da amostra

Cálculo do tamanho da amostra: para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula $n = z^2\ pq\ /\ d^2$ onde $q = 1-p$, destinada à determinação do tamanho de amostras para a estimação de proporções (Daniel 1991, p. 157).

Para um coeficiente de confiança de 95% temos $z=1.96$, e estabelecendo $d=0.05$ e admitindo uma prevalência de perturbações mentais em utentes sucessivos da consulta de clinica geral de 30% (Goldberg e Blackwell 1970; Goldberg, Kay e Thompson 1976; Marks et al. 1979, Bellantuono et al. 1987), temos $p=0.30$ e $q=0.70$; logo $n=323$. Isto quer dizer que com uma amostra de 323 utentes há 95% de probabilidade de o valor p a estimar para a prevalência de perturbações mentais, se encontrar entre 0,25 e 0,35.

Selecção da amostra: Estabelecemos que cada médico participante no estudo devia observar pelo menos 30 utentes, número mínimo para se poder fazer a comparação entre o desempenho de cada médico como detector de casos (Marks et al. 1979), mas também não deveria observar muito mais que esse número, a fim de reduzir ao mínimo o trabalho de cada médico e deste modo prevenir recusas em participar ou desistências posteriores do estudo.

Para obter o tamanho da amostra necessário de 323 utentes deveriam participar no estudo cerca de 11 médicos.

Decidimos também, dada a dificuldade previsível de trabalhar com uma amostra aleatória de médicos do Centro de Saúde, escolher uma amostra de conveniência. O 1.° critério de inclusão na amostra foi que as extensões onde os médicos exerciam a sua actividade tivessem condições para a realização do estudo, nomeadamente uma sala vazia próxima do gabinete do médico de família, utilizável quando da realização da consulta, a fim de se poder entrevistar os utentes em condições de privacidade e sossego, sem alterar a rotina do Centro de Saúde. Para isso foi necessário efectuar visitas às extensões de saúde, de modo a seleccionar aquelas que tivessem condições físicas para a realização do estudo. O 2° critério foi haver o maior equilíbrio possível na amostra de médicos e utentes de freguesias rurais e urbanas. Em nenhum caso se considerou como critério de inclusão na amostra a disponibilidade dos médicos de clinica geral para participar.

Como modo de controlar o viés de selecção dos médicos, e consequentemente dos utentes a ser entrevistados, foram comparados entre si os utentes inscritos nos médicos incluídos com os não incluídos na amostra.

5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Foram utilizados como suportes de recolha de dados:

1. Uma ficha intitulada "***Inscrições na consulta***", onde antes do inicio de cada sessão de consultas o investigador toma nota da data, da extensão, do nome do médico de família e do n.° de inscrição na consulta, nome e idade dos utentes inscritos (ANEXO II). Esta ficha serve para controle dos utentes que participam no estudo (assinalar os utentes que já responderam aos questionários e saber aqueles que ainda não o fizeram; anotar os que não reúnem os critérios de inclusão no estudo, as recusas em participar, os questionários autoadministrados e aqueles administrados por entrevistador).

2. Um formulário (***Questionário II***), onde o médico de família, após ter observado o utente, deverá classificá-lo numa das seguintes quatro categorias: 1) Patologia somática; 2) Patologia psíquica; 3) Ambas; 4) Sem patologia. (ANEXO III)

3. Um questionário, destinado a ser respondido pelos utentes (preenchido com o auxilio de um entrevistador ou autoadministrado), e constituído por três partes, administradas por esta ordem (ANEXO IV):

a) ***A Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80*** (Abreu 1981, 1984);

b) O questionário de rastreio em saúde mental ***General Health Questionnaire de 28 itens (GHQ-28)*** (Goldberg e Hillier 1979; Wilkin et al. 1992; Goldberg e Williams 1988) na versão portuguesa traduzida pelo Centro de Saúde Mental de Gondomar.

c) um formulário (***Questionário I***), destinada a obter dados sobre *características sóciodemográficas dos utentes* (a idade, o sexo, o estado civil, a instrução, a ocupação), *consumo de cuidados de saúde* (n.° de consultas do utente nos últimos 12 meses – no médico de família, no serviço de urgência, no psiquiatra, noutros especialistas, em médicos privados, os internamentos e a frequência de "medicinas paralelas"; se toma psicofármacos, o tipo destes, há quanto tempo, se se sente melhorado com a medicação, se cumpre a medicação) e *absentismo laboral* (n.° de dias que esteve de baixa por doença nos últimos 12 meses).

As características principais das escalas de rastreio em saúde mental ER/80 e GHQ-28 são discutidas no ANEXO V.

A classificação dos utentes em classes sociais foi feita a partir da profissão recorrendo à Escala de Classes Sociais de Goldthorpe, na versão portuguesa traduzida por Santos Lucas (1987) (ANEXO VI).

6. DESENHO GERAL DO ESTUDO

Antes do inicio de cada sessão de consultas o investigador preenche em duplicado a ficha de registo das "Inscrições na consulta" (ANEXO II). Entrega em seguida um dos exemplares ao M.F. e fica com o outro. Nesta fase discutem quais os utentes que cumprem os critérios de inclusão no estudo, os quais são assinalados na ficha. O médico de família informa também o

investigador de quais os utentes que na sua opinião possuem instrução suficiente para preencher sozinhos o questionário e quais os que necessitam do auxilio de um entrevistador.

Em seguida o investigador solicita aos utentes considerados como capazes o preenchimento do questionário (ANEXO IV) enquanto aguardam a consulta, dando instruções que este lhe deverá ser devolvido quando completo, sendo nessa altura as dúvidas ou dificuldades existentes discutidas entre ambos. Neste método os utentes com instrução suficiente farão os questionários autoadministrados, os quais serão depois verificados pelo investigador para garantir que todas as perguntas foram respondidas, enquanto os restantes utentes serão entrevistados directamente, seguindo o exemplo de Harding (1976) num estudo de validação do GHQ na Jamaica, onde teve de se defrontar com a baixa escolaridade da população e a falta de recursos para investigação. Se algum destes utentes mostra relutância em preencher o questionário sozinho é aconselhado a esperar para ser entrevistado após a sua consulta no M.F.

Os utentes são observados normalmente pelo M.F. que regista na ficha apropriada (Questionário II - ANEXO III) o n.º do processo clinico de cada utente e o tipo de patologia encontrada.

Em seguida o médico de família convida o utente a passar ao gabinete do lado, onde um seu colega lhe irá fazer um pequeno inquérito.

Neste gabinete encontra-se o investigador. Este dá baixa do utente na ficha de controle apropriada (Inscrição na consulta - ANEXO II), após o que lhe lê uma introdução padronizada, explicando brevemente os objectivos do estudo, assegurando a confidencialidade das respostas e o seu uso apenas para fins de investigação e dando instruções de resposta ao questionário. (ANEXO IV)

Em seguida aplica ao utente o questionário constituído pela escala de rastreio ER/80, o GHQ-28 e a ficha destinada a obter dados sóciodemograficos e informação sobre o consumo de cuidados de saúde e absentismo laboral. (ANEXO IV) A administração das escalas de rastreio é feita lendo cada pergunta e as respectivas respostas, após o que o utente deverá escolher a resposta com que mais concorda, usando um método semelhante ao descrito na literatura sobre investigações com escalas de rastreio em saúde mental em países do terceiro mundo (Harding 1976, Harding et al. 1980). Caso o utente não entenda uma pergunta a leitura desta é repetida.

Caso as dificuldades continuem o investigador explica o significado desta usando as suas próprias palavras.

Os questionários preenchidos são identificados com o n.º de inscrição do utente na consulta e no final da sua administração são agrafados à correspondente folha exprimindo a opinião do médico de família quanto à patologia do utente (Questionário II).

Em nenhuma fase deste processo o M.F. teve conhecimento das pontuações obtidas pelos utentes nos questionários de rastreio em saúde mental.

Os utentes que se recusaram a participar foram substituídos, até se atingir o número mínimo de 30 utentes para cada médico.

A escala ER/80 foi usada como o padrão para a definição dos "casos psiquiátricos". O GHQ-28, por não estar validado em Portugal, serviu apenas de termo de comparação, não tendo sido apresentados resultados com ele obtidos. O objectivo da sua aplicação foi realizar um exercício de validação do GHQ-28 por comparação com a escala ER/80, como já foi atrás referido.

7. ENSAIO PILOTO

Foi realizado um ensaio piloto em 20 utentes de um dos médicos e família seleccionados para inclusão no estudo.
O ensaio piloto teve por finalidades:

- testar a adequação dos suportes de recolha de dados, e introduzir as alterações julgadas necessárias de modo a chegar a uma versão definitiva dos questionários;
- verificar a adesão dos utentes ao estudo e a aceitabilidade dos questionários de rastreio;
- determinar o tempo de preenchimento dos questionários;
- identificar possíveis dificuldades e resistências, que pudessem ser mais tarde corrigidas;
- aperfeiçoar um processo de recolha de dados que fosse aceitável para os médicos e os utentes e não prejudicasse o normal funcionamento das consultas

Como no ensaio piloto não se verificaram dificuldades importantes que levassem à alteração dos questionários ou pusessem em causa a validade dos dados, as observações feitas no estudo piloto foram contadas como parte da amostra final (Daniel 1991, p.155).

8. DEFINIÇÕES E MEDIDAS.

A partir dos dados recolhidos pela aplicação da escalas de rastreio em saúde mental e da opinião dos médicos de família, foram calculadas várias medidas. Tem interesse defini-las, juntamente com outros conceitos chave, e dizer como se calculam.

Isto, sem deixar de ter consciência das suas limitações, já que muitas não poderão ser calculadas com uma precisão que torne os valores obtidos isentos de critica. O instrumento utilizados como padrão neste estudo, a Escala ER/80, embora construído e validado em Portugal, não foi especificamente validado para utilização nos CSP, quer dizer, os valores de sensibilidade e especificidade existentes poderão não ser os correctos para os CSP; mesmo que o estivessem não constituem um teste perfeito, i.e., têm eles próprios falsos positivos e falsos negativos. O ideal seria ter utilizado como padrão de identificação de casos uma entrevista psiquiátrica estruturada aplicada por um psiquiatra treinado, avaliação teoricamente isenta de falsos positivos e falsos negativos, mas não pudemos dispôr desses meios, que são utilizados nos estudos mais sofisticados a nível internacional.

Essas medidas, assim como os conceitos subjacentes têm interesse sobretudo porque:

1) juntamente com o modelo dos 5 níveis e quatro filtros de Goldberg e Huxley fornecem a matriz conceptual para discussão dos problemas de saúde mental nos CSP;

2) têm apesar de tudo o valor de estimativas e representam ainda um progresso metodológico e conceptual em relação a estudos anteriores da morbilidade psiquiátrica na clinica geral realizados em Portugal, onde não têm sido consideradas em todo o seu desenvolvimento. Pensámos por isso que é adequado dá-las a conhecer num estudo exploratório (Abramson 1984, p. 18), com particular incidência nos aspectos metodológicos, e que mostra as aplicações da epidemiologia aos problemas da saúde mental e da psiquiatria de modo idêntico aos de qualquer outro campo da medicina.

1. **utente com perturbações somáticas (ou orgânicas) detectadas pelo C.G./M.F.** (S), o utente que o C.G. classificar como tal no Questionário II.

2. **utente com perturbações psíquicas detectadas pelo C.G./M.F.** (P), o utente que o C.G. classificar como tal no Questionário II.

3. **utente com perturbações de tipo misto (somáticas e psíquicas) detectadas pelo C.G./M.F.** (M), o utente que o C.G. classificar como tal no Questionário II.

4. **utente sem patologia,** o utente que o C.G. assinalar como tal no Questionário II.

5. **'casos' do médico de família** - os utentes considerados pelo M.F. como sofrendo de qualquer tipo de perturbação mental no momento da consulta, isto é, os utentes classificados pelo M.F. como tendo "patologia psíquica" ou "ambas" no Questionário II.

6. **'não casos ou normais' do médico de família** - os utentes considerados pelo M.F. como não sofrendo de qualquer tipo de perturbação mental no momento da consulta, isto é, os utentes classificados pelo M.F. como "sem patologia" ou com "patologia orgânica" no Questionário II.

7. **prováveis casos** ou **scores elevados** (high scores) da Escala ER/80 – os utentes com score acima do score limiar na Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 (sexo masculino: 5/6, sexo feminino: 6/7)

8. **prováveis normais** ou **scores baixos** (low scores) da Escala ER/80 - os utentes com score abaixo do score limiar para a Escala ER/80.

9. **Prevalência da Escala ER/80** ou **% de scores elevados da Escala ER/80** (HS%) - % dos utentes com scores no questionário ER/80 maiores que o score limiar ou % de prováveis casos do questionário.

10. **Prevalência provável** (PP) ou **verdadeira prevalência estimada** - pode ser calculada para uma população de respondentes a um questionário de rastreio corrigindo a % com scores

elevados no questionário (HS%) com a taxa de falsos positivos e a sensibilidade do questionário quando completado em circunstâncias semelhantes (Marks et al. 1979; Goldberg e Huxley 1980 pp. 86-87). A fórmula usada é a seguinte:

$$PP = \frac{HS - TF+}{S - TF+} \quad (\%)$$

onde: % HS= proporção de respondentes com scores altos no questionário de rastreio
PP= prevalência provável de doença psiquiátrica
S= sensibilidade do questionário de rastreio
TF+ = taxa de falsos positivos do questionário de rastreio; i.e., 1-especificidade.

11. **Morbilidade psiquiátrica visível** (conspicuous psychiatric morbidity) ou **Prevalência do médico de família** (%) – a expressão "conspicuous psychiatric morbidity", introduzida por Kessel (1966), pode seer definida como a percentagem de pacientes considerados pelo seu médico como sofrendo de perturbações mentais, i.e., a % de casos do médico de família (Marks et al. 1979).

12. **Morbilidade psiquiátrica oculta** (hidden psychiatric morbidity) ou **taxa de falsos negativos do médico de família** (%) - refere-se àqueles pacientes que não são percebidos como sofrendo de perturbações mentais pelo seu médico, mas são classificados como mentalmente perturbados após o uso de métodos mais elaborados de detecção de casos (por exemplo um questionário de rastreio ou um psiquiatra usando uma entrevista estruturada) (Goldberg et al. 1976, Goldberg e Blackwell 1970).

Pode ser calculada pela proporção: n.° de casos não detectados pelo médico e detectados pelo questionário/n.° total de casos do questionário (prevalência provável)

13. **viés do médico** em relação a fazer avaliações psiquiátricas, define-se como a tendência para fazer ou evitar fazer avaliações psiquiátricas (inevitavelmente os médicos com um viés alto terão um baixo limiar para fazer avaliações psiquiátricas e vice-versa).

O viés do médico calcula-se pela razão dos casos observados sobre os casos esperados na sua consulta. (Goldberg e Huxley, 1980, pp.62-63 e 86-87)

O **n.º de casos observados** é o n.º de casos identificados pelo médico de família como psiquiatricamente doentes, i.e., a **morbilidade psiquiátrica visível** ("conspicuous") da consulta.

O **n.º de casos esperados**, ou **"prevalência provável"**, se se usa como padrão uma escala de rastreio em saúde mental, podem ser calculados a partir da % de scores elevados do questionário de rastreio (HS%), usando uma fórmula de conversão adequada, como vimos acima. Para este fim dever-se-ia conhecer a sensibilidade e a especificidade do teste.

$$\text{viés} = \frac{\text{morbilidade psiquiátrica visível}}{\text{prevalência provável}}$$

14. **precisão do médico** - aptidão global para fazer avaliações de distúrbios psiquiátricos que são congruentes com o número de sintomas referido pelo paciente. (Goldberg e Huxley 1980, p. 64-65)

a) se o médico registou a severidade da doença psiquiátrica numa escala, por exemplo de 1 a 6, e o paciente preencheu uma escala de rastreio (que é precisamente um inventário de sintomas, em que o indivíduo tem um score mais alto quanto mais sintomas apresenta), a precisão pode ser medida aplicando o coeficiente de correlação ordinal de Speerman (Siegel 1975, pp. 228-240 [33]) aos scores das 2 escalas, se n>40. Quanto mais forte a correlação, maior será a precisão do médico.

b) Em alternativa constroi-se uma tabela 2x2, tendo de um lado os pacientes com scores altos e baixos no teste de rastreio e no outro os casos e normais do médico. Em seguida calcula-se a percentagem de concordâncias (A+D)%; como algumas das concordâncias podem ser devidas ao acaso Goldberg aconselha também a calcular o coeficiente Kappa de Choen, um coeficiente de concordância para escalas nominais (Fleiss 1973, p. 146).

O coeficiente K tem a seguinte fórmula: $K = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$ onde

Po - proporção de concordâncias observada;

Pe - proporção de concordâncias esperada (calculada a partir das frequências esperadas, que por sua vez são calculadas numa tabela 2x2 multiplicando o total da linha pelo total da coluna e dividindo o resultado pelo n.º total de observações)

Quatro situações se podem verificar:

1) Se Po < Pe - concordância menor que o acaso => K < 0
2) Se Po = Pe - concordância igual ao acaso => K = 0
3) Se Po > Pe - concordância maior que o acaso => K > 0
4) Se Po = 1 - concordância perfeita => K = 1

15. **índice de identificação do médico ou sensibilidade do médico** - avalia a performance do médico como detector de casos; mede a sua aptidão para identificar os pacientes sintomáticos como 'casos' (sensibilidade) ignorando a aptidão para identificar os pacientes assintomáticos como 'normais' (especificidade).
Calcula-se pela razão casos do médico que tem score alto no questionário (a observado) / 'verdadeiros positivos esperados' do questionário (a esperado). Os 'verdadeiros positivos esperados' do questionário calculam-se multiplicando a prevalência provável (calculada pela fórmula em 10) pela sensibilidade do questionário. (Marks et al. 1979, Goldberg e Huxley 1980 pp. 65 e 68)

A fórmula é a seguinte:

índice de identificação =

$$\frac{\text{n.º de pacientes identificados como casos pelo médico e pelo questionário}}{\text{n.º provável de casos (questionário) x sensibilidade}}$$

Segundo Skuse e Williams (1984) o índice de identificação é o inverso da morbilidade oculta ou taxa de falsos negativos e corresponde à sensibilidade do médico de família.

16. **Valor preditivo positivo** do médico de família - representa a proporção de indivíduos verdadeiros positivos (verdadeiros casos) entre todos aqueles que o médico considerou como 'casos'.
Valor preditivo negativo do médico de família - representa a proporção de indivíduos verdadeiros negativos (verdadeiros normais) entre todos aqueles que o médico considerou como 'não casos ou normais'.

Estas medidas aparecem calculadas em muitos artigos, mas são apresentadas de forma normalmente pouco acessível; são mais facilmente calculadas quando os dados são dispostos em tabelas 2x2, como em Bellantuono et al. (1987).

No Quadro 2 e fórmulas associadas resumem-se as medidas descritas acima (1. a 16.) e exemplifica-se como podem ser calculadas para o caso mais simples em que se compara as avaliações do médico de família com as de um teste padrão teoricamente isento de falsos negativos e falsos positivos (psiquiatra usando uma entrevista psiquiátrica estruturada). Os casos do psiquiatra são chamados de "verdadeiros casos" e os normais de "verdadeiros normais". Um psiquiatra treinado usando uma entrevista psiquiátrica estruturada é o melhor método de identificação de casos, mas como este método fica muito caro, é raramente usado, podendo ser substituído por uma escala de rastreio em saúde mental. Mas como a escala de rastreio não é um teste perfeito, i.e., tem um certo n.º de falsos positivos e de falsos negativos, devem-se usar as fórmulas de correcção para os eliminar. No nosso estudo, em que usamos a escala ER/80 como padrão para a definição de casos, iremos assumir, para simplificar os cálculos, que não se verificam falsos positivos e falsos negativos. Neste caso os cálculos são semelhantes aos apresentados no Quadro 2. Apenas usaremos fórmula de correcção para o cálculo da *prevalência provável*, como mostrado em 10.

Quadro 2 - Medidas do desempenho do médico de família como detector de casos

	Teste padrão Psiquiatra			
Médico de Família	verdadeiros casos	verdadeiros normais	TOTAL:	
casos	Verdadeiros positivos (a)	Falsos positivos (b)	(a+b)	VP+ = a/a+b
não casos	Falsos negativos (c)	Verdadeiros negativos (d)	(c+d)	VP- = d/c+d
TOTAL	(a+c)	(b+d)	n	

S = a/a+c E = d/b+d Viés = (a+b)/(a+c)
TF- = c/a+c TF+ = b/b+d % concordâncias = (a+d)/n
S = 1 - TF- E = 1 -TF+

Fórmulas:

a = n.º de verdadeiros positivos; d = n.º de verdadeiros negativos; c = n.º de falsos negativos; b = n.º de falsos positivos n = a+b+c+d

Prevalência do M. F. (morbilidade visível) = a+b /n
Sensibilidade do M.F (índice de identificação): = a/ a+c
Taxa de falsos negativos do M.F.(morbilidade oculta) = c/ a+c
Especificidade do M.F. = d/ b+d
Taxa de falsos positivos do M.F. = b/ b+d

Precisão do M.F. = % global de concordâncias = (a+d)/n
Viés do M.F. = (a+b)/(a+c)

Scores elevados do teste de rastreio ("high scores") = a+c
Prevalência do teste ou % de scores elevados (HS%) = a+c /n

Prevalência provável (PP) ou prevalência verdadeira estimada = a+c /n ; (neste caso é igual à prevalência do teste).

Valor preditivo positivo do M.F. = a/ a+b
Valor preditivo negativo do M.F. = d /c+d

17. **psicofármaco**, todos os medicamentos incluídos na correspondente rubrica da edição do Simpósio Terapêutico em vigor à data da realização do estudo.

9. VARIÁVEIS

As restantes variáveis são as que se encontram nos questionários a aplicar e encontram-se já codificadas nos questionários ou são explicadas no texto.

10. ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado pelo autor do estudo. Foi utilizado o programa estatístico SPSS (Norussis 1992) para gerar distribuições de frequência, calcular medidas de tendência central e de dispersão, realizar testes de hipóteses (χ^2 e comparação de médias), calcular o coeficiente de correlação entre variáveis e, se possível e quando adequado, realizar cálculos de análise de variância, regressão múltipla e regressão logística. O cálculo do

coeficiente Kappa também foi também realizado utilizando o programa estatístico acima referido.

Os cálculos da prevalência de perturbações mentais, sensibilidade, especificidade e viés foram realizados com o auxilio de uma calculadora electrónica, por as fórmulas não existirem nos programas estatísticos comunmente usados.

Apresentação e análise dos dados:

10.1. Análise univariada

Caracterização da amostra - com distribuições de frequência simples e de dados agrupados em classe para as variáveis mais importantes; cálculo de medidas de tendência central e de dispersão quando adequado; cálculo de proporções.

10.2. Cálculo da prevalência de perturbações mentais

Esta prevalência é a *prevalência provável* (PP) e já vimos atrás como se calcula (definição 10). A prevalência provável foi calculada para a escala ER/80 (utilizando os limiares descritos na literatura), que por se encontrar validada em Portugal, embora não para uso nos CSP, foi usada como o padrão para a definição dos "casos psiquiátricos". Fizeram-se os mesmos cálculos para o GHQ-28 que, por não estar validado em Portugal, serviu apenas de termo de comparação.

10.3. Comparação dos resultados dos médicos de família na detecção de casos psiquiátricos com os da escala de rastreio ER/80 (Hipótese H3)

Construiu-se uma tabela 2x2, tendo de um lado os pacientes com scores altos e baixos na escala ER/80 e no outro os casos e normais do médico. Em seguida calculou-se a percentagem de concordâncias (A+D)% e o coeficiente Kappa de Choen (Fleiss 1973, p. 146) para a tabela acima referida.

A partir dos dados da mesma tabela calculou-se a morbilidade visível, a morbilidade oculta, a sensibilidade (índice de identificação), a especificidade, o viés, a % global de concordâncias e o coeficiente K dos médicos de família em relação à escala ER/80, que é o nosso padrão para a definição dos 'casos'. Já se explicou atrás como se calculam as medidas necessárias. Todo o processo pode ser feito dispondo os dados em tabelas 2x2, e fizeram-se os cálculos para todos os médicos em conjunto.

10.4. Associação entre perturbações mentais e características sociodemograficas dos utentes e consumo de cuidados de saúde

10.4.1. análise bivariada: testes de hipóteses

a) apresentação dos dados em tabelas de dupla entrada e tabelas com variáveis de controle, se adequado;

b) análise bivariada: testes de hipóteses (erro alfa =5%) para verificar se existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis, conforme aparecem nas hipóteses. Os testes estatísticos utilizados foram os seguintes:

Hipóteses H4-H9 : teste do qui-quadrado de independência

Hipóteses H10-H11: teste U de Mann-Whitney de comparação de amostras independentes (distribuições muito afastadas da normalidade)

10.4.2. análise multivariada

Tentamos também construir modelos explicativos da associação entre perturbações mentais (variável dependente) e características sociodemograficas dos utentes (variáveis independentes) utilizando o método da regressão logística (Collett 1991) quando a variável "perturbações mentais" determinada a partir das pontuações dos utentes na escala ER/80 foi apresentada de modo dicotómico ('casos' e 'não casos') e utilizando o método da regressão múltipla (Altman 1991) quando a mesma variável foi apresentada sem agrupamento, como simples pontuações no questionário, i.e., como variável numérica.

Note-se que um questionário pode medir as perturbações mentais de dois modos: se se estabelece um limiar a partir do qual o indivíduo é considerado doente, os resultados são apresentados de modo dicotómico – 'casos e não casos', 'sãos e doentes"; se não se estabelece limiar as perturbações mentais são medidas num 'continuum', que vai do valor zero ao valor

máximo da escala, podendo ser tratadas estatisticamente como variáveis numéricas, com o cálculo de médias e desvios padrão (Goldberg e Williams 1988).

Como não consideramos os modelos obtidos satisfatórios este não foram apresentados neste estudo, nem sequer como valores de OR ajustados pelo método da regressão logística, porque os achamos de difícil interpretação, e que pouco iriam acrescentar aos resultados da análise bivariada.

10.5. Exercício de validação do GHQ-28 por comparação com a escala ER/80 (Hipóteses H12 e H13)

Fez-se um exercício de validação do General Health Questionnaire (GHQ-28), utilizando como padrão a Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80, já validada para a população portuguesa. Determinou-se a intensidade da associação entre os resultados dos dois testes de rastreio calculando o coeficiente de correlação ordinal de Speerman ($p<0.05$) (Siegel 1975, pp. 228-240) entre as pontuações obtidas na escala ER/80 e no GHQ-28.

Foram ainda calculadas a sensibilidade, a especificidade e a eficiência global (% global de concordâncias) do GHQ-28 para diferentes scores limiares, de modo a determinar o limiar do GHQ-28 que permite minimizar os falsos positivos e os falsos negativos em comparação com a escala ER/80.

V - RESULTADOS

A aplicação dos questionários foi efectuada em Janeiro e Fevereiro de 1993 e posteriormente em Janeiro de 1994.

Não foi possível incluir no estudo todos os 323 utentes previstos, mesmo com a 2.ª fase de recolha de dados, tendo sofrido com isso o tamanho da amostra, que acabou reduzido em relação ao planeado. Tal facto deveu-se unicamente a constrangimentos de tempo e meios do autor e não a menor disponibilidade para participar de médicos ou utentes.

Colaboraram no estudo 10 médicos de clinica geral, 3 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, distribuídos por 5 Extensões de Saúde: Marrazes (3) freguesia urbana, 13036 habitantes em 1991, 11359 inscritos, 8 médicos; Maceira (3) freguesia industrial, 10057 habitantes residentes em 1991, 10530 inscritos, 6 médicos; Amor (2) freguesia rural, 4386 habitantes residentes em 1991, 4665 inscritos, 2 médicos; Parceiros (1) freguesia rural, 2492 habitantes residentes em 1991, 2615 inscritos, 1 médico, Azoia (1) freguesia rural, 2195 habitantes residentes em 1991, 1485 inscritos, 1 médico. (ver ANEXO I)

No fim do inquérito estavam disponíveis dados de 227 utentes, que tinham respondido aos questionários e de quem tinha sido recolhida informação sobre o tipo de patologia atribuída pelo médico de família no momento da consulta.

A distribuição dos utentes do estudo pelos médicos de família e extensões do Centro de Saúde foi a seguinte:

Marrazes	3 M.F.:	29+16+4 = 49 utentes
Maceira	3 M.F.:	28+28+8 = 64 utentes
Amor	2 M.F.:	30+30 = 60 utentes
Parceiros	1 M.F.:	23 utentes
Azoia	1 M.F.:	31 utentes

A distribuição por sexo e grupo etário dos utentes inscritos nos M.F. participantes no estudo é idêntica à da totalidade dos utentes inscritos no Centro de Saúde (ver Anexo VII), podendo deste ponto de vista a sub-população da qual foi obtida a amostra ser considerada representativa da população de inscritos. Nunca será demais chamar a tenção que a amostra em estudo não é de utentes inscritos nos MF, mas sim **dos utentes inscritos que vão**

efectivamente ao médico, sendo os valores obtidos referentes aos utentes frequentadores das consultas (níveis 2 e 3 do Modelo de Goldberg e Huxley).

Dos 227 questionários, 15 (6.6%) foram *autoadministrados* com posterior revisão pelo utente com o investigador e 212 (93.4%) foram *administrados pelo investigador*.

Foram *excluídos do estudo* 19 utentes: 2 por sofrerem de atraso psicomotor que os impossibilitava de responder ao questionário, 1 por ser mudo, 5 por já terem respondido anteriormente ao questionário, 2 por se tratar de situações consideradas urgentes que foram imediatamente encaminhadas para o Serviço de Urgência Hospitalar, 4 por se tratarem de consultas em nome de terceiros (CIPS V651) e 5 porque não se obtiveram questionários suficientemente completos de modo a serem considerados utilizáveis.

Recusaram participar 11 utentes (responder aos questionários), sendo os motivos referidos para tal facto: mal estar devido ao motivo que os levara à consulta por 3 utentes, falta de tempo e problemas de transporte por 6 utentes e 2 utentes por não gostarem do questionário.
A aceitabilidade dos questionários foi boa: verificou-se uma taxa de recusas global de 4.6% (11/238), sendo a taxa de recusas atribuída directamente aos questionários apenas de 0.8% (2/238).

1. Caracterização da amostra.

1.1. Variáveis sócio-demográficas

a) sexo e idade

Da amostra, 80 utentes (35.2%) eram do sexo masculino e 147 (64.8%) do sexo feminino (Quadro 3).
A idade média é de 48,28 anos, com desvio padrão de 16,87 e a idade mínima de 15 anos e a máxima de 84 anos. A distribuição da variável idade pode considerar-se que não se afasta muito da normalidade (Gráfico 1).

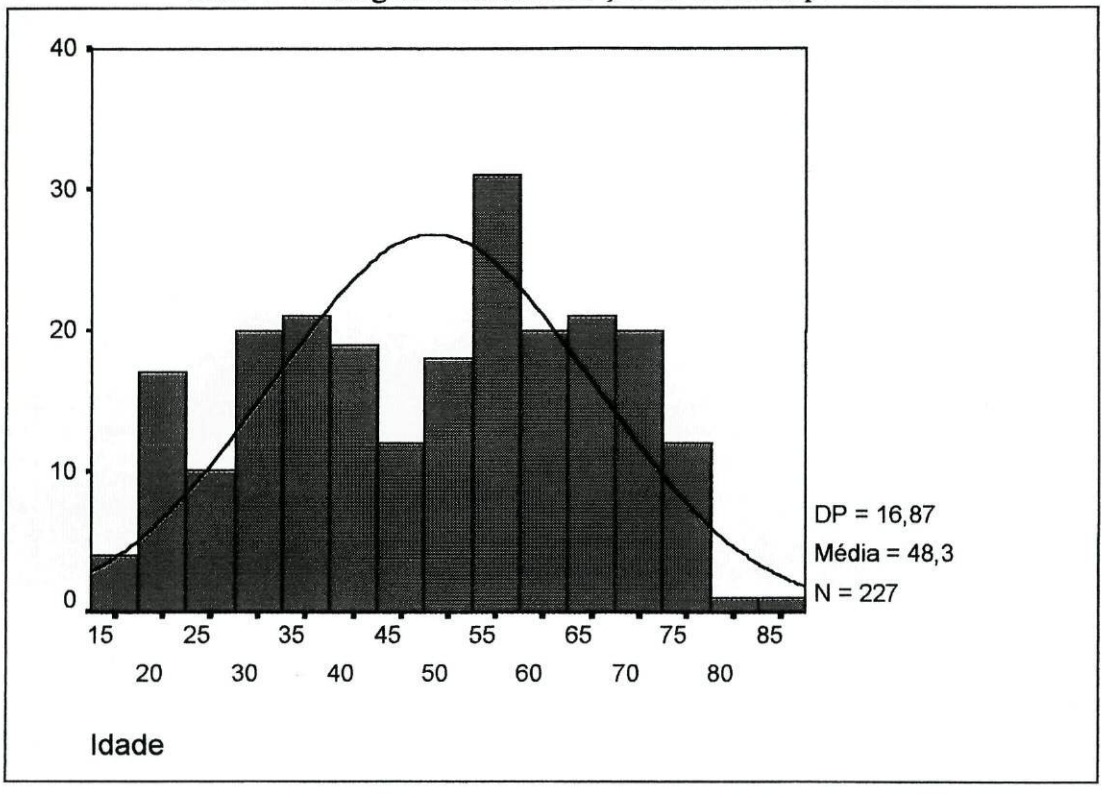
A distribuição dos utentes por grupos etários de 15 anos e sexos mostra predomínio dos grupos etários 30-44, 45-59 e 60-74 anos sobre os menores de 30 e os maiores de 75 anos (Quadro 3 e Gráfico 2).

Quadro 3 – Caracterização sócio-demográfica da amostra, por sexos (n=227)

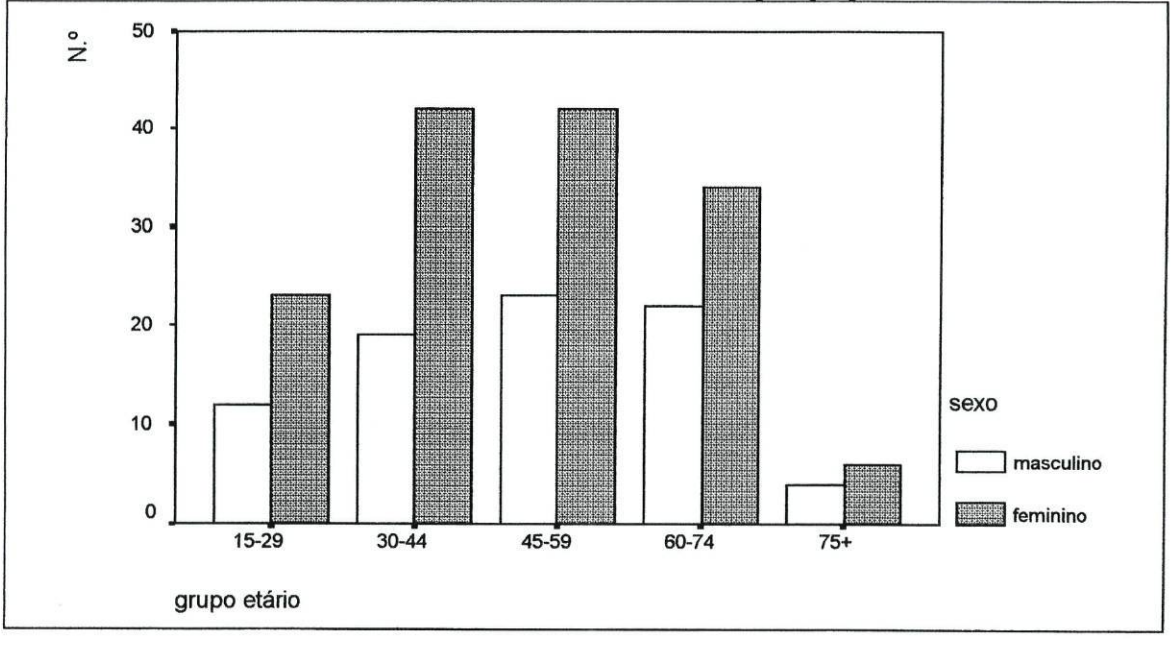
	Homens		Mulheres		Homens + Mulheres	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
SEXO	80	35.2	147	64.8	227	100.0
IDADE						
Média= 48.3 DP=16.9						
15 - 29	12	15.0	23	15.6	35	15.4
30 - 44	19	23.8	42	28.6	61	26.9
45 - 59	23	28.8	42	28.6	65	28.6
60 - 74	22	27.5	34	23.1	56	24.7
>= 75	4	5.0	6	4.0	10	4.4
ESTADO CIVIL						
casados ou juntos	63	78.8	102	69.4	165	72.7
viúvos	4	5.0	23	15.6	27	11.9
separados ou divorc.	1	1.3	5	3.4	6	2.6
solteiros	12	15.0	17	11.6	29	12.8
INSTRUÇÃO						
Analfabeto	8	10.0	30	20.4	38	16.7
Só sabe ler e escrever	11	13.8	30	20.4	41	18.1
4ª classe	39	48.8	49	33.3	88	38.8
6ª classe	14	17.5	13	8.8	27	11.9
9º ano	7	8.8	14	9.5	21	9.3
11º ano	1	1.3	4	2.7	5	2.2
12º ano	0	0	5	3.4	5	2.2
Ensino superior	0	0	2	1.4	2	0.9
ACTIVIDADE						
Activos	48	60.0	63	42.9	111	48.9
Desempregados	1	1.3	4	2.7	5	2.2
Reformados	30	37.5	44	29.9	74	32.6
Domésticas	---	---	32	21.8	32	14.1
Estudantes	1	1.3	4	2.7	5	2.2
CL. SOCIAL (n=225)*						
Cl. serviços	1	1.3	1	0.7	2	0.9
Cl. intermédia	8	10.0	21	14.5	29	12.9
Cl. trab. manuais	71	88.8	123	84.8	109	86.2

* Faltam dados sobre a classe social de 2 utentes

Gráf. 1 - Histograma da distribuição da amostra por idade



Gráf. 2 - Gráfico de barras: distribuição da amostra por grupos etários e sexos



b) estado civil

Na amostra predominam os casados (72.7%), seguindo-se os solteiros (12.8%), os viúvos (11.9%) e os separados ou divorciados (2.6%). Deste modo, considerando a situação marital

de facto, 165 (72.7%) têm *vinculo marital* (os casados ou juntos) e 62 (27.3%) *não têm vinculo marital* (viúvos, separados e divorciados, solteiros).

c) Instrução

A distribuição dos utentes da amostra segundo o grau de instrução é mostrada no Quadro 3. Para maior clareza de apresentação, os dados do Quadro 1 podem ser agregados em três grandes grupos, segundo o nível de escolaridade (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição dos utentes por grau de escolaridade – grandes grupos

	Homens		Mulheres		TOTAL:	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<= 4 anos	58	72.5	109	74.1	167	73.6
>4 e <11 anos	21	26.3	27	18.4	48	21.1
>= 11 anos	1	1.3	11	7.5	12	5.3
TOTAL:	80	100.0	147	100.0	227	100.0

Dos utentes entrevistados 73.6% têm estudos menores ou iguais que a 4ª classe (Quadro 4), sendo que 16.7% são analfabetos e 18.1% só sabem ler e escrever (Quadro 3). Só 21.1% completaram a 6ª classe ou o 9º ano e só 5.3% fizeram estudos secundários de nível complementar ou estudos superiores (Quadros 3 e 4).

d) actividade

Cento e onze utentes (48.9%) tinham *actividade remunerada* (activos) e 116 (51.1%) *não tinham actividade remunerada* (Quadro 3). Entre os 'não activos' as classes mais frequentes são os reformados (36.2%) e as domésticas (14.1%). Entre os 'activos' predominam os operários não especializados (18.5%) e os operários especializados (16.3%); os trabalhadores agrícolas são 4.8%, os trabalhadores administrativos 3.5%, os pequenos proprietários 2.6%, não tendo as restantes categorias profissionais praticamente representação (não mostrado no Quadro 3).

e) classe social

Os utentes foram divididos em classes sociais de acordo com a profissão usando a escala de Goldtorphe - versão colapsada (1980) conforme adaptação de Santos Lucas (1987). Para os reformados e desempregados utilizou-se a profissão antes da reforma ou do desemprego, respectivamente; para as domésticas a profissão do marido; para os estudantes a profissão do pai.

Na amostra predominam por larga margem os utentes das classes sociais mais baixas, sendo que 86% dos entrevistados pertencem à classe dos trabalhadores manuais, 13% à classe intermédia e apenas 1% à classe dos serviços (Quadro 3).

f) variáveis sócio-demográficas e sexo

Da leitura dos Quadros 3 e 4 pode concluir-se que a distribuição dos utentes da amostra pelas diversas categorias de idade, estado civil, instrução e classe social é semelhante entre os sexos. Quanto à actividade exercida no momento da entrevista, existe maior proporção de activos nos homens (60%) que nas mulheres (43%).

1.2. Consumo de cuidados de saúde

a) Consumo de consultas

Recolheram-se dados de 226 utentes quanto ao consumo de consultas no ano anterior ao estudo (1 falta). O número, a percentagem de utentes que frequentaram os diferentes tipos de consultas e a média, o desvio padrão e os valores máximo e mínimo de consultas e internamentos consumidos por todos os utentes da amostra no ano anterior, são dados no Quadro 5.

Dos 226 utentes inquiridos quanto ao consumo de consultas 215 (95.1%) tinham ido ao médico no ano anterior (Quadro 5), e só 11 (4.9%) não tinham ido ao médico no mesmo ano.

Vinte e cinco (11.1%) dos inquiridos andaram em tratamento psiquiátrico durante o ano anterior.

Quadro 5 - Consumo de consultas pelos utentes da amostra no ano anterior (n=226)

	Utentes		Consultas			
	N.º	%	Média	DP	Min.	Máx.
N.º total de consultas	215	95.1	10.91	9.74	0	55
Consultas médico de família	201	88.9	5.75	5.05	0	25
Consultas serviço de urgência	116	51.3	1.21	1.92	0	12
Consultas psiquiatra	25	11.1	0.65	3.01	0	30
Consultas especialista	135	59.7	2.22	3.33	0	25
C. médico privado não especialista	42	18.6	0.49	1.48	0	12
C. medicinas paralelas	15	6.7	0.35	2.19	0	24
Internamentos	35	15.5	0.23	0.67	0	5

Nota: Na média do "N.º total de consultas" cada internamento foi contado como uma consulta.
% - de um total de 226 utentes; médias e desvios padrão- calculados a partir de n=226

Como o sexo é dos factores descritos na literatura que mais pode influenciar o comportamento de doença e portanto a procura de cuidados médicos, a qual seria maior nas mulheres, decidimos fazer a análise do Quadro 5 separadamente para os dois sexos (Quadros 6 e 7). A inspecção dos quadros indica que parece não haver diferenças no consumo de consultas entre os sexos (quer na % de utilizadores quer no n.º médio de consultas utilizadas), com excepção das consultas nas medicinas paralelas que são frequentadas por maior percentagem de mulheres que homens, mas com médias semelhantes entre os sexos. O teste t de Student para comparação de médias entre amostras independentes confirmam que não há diferença entre as médias de consultas entre os sexos (resultados não mostrados). Os mesmos resultados são obtidos com o teste U de Mann-Whitney para comparação de amostras independentes.

Quadro 6 - Consumo de consultas pelos utentes da amostra no ano anterior – Homens (n=80)

	Utentes		Consultas			
	N.º	%	Média	DP	Min.	Máx.
N.º total de consultas	74	92.5	10.46	8.16	0	41
Consultas médico de família	70	87.5	5.64	4.69	0	24
Consultas serviço de urgência	38	47.5	1.20	2.14	0	12
Consultas psiquiatra	8	10.0	0.45	1.85	0	12
Consultas especialista	47	58.7	1.98	2.42	0	10
C. médico privado não especialista	15	18.7	0.61	1.78	0	12
C. medicinas paralelas	2	2.5	0.29	2.26	0	20
Internamentos	15	18.7	0.30	0.75	0	4

Quadro 7 - Consumo de consultas pelos utentes da amostra no ano anterior – Mulheres (n=146)

	Utentes		Consultas			
	N.º	%	Média	DP	Min.	Máx.
N.º total de consultas	141	96.6	11.15	10.52	0	55
Consultas médico de família	131	89.7	5.82	5.24	0	25
Consultas serviço de urgência	78	53.4	1.22	1.80	0	10
Consultas psiquiatra	17	11.6	0.76	3.48	0	30
Consultas especialista	88	60.3	2.35	3.73	0	25
C. médico privado não especialista	27	18.5	0.42	1.29	0	10
C. medicinas paralelas	13	8.9	0.38	2.16	0	24
Internamentos	20	13.7	0.19	0.62	0	5

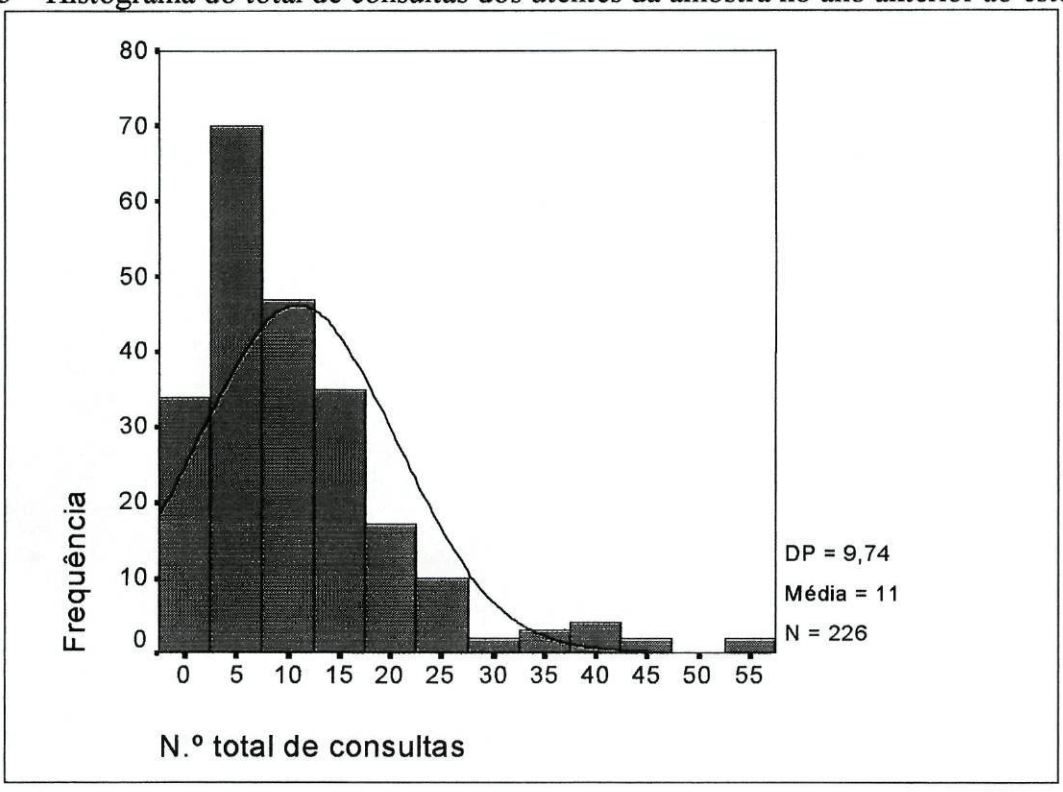
Por outro lado, é lógico admitir que com o avançar da idades aumentam o n.º e a gravidade das patologias, o que acarretará maior procura de cuidados médicos, e portanto maior consumo de consultas. Assim será de esperar a existência de uma relação (linear) e positiva entre o número de consultas frequentadas e a idade em anos. Para explorar esta hipótese calculamos o coeficiente de correlação de entre a idade e o n.º de consultas (Quadro 8). Registou-se correlação estatisticamente significativa entre idade e o n.º total de consultas, o n.º de consultas no médico de família e o n.º de consultas em médicos privados não especialistas para todos os utentes da amostra. Quando os sexos são analisados separadamente verifica-se correlação entre idade e o n.º total de consultas e o n.º de consultas no médico de família para as mulheres e entre idade e o n.º de consultas no médico de família para os homens (Quadro 8).

A análise de variância confirma os resultados da correlação mostrando que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de consultas utilizadas entre os grupos etários com excepção do total de consultas e das consultas no médico de família, cujas médias são superiores nos grupos etários acima dos 30 anos em relação ao grupo etário 15-29 anos (resultados não mostrados).

Quadro 8 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre idade e n.º de consultas frequentadas no ano anterior

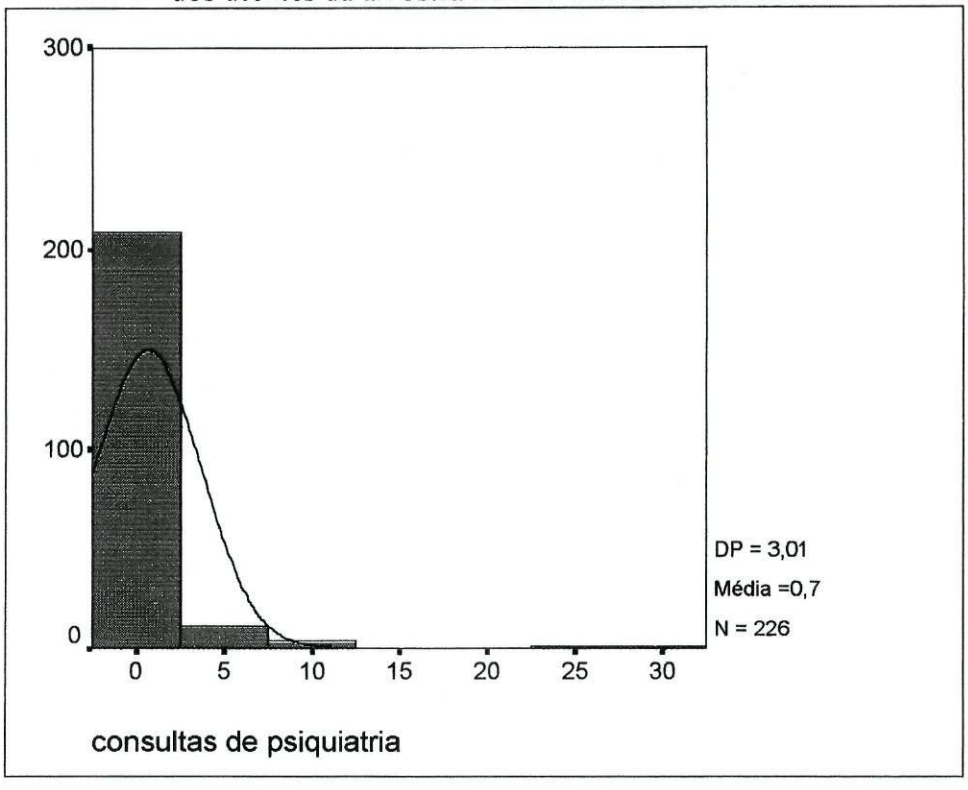
	Total (n=226)	p	Mulheres (n=146)	p	Homens (n=80)	p
N.º total de consultas	0.152	**0.022**	0.187	**0.023**	0.103	0.362
Consultas médico de família	0.279	**0.000**	0.283	**0.001**	0.281	**0.011**
Consultas serviço de urgência	-0.097	0.146	-0.110	0.186	-0.076	0.505
Consultas psiquiatra	-0.022	0.744	0.006	0.947	-0.069	0.544
Consultas especialista	-0.066	0.321	-0.059	0.478	-0.073	0.519
C. médico privado não especialista	0.139	**0.037**	0.114	0.169	0.160	0.156
C. medicinas paralelas	-0.049	0.465	-0.057	0.494	0.012	0.916
Internamentos	-0.020	0.761	0.031	0.709	-0.112	0.324

Gráf. 3 – Histograma do total de consultas dos utentes da amostra no ano anterior ao estudo



A distribuição do n.º total de consultas dos utentes da amostra no ano anterior ao estudo embora não sendo normal, não se afasta 'excessivamente' da normalidade (Gráf. 3). O mesmo se passa para as consultas no médico de família. Já as restantes consultas têm uma distribuição extremamente assimétrica, porque não foram frequentadas pela grande maioria dos utentes (Quadro 5), predominando por larguíssima margem os utentes com 0 consultas, o que poderá dificultar a utilização de métodos paramétricos (comparação de médias entre grupos) na análise estatística. Damos em seguida como exemplo deste facto a distribuição das consultas no psiquiatra frequentadas pelos utentes da amostra, as quais só foram frequentadas por 25 de 226 utentes, numa média de 0,65 consultas e DP de 3.01, como o mínimo (e mediana) de 0, mas em que houve utentes que chegaram a frequentar 30 consultas (Quadro 5, Gráf. 4).

Gráf. 4 – Histograma das "consultas no psiquiatra" dos utentes da amostra no ano anterior ao estudo



b) Consumo de psicofármacos

Quadro 9 – Prevalência 'pontual' do consumo de psicofármacos por sexo (n=214)

	Homens		Mulheres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
(1) Tranquilizantes *	14	18.4	59	42.8	73	34.1
(2) Antidepressivos	2	2.6	15	10.9	17	7.9
(3) Neurolépticos / Antipsicóticos	2	2.6	3	2.2	5	2.3
(4) Psicotrópicos / Psicoanalépticos	0	0	0	0	0	0
Todos os psicofármacos	16	21.1	61	44.2	77	36.0

* 16 (22%) dos 73 utentes a tomar tranquilizantes tomam tranquilizantes classificados como hipnóticos ou prescritos tendo como principal finalidade o tratamento da insónia.

Obtiveram-se dados quanto ao consumo actual de psicofármacos em relação a 214 utentes (13 faltam) (Quadro 9). Destes 77 (36%) consumiam algum tipo de psicofármaco, enquanto os restantes 137 (64%) não tomavam psicofármacos. As mulheres consomem cerca de 2 vezes mais psicofármacos que os homens (44.2% contra 21.1%; X^2=11.4, GL=1, p=0.0007). Os

tranquilizantes são os psicofármacos consumidos por maior n.º de utentes (34.1%), seguidos dos antidepressivos (7.9%) e dos neurolépticos (2.3%).

Dos 77 utentes que declararam consumir psicofármacos, o tipo de psicofármacos consumidos consta no Quadro 10.

Quadro 10 - Tipo de psicofármacos consumidos (grandes grupos) por sexo (n=77)

	Homens		Mulheres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
UM SÓ PSICOFÁRMACO	**14**	**18.2**	**42**	**53.5**	**56**	**72.7**
(1) Tranquilizantes	12	15.6	41	53.2	53	68.8
(2) Antidepressivos	1	1.3	1	1.3	2	2.6
(3) Neurolépticos / Antipsicóticos	1	1.3	0	0	1	1.3
(4) Psicotrópicos / Psicoanalépticos	0	0	0	0	0	0
ASSOCIAÇÕES DE PSICOFÁRMACOS	**2**	**2.6**	**19**	**24.7**	**21**	**27.3**
(1+1)	0	0	3	3.9	3	3.9
(1+2)	1	1.3	13	16.9	14	18.2
(1+3)	1	1.3	1	1.3	2	2.6
(3+3)	0	0	1	1.3	1	1.3
(1+2+3)	0	0	1	1.3	1	1.3
TOTAL	**16**	**20.8**	**61**	**79.2**	**77**	**100**

Verifica-se da análise do Quadro 10 que em 72,7% dos casos é prescrito um só psicofármaco e que em 27,3% dos utentes a prescrição é de 2 ou mais psicofármos, sendo a associação de psicofármacos muito mais frequente nas mulheres que nos homens. É comum a generalidade dos médicos prescrever um só psicofármaco, enquanto que a prescrição de associações de psicofármacos é sobretudo da responsabilidade dos psiquiatras: quinze dos 21 utentes que consomem mais de um psicofármaco frequentaram o psiquiatra no ano anterior. Os psiquiatras são também os responsáveis pela prescrição da maioria dos antidepressivos e neurolépticos, ao contrário do que se passa com os tranquilizantes: 4 dos 5 utentes a tomar neurolépticos, e 12 dos 17 utentes a tomar antidepressivos frequentaram o psiquiatra no ano anterior, enquanto o mesmo só aconteceu em 21 dos 73 utentes medicados com tranquilizantes.

Dos utentes medicados com psicofármacos, 24.7% tomavam esse tipo de medicamentos há mais de 10 anos e 40.3% há 5 ou mais anos. (Quadro 11)

Quadro 11 - Distribuição dos utentes consumidores de psicofármacos segundo o tempo de consumo (em anos) (n=77)

ANOS	N.º	%	% cumulada
< 1	21	27.3	27.3
1 - 4	25	32.5	59.7
5 -10	12	15.6	75.3
> 10	19	24.7	100.0
TOTAL:	77	100.0	

Quadro 12 - Eficácia da medicação com psicofármacos na perspectiva dos utentes (n=77)

	N.º	%
Sente-se melhor	72	93.5
Não se sente melhor	5	2.2
TOTAL:	77	100.0

Também a grande maioria (93.5%) sentia-se melhor com a medicação com psicofármacos, sendo aqueles com perturbações do sono os que mais duvidavam da sua eficácia (Quadro 12).

Quadro 13 - Frequência do consumo de psicofármacos (n=77)

	N.º	%
Todos os dias	49	63.6
Só quando se sente pior (frequentemente)	23	29.9
Algumas vezes	1	1.3
Raramente	4	5.2
Nunca	0	0.0
TOTAL:	77	100.0

Dos utentes que consumiam psicofármacos 63.6% tomavam a medicação todos os dias (Quadro 13) e declaravam que não podia passar sem ela. Os que só tomavam a medicação quando se sentiam pior (29.9%) referiram que o faziam a conselho médico ou por medo de desenvolver farmacodependência, e não por duvidarem da sua eficácia.

1.3. Absentismo laboral: Baixas por doença.

Dos 111 utentes com actividade laboral remunerada (activos) na altura da realização do inquérito (Quadro 3) obtiveram-se dados sobre o número de dias de baixa no ano anterior de 110 deles (1 falta). Adicionalmente obtiveram-se dados sobre o número de dias de baixa de mais 11 utentes, actualmente sem actividade laboral, mas que trabalharam no ano anterior (3 desempregados, 4 reformados e 4 domésticas). Assim obtiveram-se dados sobre o tempo de baixa de um total de 121 indivíduos (Quadro 14).

Dos 121 utentes que trabalharam no ano anterior ao estudo, 59 (48.8%) não tinham estado de baixa e 62 (52.2%) estiveram de baixa (Quadro 14, colunas 3 e 4).

Deste modo, de um total de 226 inquiridos frequentadores da consulta de clinica geral com informações quanto a baixas disponível 27.4% estiveram de baixa no ano anterior, i.e., a prevalência de período anual de baixas em 1992 nos frequentadores da consulta de clinica geral foi de 27.4%. (Quadro 14, coluna 2).

Quadro 14 - Número e percentagem de utentes com baixa no ano anterior ao estudo

	N.º (N = 226)	%	N.º (N = 121)	%
A. Sem actividade remunerada (sem baixa)	**105**	**46.5**	---	---
B. Com actividade remunerada	**121**	**53.5**		
0 dias de baixa	59	26.1	59	48.8
>= 1 dia de baixa	62	27.4	62	52.2
TOTAL:	226	100.0	121	100.0

N= 226 - N.º e % do total de inquiridos
N= 121 - N.º e % dos inquiridos com actividade remunerada no ano anterior

Considerando que o sexo é dos factores descritos na literatura que pode influenciar o comportamento de doença, e portanto a procura de cuidados médicos e a situação de "baixa" (a qual seria mais frequente nas mulheres), decidimos fazer a análise do Quadro 14 separadamente para os dois sexos (Quadros 15 e 16). Contrariamente ao que seria de esperar, verificamos que 40% dos homens inquiridos estiveram de baixa no ano anterior contra apenas 20.5% das mulheres; a média de dias de baixa foi de 64 dias nos homens e 52 dias nas

mulheres (Quadro 19) não sendo a diferença estatisticamente significativa (t_{119}=0.589, p=0.551; Man-Whitney U=1506.5, p= 0.109).

Quadro 15 - Número e percentagem de utentes com baixa no ano anterior ao estudo -- Homens (n= 80)

	N.º (N = 80)	%	N.º (N = 52)	%
A. Sem actividade remunerada (sem baixa)	**28**	**35.0**	---	---
B. Com actividade remunerada	**52**	**65.0**		
0 dias de baixa	20	25.0	20	38.5
>= 1 dia de baixa	32	40.0	32	61.5
TOTAL:	80	100.0	52	100.0

Quadro 16 - Número e percentagem de utentes com baixa no ano anterior ao estudo -- Mulheres (n= 146)

	N.º (N = 146)	%	N.º (N = 69)	%
A. Sem actividade remunerada (sem baixa)	**77**	**52.7**	---	---
B. Com actividade remunerada	**69**	**47.3**		
0 dias de baixa	39	26.7	39	56.5
>= 1 dia de baixa	30	20.5	30	43.5
TOTAL:	146	100.0	69	100.0

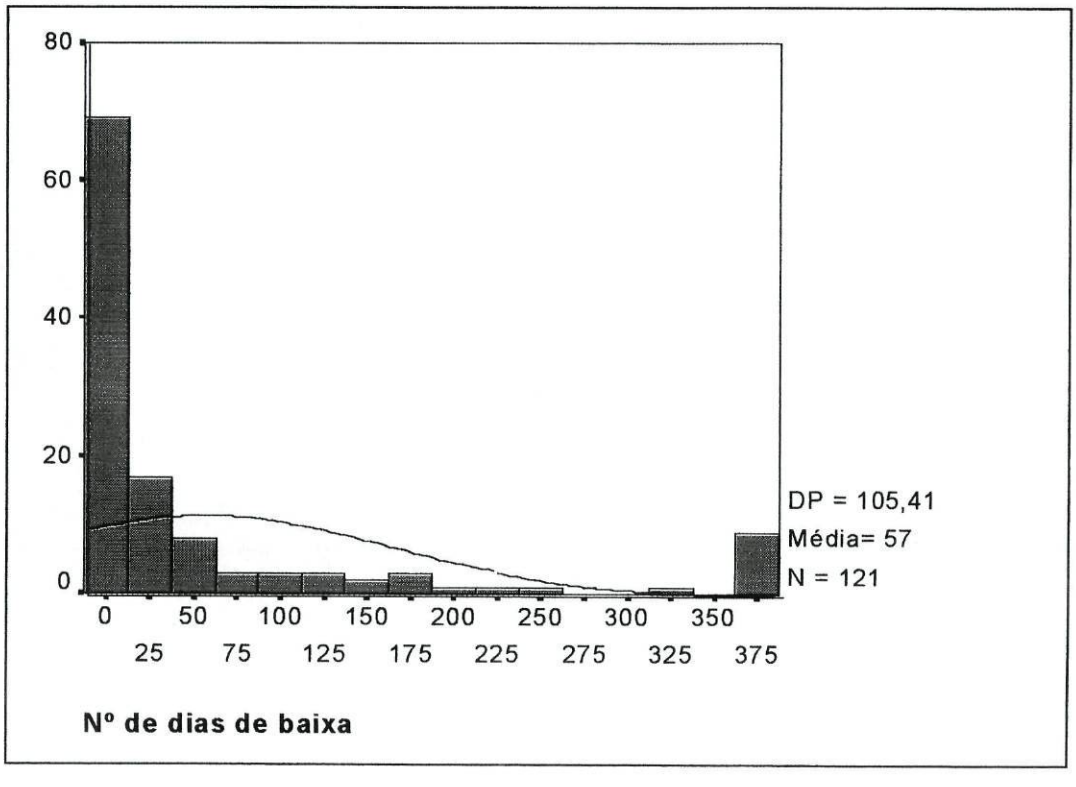
Por outro lado, é lógico admitir que com o avançar da idades aumentam o n.º e a gravidade das patologias, o que acarretará maior procura de cuidados médicos e maior n.º de dias de incapacidade por doença; mas os dias de incapacidade por doença só se traduzirão em dias de incapacidade temporária com faltas ao trabalho (baixa) até à idade da reforma, uma vez que a partir desta os indivíduos deixam de ter vida profissional activa. Deste modo já não há baixas na idade avançada – nesta amostra todos os indivíduos de idade maior ou igual a 65 anos já não têm vida profissional activa. Explorou-se a associação entre idade e n.º de dias de baixa através do coeficiente de correlação de Spearman, para o total dos utentes com baixa e para ambos os sexos separadamente, não se tendo obtido correlações estatisticamente significativas (Quadro 17).

Quadro 17 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre idade e n.º de dias de baixa no ano anterior para o total de indivíduos com baixa (n=121) e separadamente para as mulheres (n=69) e os homens (n=52)

	Idade	p
N.º dias de baixa (H+M)	0.121	0.188
N.º de dias de baixa (Mulheres)	0.194	0.110
N.º de dias de baixa (Homens)	0.004	0.979

A distribuição do número de dias de baixa na amostra é extremamente assimétrica (Gráf. 5). Com efeito cerca de 50% (59) dos 121 utentes que trabalharam no ano anterior tiveram 0 dias de baixa, isto é, não estiveram de baixa (Quadro 14), daí a proeminência da 1.ª coluna do Gráf. 5. Observa-se outro fenómeno interessante no Gráf. 5, devido ao número relativamente elevado dos grande consumidores de baixas (>= 350 dias de baixa), que se traduzem na frequência da última coluna do gráfico. Com efeito 21 (34%) dos 62 utentes com baixa tiveram mais de 100 dias de baixa (Quadro 18).

Gráf. 5 - Histograma distribuição do n.º de dias de baixa na amostra



Os 121 utentes que trabalharam no ano anterior ao inquérito tiveram em média 57.4 dias de baixa, sendo o n.º médio de dias de baixa, algo surpreendentemente, maior nos homens que nas mulheres. (Quadro 19)

Se nos reportarmos apenas aos 62 utentes que estiveram de baixa 1 ou mais dias no ano anterior, verificámos que 40% tiveram mais de 100 dias de baixa (Quadro 18) e que a média deste subgrupo de utentes foi de 112 dias (Quadro 19).

Quadro 18 - Distribuição por classes dos utentes com baixa no ano anterior segundo o n.º de dias de baixa

Dias de baixa	N.º	%
1 - 10	9	14.5
11 - 20	5	8.1
21 - 50	17	27.4
51 - 100	10	16.1
> 100	21	33.9
TOTAL:	62	100.0

Quadro 19 - Média de dias de baixa no ano anterior

	N	Média	DP	Min.	Máx.
Homens + Mulheres					
Com actividade remunerada no ano anterior	121	57.4	105.4	0	365
Com baixa >= 1 dia no ano anterior	62	112.0	125.1	1	365
Homens					
Com actividade remunerada no ano anterior	52	64.0	108.1	0	365
Com baixa >= 1 dia no ano anterior	32	104.0	122.3	2	365
Mulheres					
Com actividade remunerada no ano anterior	69	52.4	103.8	0	365
Com baixa >= 1 dia no ano anterior	30	120.5	129.6	1	365

1.4. Perturbações mentais

a) Perturbações mentais detectadas pelos médicos de família

Quadro 20- Distribuição dos utentes segundo o tipo de patologia no momento da consulta - opinião dos médicos de família

TIPO DE PATOLOGIA	N.º	%
Sem patologia	2	0.9
Patologia Orgânica exclusiva	137	60.4
Patologia Psíquica exclusiva	17	7.5
Ambas (orgânica e psíquica)	71	31.3
TOTAL	227	100.0

Os médicos de família detectaram patologia exclusivamente orgânica em 60.4% dos utentes; apenas 7.5% dos utentes foram considerados pelo seu médico como apresentando patologia psíquica pura, enquanto 31.3% foram considerados como sofrendo de patologias orgânica e psíquica associadas (Quadro 20).

Considerando os utentes classificados pelos médicos de família como "sem patologia" e com "patologia orgânica" como os *não casos* dos médicos de família e os utentes classificados com "patologia psíquica" e "ambas" como *casos*, verifica-se facilmente que 88 utentes (38.8%) foram considerados pelos seus médicos de família com sofrendo de algum tipo de perturbação mental no momento da consulta e 139 (61.2%) como não sofrendo de perturbação mental (Quadro 21).

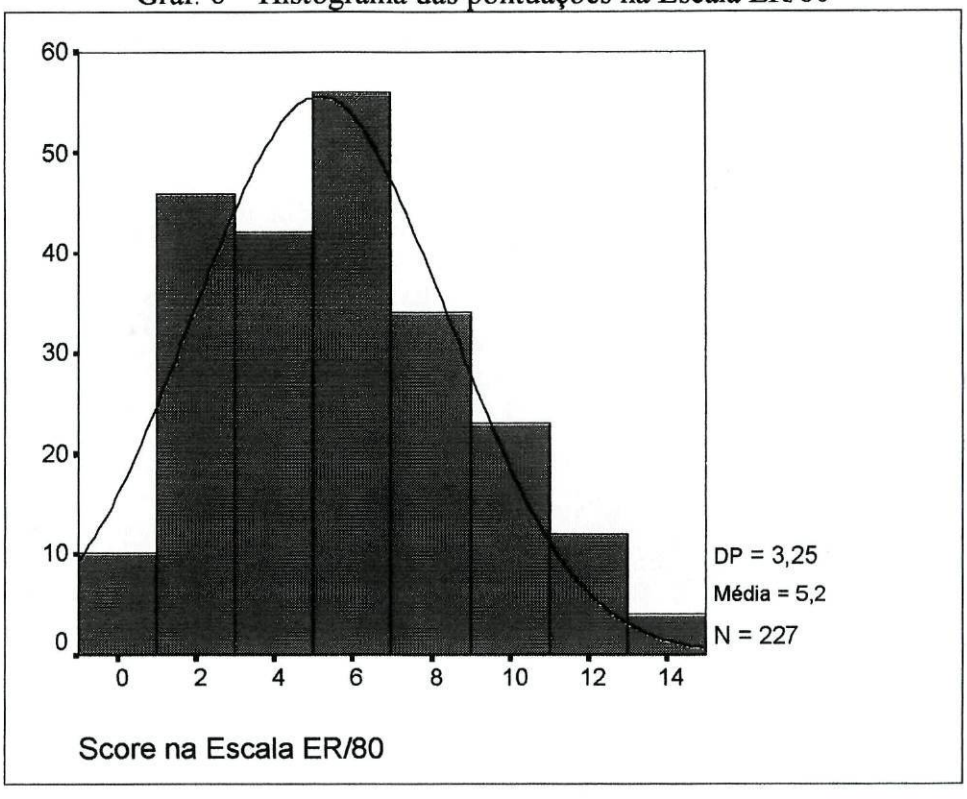
b) Perturbações mentais detectadas pela Escala de Rastreio ER/80.

A escala de rastreio ER/80 classificou 34.8% dos utentes como *prováveis casos* e 65.2% como *prováveis normais* (Quadro 21).

A média das pontuações na Escala ER/80 foi de 5.2 pontos com Desvio Padrão de 3.25, valor mínimo de 0 pontos e máximo de 14 pontos.

As pontuações na Escala ER/80 seguem uma distribuição aproximadamente normal (Gráf. 6).

Gráf. 6 – Histograma das pontuações na Escala ER/80



2. Estimativa da "prevalência" de perturbações mentais na consulta de medicina familiar

Quadro 21 – Prevalência de perturbações mentais em utentes sucessivos da consulta de clinica geral: comparação dos resultados dos médicos de família e da Escala ER/80

	Médicos de família		ER/80		ER/80 corrigida	
	N.º	%	N.º	%	N.º†	%
com Perturbações Mentais	88	38.8	79	34.8	(57)	25.0‡
sem Perturbações Mentais	139	61.2	148	65.2	(170)	75.0
TOTAL:	227	100.0	227	100.0	227	100.0

† Números calculados aplicando ao total da amostra os valores da Prevalência corrigida
‡ IC 95% (19% - 31%)

Tendo obtido os resultados da Escala ER/80, podemos calcular a *Prevalência provável* (PP) ou *verdadeira prevalência estimada* de perturbações mentais realmente existentes nos utentes que frequentam as consulta de clinica geral, i.e., ao ***nivel 2 do modelo de Goldberg e Huxley***. Utilizamos a Escala ER/80 como o nosso padrão (gold standard) de definição de casos. Esta *verdadeira prevalência* não é mais que a percentagem de casos da Escala ER/80 corrigidos para a Taxa de Falsos Positivos desta.

Para isso usamos a fórmula $PP = \frac{\%\ HS - Tf+\ \%}{S\ \% - TF+\ \%} \times 100$,

já explicada atrás na secção Material e Métodos.

Vamos utilizar como padrão para a definição dos casos a escala de rastreio ER/80, por ser a única que se encontra validada para uma população portuguesa, embora não para uso na clinica geral. Para aplicar a fórmula só precisamos de saber a % de utentes com scores altos na escala [HS% "high scores"] (ver Quadro 21) e as características de rastreio desta, que se encontram no ANEXO VI, conforme calculadas pelos seus autores nos estudos de validação iniciais.

Como a escala ER/80 tem especificidades diferentes para os sexos masculino e feminino, o que vai afectar a taxa de falsos positivos, calculámos a *prevalência provável* (PP) para cada um dos sexos, e para obter a prevalência para ambos os sexos (total) fizemos a média das prevalências encontradas ponderada pelo número de indivíduos de cada um dos sexos. O número e a percentagem de prováveis casos por sexo encontra-se no Quadro 24.

$PP_{ER/80\ (H)} = (30.0 - 24)/(86 - 24) \times 100 = 9.7\ \%$

$PP_{ER/80\ (M)} = (37.4 - 13)/(86 - 13) \times 100 = 33.4\%$

$PP_{ER/80(H+M)} = \frac{(9.68 \times 80) + (33.42 \times 147)}{227} = \frac{5685.8}{227} = 25.0\%$

A *prevalência provável* ou *verdadeira prevalência estimada* de perturbações mentais em utentes sucessivos da consulta de clinica geral é assim estimada em 25.0% usando a escala ER/80 como instrumento de identificação de casos. Verifica-se facilmente que a % de scores elevados de 30.0% no sexo masculino sofreu uma redução dramática para uma prevalência provável de 9.7%, consequência da menor especificidade da escala de rastreio para este sexo e de os testes de rastreio trabalharem pior a prevalências mais baixas. A % de scores elevados no sexo feminino de 37.4% é reduzida para uma prevalência provável de 33.4%.

Os valores de prevalência de perturbações mentais em utentes sucessivos da consulta de Clinica Geral conforme os resultados obtidos a partir da opinião dos médicos de família e da Escala ER/80 (valores brutos e corrigidos) são comparados no Quadro 21.

Sendo 25% a *melhor estimativa* da verdadeira prevalência de perturbações mentais em utentes sucessivos da consulta de medicina familiar, com os métodos de identificação de casos que tínhamos disponíveis, vamos calcular o seu intervalo de confiança.

Para isso utilizamos a fórmula $n = Z^2\ p\ q\ /\ d^2$ onde $q = 1-p$, destinada à determinação do tamanho de amostras para a estimação de proporções (Daniel 1991, p. 157 e p. 151). Para um coeficiente de confiança de 95% temos $Z = 1.96$; como utilizamos uma amostra de 227 casos e obtivemos uma prevalência de 25% (0.25) temos $n=227$, $p=0.25$ e $q= 0.75$. Resolvendo a equação

$$227 = \frac{1.96^2 \times 0.25 \times 0.75}{d^2}$$

em ordem a d, obtemos $d^2= 0.0031$ e $d= 0.056\approx0.06$. O intervalo de confiança obtido é de 0.06 e assim o valor da prevalência tem 95% de probabilidade de estar compreendido entre 0.25 ± 0.06, i.e., 0.19 e 0.31, ou seja, 19% e 31%. Portanto o valor mínimo estimado para a prevalência de perturbações mentais em utentes sucessivos da consulta de medicina familiar (estimativa conservadora) será sempre da ordem dos 20%.

Note-se que em relação ao tamanho da amostra inicialmente estimado em 323 casos, a mostra obtida de 227 casos, implicou o alargamento do intervalo de confiança de 0.05 para 0.06 mantendo uma probabilidade de 95%, passando portanto a precisão da estimativa de 0.10 para 0.12.

3. Indicadores da efectividade dos médicos de família como detectores de casos

Calcularam-se várias medidas do desempenho dos médicos de família como identificadores de casos psiquiátricos: **morbilidade psiquiátrica visível** (prevalência de PM dos MF); **morbilidade psiquiátrica oculta** (taxa de falsos negativos); **viés**; **% global de concordâncias** e **coeficiente K de Choen** (medidas de precisão), **índice de identificação** (sensibilidade) e **especificidade**. Estas foram descritas em pormenor na secção 'Material e Métodos' e serão calculadas para todos os médicos em conjunto. O padrão usado para a identificação de casos foi a Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 (Quadro 22).

As medidas calculadas descrevem a morbilidade psiquiátrica ao ***nível 3 do modelo de Goldberg e Huxley***, i.e., das perturbações mentais realmente existentes nos utentes que frequentam as consultas de clinica geral que são identificadas pelos médicos de família.

Quadro 22 - Relação entre as avaliações dos médicos de família e da escala ER/80, quanto à presença de perturbações mentais em 227 utentes da consulta de clinica geral

	ER/80		
Médicos de família	casos	não casos	TOTAL
casos	45	43	88
não casos	34	105	139
TOTAL	79	148	227

Prevalência dos M. F. (morbilidade visível) = 88/227 = 38.8%.

Sensibilidade dos M.F (índice de identificação) = 45/79 = 57.0%
Taxa de falsos negativos (morbilidade oculta) = 34/79 = 43.0%
Especificidade dos M.F. = 105/148 = 70.9%
Taxa de falsos positivos = 43/148 = 29.1%

Precisão: % global de concordâncias = (45+105)/227 = 66.1%

$$K = \frac{Po - Pe}{1-Pe} = \frac{0.661 - 0.534}{1 - 0.53} = 0.272 \quad (p=0.000)$$

Viés dos M.F. = 88/79 = 1.1

Scores elevados do teste de rastreio ("high scores") = 79
Prevalência do teste ou % de scores elevados = 79/227 = 34.8%

Prevalência provável ou prevalência verdadeira estimada = 25.0% (ver atrás)

A prevalência de perturbações mentais dos M. F. é de 38.8%, contra 34.8% da escala ER/80 e uma prevalência verdadeira estimada de 25%. Como seria de esperar o viés dos médicos de família em relação à detecção de casos psiquiátricos é elevado, pois encontram-se motivados pela realização do estudo na sua consulta, sendo maior que a unidade (i.e., os MF detectam mais casos que a escala ER/80). Mas, mesmo assim, os M.F. só identificam 57.0% dos casos psiquiátricos realmente existentes segundo os padrões da Escala ER/80 (índice de identificação), i.e., só 45 dos 88 utentes que os MF referem ter perturbações mentais são verdadeiros casos, sendo 43 falsos positivos (Quadro 22) A morbilidade oculta, i.e., a morbilidade psíquica realmente existente mas não detectada pelos M.F. é 43.0%. A % de concordâncias entre os médicos de família e a escala ER/80 é de 66%, e o coeficiente K de Cohen de 0.272 indica uma concordância que embora moderada é maior que a que seria de esperar apenas pelo efeito do acaso. Note-se também, como seria de esperar pela literatura,

que a especificidade dos M.F. é maior que a sensibilidade, sendo principalmente esta que necessita de ser melhorada (a habilidade na detecção de 'verdadeiros' casos).

4. Associação entre perturbações mentais, características socio-demográficas dos utentes, consumo de consultas e absentismo laboral

Em seguida testar-se-ão as hipóteses de associação entre sexo, idade, estado marital, actividade, instrução, classe social (variáveis independentes) e perturbações mentais (variável dependente) e entre perturbações mentais (variável independente) e consumo de cuidados de saúde e absentismo laboral (variáveis dependentes), conforme colocadas atrás. Para fins comparativos, usar-se-ão nos testes de hipóteses os 2 métodos de identificação de casos utilizados neste estudo: a opinião dos médicos de família e a Escala ER/80.

Como já foi referido no ponto 10.4 da metodologia (p. 24-25) a variável 'perturbações mentais' pode ser medida tanto de **modo dicotómico** como num **continuum**.

No primeiro caso estão as classificações dos utentes como "casos" e "não casos" realizadas pelos MF e pelas escalas de rastreio quando se usa um limiar de positividade, que são apresentadas em tabelas de dupla entrada e tratadas estatisticamente como variáveis qualitativas com recurso a contagens, proporções, testes não paramétricos (como χ^2 , o Risco Relativo e o Odds Ratio) e métodos de análise multivariada como a regressão logística.

No segundo caso estão as pontuações obtidas pelos utentes nas escalas de rastreio, que podem ir de zero ao valor máximo da escala, que, se se optar pela não introdução de um limiar diferenciador podem ser tratadas como variáveis numéricas discretas (ou mesmo continuas), e portanto com o recurso ao cálculo de médias, desvios padrão, testes de hipóteses de comparação de amostras utilizando médias como o t de Student, analise de variância e análise de regressão múltipla. É claro que esta última abordagem, vantajosa pelo seu maior poder estatístico na detecção das diferenças entre os diversos grupos, só pode ser aplicada às pontuações das escalas de rastreio, e não às classificações dos MF porque estes classificaram os utentes apenas de modo dicotómico como "casos" e "não casos".

Na maior parte das situações da nossa análise utilizaremos apenas a variável 'perturbações mentais' como variável **dicotómica**, pois é a abordagem que mais facilmente permite comparar os Médicos de Família e a Escala ER/80, que é o nosso objectivo principal.

4.1. *Sexo e perturbações mentais*

Todos os métodos utilizados na identificação de casos detectaram maior proporção de perturbações mentais nas mulheres que nos homens.

A 22 (27.5%) dos homens foram detectadas P. M. pelos M. F. contra 66 (44.9%) das mulheres, sendo a diferença estatisticamente significativa (Quadro 23). Por sua vez a escala ER/80 detectou P.M. a 30% dos homens e 37.4% das mulheres, não sendo a diferença estatisticamente significativa (Quadros 24).

Quadro 23 – Prevalência de perturbações mentais† de acordo com diversas carateristicas sócio-demográficas dos utentes – Perturbações mentais identificadas pelos médicos de família (n=227)

	Perturbações Mentais							
	Casos		Não Casos		TOTAL			
	N.º	%†	N.º	%	N.º	%	χ^2	p
Total	88	38.8	139	61.2	227	100.0		
Sexo								
• Feminino	66	44.9	81	55.1	147	100.0	6.606	0.010
• Masculino	22	27.5	58	72.5	80	100.0	GL=1	
Idade								
• 15-29	6	17.1	29	82.9	35	100.0	11.342	0.023
• 30-44	27	44.3	34	55.7	61	100.0	GL=4	
• 45-59	31	47.7	34	52.3	65	100.0		
• 60-74	22	39.3	34	60.7	56	100.0		
• 75+	2	20.0	8	80.0	10	100.0		
Estado civil								
• Casados	71	43.0	94	57.0	165	100.0	8.888	0.012
• Viúvos e Div.	13	34.9	20	60.6	33	100.0	GL=2	
• Solteiros	4	13.8	25	86.2	29	100.0		
Actv. Remunerada								
• não	50	43.1	66	59.9	116	100.0	1.880	0.170
• sim	38	34.2	73	65.8	111	100.0	GL=1	
Instrução								
• < 6º ano	70	41.9	97	58.1	167	100.0	2.640	0.104
• >= 6º ano	18	30.0	42	70.0	60	100.0	GL=1	
Classe social (n=225)								
• classe 3	74	38.1	120	61.9	194	100.0	0.162	0.687
• classes 1 e 2	13	41.9	18	58.1	31	100.0	GL=1	

Quadro 24 - Prevalência de perturbações mentais† de acordo com diversas caracteristicas sócio-demográficas dos utentes – Perturbações mentais detectados pela Escala ER/80 (n=227)

	Perturbações Mentais							
	Casos		Não Casos		TOTAL			
	N.º	%†	N.º	%	N.º	%	χ^2	p
Total	79	34.8	148	65.2	227	100.0	---	---
Total corrigida*	(57)	25.0	(170)	75.0	227	100.0	---	---
Sexo								
• Feminino	55	37.4	92	62.6	147	100.0	1.255	0.263
• Masculino	24	30.0	56	70.0	80	100.0	GL=1	
Idade								
• 15-29	6	17.1	29	82.9	35	100.0	19.528	0.001
• 30-44	20	32.8	41	67.2	61	100.0	GL=4	
• 45-59	36	55.4	29	44.6	65	100.0		
• 60-74	14	25.0	42	75.0	56	100.0		
• 75+	3	30.0	7	70.0	10	100.0		
Estado civil								
• Casados	66	40.0	99	60.0	165	100.0	9.904	0.007
• Viúvos e Div.	10	30.3	23	69.7	33	100.0	GL=2	
• Solteiros	3	10.3	26	89.7	29	100.0		
Actv. Remunerada								
• não	44	37.9	72	62.1	116	100.0	1.024	0.312
• sim	35	31.5	76	68.5	111	100.0	GL=1	
Instrução								
• < 6º ano	67	40.1	100	59.9	167	100.0	7.875	0.005
• >= 6º ano	12	20.0	48	80.0	60	100.0	GL=1	
Classe social (n=225)								
• classe 3	73	37.6	121	62.4	194	100.0	3.918	0.048
• classes 1 e 2	6	19.4	25	80.6	31	100.0	GL=1	
• Total	79	35.1	146	64.9	225	100.0		

* ( ): Números calculados aplicando ao total da amostra os valores da Prevalência corrigida

4.2. *Idade e perturbações mentais*

Se analisarmos detalhadamente as relações entre idade e perturbações mentais (Quadros 23 e 24) verificamos que é no grupo etário mais jovem (15-29 anos) que a proporção de perturbações mentais é menor. A prevalência é elevada nos grupos etários intermédios (30-44 e sobretudo 45-59 anos). Nos grupos etários 60-74 e 75 + anos a prevalência de perturbações mentais volta a diminuir, mas sem nunca atingir valores tão baixos como para o grupo etário dos 15-29 anos. Esta tendência é nítida para qualquer um dos métodos de identificação de

casos utilizados no estudo, independentemente das diferenças nos valores obtidos com cada um deles para a prevalência de PM em cada grupo etário (Quadros 23 e 24).

4.3. *Estado marital e perturbações mentais*

Analisando os dados em detalhe verifica-se que os MF detectaram mais perturbações mentais nos divorciados (50%) e nos casados (43%), seguindo-se os viúvos (37%) e os solteiros (13.8%). A Escala de Rastreio ER/80 detectou mais perturbações mentais nos casados (40%), seguindo-se os viúvos (33.3%), os divorciados (16.7%) e por último os solteiros (10.3%).

O pequeno número de divorciados presentes na amostra, apenas 6 (Quadro 3) , dificulta a retirada conclusões seguras quanto à prevalência neste grupo e impedem a aplicação do teste estatístico do χ^2 na comparação da proporção de perturbações mentais entre os grupos, pelo que decidimos que a melhor solução para a análise dos dados seria fazer a agregação do grupo dos divorciados com o dos viúvos (Quadros 23 e 24). Da análise destes quadros torna-se evidente, para ambos os métodos de identificação de casos, que as perturbações mentais são mais frequentes nos casados, seguindo-se os viúvos e divorciados e por último os solteiros, e que as diferenças encontradas não podem ser atribuídas ao acaso.

Ao contrário da nossa hipótese inicial, as P.M. detectadas pelos M.F. e pela Escala de Rastreio ER/80 foram mais frequentes nos utentes com vinculo marital (casados) do que nos utentes sem vinculo marital (divorciados, viúvos e solteiros), sendo as diferenças estatisticamente significativas (MF: $\chi^2 = 4.627$, G.L.=1, p=0.031; ER/80: $\chi^2 = 7.194$, G.L.=1, p=0.007).

4.4. *Actividade laboral e perturbações mentais*

Os M.F. e a Escala ER/80 detectaram mais P.M. nos utentes sem actividade laboral remunerada que nos utentes com actividade laboral remunerada, mas em nenhum dos casos as diferenças são estatisticamente significativas. (Quadros 23 e 24)

4.5. *Instrução e perturbações mentais*

Os M.F. detectam mais P.M. nos utentes com menos de 6 anos de escolaridade (sem escolaridade ou ensino primário) que nos utentes com 6 ou mais anos de escolaridade (ensino secundário ou superior), não sendo a diferença estatisticamente significativa. (Quadro 23) O mesmo se passa para o questionário de rastreio ER/80, sendo porém a diferença estatisticamente significativa. (Quadro 24)

4.6. *Classe social e perturbações mentais*

Os M.F. detectam ligeiramente mais P.M. nos utentes da classe dos serviços e classe intermédia (Classes 1 e 2 - Classificação de Goldthorpe) do que na classe dos trabalhadores manuais (Classes 3 - Classificação de Goldthorpe), não sendo contudo a diferença estatisticamente significativa (Quadro 23). Com a Escala ER/80 passa-se o oposto, detectando mais P.M. na classe dos trabalhadores manuais, atingindo a diferença significância estatística (Quadro 24).

Devido ao pequeno n.º de observações na classe dos serviços, apenas 2 (Quadro 3), esta foi agregada com a classe intermédia.

4.7. *Perturbações mentais e consumo de cuidados de saúde*

Neste capitulo pretende-se testar a hipótese de o consumo de consultas ser maior nos utentes com PM que nos utentes sem PM, quer para o total de consultas quer para cada um dos tipos de consultas considerados neste estudo. Testou-se a hipótese para os dois métodos de identificação de casos utilizados no estudo: a avaliação dos MF e a Escala ER/80.

As variáveis independentes relacionadas com o consumo de consultas não têm distribuição normal, quer no grupo de utentes com PM quer no grupo de utentes sem PM, variando o afastamento da normalidade com o tipo de consultas considerado, como vimos atrás no capítulo dedicado à caracterização da amostra, o que em principio contra-indica a utilização de métodos paramétricos. A isto, junta-se o facto de para alguns tipos de consultas as variâncias serem diferentes entre os grupos. Contudo, e apesar destas limitações, como a amostra é grande e o teste robusto quanto a violações dos seus pressupostos de utilização, calculamos o teste t de Student de comparação de médias entre amostras independentes, mas como com as alternativas não paramétricos se obtêm resultados mais consistentes, foram estas as preferidas.

Numa primeira fase exploramos a associação entre as classificações dos médicos de família (codificadas como 0 – sem PM e 1 – com PM) e as pontuações obtidas na Escala ER/80 e o n.º de consultas utilizadas recorrendo ao coeficiente de correlação ordinal de Spearman (Quadros 25 e 26).

Observaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre as classificações dos utentes como casos e não casos pelos MF e o n.º total de consultas, as consultas nos MF, no psiquiatra, nos médicos privados não especialistas e nas medicinas paralelas (Quadro 25). Calculando as correlações entre perturbações mentais detectadas pelos MF e o consumo de consultas separadamente para as mulheres e para os homens, verificam-se nas mulheres correlações positivas e estatisticamente significativas para o n.º total de consultas, as consultas nos MF, no psiquiatra e nas medicinas paralelas, e ainda para as consultas nos médicos especialistas e os internamentos (Quadro 25). Para os homens o mesmo tipo de correlação só se verifica para as consultas nas medicinas paralelas.

Fazendo as mesmas operações para a Escala ER/80 observaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas ente as pontuações na ER/80 e o n.º total de consultas, as consultas nos MF, no Serviço de Urgência, no psiquiatra e nas medicinas paralelas (Quadro 26). Considerando separadamente o consumo de consultas pelas mulheres e pelos homens, verificam-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre as pontuações na

Escala ER/80 e consumo de consultas para as mesmas consultas que no total da amostra, enquanto que para os homens o mesmo tipo de correlação só se verifica para as consultas no psiquiatra.

Os resultados expostos acima sugerem um comportamento diferente quanto ao consumo de consultas nos utentes com PM entre os homens e as mulheres, sendo o maior consumo de certos tipos de consultas no total da amostra explicado pelo maior consumo nas mulheres, com excepção das consultas nas medicinas paralelas (para o caso das PM detectas pelos MF) e das consultas de psiquiatria (para as PM detectadas pela Escala ER/80), em que não parece haver diferenças entre os sexos.

Quadro 25 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre perturbações mentais detectadas pelos médicos de família e o n.º de consultas frequentadas no ano anterior.

	Total (n=226)	p	Mulheres (n=146)	p	Homens (n=80)	p
N.º total de consultas	0.239	**0.000**	0.309	**0.000**	0.132	0.244
Consultas médico de família	0.178	**0.007**	0.242	**0.003**	0.057	0.618
Consultas serviço de urgência	0.079	0.239	0.071	0.395	0.089	0.545
Consultas psiquiatra	0.247	**0.000**	0.315	**0.000**	0.091	0.423
Consultas especialista	0.120	0.072	0.210	**0.011**	-0.066	0.563
C. médico privado não especialista	0.131	**0.049**	0.134	0.107	0.140	0.216
C. medicinas paralelas	0.224	**0.001**	0.198	**0.017**	0.260	**0.020**
Internamentos	0.116	0.081	0.203	**0.014**	0.009	0.937

Quadro 26 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre as pontuações na Escala ER/80 e o n.º de consultas frequentadas no ano anterior.

	Total (n=226)	p	Mulheres (n=146)	p	Homens (n=80)	p
N.º total de consultas	0.225	**0.001**	0.266	**0.001**	0.186	0.098
Consultas médico de família	0.197	**0.003**	0.260	**0.002**	0.120	0.290
Consultas serviço de urgência	0.150	**0.024**	0.162	0.050	0.109	0.337
Consultas psiquiatra	0.312	**0.000**	0.339	**0.000**	0.290	**0.009**
Consultas especialista	0.073	0.273	0.077	0.353	0.062	0.584
C. médico privado não especialista	0.052	0.437	0.010	0.900	0.137	0.227
C. medicinas paralelas	0.224	**0.001**	0.307	**0.000**	-0.059	0.601
Internamentos	0.055	0.408	0.143	0.085	-0.022	0.846

Com o objectivo de aprofundar a hipótese colocada atrás, calculamos o teste U de Mann-Whitney para comparação de amostras independentes a fim de averiguar a diferença no consumo de consultas entre o grupo de utentes com PM e o grupo de utentes sem PM para o total da amostra (Quadros 27 e 30) e para cada um dos sexos em separado (Quadros 28-29 e 31-32).

Quadro 27 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano anterior (n=226) - Casos detectados pelos médicos de família - Teste U de Mann-Whitney

		N	Média	DP	Média das Ordens	U	p
N.º total de consultas	Casos	88	13.65	*10.93	132.97	4358.5	**0.000**
	Não Casos	138	9.16	8.48	101.08		
C. médico de família	Casos	88	6.53	4.65	127.99	4796.5	**0.007**
	Não Casos	138	5.25	5.24	104.26		
C. serviço de urgência	Casos	88	1.34	1.92	119.49	5545.0	0.238
	Não Casos	138	1.13	1.92	109.68		
C. psiquiatra	Casos	88	1.49	**4.66	124.50	5104.0	**0.000**
	Não Casos	138	0.12	0.57	106.49		
C. especialista	Casos	88	2.53	3.30	122.95	5240.5	0.072
	Não Casos	138	2.01	3.34	107.47		
C. médico privado não especialista	Casos	88	0.66	1.66	120.76	5433.0	**0.049**
	Não Casos	138	0.38	1.35	108.87		
C. medicinas paralelas	Casos	88	0.78	**3.43	121.40	5376.5	**0.001**
	Não Casos	138	$6.52E^{-2}$	0.49	108.46		
Internamentos	Casos	88	0.34	**0.86	119.47	5547.0	0.081
	Não Casos	138	0.16	0.52	109.70		

Teste de Levene para a igualdade das variancias: *p< 0.05; ** p<0.001.

Quadro 28 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano anterior pelos utentes do sexo feminino (n= 146) - Casos detectados pelos médicos de família - Teste U de Mann-Whitney

		N	Média	DP	Média das Ordens	U	p
N.º total de consultas	Casos	66	14.20	*11.69	87.81	1695.5	**0.000**
	Não Casos	80	8.64	8.75	61.69		
C. médico de família	Casos	66	6.76	4.75	84.69	1901.5	**0.004**
	Não Casos	80	5.04	5.53	64.27		
C. serviço de urgência	Casos	66	1.44	2.10	76.59	2436.0	0.393
	Não Casos	80	1.04	1.50	70.95		
C. psiquiatra	Casos	66	1.59	**5.05	81.65	2102.0	**0.000**
	Não Casos	80	$7.50E^{-2}$	0.50	66.78		
C. especialista	Casos	66	2.82	3.52	82.91	2019.0	**0.011**
	Não Casos	80	1.96	3.88	65.74		
C. médico privado não especialista	Casos	66	0.61	*1.68	77.70	2362.5	0.107
	Não Casos	80	0.28	0.83	70.03		
C. medicinas paralelas	Casos	66	0.70	**3.12	78.04	2340.5	**0.017**
	Não Casos	80	0.11	0.64	69.76		
Internamentos	Casos	66	0.33	**0.87	79.12	2269.0	**0.014**
	Não Casos	80	$7.50E^{-2}$	0.27	68.86		

Teste de Levene para a igualdade das variancias: *p< 0.05; ** p<0.001.

Quadro 29 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano anterior pelos utentes do sexo masculino (n= 80) - Casos detectados pelos médicos de família - Teste U de Mann-Whitney

		N	Média	DP	Média das Ordens	U	p
N.º total de consultas	Casos	22	12.00	8.29	45.43	529.5	0.242
	Não Casos	58	9.88	8.11	38.63		
C. médico de família	Casos	22	5.86	4.38	42.61	591.5	0.614
	Não Casos	58	5.55	4.84	39.70		
C. serviço de urgência	Casos	22	1.05	1.25	42.86	586.0	0.541
	Não Casos	58	1.26	2.40	39.60		
C. psiquiatra	Casos	22	1.18	**3.30	42.27	599.0	0.420
	Não Casos	58	0.17	0.65	39.83		
C. especialista	Casos	22	1.68	2.40	38.14	589.0	0.560
	Não Casos	58	2.09	2.44	41.40		
C. médico privado não especialista	Casos	22	0.82	1.62	44.07	559.5	0.214
	Não Casos	58	0.53	1.85	39.15		
C. medicinas paralelas	Casos	22	1.05	**4.28	44.14	580.0	**0.021**
	Não Casos	58	0.00	0.00	39.50		
Internamentos	Casos	22	0.36	0.85	40.73	633.0	0.937
	Não Casos	58	0.28	0.72	40.41		

Teste de Levene para a igualdade das variancias: ** p<0.001.

Quadro 30 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano anterior (n=226) - Casos detectados pela Escala ER/80 - Teste U de Mann-Whitney

		N	Média	DP	Média das Ordens	U	p
N.º total de consultas	Casos	79	13.32	*11.26	129.42	2.686	**0.007**
	Não Casos	147	9.31	8.58	104.95		
C. médico de família	Casos	79	6.67	5.07	127.28	2.333	**0.020**
	Não Casos	147	5.26	4.98	106.10		
C. serviço de urgência	Casos	79	1.29	1.94	118.51	0.906	0.365
	Não Casos	147	1.17	1.92	110.81		
C. psiquiatra	Casos	79	1.56	**4.79	126.99	4.175	**0.000**
	Não Casos	147	0.16	0.99	106.25		
C. especialista	Casos	79	2.37	3.21	120.91	1.297	0.195
	Não Casos	147	2.14	3.40	109.52		
C. médico privado não especialista	Casos	79	0.65	*2.01	115.53	0.503	0.615
	Não Casos	147	0.41	1.10	112.41		
C. medicinas paralelas	Casos	79	0.56	2.82	120.19	2.613	**0.009**
	Não Casos	147	0.23	1.76	109.90		
Internamentos	Casos	79	0.27	0.67	117.35	1.034	0.301
	Não Casos	147	0.21	0.67	111.43		

Teste de Levene para a igualdade das variancias: *p< 0.05; ** p<0.001.

Quadro 31 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano anterior pelos utentes do sexo feminino (n= 146) - Casos detectados pela Escala ER/80 - Teste U de Mann-Whitney

		N	Média	DP	Média das Ordens	U	p
N.º total de consultas	Casos	55	10.43	*12.51	85.96	1817.0	**0.006**
	Não Casos	91	9.23	8.63	65.97		
C. médico de família	Casos	55	7.16	5.29	86.50	1787.5	**0.004**
	Não Casos	91	5.00	5.07	65.64		
C. serviço de urgência	Casos	55	1.25	1.80	75.64	2385.0	0.614
	Não Casos	91	1.20	1.81	72.21		
C. psiquiatra	Casos	55	1.80	**5.48	82.38	2014.0	**0.000**
	Não Casos	91	0.13	0.70	68.13		
C. especialista	Casos	55	2.58	3.61	79.09	2195.0	0.198
	Não Casos	91	2.21	3.82	70.12		
C. médico privado não especialista	Casos	55	0.53	1.75	73.33	2493.0	0.955
	Não Casos	91	0.36	1.91	73.60		
C. medicinas paralelas	Casos	55	0.80	**3.36	80.21	2133.5	**0.003**
	Não Casos	91	0.12	0.76	69.45		
Internamentos	Casos	55	0.25	0.64	77.98	2256.0	0.095
	Não Casos	91	0.15	0.61	70.79		

Teste de Levene para a igualdade das variancias: *p< 0.05; ** p<0.001.

Quadro 32 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano anterior pelos utentes do sexo masculino (n= 80) - Casos detectados pela Escala ER/80 - Teste U de Mann-Whitney

		N	Média	DP	Média das Ordens	U	p
N.º total de consultas	Casos	24	11.00	7.38	43.31	604.5	0.478
	Não Casos	56	10.23	8.53	39.29		
C. médico de família	Casos	24	5.54	4.41	40.42	670.0	0.983
	Não Casos	56	5.68	4.85	40.54		
C. serviço de urgência	Casos	24	1.38	2.26	43.04	611.0	0.485
	Não Casos	56	1.13	2.10	39.41		
C. psiquiatra	Casos	24	1.00	**2.64	44.98	564.5	**0.030**
	Não Casos	56	0.21	1.24	38.58		
C. especialista	Casos	24	1.88	1.96	41.94	637.5	0.706
	Não Casos	56	2.02	2.61	39.88		
C. médico privado não especialista	Casos	24	0.92	2.52	43.02	611.5	0.351
	Não Casos	56	0.48	1.36	39.42		
C. medicinas paralelas	Casos	24	0.00	0.00	39.50	648.0	0.352
	Não Casos	56	0.41	2.70	40.43		
Internamentos	Casos	24	0.29	0.75	39.83	656.0	0.805
	Não Casos	56	0.30	0.76	40.79		

Teste de Levene para a igualdade das variancias: ** p<0.001.

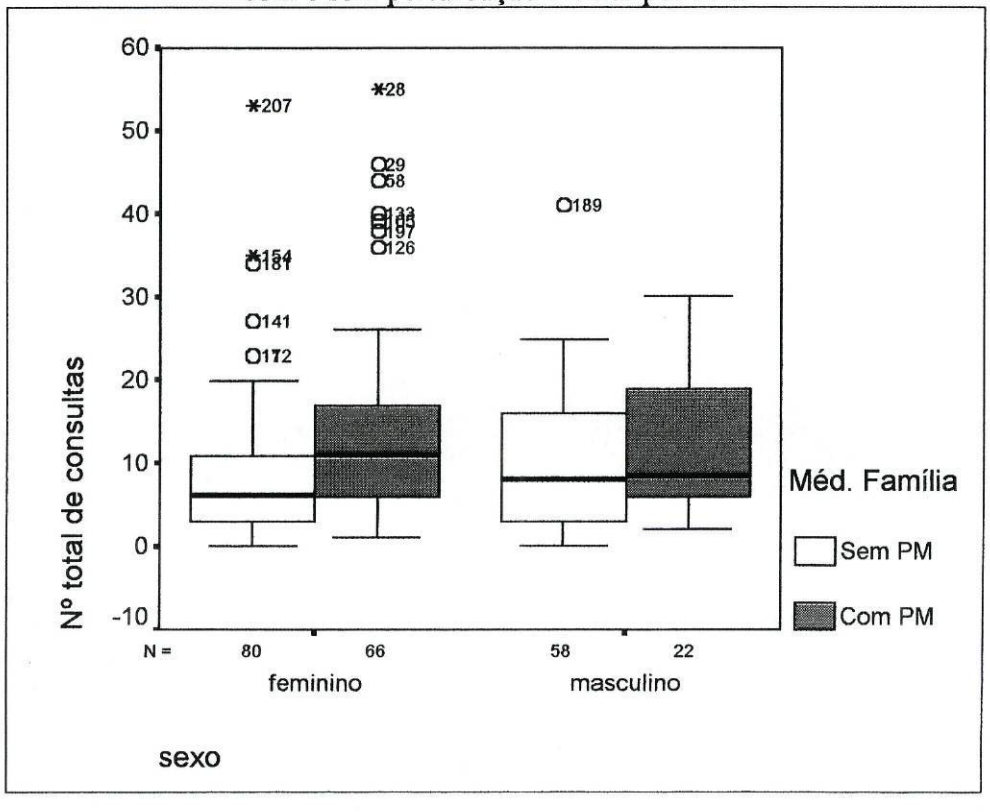
Os resultados dos Quadros 27-32 confirmam a nossa hipótese de que os utentes com PM consomem globalmente mais consultas que os utentes sem PM, e também alguns grupos específicos de consultas, como as consultas no MF, no psiquiatra e nas medicinas paralelas. Esta diferença é explicada pelo maior consumo de consultas nas mulheres com PM em relação

às mulheres sem PM (Quadros 27-32 e Gráf. 7); os homens com PM parecem não consumir globalmente mais consultas que os homens sem PM, e em termos de utilização de tipos específicos de consultas só frequentam mais as consultas no psiquiatra ou nas medicinas paralelas, conforme o método de detecção de casos utilizado. Assim parece existir uma clara diferença no comportamento de doença entre os sexos, com uma procura acrescida de cuidados nas mulheres com PM em relação às mulheres sem PM, o que não se verifica (ou só muito parcialmente se verifica) nos homens.

Em termos de utilização de métodos estatísticos, podemos concluir que os métodos não paramétricos parecem ser mais sensíveis na detecção de diferenças entre os grupos quando as distribuições da variável a comparar se afastam muito da normalidade.

Noutra leitura dos dados, se quisermos quantificar a magnitude da diferença no consumo de consultas entre os utentes com e sem PM, se calcularmos a razão entre as médias das consultas nos dois grupos (por exemplo para o Quadro 30) verificamos que o grupo com perturbações mentais consome cerca de 1.4 vezes mais consultas no total, 1.3 vezes mais consultas no médico de família, 2.5 vezes mais "consultas" nas Medicinas Paralelas, e 10 vezes mais consultas no psiquiatra que o grupo sem perturbações mentais.

Gráf. 7 - Diagrama de Caixa e Fio do número total de consultas nos utentes com e sem perturbação mental por sexo



4.8. *Perturbações mentais e absentismo laboral*

Testou-se a hipótese da associação entre perturbações mentais e absentismo laboral, avaliado pelo número de dias de baixa por doença no ano anterior, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e o teste U de Mann-Whitney de comparação de amostras independentes. Fizeram-se os cálculos para o total da amostra e separadamente para as mulheres e os homens. A hipótese foi testada para os dois métodos de identificação de casos usados no estudo

Os resultados encontram-se nos Quadros 33- 37.

Quadro 33 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre perturbações mentais, idade e n.º de dias de baixa no ano anterior (para o total da amostra (n=121) e separadamente para as mulheres (n=69) e os homens (n=52))

	MF	**p**	**SER/80**	**p**	**Idade**	**p**
N.º dias de baixa (H+M)	0.144	0.116	0.113	0.218	0.121	0.188
N.º de dias de baixa nas Mulheres	0.237	**0.050**	0.248	**0.040**	0.194	0.110
N.º de dias de baixa nos Homens	0.071	0.615	0.065	0.649	0.004	0.979

Legenda: MF – Classificação dos utentes pelos médicos de família como não casos e casos (codificação o e 1); SER/80 – score na Escala ER/80.

Os resultados da correlação mostram que existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre n.º de dias de baixa e PM para as mulheres; para os homens e o total da amostra as correlações são positivas mas não estatisticamente significativas. Não existe correlação estatisticamente significativa entre n.º de dias de baixa e idade. (Quadro 33).

Os Quadros 34 e 36 mostram que a totalidade dos utentes da amostra com PM tiveram em média maior número de dias de baixa que os utentes sem PM, existindo uma diferença acentuada no sexo feminino; no sexo masculino os dados são inconclusivos, consumindo o grupo de homens com PM detectadas pelos MF maior n.º médio de dias de baixa que os homens sem PM detectadas pelos MF, enquanto acontece o oposto nos homens com PM detectadas pela Escala ER/80.

Quando se comparam os grupos através do teste U de Mann-Whitney verifica-se nas mulheres a existência de uma associação estatisticamente significativa entre n.º de dias de baixa e PM detectadas pela escala ER/80 (Quadro 37) e uma relação entre n.º de dias de baixa e PM detectadas pelos MF que se aproxima da significância estatística (Quadro 35). Para o total da

amostra e os homens, as diferenças entre os grupos, embora existindo, não atingem significância estatística

Quadro 34 - Comparação do n.º de dias de baixa (por sexo) nos utentes com e sem perturbações mentais no ano anterior ao estudo (n=121)-- Casos detectados pelos médicos de família

		N	Md	Média	DP
Total	Casos	47	15	83.91	**131.94
	Não Casos	74	0	40.53	80.96
	Total	121	2	57.38	105.41
Mulheres	Casos	32	11	86.31	**135.46
	Não Casos	37	0	23.05	51.50
	Total	69	0	52.39	103.82
Homens	Casos	15	21	78.80	128.55
	Não Casos	37	5	58.00	100.06
	Total	52	11	64.00	108.14

Teste de Levene para a igualdade das variancias: ** p<0.001

Quadro 35 - Associação entre perturbações mentais e número de consultas frequentadas no ano (total e por sexos) -- Casos detectados pelos médicos de família - Teste U de Mann-Whitney para os dados do quadro anterior

		Média das ordens	Soma das ordens	U	Z	p
Total	Casos	66.91	3145.0	1461.0	1.573	0.116
	Não Casos	57.24	4236.0			
Mulheres	Casos	39.59	1267.0	445.0	1.995	0.051
	Não Casos	31.03	1148.0			
Homens	Casos	28.13	422.0	253.0	0.510	0.610
	Não Casos	25.84	956.0			

Quadro 36 - Comparação do n.º de dias de baixa (total e por sexos) nos utentes com e sem perturbações mentais no ano anterior ao estudo (n=121)-- Casos detectados pela Escala ER/80

		N	Md	Média	DP
Total	Casos	43	15	75.49	*121.31
	Não Casos	78	0	47.40	94.90
	Total	121	2	57.38	105.41
Mulheres	Casos	28	15	84.50	**131.24
	Não Casos	41	0	30.46	74.06
	Total	69	0	52.39	103.82
Homens	Casos	15	15	58.67	102.31
	Não Casos	37	10	66.16	111.71
	Total	52	11	64.00	108.14

Teste de Levene para a igualdade das variancias: *p< 0.05; ** p<0.001

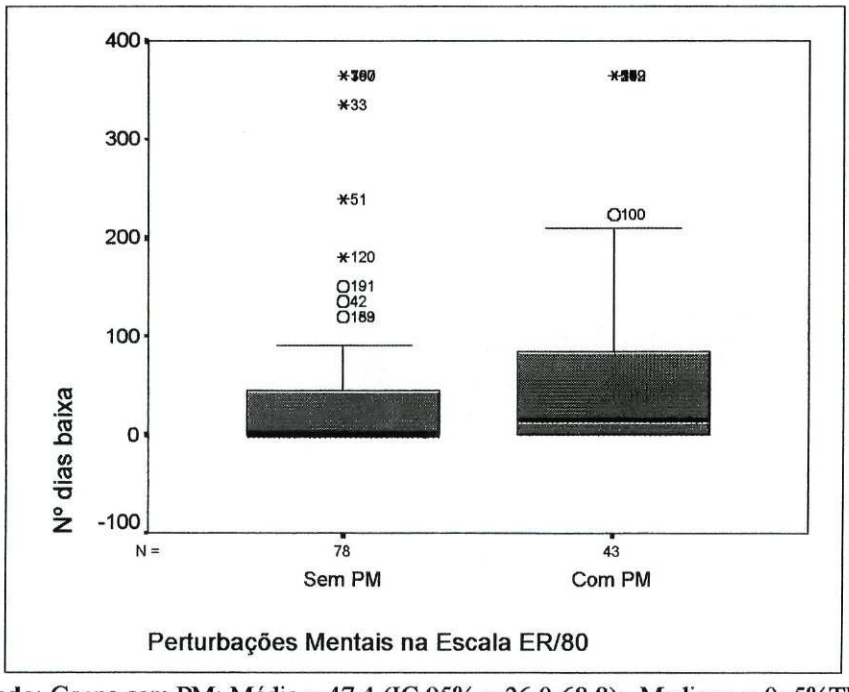
Quadro 37 - Associação entre perturbações mentais e n.º de dias de baixa (total e por sexos) -- Casos detectados pela Escala ER/80 - Teste U de Mann-Whitney para os dados do quadro anterior

		Média das ordens	Soma das ordens	U	Z	p
Total	Casos	66.66	2866.5	1433.5	1.403	0.161
	Não Casos	57.88	4514.5			
Mulheres	Casos	40.52	1134.5	419.5	2.087	**0.037**
	Não Casos	31.23	1280.5			
Homens	Casos	26.20	393.0	273.0	0.094	0.925
	Não Casos	26.62	985.0			

Os resultados sugerem que os utentes com PM consomem globalmente mais dias de baixa que os utentes sem PM (Quadros 34-37 e Gráf. 8). Esta diferença, como no caso da utilização de consultas, parece ser devida em grande parte ao maior consumo de baixas nas mulheres com PM em relação às mulheres sem PM (Quadros 34-37); nos homens a evidência quanto à relação entre PM e n.º de dias de baixa é inconclusiva.

Assim, também aqui parece existir uma clara diferença no comportamento de doença entre os sexos, com uma procura acrescida de cuidados nas mulheres com PM em relação às mulheres sem PM, o que não se pode comprovar nos homens.

Gráf. 8 - Diagrama de Caixa e Fio do número de dias de baixa nos utentes com e sem perturbação mental



Legenda: Grupo sem PM: Média = 47.4 (IC 95% = 26.0-68.8); Mediana = 0; 5%TM = 32.4
Mínimo = 0; Máximo = 365
Grupo com PM: Média = 75.5 (IC 95% = 38.2-112.8); Mediana = 15; 5%TM = 63.6
Mínimo = 0; Máximo = 365 [o –outliers; * - valores extremos]

5. Exercício de validação do GHQ

Realizou-se um exercício de validação do GHQ usando como padrão a escala ER/80 para obter medidas de validade de critério.

5.1. O *coeficiente de correlação* (Spearman Rho) entre os scores na escala de rastreio ER/80 e os scores no GHQ é +0.655, indicando uma correlação estatisticamente significativa entre os scores das duas escalas (p=0.000).
O valor do coeficiente de correlação é independente do limiar de positividade considerado para cada uma das escalas (Goldberg e Huxley 1980, p. 64).

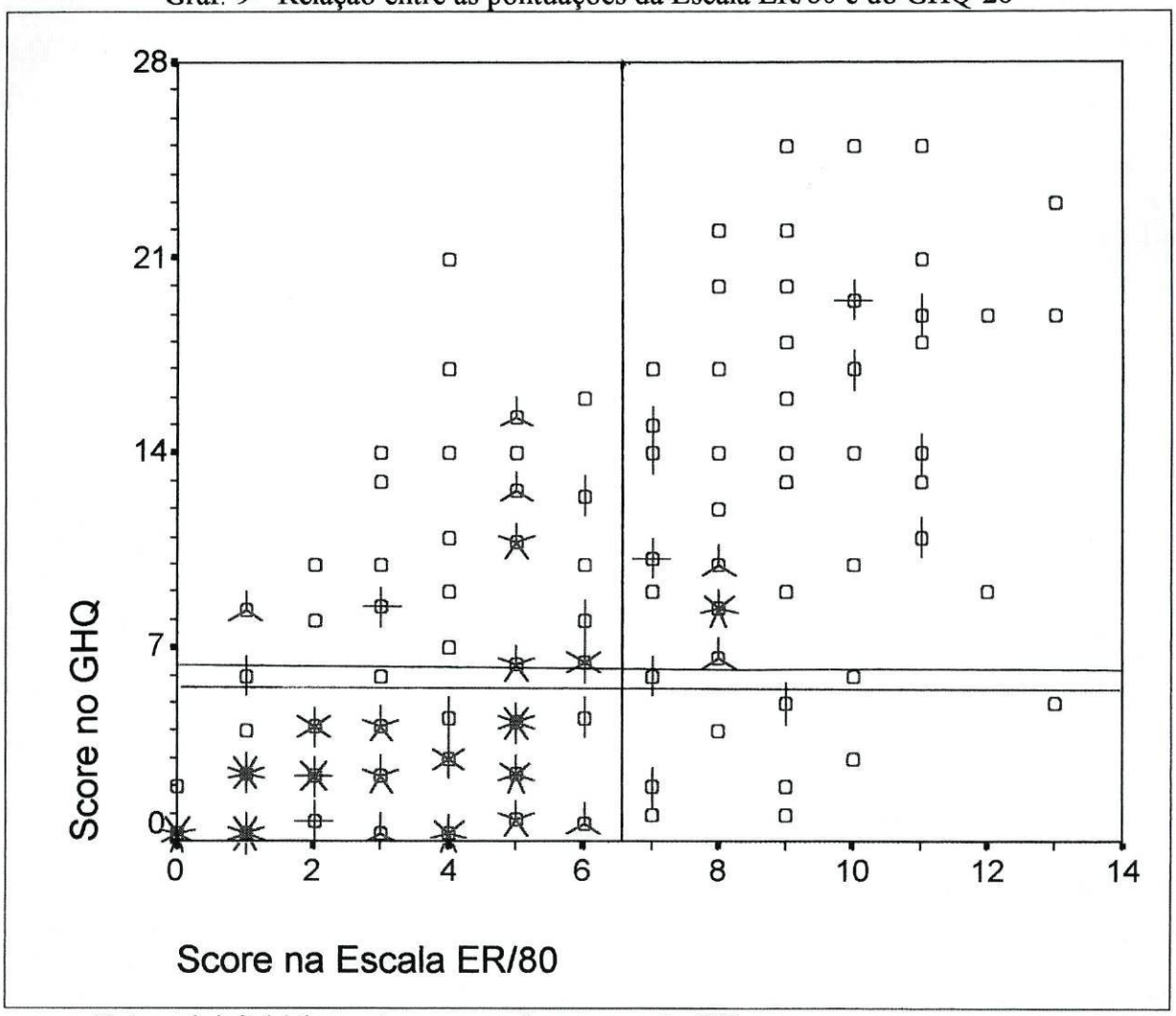
5.2. Cálculo da *sensibilidade* e *especificidade* do GHQ tendo como padrão a escala ER/80 a diferentes scores limiares

Como esperado o GHQ-28 no limiar 4/5, conforme proposto para utilização em Inglaterra tem elevada sensibilidade e menor especificidade quando usado em Portugal (Quadro 69)
O limiar que permite obter melhores características de rastreio para a amostra da população portuguesa em estudo parece ser o 6/7, com a identificação correcta de 77.5% dos casos e razoável equilíbrio entre a Sensibilidade (81.0%) e a Taxa de Falsos Positivos (1-Especificidade = 24.3%) (Quadro 69, Gráf. 9).

Quadro 69 - Características de rastreio da tradução portuguesa da versão de 28 itens do GHQ para diferentes scores limiares [critério - Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 (Pio de Abreu e Vaz Pato, 1981)]

Score limiar	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Taxa global de más classificações (%)	% global de concordâncias (%)
1/2	97.5	27.7	48.1	51.9
2/3	93.7	39.9	41.4	58.6
3/4	92.4	52.7	33.5	66.5
4/5	**91.1**	**65.5**	**25.1**	**74.9**
5/6	**87.3**	**70.3**	**23.8**	**76.2**
6/7	**81.0**	**75.7**	**22.5**	**77.5**
7/8	75.9	78.4	22.5	77.5
8/9	69.6	82.4	22.1	77.9
9/10	62.0	85.1	22.9	77.1
10/11	53.2	87.8	24.2	75.8
11/12	49.4	91.2	23.3	76.7

Gráf. 9- Relação entre as pontuações da Escala ER/80 e do GHQ-28



Nota: cada 'pétala' das rosetas corresponde a um caso (n=227).

Da nossa experiência na aplicação da versão portuguesa do GHQ-28 verificamos que parte dos utentes tem dificuldade na compreensão da questão 2 ("Tem sentido que precisava de um reconstituinte ?"). A redacção desta questão deveria ser reformulada.

Verificamos ainda que os utentes com baixo nível de escolaridade, os quais constituem a maioria da nossa amostra, têm alguma dificuldade de compreensão das respostas a dar numa escala tipo Likert. Quando o GHQ-28 foi administrado por entrevistador tornou-se necessário repetir as respostas, pois quando se acabava de ler a última, já o entrevistado tinha esquecido a primeira.

Por último, notamos que alguns utentes, sobretudo aqueles sem patologia psíquica, consideraram o GHQ-28 grande e repetitivo, enquanto aqueles com queixas do foro psiquiátrico se sentiam à vontade na exploração dos seus sintomas de ansiedade de depressão permitida pelo questionário.

VI. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

1. Características da amostra estudada

1.1. Variáveis sócio-demográficas

Estudo realizado em 227 utentes, maiores de 15 anos, das consultas de 10 médicos de clínica geral da região de Leiria; as idades variavam entre os 15 e os 84 anos; a população estudada era constituída sobretudo por pessoas casadas (72.7%), na sua maioria sem escolaridade ou só com o ensino primário (73.6%); as classes de actividade mais frequentes foram os reformados (32.6%), as domésticas (14.1%), os operários não especializados (18.5%) e os operários especializados (16.3%); a maior parte dos inquiridos foi classificada na classe dos trabalhadores manuais (86.2%) usando a versão colapsada da escala de classes sociais de Goldthorpe (1980).

1.2. Consumo de cuidados de saúde

a) consultas

Os utentes tinham frequentado em média 11 consultas médicas durante o ano de 1992, sendo as médias de 6 no médico de família, 2 em médicos especialistas, 1 no serviço de urgência, 0.7 em psiquiatras e 0.4 nas medicinas paralelas (Quadro 5).

Os dados quanto à média de consultas no médico de família, são semelhantes aos de outros estudos sobre problemas de saúde mental nos CSP realizados em Portugal, apesar do modo diferente de construção da amostra. Assim, Simões (1988) refere que os 284 utentes do seu estudo frequentaram em média 4.1 consultas no M.F. no ano de 1987.
Calculando a média do consumo de consultas no M.F. a partir da matriz de dados do estudo de Robalo (1989), para os 350 utentes que constituíram a sua amostra, obtêm-se a média de 3.9 consultas no M.F. no período de um ano que vai de 1 Outubro de 1988 a 30 Setembro de 1989. Quanto às restantes consultas não conhecemos dados que possibilitem comparações.

b) psicofármacos

Trinta e seis % dos utentes consumiam *psicofármacos*,sendo a prevalência de consumo de ansiolíticos de 34% e de antidepressivos de 8%. As mulheres consomem cerca de duas vezes mais psicofármacos que os homens (18% contra 43%). Quinze dos 21 utentes que consumiam mais de um psicofármaco tinham frequentado o psiquiatra no ano anterior. Dos que tomavam psicofármacos, 24.7% faziam-no há mais de 10 anos e 40.3% há 5 ou mais anos; 63.6% dos entrevistados declaravam tomar os psicofármacos todos os dias não poder passar sem eles. (Quadros 9-13)

Os nossos dados podem ser comparados com os obtidos por Robalo (1989) no seu estudo das perturbações mentais na consulta de medicina familiar do Centro de Saúde de Celas em Coimbra, onde 37,7% da amostra (132/350) consumia psicofármacos. Os dados deste estudo, pelo modo como foi organizada a amostra (amostra aleatória de fichas clinicas dos utentes que frequentaram a consulta durante o ano anterior), apontam para uma prevalência de período anual de consumo de psicofármacos entre os utentes frequentadores da consulta de 37.7%, enquanto a prevalência do nosso estudo (36%) é pontual. Nesse estudo 80.3% (106/132) dos consumidores de psicofármacos tomavam tranquilizantes, quer isoladamente (54.5%), quer em associação com outros psicofármacos.

No nosso estudo encontra-mos uma elevada % dos utentes da consulta a tomar psicofármacos (36%), que deverão ser dos medicamentos mais prescritos na consulta de clinica geral. O tipo de psicofármacos consumidos e os padrões de prescrição dos M.F. leva a concluir que 34% dos utentes tomavam ansiolíticos e 8% antidepressivos – este último grupo terapêutico prescrito na maioria dos casos por psiquiatras – o que á uma proporção muito diferente dos diagnósticos de ansiedade e depressão habitualmente detectados na consulta. A ansiedade e a depressão são as duas doenças psiquiátricas mais observadas na clinica geral, nos países ocidentais e a sua prevalência seria aproximadamente igual (Burvill 1988, p.225). Estes factos levantam a hipótese de muitos casos de depressão na clinica geral estarem a ser incorrectamente medicados com ansíoliticos, situação frequentemente encontrada em estudos realizados em vários países (Burvill 1988).

O facto de 40.3% dos utentes tomarem psicofármacos há 5 ou mais anos e de 63.6% os tomarem todos os dias, coloca a questão de haver nas consultas elevada proporção de psicofármaco-dependentes e de doentes mentais crónicos, estes últimos habitualmente relacionados com problemas sociais, e em que os psicofármacos são considerados ineficazes (Goldberg 1992).

Devemos deixar claro que os problemas aqui referidos não são conclusões, mas hipóteses sugeridas pela literatura, e que os dados recolhidos não contradizem. O seu esclarecimento necessita de estudos adicionais.

1.3. Absentismo laboral

Dos utentes que exerceram actividade profissional remunerada no ano anterior, 52.2% declararam ter estado de baixa nesse ano; a média de dias de baixa destes utentes foi de 112 dias (Quadros 14 e 19).

2. Estimativa da prevalência de perturbações mentais na consulta

A % de utentes sucessivos da consulta sofrendo de algum tipo de perturbação mental foi estimada em 25% (IC95%=19-31%), usando a Escala ER/80 como instrumento de identificação de casos. Assim, 25% é morbilidade psíquica total nos CSP, i.e., no nível 2 do modelo de Goldberg e Huxley, sendo 19% o valor mínimo admissível numa estimativa conservadora.

Este valor de 25% para a *prevalência provável* (PP) ou *verdadeira prevalência estimada* de perturbações mentais nos utentes maiores de 15 anos na consulta de clinica geral é ligeiramente menor que os valores encontrados em estudos realizados noutros países europeus, como se pode ver no Quadro 39. Os valores de prevalência obtidos em países do terceiro mundo são bastante mais reduzidos (Quadro 39). Uma explicação possível é que nesses países a patologia infecciosa e a má nutrição ainda são predominantes como motivo de procura de cuidados médicos, e nestas condições é razoável pensar que menos pacientes com P.M. frequentem os

cuidados primários, e que os que frequentam sejam 'encobertos' em termos numéricos, por patologias físicas muito mais comuns (Harding et al. 1980).

Quadro 39 - Morbilidade psiquiátrica na consulta de clinica geral: resultados de vários estudos usando questionários de rastreio em saúde mental (em utentes consecutivos)

Referência	Características do estudo	% de scores elevados	Verdadeira prevalência estimada (%)
Goldberg e Blackwell (1970) UK	GHQ-60 N= 553 1 C.G.	32	31
Goldberg et al. (1976) UK	GHQ-60 N=365 4 C.G.	37	30
Marks et al. (1979) UK	GHQ-60 N=4098 91 C.G.	40	40
Skuse e Williams (1984) UK	GHQ-60 N=272 1 C.G.	39	34
Fontanesi et al. (1985) Itália	GHQ-30 N=120	62	67
Bellantuono et al. (1987) Itália	GHQ-30 N=153 1 C.G.	46	35
Harding et al. (1980) Colombia, Índia, Sudão, Filipinas	SRQ-24 N=1624	.....	14

Fonte: Bellantuono et al. (1987); Harding et al. (1980).

Os nossos resultados são também comparáveis com os obtidos em alguns estudos portugueses (Quadro 40). Na nossa interpretação, os valores de prevalência obtidos nesses estudos são superiores aos nossos, quer porque estes utilizam questionários não aferidos (Leitão 1989, Almeida et al. 1990), quer porque as % de scores elevados nos questionários de rastreio não foram corrigidas para as taxas de falsos positivos destes, apresentando assim valores sobredimensionados da morbilidade. Dificilmente poderemos corrigir os valores obtidos, porque só num dos estudos em que é utilizada a Escala ER/80 nos são dadas as proporções de casos por sexo (Sousa et al. 1986), e nos estudos em que são utilizados outros questionários

não nos são dados os limiares de positividade considerados, e assim temos de fazer suposições sobre o limiar utilizado a fim ajustar os valores dos scores elevados para a % de falsos positivos e utilizar os valores de sensibilidade e especificidade obtidos em estudos de validação estrangeiros, os quais são inadequados para populações portuguesas, tornando a correcção ineficaz, como no caso de Almeida et al. (1990) (Quadro 40).

Acontece ainda que, actualmente, os estudos baseados em questionários de rastreio e não em instrumentos de diagnóstico (como os do Quadro 39) são criticados por apresentarem valores inflacionados da morbilidade psiquiátrica, embora se lhes reconheça o mérito de, no seu tempo, terem chamado a atenção para a elevada prevalência do sofrimento psicológico na clinica geral (Casey 1997, p. 4).

Quadro 40 - Morbilidade psiquiátrica na consulta de clinica geral: resultados de estudos portugueses utilizando questionários de rastreio em saúde mental (em utentes consecutivos)

Referência	Características do estudo	% de scores elevados (casos)	Verdadeira prevalência estimada (%) *
Sousa et al. (1986) Coimbra, Castelo Branco	ER/80 N=101 2 C.G.	33.7 (Limiar 5/6)	29
Silva et al. (1987) Porto	ER/80 N=133 (?) C.G.	31-39% (Limiar 5/6 e 6/7)	---
Conde Leitão (1989) Faro	SRQ-30 N=588 13 C.G.	41	---
Almeida et al. (1990) Lisboa	GHQ-30 N=58.6 5 C.G.	58.6	58+

* cálculos nossos efectuados a partir dos dados dos estudos e dos coeficientes de validade dos questionários descritos na literatura; + assumindo limiar 4/5, sensibilidade=91.4% e especifidade=87.0 como no estudo de validação original realizado em Inglaterra (Goldberg 1972).

3. O médico de família como detector de casos

3.1. morbilidade psiquiátrica visível

A morbilidade psiquiátrica visível constitui o nível 3 do modelo de Goldberg e Huxley, i.e., "as perturbações mentais tal como são percebidas pelo médico dos CSP" (Goldberg e Huxley 1980, p. 94). No nosso estudo a *morbilidade psiquiátrica visível* foi de 38.8% (Quadros 20 e 21).

É sabido que existe enorme variação entre as estimativas de morbilidade psiquiátrica feitas pelos médicos de família, e que causas possíveis para as explicar são: 1) **factores do médico**: diferenças no conceito de caso (não seguir um classificação de doenças como, por exemplo, a CIPS-2 - embora isso por si só não assegure uniformidade diagnóstica); diferente preparação e competência diagnóstica; diferente sensibilidade e interesse pelos problemas de psiquiatria e saúde mental; diferenças no estilo profissional (personalidade, empatia, técnica de entrevista clinica, capacidade de estabelecer uma boa relação médico-doente) 2) **factores do estudo**: diferenças nos denominadores usados, nos locais de pesquisa, nos grupos etários estudados, no método de amostragem e nas características sócio-demográficas da população 3) **diferenças verdadeiras na morbilidade psiquiátrica** entre diferentes populações, ou simplesmente entre os utentes de diferentes médicos na mesma população (fenómeno de selecção de determinados médicos pelos utentes com P.M.) Mas as variações são normalmente tão grandes, que os factores das alíneas 2) e 3) não são suficientes para as explicar, e só conseguem ser adequadamente explicadas por variações entre os médicos.

Numa revisão bibliográfica de 5 estudos de médicos de família sobre o seu ficheiro clinico, publicados na *Revista Portuguesa de Clinica Geral* de 1984 a 1990, Valente e Henriques (1992) constataram que os médicos identificaram 2.75% a 48% como sendo a proporção das consultas que têm como motivo perturbações mentais. Noutros estudos, realizados a partir de amostras aleatórias de fichas clinicas de utentes que frequentaram a consulta no ano anterior ao da realização do estudo (Simões 1988, Robalo 1989), e que dariam portanto uma prevalência de período anual de P.M. identificadas pelos M.F., verificou-se que a morbilidade visível era de 45% e 41.1% respectivamente. Mas já Leitão (1989), no Centro de Saúde de Faro, fazendo a média das P.M. detectadas por 13 médicos de família, obtêm uma morbilidade visível de

apenas 14%. Sousa et al.(1986) obtêm um valor de morbilidade visivel de 26.7% e Almeida et al. (1990) de 46.2%.

3.1.2. associação de sintomas físicos e psíquicos

A maior parte das perturbações mentais detectadas pelos M.F. encontrava-se associada a queixas fisicas (31.3%), existindo relativamente poucos casos de patologia exclusivamente psíquica (7.5%) (Quadro 20).

Isto coincide com o achado de estudos estrangeiros de que, a morbilidade psiquiátrica visível na consulta de clinica geral apenas numa minoria dos casos é inteiramente psiquiátrica, e a maior parte dos pacientes apresenta sintomas físicos associados aos seus distúrbios psicológicos (Goldberg e Blakwell 1970, Harding et al. 1980). O facto de muitos doentes terem tendência a apresentar apenas as suas queixas físicas e a deixar de referir os distúrbios psicológicos concomitantes, associado ao pouco tempo de consulta do clinico geral para investigação detalhada dos problemas psicológicos, explicariam uma elevada proporção de morbilidade oculta.

Em relação aos estudos portugueses, os nossos dados são comparáveis aos de Simões (1988), onde feito um inquérito aos M.F. dos utentes seleccionados para a amostra, estes consideraram que na amostra havia 12% de *doentes psíquicos* e 33% de *doentes mistos* (i.e., com patologia orgânica e psíquica associadas), mas discordam dos de Robalo (1989), onde o autor do estudo, através da revisão das fichas clinicas dos utentes seleccionados para a amostra com a colaboração (nalguns casos) dos seus médicos de família, classificou 37.7% dos utentes como tendo *exclusivamente perturbações mentais* e 3.4% como tendo *patologia mista* (patologia orgânica e psíquica associadas). Como as definições de doente somático, misto e psíquico foram idênticas em ambos os estudos, as disparidades observadas são melhor explicadas por diferenças no processo de recolha dos dados, resultando em provável má classificação dos utentes do último estudo.

3.2. morbilidade oculta, sensibilidade, especificidade

A *morbilidade psiquiátrica oculta* (não detectada pelos M.F.) foi estimada em 43%, usando a escala ER/80 como padrão para a definição dos casos. A *sensibilidade* dos M.F. foi estimada em 57% e a *especificidade* em 71%. Para esta especificidade algo baixa deve ter contribuído o viés relativamente elevado (1.1), pois os M.F., certamente motivados pela realização do estudo, detectaram mais casos que a escala ER/80, o que terá levado a 29% de falsos positivos (Quadro 22).

Estes dados devem ser considerados com cuidado, porque a escala ER/80 não foi validada em Portugal para uso nos CSP. A validade destes resultados, como de resto em muitos outros estudos da morbilidade oculta em que as avaliações do clinico geral foram comparados com um questionário de rastreio e não com as avaliações de um psiquiatra utilizando uma entrevista estruturada capaz de fornecer diagnósticos, depende fortemente da validade da escala como indicador de doença psiquiátrica (Marks et al. 1979; Wilkinson 1985).

Os nossos resultados são comparáveis com os resultados de estudos estrangeiros, mostrados nos Quadros 41 e 42. Observa-se que a morbilidade oculta anda pelos 40% na generalidade dos estudos, com excepção de um realizado em países do terceiro mundo em que foi de 63% (Harding et al. 1980). Logo, o subdiagnóstico das P.M. nos CSP é um fenómeno mundialmente espalhado, e a necessidade de maior conhecimento das perturbações psicológicas e de melhorar as aptidões dignósticas dos médicos é geral (Harding et al. 1980).

A sensibilidade dos médicos anda entre os 50 e 60% na generalidade dos estudos, com excepção dos países do terceiro mundo onde foi mais baixa (37%), e a especificidade é maior que a sensibilidade, variando entre 80 e 90% na generalidade dos estudos. Quer isto dizer que os médicos de família embora deixem muitos casos por detectar, em comparação com instrumentos independentes de detecção de casos, também raramente diagnosticam erradamente um paciente como sofrendo de perturbações mentais. Isto na generalidade dos casos, pois as aptidões diagnósticas variam enormemente de médico para médico, havendo médicos que conseguem obter resultados tão bons como os de um psiquiatra utilizando um instrumento de diagnóstico ou de um questionário de rastreio em consultas de apenas 10 minutos, e outros que são extremamente imprecisos nos seus diagnósticos, apresentando

concordâncias com os instrumentos padrão que são menores do que as que seriam de esperar apenas pelo efeito do acaso (Marks et al. 1979).

Também um médico pode aumentar o seu índice de identificação (sensibilidade na detecção de casos), descendo o limiar a que considera a perturbação mental presente – isto tem como consequência a descida da morbilidade oculta, à custa do aumento da morbilidade visível (e portanto do viés) e da diminuição da especificidade. Parece ser este o caso do estudo de Bellantuonno et al. (1987), onde o mesmo médico, em duas ocasiões sucessivas, com o psiquiatra presente e o psiquiatra ausente, obteve coeficientes de concordância bastantes diferentes (Quadro 41). Observa-se que a prevalência do médico, a sua sensibilidade e viés são maiores com o psiquiatra presente que com o psiquiatra ausente, e que a sua especificidade e morbilidade oculta são menores. Estes resultados explicam-se pela influência da presença do psiquiatra e da realização do inquérito no comportamento do médico em relação à identificação de perturbações psiquiátricas nos seus pacientes.

Quadro 41 - Resultados de vários estudos da detecção de perturbações mentais pelos médicos nos cuidados primários, em utentes consecutivos (I)

Referência	Morbilidade visível (%)	Morbilidade oculta (%)	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	viés
Goldberg e Blackwell (1970) UK	20	33	66+	....	0.64+
Goldberg et al. (1976) UK	37	43	57+	....	1.23+
Marks et al. (1979) UK	31	46	54* (média)	....	0.78+
Skuse e Williams (1984) UK	24	49	51	90	0.70+
Bellantuono et al. (1987) Itália	(61) 37	(9) 59	(91) 41	(55) 66	(1.72) 1.04
Harding et al. (1980) Colômbia, Índia, Sudão, Filipinas	7	63	37	93	0.7+

Bellantuono et al. (1987) - ( ) psiquiatra presente; sem parêntesis - psiquiatra ausente.
* corrigido para a precisão do instrumento de identificação de casos
+ cálculos nossos a partir dos dados do texto dos artigos

Quadro 42 - Resultados de vários estudos da detecção de perturbações mentais pelos médicos nos cuidados primários (II)

Referência	Características do estudo	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Broday et al. (1982) Austrália	GHQ-30 N=185 14 C.G.	49*	....
Chancellor et al. (1977) Austrália	GHQ-30 N=1301 15 C.G.	27	88
Hennrikus et al. (1986) Austrália	GHQ-30 N=1722 50 C.G.	74*	91*
Hesbacher et al. (1980) EUA	HSC-25 N=720 6 C.G.	64	93

Fonte: Sanson-Fisher e Hennrikus (1988).-
* corrigido para a precisão do instrumento de identificação de casos
HSC-25 - Hopkins Symptom Checklist-25

Os resultados de estudos nacionais comparáveis são apresentados no Quadro 43, situando-se a morbilidade oculta pelos 40%, como acontece no nosso estudo e nos estudos estrangeiros. No nosso país a sensibilidade do médicos anda pelos 60% na generalidade dos estudos e a especificidade é também maior que a sensibilidade, variando entre 70 e 90%.

Quadro 43 - Resultados de estudos portugueses: detecção de perturbações mentais pelos médicos de clinica geral nos cuidados primários

Referência	Morbilidade visível (%)	Morbilidade oculta (%)	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	viés
Sousa et al. (1986)	26.7^{+}	41.2^{+}	58.8^{+}	89.6^{+}	0.79^{+}
Almeida et al. (1990)	46.2^{+}	37.6^{+}	62.4^{+}	76.7^{+}	0.78^{+}
Valente	38.8	43.0	57.0	70.9	1.1

+ cálculos nossos a partir dos dados do texto dos artigos

4. Associação entre perturbações mentais e características sócio-demográficas dos utentes, consumo de cuidados de saúde e absentismo laboral

4.1.Perturbações mentais e características sócio-demográficas dos utentes

As perturbações mentais são mais frequentes nos grupos etários intermédios (30-60 anos), no sexo feminino e nos casados para os casos dos médicos de família; e nos grupos etários intermédios, nos casados, nos com instrução menor que o 6.º ano e nas classes sociais mais baixas para os casos detectados pela Escala ER/80 (Quadros 23 e 24).

Os resultados observados coincidem de um modo geral com os de estudos nacionais e estrangeiros realizados nos cuidados primários (Robalo 1989, Leitão 1989, Hesbacher et al. 1975, Marks et al. 1979). A ausência de associação ente algumas variáveis sócio-demográficas e a presença de perturbações mentais no nosso estudo dever-se-á mais, em nossa opinião ao **insuficiente tamanho da amostra** do que à ausência de associação real na população, porque, como se pode observar nos quadros 23 e 24, as perturbações mentais são mais frequentes nos grupos etários intermédios (30-60 anos), no sexo feminino, nos casados, nos sem actividade remunerada, nos com instrução menor que o 6.º ano e nas classes sociais mais baixas, independentemente de a diferença atingir significância estatística na amostra estudada. Devemos contudo reconhecer que, devido a falta de tempo e ao reduzido tamanho da amostra para esse fim, não fizemos o controle de variáveis de confundimento, o que poderia alterar o jogo das variáveis em presença, pois não é de excluir que algumas variáveis de exposição com relação com a doença estejam também correlacionadas entre si.

Outro factor poderá ter contribuído para enfraquecer a associação entre classe social e perturbações mentais: a **eventual má classificação da classe social**. Nalguns casos, tivemos dificuldade em classificar certas profissões como correspondendo a uma classe social utilizando apenas a lista de profissões da escala de Goldthorpe, a qual foi originalmente construída para ser aplicada em Inglaterra (Lucas 1988). No final acabámos com 86% de utentes da amostra na classe dos trabalhadores manuais. É nossa opinião que neste momento é muito difícil saber ao certo qual a validade de qualquer das classificações de classe social utilizadas nos estudos médicos para a população portuguesa, como estas se comparam umas com as outras, qual a sua fiabilidade inter-observadores (faltam manuais explicando a sua

construção e instruções de aplicação). Em resumo, pensamos que a classe social tem sido tratada com alguma ligeireza nos estudos médicos. No nosso caso utilizamos uma classificação fácil de aplicar, que tem a caução de ter sido utilizada por um sociólogo num artigo publicado, mas sem termos tido acesso ao manual original, a dados de validade ou a instruções de aplicação.

Goldberg e Huxley (1980, p. 30) salientam que a medição da classe social e de outras variáveis socais é problemática, e que o "quadro confuso das relações entre doença psiquiátrica e variáveis sociais que emerge da literatura é devido ao facto de os estudos terem empregado diferentes medidas das variáveis sociais bem como diferentes concepções do que constitui um caso psiquiátrico", e que "um factor adicional que contribui para a confusão é a falha em distinguir claramente entre resultados de estudos conduzidos em localizações muito diferentes (hospital psiquiátrico, comunidade, CSP)".

Seria importante conseguir um instrumento aceitável para medir a classe social para uso em Portugal.

Apesar de provavelmente dar origem a um texto demasiado extenso e de leitura morosa, a associação entre morbilidade psiquiátrica e variáveis sociais deve ser analisada em 2 níveis: associação entre características sócio-demográficas dos utentes e perturbações mentais detectadas pelos M.F. (morbilidade visível nos C.S.P.), i.e., os *factores sociais ao **nível 3** do modelo de Goldberg e Huxley* (ver Goldberg e Huxley 1980, p. 101-104); associação associação entre características sócio-demográficas dos utentes e perturbações mentais detectadas pelo questionário de rastreio (prevalência provável ou morbilidade total nos C.S.P.), i.e., os *factores sociais ao **nível 2** do modelo de Goldberg e Huxley* (ver Goldberg e Huxley 1980, p. 83-85).

4.1.1. *nível 3* (morbilidade visível C.S.P.)

a) estudos estrangeiros

Marks et al. (1979) num inquérito realizado a 4098 pacientes de 91 clínicos gerais de Manchester, compararam a opinião dos M.F. sobre a presença de P.M. nos utentes (morbilidade psiquiátrica visível) com os scores do GHQ (prevalência provável), em relação a diversas variáveis sóciodemográficas:

estado marital - os M.F. diagnosticaram mais P.M., por ordem decrescente, entre os casados mas vivendo separados (51.2%), divorciados (43.4%), viúvos (38.8%), casados vivendo juntos (30%) e solteiros (25.2%). Estas diferenças são estatisticamente significativas.

sexo - os médicos detectaram mais perturbações mentais nas mulheres, independentemente do sexo do médico que fez a avaliação.

idade - os médicos de família detectaram mais casos no grupo etário dos 40 aos 60 anos.

ocupação - os médicos de família detectaram mais P.M., por ordem decrescente, nos desempregados (45.3%), domésticas, reformados, trabalhadores em tempo parcial, trabalhadores em tempo completo, e estudantes (18%). O índice de identificação dos M.F. é especialmente alto nos desempregados e baixo nos estudantes.

classe social - usando a idade a que os pacientes tinham deixado a escola como um indicador grosseiro de classe social, verificou-se que a morbilidade psiquiátrica visível baixava de 34.3% entre aqueles que deixavam a escola aos 15 (educação mínima em Inglaterra) para 15.6% para os que continuavam a estudar a tempo inteiro até aos 23.

b) estudos portugueses

Robalo (1989) no seu estudo sobre as P.M. na consulta de medicina familiar (realizado a partir da análise de uma amostra de 350 fichas clinicas de utentes que frequentaram as consultas dos médicos de um centro de saúde durante um ano), verificou que as P.M. detectadas pelos M.F. eram mais frequentes nos utilizadores do *sexo feminino* ($p<0.01$); *com idade maior ou igual a 60 anos* ($p<0.005$); *sem vinculo marital* ($p<0.01$) e *sem actividade laboral remunerada* ($p< 0.05$).

Também Leitão (1989) concluiu que as P.M. detectadas pelos M.F. são mais frequentes no *sexo feminino* ($p<0.05$).

4.1.2. *nível 2* (morbilidade total CSP)

a) estudos estrangeiros

Hesbacher et al. (1975), num estudo realizado nos EUA (Filadélfia) em 1283 utilizadores de 7 consultas de clinica geral, mostraram que as *mulheres* têm tendência a ter scores mais elevados

que os homens num questionário de rastreio psiquiátrico, e que esta tendência persistia quando os dados eram controlados para a classe social e a raça. No mesmo estudo foi também demonstrado que os inquiridos de *classe social baixa* tinham scores mais elevados que aqueles de classe social alta, e que este efeito persistia quando os dados eram controlados para o sexo e a raça.

Marks et al. (1979), como já vimos, estudaram a associação entre os scores do GHQ (prevalência provável) e a opinião dos M.F. quanto à presença de P.M. (morbilidade psiquiátrica visível) e algumas variáveis sócio-demográficas dos utentes:

estado marital - os investigadores verificaram que os separados e divorciados tinham mais perturbações mentais, medidas por scores mais elevados no GHQ. A prevalência provável era maior, por ordem decrescente, entre os casados vivendo separados (70.1%), seguindo-se os divorciados (54.4%), viúvos (40.7%), solteiros (36.7%), casados vivendo juntos (36.5%). Estas diferenças não são estatisticamente significativas entre os 3 últimos grupos.

sexo - a prevalência provável do questionário de rastreio é maior nas mulheres, mas só para os pacientes observados por médicos do sexo masculino. Quando os médicos são do sexo feminino não há diferenças entre os sexos quanto à provável prevalência de P.M. Isto explica-se por um recrutamento selectivo de homens com P.M. para os médicos do sexo feminino, já que os pacientes do sexo masculino consultando médicos do sexo feminino tinham uma prevalência provável de perturbações mentais significativamente maior que os pacientes do sexo masculino consultando médicos do sexo masculino.

idade - o questionário detecta mais casos no grupo etário dos 40 aos 60. O questionário identificou mais pacientes que os M.F. em todos os grupos etários, mas essa tendência foi especialmente marcada no grupo etário dos 15 aos 24 anos.

ocupação - as avaliações do questionário coincidem com as dos M.F. quando os dois sexos são considerados em conjunto, e detecta mais P.M., por ordem decrescente, nos desempregados (65.4%), domésticas, reformados, trabalhadores em tempo parcial, trabalhadores em tempo completo, e estudantes (33%). O questionário detecta mais P.M. nos estudantes que os M.F. (68% de P.M. que os M.F. falham em detectar; i.e., a morbilidade oculta neste grupo), já que o índice de identificação dos M.F. neste grupo é apenas de 0.32. O questionário também não confirma a opinião dos M.F. de que as mulheres domésticas sofrem mais de P.M. que as mulheres empregadas.

classe social - usando a idade em que os pacientes tinham deixado a escola (educação a tempo inteiro) como um indicador grosseiro de *classe social*, verificaram que aqueles que deixavam a escola aos 15 tinham maior proporção de PM. detectadas pelo GHQ que aqueles que continuavam a estudar para além dos 16. Contudo a descida não era tão grande como a detectada pelo M.F., mantendo-se a prevalência provável em cerca de 30% para aqueles que continuam a estudar até aos 23.

b) estudos portugueses

Os estudos de Simões (1988) e Robalo (1989) não são comparáveis com o nosso, porque naqueles a escala de rastreio ER/80 apenas foi aplicada aos utentes que a quem o M.F. não detectou P.M. no ano anterior.

Já o estudo de Leitão (1989), permite algumas comparações. Utilizando o SRQ, não validado para populações portuguesas, em uma amostra de 588 utentes da consulta de clinica geral do C.S. de Faro, verificou que o 'risco psiquiátrico' (% de scores elevados >10) era maior no *sexo feminino* ($p<0.001$); naqueles com *idade maior ou igual a 45 anos* ($p<0.000001$); *nos viúvos e divorciados* ($p<0.001$); nos que tiveram *4 ou menos anos de escolaridade* ($p<0.000001$); nos que *viviam sós* ($p<0.001$); e nos *reformados* e *domésticas* ($p<0.000001$).

4.2. Perturbações mentais e consumo de cuidados de saúde

Encontrou-se associação entre perturbações mentais e *consumo de consultas*, tendo os utentes com perturbações mentais tendência a frequentar cerca de 1,4 vezes mais consultas durante um ano que os restantes utentes. Em relação a tipos específicos de consultas, verifica-se que, de um modo geral, os utentes com P.M. consomem mais consultas no médico de família, em psiquiatras e nas medicinas paralelas que os utentes sem PM, sendo as diferenças estatisticamente significativas, quer os caso tenham sido detectados pelos MF ou pela Escala ER/80 (Quadros 27 e 30).

É nossa convicção que as diferenças encontradas não podem ser explicadas pela idade, mas podem ser explicadas pelo sexo. Com efeito as mulheres com perturbações mentais consomem maior n.° total de consultas e maior n.° dos tipos específicos de consultas acima referidos que

as mulheres sem perturbações mentais, enquanto nos homens o consumo médio de consultas é semelhante nos homens com e sem perturbações mentais, com excepção das consultas no psiquiatra.

Estes dados sugerem diferente comportamento de doença entre homens e mulheres, sendo as mulheres mais predispostas a recorrer a auxilio médico que os homens quando afectadas por sofrimento psicológico, embora se deva notar que globalmente a média de consultas não é diferente entre os sexos (Quadros 5 e 6).

Numerosos estudos estrangeiros, realizados em Inglaterra (por exemplo Sheperd et al. 1966) e nos EUA, mostram que as pessoas sofrendo de perturbação mental usam os serviços médicos até duas vezes mais que os pacientes sem esses problemas (Burvill 1988, p. 227).

Os utentes com P.M. são grandes consumidores de cuidados. mas este facto não implica que a detecção e tratamento das P.M. viesse a diminuir a procura de cuidados. Poderia até vir a aumentá-la, pelo menos numa primeira fase. Johnstone e Goldberg (1976) relataram que o uso do GHQ habilitou clínicos gerais a detectar doença psiquiátrica insuspeita em 11% dos seus pacientes. Num ensaio clinico controlado, destinado a avaliar a eficácia da detecção e do tratamento, em que estes 11% de pacientes com morbilidade psiquiátrica oculta foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos – um grupo tratado e um grupo de controlo que não recebeu tratamento – verificou-se que no grupo tratado a morbilidade oculta melhorava mais rapidamente e tinha um melhor prognóstico. Segundo os autores o grupo 'detectado' e tratado aumentou a sua taxa de consultas por queixas emocionais no ano seguinte, mas a sua taxa total de consultas não aumentou em relação ao grupo controle.

4.3. Perturbações mentais e absentismo laboral

As mulheres com perturbações mentais que trabalham registam mais absentismo laboral que as restantes mulheres, não se tendo conseguido demonstrar o mesmo comportamento nos homens nem na amostra de utentes considerada na sua globalidade. Os dados parecem sugerir também aqui, como no caso do consumo de consultas, uma clara diferença de comportamento de doença entre os sexos, com maior consumo de cuidados de saúde nas mulheres com perturbações mentais em relação às mulheres sem perturbações mentais.

Nos homens a evidência é inconclusiva, porque aqueles com PM detectadas pelos MF têm mais dias de baixa que os restantes embora a diferença não seja estatisticamente significativa (Quadros 34-35) e aqueles com PM detectadas pela Escala ER/80 têm menos dias de baixa que os restantes , embora a diferença também não seja estatisticamente significativa (Quadros 36-37). Como os grupos são pequenos (69 mulheres e 52 homens exerceram actividade remunerada no ano anterior ao estudo) não se pode excluir que uma amostra de maiores dimensões permitisse obter diferenças estatisticamente significativa em relação ao consumo de baixas também para os homens. No presente estudo a média de dias de baixa é maior para os homens que para as mulheres (64 contra 52 dias - Quadro 34), e apesar de haver maior proporção de homens activos que mulheres (60% contra 42% - Quadro 3), não encontramos uma explicação óbvia para este facto.

Diversos estudos referem que os utentes das consultas de clinica geral sofrendo de PM são responsáveis por maior n.° de dias de baixa que os restantes utentes; por outro lado os que são identificados como casos pelo M.F. têm maior probabilidade de ter baixas frequentes (Sheperd 1984).

5. Exercício de validação do GHQ-28 por comparação com a escala ER/80

O *coeficiente de correlação* entre as pontuações na Escala de Rastreio ER/80 e as pontuações no GHQ é + 0.065, indicando uma correlação estatisticamente significativa entre as pontuações das duas escalas ($p<0.01$). O coeficiente de correlação é uma medida geral de validade e o seu valor é independente do limiar de positividade considerado para cada uma das escalas (Goldberg e Huxley 1980, p. 64).

O limiar que permite obter melhores características de rastreio parece ser o 6/7, com a identificação correcta de 75.7% dos casos e uma taxa global de más classificações de 22.5% (Quadro 38). O principal óbice à validade destes resultados são as limitações da Escala ER/80 como critério de detecção de perturbação mental – idealmente o critério utilizado para validação de um questionário de rasteio não deveria ser outro questionário de rastreio, mas uma entrevista psiquiátrica estruturada aplicada por um psiquiatra, a qual constitui o 'gold

standard' da avaliação das perturbações mentais. Foi este o critério utilizado para validação do GHQ nos dois primeiros estudos apresentados no Quadro 44.

Apesar das limitações referidas estes resultados concordam com os obtidos por Lobo et al. (1986) na validação da versão espanhola do GHQ-28, em que a pontuação limiar de 6/7 foi a que permitiu obter menor % de más classificações. Na Inglaterra é o limiar 4/5 que dá melhores resultados globais (Goldberg e Hillier 1979).

Quadro 44 - Pontuações limiares e respectivos coeficientes de validação do GHQ-28 na Clinica Geral em diferentes localizações culturais

	Limiar	Sensibilidade	Especificidade	% concordâncias	% más classificações
Goldberg e Hillier, 1979	**4/5**	**88.0**	**84,2**	85.5	**14.5**
UK	5/6	88.0	88.8	85.8	14.2
Lobo et al. 1986	**5/6**	**84.6**	**82.0**	83.0	**17.0**
Espanha	6/7	76.9	90.2	85.0	15.0
Valente	6/7	81.0	75.7	77.5	22.5
Portugal					

Note-se que um instrumento de rastreio em saúde mental, concebido para ser aplicado num determinado contexto cultural, numa determinada localização (comunidade, serviços de saúde, etc.), num grupo etário, ou com uma finalidade especifica, pode ver a sua validade diminuída com a adaptação para utilização noutros países ou com a aplicação em contextos diferentes para os quais foi concebido. Esta perda de validade não depende apenas do limiar utilizado, e reflecte-se na diminuição dos valores da sensibilidade e da especificidade em relação aos mesmo valores da validação original, quando comparado com um 'gold standard', por mais que se faça variar o limiar de positividade. Valores reduzidos de sensibilidade e especificidade podem tornar o instrumento não válido, e portanto inútil para os fins pretendidos. Daí a necessidade de uma tradução e adaptação cuidadosa de um instrumento e de proceder sempre o à sua validação quando este vai ser utilizado num novo contexto cultural. Apesar disso é frequente o instrumento perder alguma validade, traduzida em diminuição dos coeficientes de sensibilidade e especificidade, quando utilizado no novo contexto.

No caso português, dado que a escala ER/80, o instrumento de rastreio mais usado entre nós em estudos nos CSP não se encontra validada convenientemente para os CSP, há necessidade obter para ela medidas de validade de critério (valores de sensibilidade e especificidade) para esta localização, não só para obter estimativas mais precisas da prevalência de P.M. e da morbilidade oculta em estudos futuros, como ainda para corrigir as estimativas já feitas. Há também necessidade de outros instrumentos, com maior divulgação a nível internacional, dos quais o mais conhecido é o GHQ, que permitam comparar os resultados dos nossos estudos com os obtidos no estrangeiro, e ao mesmo tempo forneçam mais apoio à pesquisa pela existência de manuais do questionário e de abundante bibliografia. Deste modo, o mais indicado seria comparar a Escala ER/80 e o GHQ com um instrumento independente, por exemplo uma entrevista psiquiátrica estruturada aplicada por psiquiatras treinados na sua utilização, o que permitiria calcular valores de sensibilidade e especificidade para cada um deles, e ao mesmo tempo comparar o desempenho dos dois, para ver com qual se obteriam melhores resultados. Os estudos de validação deveriam ser realizados prioritariamente nos *CSP (consulta de clinica geral)*, mas deveriam ser também feitos na *comunidade* e ainda nos *hospitais gerais*, se se pretender usar os questionários para estudos de morbilidade psiquiátrica nessas localizações.

O nosso exercício de validação, não pode apresentar resultados definitivos, mas mostra a necessidade da validação do GHQ para Portugal, se se pretender utilizá-lo para outros fins que não sejam a sua aplicação como simples *instrumento de rastreio* para identificar casos psiquiátricos potenciais, que devem depois ser examinados recorrendo uma entrevista psiquiátrica mais convencional. (ver Anexo V)

O uso *apenas* do GHQ (ou de qualquer outro questionário de rastreio) como *critério para a identificação de casos*, na estimativa da prevalência de perturbações afectivas na comunidade e nos CSP; no estimativa da morbilidade oculta e de outros indicadores do desempenho dos médicos como detectores de casos; como auxiliar do ensino clinico, permitindo avaliar a eficácia de programas de formação em saúde mental sobre os indicadores de desempenho dos formandos como detectores de casos; na estimativa da severidade das perturbações afectivas; na avaliação das necessidades não satisfeitas em saúde mental, exige ao menos que se obtenham valores de sensibilidade e especificidade para a localização onde se pretende usar o questionário. Nestes casos, em que se prescinde por razões de tempo, de custos, de falta de

psiquiatras treinados na utilização de entrevistas psiquiátricas estruturadas (que poderão levar uma hora por utente, ou mais, conforme a entrevista), o uso de questionários e escalas, (mesmo validados cuidadosamente), tem sido sistematicamente criticado por vários autores, com base em estudos de validação que reportam valores de sensibilidade e especificidade menos favoráveis, principalmente em comparação com critérios diagnósticos de pesquisa que permitem classificações segundo as classificações internacionais de doenças psiquiátricas, e que não aceitam os questionários de rastreio como critérios adequados para a definição de casos (ver Wilkinson 1985, nos seus comentários a grande parte dos estudos referenciados nos quadros 45, 46 e 47). Em Portugal, seguir tais orientações seria provavelmente excessivo, e inviabilizaria todos os pequenos estudos independentes ao nível dos cuidados primários, embora devesse ser obrigatório para todos os estudos institucionais ou oficiais, que ao que parece se encontram ainda por fazer. Agora usar questionários de rastreio como instrumentos de identificação de casos, sem se conhecerem ao certo os seus valores de sensibilidade e especificidade, também não parece muito defensável, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático, arriscando-nos a obter resultados enganadores, por exemplo ao comparar os juízos do médico de família com instrumentos que podem ser menos sensíveis e específicos do que este na detecção de casos.

Um exemplo, a juntar às disparidades dos valores de 'prevalência' de perturbações mentais observados no Quadro 40, pensamos que demonstrará sem margem para dúvidas os inconvenientes do uso de questionários e escalas não validados, e de juntar ainda a esta prática a interpretação directa das % de pontuações elevadas como valores de prevalência..

No nosso estudo, como aplicamos dois questionários, verificámos que com a escala ER/80 obtivemos 34.8% de pontuações elevadas (Quadro 21) e com o GHQ-28, no limiar 4/5 tal como usado em Inglaterra, 55.1%. Se tomássemos estes valores como prevalências de perturbações mentais, os dois instrumentos aplicados à mesma amostra dariam entre si uma diferença no valor da prevalência de 20.3%, a qual parece ser grande demais para ser aceitável. Quando corrigimos a % de pontuações elevadas dos dois instrumentos com os valores da sensibilidade e da taxa de falsos positivos (fórmula da p. 18, definição 10) disponíveis para cada um deles, obtivemos estimativas do valor da prevalência de 25% e 54.4% respectivamente, o que dá uma diferença ainda maior de 29.4%.

VII. RECOMENDAÇÕES E PROPOSTAS

Vamos em seguida fazer algumas recomendações genéricas de acções que podem contribuir para melhorar a situação no campo da saúde mental ao nível dos CSP. Não existem medidas prontas a usar. Cada uma das recomendações exigiria um programa próprio e detalhado, investigação e adaptações várias para a sua aplicação. Algumas não podem pôr-se simplesmente em prática ao nível local de um Centro de Saúde, mas exigem o envolvimento dos responsáveis pelas políticas de saúde e das Universidades, enquanto instituições por excelência de formação pós-graduada dos profissionais de saúde e de investigação. Orientámo-nos para propostas concretas, embora de âmbito geral, e tentámos concretizá-las e fundamentá-las discutindo-as em detalhe. Quaisquer propostas deste tipo deverão ser previamente discutidas com os psiquiatras, os médicos de clinica geral e os seus formadores, outros profissionais de saúde envolvidos e os dirigentes associativos das diferentes classes, a fim de obter a sua contribuição.

1. ADAPTAR E VALIDAR INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE FÁCIL UTILIZAÇÃO QUE PERMITAM EFECTUAR ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E AVALIATIVOS EM SAÚDE MENTAL AO NIVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

Segundo Harding (1976):

> "O nível limitado de recursos disponíveis para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento acentua a necessidade de pesquisa bem conduzida nos requisitos e na efectividade das intervenções. No campo da saúde mental um dos principais constrangimentos à pesquisa é a falta de instrumentos convenientes, já que quase todos os instrumentos para a detecção de casos, medição de sintomas, e diagnósticos estandartizados foram desenvolvidos nos países industrializados. Os procedimentos para desenvolver, estabelecer a fiabilidade, e validar tais instrumentos desde o esboço são morosos e caros. A experiência (...) demonstrou que um conjunto estandartizado de instrumentos de pesquisa pode ser desenvolvido para uso em circunstâncias culturais muito diferentes e produzir resultados fiáveis e válidos. Parece portanto

> razoável concentrar consideráveis esforços em métodos para a validação e adaptação de instrumentos de pesquisa desenvolvidos num país para uso em novas localizações socioculturais. (...)
>
> Um 'Comité de Peritos da Organização Mundial de Saúde na Organização de Serviços de Saúde Mental nos Países em Desenvolvimento', recomendou recentemente que o aumento da pesquisa epidemiológica e avaliativa é um pré-requisito para a melhoria dos serviços de saúde mental nos países em desenvolvimento. Em tais países, as ferramentas de pesquisa devem ser relativamente simples e pouco custosas para serem largamente usadas e a validação deve poder ser levada a cabo sem extensa delapidação de recursos."

Estas considerações, produzidas a propósito de um estudo de validação do GHQ na Jamaica, poder-se-iam, sem dúvida, aplicar a Portugal. Se o os nossos recursos para a saúde não são tão limitados como os dos países em desenvolvimento, é preciso não esquecer que o custo crescente dos cuidados médicos é um problema de todos os países industrializados, e que os problemas de saúde mental, pelo elevado consumo de cuidados médicos e medicamentos que ocasionam, pela sua associação como o absentismo laboral e com problemas sociais de vária ordem, contribuem para um dispêndio de recursos, que seria bom evitar que crescesse ainda mais.

Os estudos bem conduzidos sobre a necessidade e efectividade das intervenções em saúde mental também não parecem abundantes, e em matéria da disponibilidade de instrumentos de pesquisa fiáveis, válidos e de fácil utilização ao nível dos cuidados de saúde primários, estaremos certamente pior que muitos países do terceiro mundo.

As utilizações de tais instrumentos, normalmente simples questionários auto-administrados, de que o mais conhecido é o GHQ, são vários, e já nos referimos a eles acima (p. 81) e no ANEXO V:

a) como *instrumento de rastreio*

- *em investigação / estudos de prevalência* para identificar casos psiquiátricos potenciais, que devem depois ser examinados usando uma entrevista psiquiátrica mais convencional;

- *na prática clinica,* para identificar casos psiquiátricos potenciais, que devem depois ser examinados cuidadosamente pelo médico, a fim de ver se se confirmam como tal;

b) como *critério para a identificação de casos*:
- na *estimativa da prevalência de perturbações afectivas* na comunidade e nos CSP e estimar a severidade;
- na estimativa da morbilidade oculta e de outros indicadores do desempenho dos médicos como detectores de casos;
- como *auxiliar do ensino clinico*, permitindo avaliar a eficácia de programas de formação em saúde mental sobre os indicadores de desempenho dos formandos como detectores de casos;
- na avaliação das necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental.

Mas para que estes instrumentos possam dar resultados fiáveis, é necessário que se encontrem convenientemente validados. A não validação em Portugal dos instrumentos usados na investigação em saúde, quando se trata de escalas e questionários da psicologia e das ciências sociais, é um facto geral, e desvaloriza os resultados de todos os estudos. Os autores, quando não ignoram o problema, vêm-se obrigados a declarar, entre outras deficiências, que usaram instrumentos não validados. Normalmente, em todos os países, quando se quer aplicar um novo instrumento a 1ª fase é validá-lo. Talvez esta falta de investimento nos estudos de validação, se deva à leitura de artigos sobre o desenvolvimento de escalas de novo e à crença da necessidade de seguir numerosas e complexas fases desde a selecção dos itens e à necessidade de complicados cálculos matemáticos. Contudo diversos autores (Harding et al. 1976, Fontanesi et al. 1985, Lobo et al. 1986) têm apresentado estudos de validação simples do GHQ, realizados em pequenas amostras, adaptando este instrumento aos respectivos países, que pouco mais são do que a recalibração do instrumento e o cálculo da sensibilidade, especificidade e valores preditivos para uma prevalência estandartizada de 30% de P.M., usando como critério uma entrevista psiquiátrica estruturada.
Em Portugal existem certamente competência e recursos para fazer estes pequenos estudos de validação, desde que se criem condições que permitam a adaptação para Portugal de entrevistas psiquiátricas estruturadas de uso internacional e o treino de psiquiatras na sua aplicação, se necessário recorrendo à colaboração com instituições estrangeiras e a estágios no exterior.

Propusemos atrás, e justificámos, a validação da escala ER/80 e do GHQ em Portugal nos CSP e na comunidade.

Seria ideal poder usar o GHQ em Portugal, por vários motivos: possibilitar comparações a nível internacional, já que se fizeram inúmeros estudos com o GHQ em todo o mundo; melhor apoio à investigação, por possuir um excelente manual e abundante bibliografia; grande aceitação a nível internacional dos estudos feitos com este questionário.
Mas há ainda outros problemas a resolver antes de poder usar este questionário: o questionário e os manuais têm direitos de autor e não pode obter-se autorização para o seu uso gratuitamente.
Se não se conseguir resolver o problema dos direitos de autor satisfatoriamente, de modo a tornar o questionário e a sua documentação geralmente acessíveis, uma alternativa é fazer a validação do Self Reporting Questionnaire (SRQ), da Organização Mundial de Saúde (Harding et al. 1980, Martín et al. 1988).

2. PROMOVER A INVESTIGAÇÃO DOS PROBLEMAS DA SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dever-se-ia fomentar a investigação dos problemas da saúde mental nos CSP, junto dos principais interessados: os médicos de clinica geral. Há exemplos de alguns desses estudos na Revista Portuguesa de Clinica Geral, cujo objectivo é normalmente a avaliação da "morbilidade psiquiátrica visível" no ficheiro. Os estudos que exigem o uso instrumentos de identificação de casos, deveriam ser estimulados, mas como já referimos dever-se-ia dispor de instrumentos fiáveis e válidos. Vamos em seguida delinear, a um nível quase especulativo (i.e., sem planeamento detalhado), algumas ideias com o objectivo de promover a investigação em saúde mental ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Uma das acções seria aproveitar o trabalho de investigação ou o relatório de estágio em saúde mental que os internos de clinica geral têm obrigatoriamente de fazer no Internato Complementar. O facto de aprofundarem ou não temas de saúde mental, dependerá em grande parte do apoio que poderão obter a nível local ou das instituições com responsabilidades na saúde mental ou pela sua formação. Mas esta solução está longe de ser a

ideal em termos de resultados, já que sendo o trabalho individual, realizado em curto espaço de tempo, e tendo os intervenientes pouca experiência e formação em técnicas de investigação, os resultados obtidos terão sobretudo valor formativo.

A iniciativa de projectos de investigação na área da saúde mental poderá também partir dos responsáveis pelos serviços de clinica geral, dos serviços de psiquiatria, dos departamentos universitários no âmbito das respectivas políticas de investigação ou programas académicos pós-graduados, e até de Organizações não Governamentais, a exemplo do que já acontece noutras áreas, por exemplo as da Toxicodependência e da infecção pelo HIV. Um factor critico será a disponibilidade de apoio financeiro adequado, o que implica o assumir pelos poderes públicos dos problemas de saúde mental como uma prioridade em saúde.

Na fase pós Internato Complementar de Clinica Geral, uma iniciativa com potencial para promover a investigação e a melhoria da prestação de cuidados de saúde mental a nível dos CSP, seria a criação de Núcleos de Saúde Mental nos Centros de Saúde, responsáveis pela elaboração do Programa de Saúde Mental. Estes núcleos poderiam integrar grupos de investigação para objectivos específicos, de participação voluntária, envolvendo médicos de clinica geral, médicos de saúde pública, enfermeiros, assistentes sociais e psiquiatras dos Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais da área, especialmente aqueles com responsabilidades na formação dos clínicos gerais ou com interesse pela Psiquiatria de Ligação nos Cuidados Primários. Mas, porque todos os grupos profissionais têm de assegurar as suas tarefas de rotina, só o trabalho em equipa e o envolvimento dos outros profissionais (incluindo aqueles que estão em formação) permitirá que a realização de qualquer estudo não se torne um trabalho demasiado pesado e desmotivador ou então um conjunto de equívocos sem qualquer impacto sobre a prática dos serviços. Será ainda necessário assegurar algum apoio metodológico e estatístico e também financeiro.

Outra solução está no assumir pelo Estado, através da actual Direcção de Serviços de Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde, das suas responsabilidades no conhecimento da situação de saúde mental dos portugueses, de forma a poder implementar políticas de saúde mental adequadas. Parece ser esta a orientação preconizada no documento do Ministério da Saúde, ***Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002*** (1999), em que se preconiza um estudo da morbilidade psiquiátrica a nível nacional, como meio de caracterizar

a realidade psicopatológica por áreas geodemográficas, avaliar a sensibilidade diagnóstica e terapêutica dos clínicos gerais para as situações depressivas, tendo em vista planos de formação e organização dos serviços com vista a dar resposta às necessidades detectadas e permitir a avaliação da sua eficácia. Como se trata de estudos que exigem grandes recursos, só o Estado terá os meios de os fazer realizar, e exigirão certamente a articulação dos serviços centrais do Ministério da saúde com os serviços de saúde a nível local, as Universidades e outros interessados.

Quanto a possíveis temas a investigar, Burvill (1988) faz uma síntese de informação recente sobre os principais temas de investigação em saúde mental na prática da clinica geral.

3. USAR INSTRUMENTOS DE RASTREIO COMO AUXILIARES NA DETECÇÃO DE CASOS NA CONSULTA DE CLINICA GERAL

Os instrumentos de rastreio podem ajudar o clinico geral na identificação de doença mental na prática clinica. Existem dois tipos de instrumentos que podem ser utilizados: os que identificam doença psiquiátrica em geral e os que identificam sindromes específicos (Burvill 1988).

Entre os primeiros, o mais conhecido para uso na clinica geral é o *GHQ*. Foi relatado que o uso do GHQ na prática clinica permitiu a clínicos gerais detectar 11% de morbilidade psiquiátrica insuspeitada nos seus pacientes, e que tais pacientes melhoravam mais rapidamente e tinham melhor prognóstico (Johnstone e Goldberg 1976).

Entre os instrumentos capazes de detectar síndromas específicos contam-se o *Índice de Depressão de Beck*, a *Escala de Depressão de Zung* e a *Escala Geriátrica de Depressão*. Foi demonstrado que o feedback de um questionário de rastreio para a depressão aumenta a sensibilidade do clinico geral para detecção do síndroma, e que em combinação com treino limitado em certas patologias mentais mais frequentes, aumenta a quantidade de cuidados de saúde mental prestados aos utentes (Burvill 1988).

Goldberg (1985), depois de identificar as 5 principais razões para a não detecção de doença psiquiátrica, salienta que uma das soluções para o problema é o uso de uma grande variedade de 'testes de papel e lápis', que podem ser dados aos pacientes a fim de detectar aqueles que têm mais probabilidades de ter uma doença psiquiátrica. Revê em seguida as características de 13 testes de rastreio de auto-avaliação, que podem ser usados nos CSP ou nos hospitais gerais, e salienta que para o clinico prático a característica mais importante de um teste é o valor preditivo positivo, i.e., a probabilidade que alguém com um score elevado seja um verdadeiro caso. Indica o valor de 30% de prevalência de perturbações mentais (uma média de muitas consultas de medicina geral) como um dos mais indicados para comparar os valores preditivos dos diferentes testes entre si.

Goldberg e Bridges (1987) realizaram um estudo da comparação dos diagnósticos de 15 clínicos gerais com o GHQ-28 e uma entrevista psiquiátrica estruturada como critério para a definição dos casos. Os clínicos gerais tinham menos falsos positivos que o questionário, mas era mais provável que deixassem por detectar casos psiquiátricos. A utilização do GHQ-28 poderia aumentar a sua sensibilidade de cerca de 50% para 95%. Os autores concluem que a principal contribuição que pode ser dada por um simples teste de rastreio é aumentar o n.º de casos que podem ser detectados, mas que esse aumento da detecção se faz à custa de o médico ser obrigado a examinar numerosos falsos positivos, os quais têm normalmente perturbações afectivas transitórias de remissão espontânea. Não obstante, quanto maior for o score no GHQ maior será a probabilidade de o paciente ser diagnosticável de acordo com os critérios de uma das classificações de doenças psiquiátricas, e é menos provável que a perturbação seja de remissão espontânea.

Wright e Perini (1987), também num estudo com o GHQ-28, chegaram à conclusão que o score limiar de 5 produz mais falsos positivos que falsos negativos, obrigando o clinico geral a um grande trabalho adicional de avaliação de pacientes. Sugerem que o limiar seja elevado para 9, o que tornaria o teste mais útil clinicamente. A inevitável perda de sensibilidade que se registaria, poderia não ser clinicamente importante, já que muitos scores baixos no questionário (<9) poderiam corresponder apenas a perturbações moderadas ou transitórias.

O uso de questionários de rastreio na prática clinica é sem dúvida prometedor, mas são necessários estudos adicionais antes que se possa recomendar o seu uso rotineiro em Portugal.

Essa recomendação deveria ser feita por um organismo idóneo. Em primeiro lugar está sempre o problema da validação, pois os valores preditivos, além da prevalência da doença, dependem da sensibilidade e especificidade do teste, e é preciso obter valores de confiança para estes coeficientes. Seria também preciso estabelecer as suas indicações, i.e., as circunstâncias em que deveriam ser usados.

Ainda é incerto se a detecção melhorada da doença psiquiátrica levará necessariamente a melhor tratamento em todas as circunstâncias ou em todas as categorias de pacientes. Será inútil para os pacientes serem identificados como casos se não beneficiarem com o tratamento ou não tiverem acesso a este; em tais circunstâncias o uso de testes de identificação de casos poderá até ser prejudicial.

4. MELHORAR OS MÉTODOS DE FORMAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DOS MÉDICOS DE CLINICA GERAL

4.1. As vantagens dos médicos dos cuidados de saúde primários como agentes na detecção e tratamento das perturbações psicológicas.

Sanson-Fisher e Hennrikus (1988) salientam que os médicos dos cuidados de saúde primários são os agentes lógicos para a detecção e tratamento das perturbações psicológicas menores:

> "Primeiro, porque estão numa posição privilegiada para contactar com uma larga secção da população. (...) Segundo, os médicos de clinica geral provavelmente observam uma proporção significativa daqueles que sofrem de perturbação psicológica. Vários investigadores demonstraram que os pacientes psicologicamente perturbados são utilizadores mais frequentes dos cuidados médicos. (...) Terceiro, os médicos de clinica geral com grande probabilidade conhecem muito melhor os pacientes individuais e o seu contexto social que aqueles que prestam serviços especializados. Consequentemente é provável que tenham conhecimento das circunstâncias da vida do paciente que poderiam ter contribuído para as perturbações psicológicas; e podem estar mais aptos a julgar alterações do comportamento que podem ser sinais de perturbação."

Caldas de Almeida (1987) salienta igualmente o papel privilegiado do médico de clinica geral na detecção, tratamento e referência dos problemas de saúde mental:

> Em primeiro lugar porque "o clinico geral confronta-se na sua prática com um número significativo de situações do foro da saúde mental (...) a maioria dos casos de saúde mental que ocorrem na população recebem cuidados exclusivamente a nível da clinica geral, sendo muito reduzido o número de situações que chegam aos serviços de saúde mental."
>
> Em segundo lugar, porque "graças às condições específicas da sua prática (i.e., conhecimento do ambiente familiar e social do paciente e ainda dos seus problemas físicos), o clinico geral tem não só um acesso privilegiado ás situações de compromisso psicológico como em muitas delas tem condições de intervir mais precocemente e de modo mais eficaz que os psiquiatras e outros técnicos de saúde mental."
>
> "Finalmente, o facto de diversas **transformações sociais** (migrações, isolamento social, etc.) levar a que os agentes de saúde constituam cada vez mais o único interlocutor possível em situações de crise existencial, aliado à progressiva sensibilização das populações para as implicações psicológicas dos **problemas afectivo-sexuais**, **familiares**, **educacionais** e outros, faz prever que o clinico geral venha a ser cada vez mais solicitado a intervir em problemas do foro da saúde mental."

4.2. Possíveis benefícios da detecção precisa e tratamento apropriado da morbilidade psiquiátrica ao nível dos CSP

Sanson-Fisher e Hennrikus (1988) argumentam que, não só o médico de clinica geral está numa posição potencialmente valiosa para a detecção e tratamento dos distúrbios psicológicos menores, como numerosos benefícios podiam obter-se se este papel fosse completamente explorado:

> "*Testes custosos para perturbações físicas poderiam ser evitados.* É bem conhecido que as perturbações psicológicas se manifestam frequentemente na forma de sintomas

somáticos. Se os médicos de clinica geral tratam estes sintomas em vez dos problemas psicológicos subjacentes, testes desnecessários e frequentemente custosos para perturbações físicas podem ser levados a cabo.

A detecção precisa e o tratamento apropriado podem *reduzir o uso de psicofármacos*, que se encontram entre as medicações mais frequentemente prescritas na clinica geral. Dado que tais medicações podem ter consequências negativas, tais como efeitos laterais e dependência das drogas, um decréscimo na sua prescrição seria desejável.

A detecção e tratamento mais efectivos por parte dos médicos de cuidados primários poderia trazer benefícios económicos pelo facto de poder resultar num *decréscimo da utilização de recursos de cuidados médicos*. Na revisão que efectuaram da ligação entre perturbações mentais e utilização de cuidados médicos Mumford e colaboradores (1984) concluíram que a detecção precisa e psicoterapia simples poderão reduzir substancialmente a utilização e os custos dos cuidados de saúde.

Finalmente, tratamento adequado dos distúrbios psicológicos poderá resultar em *qualidade de vida melhorada para os pacientes individuais*, reduzindo sintomas causadores de distress em si mesmos, e que podem afectar as relações sociais e o desempenho dos papeis sociais."

4.3. Contudo grande parte da morbilidade psicológica existente ao nível dos CSP primários não é detectada, e a que é detectada muitas vezes não é adequadamente tratada.

Enquanto os argumentos para o envolvimento dos médicos de clinica geral nos aspectos da detecção precisa e tratamento efectivo dos distúrbios psicológicos menores parece clara, existem dados sugerindo que a primeira componente do tratamento - a detecção - não é levada a cabo com a precisão adequada. Numerosos estudos, realizados na Europa, nos EUA e em países do terceiro mundo (listados nos Quadros 39, 41 e 42), mostram que uma importante proporção das perturbações psicológicas ao nível dos CSP não são detectadas pelos médicos de clinica geral.

Outros estudos, demonstram que parte das perturbações psicológicas detectadas não são correctamente tratadas. O exemplo mais frequentemente usado é o tratamento da depressão.

Burvill (1988) salienta que é geralmente aceite que os clínicos gerais tendem a sobre-diagnosticar a ansiedade e a sub-diagnosticar a depressão. Tem sido observado que os doentes deprimidos tratados pelo clinico geral, recebem mais frequentemente medicação inadequada com benzodiazepinas que medicamentos antidepressivos. Mesmo quando o diagnóstico é realizado correctamente, as doses de antidepressivos são inadequadas, ou pelo menos muito mais baixas que as usadas pelos psiquiatras.

Outro problema muitas vezes referido, é o consumo excessivo ou inadequado de benzodiazepinas (Caldas de Almeida 1988).

4.4. Áreas prioritárias de intervenção do clinico geral em saúde mental

Caldas de Almeida (1987) define três áreas de prioritárias de intervenção do clinico geral em saúde mental: o diagnóstico e tratamento de primeira linha das situações psiquiátricas; o apoio psicológico às pessoas com doença física; e a intervenção em situações de crise que acompanham diversas fases da vida do indivíduo:

> "(1) Diagnóstico e tratamento de primeira linha das situações psiquiátricas
>
> Os quadros de **ansiedade** e **depressão**, muitas vezes manifestados através de queixas somáticas, constituem as situações mais frequentes na prática do clinico geral, podendo na maioria dos casos ser resolvidas inteiramente a este nível (...)
>
> As **psicoses** podem igualmente ser acompanhadas eficazmente pelo clinico geral, sobretudo nas suas fases iniciais em que é fundamental um diagnóstico precoce e, em alguns casos, na fase de tratamento pós-hospitalar.
>
> Os problemas ligados ao **alcoolismo**, às **farmacodependências**, às **perturbações mentais dos idosos** (demências), e ás **perturbações da sexualidade,** constituem igualmente áreas em que o clinico geral pode ter uma intervenção privilegiada.
>
> (2) Apoio psicológico às pessoas com doença física
>
> Estar doente constitui para todo o ser humano uma experiência particularmente complexa e traumática (...) Daí que, face à doença, a pessoa tenda a assumir **atitudes**

regressivas que podem comprometer seriamente o sucesso das terapêuticas instituídas, e que as intervenções de cunho psicológico assumam frequentemente um papel preponderante. (são exemplos de atitudes regressivas a **negação da doença**, com uma deficiente aderência às terapêuticas prescritas; por outro lado os receios infundidos pela doença podem levar algumas pessoas a uma **preocupação excessiva com o seu estado de saúde** e a uma procura repetida de consultas médicas e exames complementares; os **benefícios secundários retirados da doença**, que levam à sua manutenção; e finalmente as **reacções ansiosas e depressivas** ligadas sobretudo às doenças mortais e às doenças crónicas e incapacitantes)

Nas situações de doença física, o clinico geral, através do manejo da relação médico-doente, de intervenções a nível da matriz familiar ou da matriz sócio-laboral, pode prestar um apoio precioso que facilite a superação destas atitudes inadequadas (...)

(3) Intervenção em situações de crise

Muitas das situações de descompensação psicológica surgem nas crises que acompanham as fases de transição psicossocial (infância, adolescência, casamento e gravidez, menopausa e climatério, velhice). Por outro lado, a intervenção precoce centrada na crise permite não só a prevenção de perturbações psicopatológicas graves, como constitui frequentemente a intervenção terapêutica mais eficaz nos casos em que estas se declaram.

Acompanhando o clinico geral os seus pacientes ao longo das diversas fases da vida, e tendo um acesso privilegiado às matrizes familiar e social em que se encontram inseridos, a sua intervenção neste campo reveste-se de uma importância muito particular, constituindo uma das mais eficazes contribuições a nível da prevenção primária em Saúde Mental."

4.5. A formação dos clínicos gerais em saúde mental. Novos métodos de formação.

Para atingir estes objectivos é importante que o clinico geral tenha *formação em saúde mental* (pré-graduada e pós-graduada) nas áreas descritas acima, mas também na *técnica de conduzir*

a entrevista clinica: o manejo adequado da relação médico-doente, a compreensão psicológica, o aconselhamento e a psicoterapia constituem aspectos decisivos tanto no diagnóstico como na terapêutica das perturbações mentais. Dado que uma boa relação médico - doente não resolve todas as situações é também necessária formação na *prescrição adequada de psicofármacos.*

Em Portugal a formação pré-graduada dos clínicos gerais está a cargo da Coordenação do Internato Complementar de Clinica Geral que está incumbida de definir os programas. A formação pós-graduada realiza-se através de acções de formação organizadas pelos Administrações Regionais de Saúde, pelos Centros de Saúde e pelas associações profissionais como Associação Portuguesa de Médicos de Clinica Geral. As instituições referidas, ou outras interessadas, poderiam organizar acções de formação aproveitando os recursos existentes a nível local, como por exemplo os especialistas dos Hospitais Psiquiátricos e dos Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais Gerais.
Os modernos tratados de clinica geral (Rakel 1990, Zurro 1989) também trazem informação relevante sobre os principais temas da formação dos médicos de clinica geral em saúde mental.

Merecem particular destaque as novas técnicas de formação, para treino das técnicas de condução da entrevista clinica e desenvolvimento das aptidões na detecção de perturbações psicológicas, desenvolvidas na Inglaterra e nos EUA por Goldberg e colaboradores (Goldberg et al. 1980, Gask et al. 1987, Gask et al. 1988, Gask et al. 1991, Kaaya et al. 1992).
São empregues técnicas como filmagem em vídeo de entrevistas clinicas seleccionadas aleatoriamente, sem conhecimento dos clínicos participantes, que são posteriormente observadas e discutidas pelos participantes na formação ('video-feedback'), analisando-se os comportamentos verbais e não verbais do médico em relação a um modelo de comportamentos desejáveis. Mais tarde, avaliam-se os benefícios da formação na modificação dos comportamentos verbais e não verbais do médico, filmando um 2.º conjunto de entrevistas escolhidas aleatoriamente. Todos os comportamentos do modelo são pontuados no 1.º e no 2.º conjunto de entrevistas por um observador, de que a fiabilidade inter-observadores e intra-observador foi calculada e é conhecida. Se os pacientes preenchem o GHQ antes do 1.º conjunto de entrevistas, e o médico faz avaliação da presença ou ausência de perturbação psicológica, podem-se calcular coeficientes de concordância entre o médico e

o questionário para o 1.º conjunto de entrevistas. Se se fizer o mesmo para o 2.º conjunto de entrevistas, pode-se ter uma ideia de como a melhoria da técnica de entrevista poderá ter afectado positivamente o desempenho do médico como detector de casos. Estas técnicas são sem dúvida eficazes, e, mais do que isso, a sua eficácia pode ser avaliada. Representam também uma das mais importantes aplicações do GHQ.

A descrição feita reporta-se aos primeiros ensaios de desenvolvimento do método. Este tem sido simplificado e facilitado, existindo actualmente cassetes vídeo ilustrando o modelo de entrevista a seguir, e foi modificado para permitir o ensino em grupo não só de clínicos gerais em formação, mas também para treino dos clínicos gerais com funções de formadores, que depois deverão dar formação nele aos seus formandos. Isto proporciona uma grande expansão do método, sem recurso sistemático a especialistas em psiquiatria. Verificou-se que os formadores em clinica geral, apesar de serem clínicos gerais bem estabelecidos e com bastantes anos de prática, muitos tendo um interesse especial no tratamento das perturbações psicológicas, e previamente bons desempenhos na técnica de entrevista e na detecção de casos psiquiátricos, conseguiram melhorar significativamente as suas aptidões após terem sido submetidos a este método de treino (Gask et al. 1987).

Estas técnicas, pelos recursos que envolvem, exigindo consultórios que permitam filmagem vídeo (e instrumentos de identificação de casos validados para poder fazer avaliações fiáveis), dificilmente podem ser desenvolvidas a nível local, mas pensámos que são possíveis de implementar a nível dos Institutos da Qualidade em Saúde, de Centros de Saúde 'Modelo' orientados para a formação em exercício ou das Faculdades de Medicina. Certamente exigiriam experiências e estudos prévios à sua implementação.

5. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Nos últimos anos tem sido sublinhada a importância do lugar da clinica geral na organização global dos serviços psiquiátricos. A questão crucial não é como o clinico geral se pode adaptar aos serviços de saúde mental, mas o modo como o psiquiatra pode colaborar mais efectivamente com os serviços de cuidados de saúde primários e reforçar a efectividade do clinico geral como membro da equipa de saúde mental (OMS 1973). Segundo Sheperd et al. (1966), o requisito mais importante para a melhoria dos serviços de saúde mental, não é

provavelmente uma maior extensão e proliferação de serviços de psiquiatria, mas o fortalecimento do papel terapêutico do médico de família. Segundo estes autores, a equipa de cuidados de saúde primários é a pedra angular da psiquiatria comunitária.

Nos últimos anos, foi introduzida a noção de **psiquiatria de ligação na clinica geral**. É advogado o aconselhamento, as relações de consultor do psiquiatra apoiando a equipa de cuidados de saúde primários nos cuidados a prestar ao paciente, em vez do tradicional internamento no hospital. Contudo, parece não ter havido até há data uma avaliação critica das consequências clinicas e económicas desta prática (Wilkinson 1984), nem de outros modelos de interacção entre o psiquiatra e o clinico geral.

Burvill (1988) coloca a questão deste modo: "Qual é o melhor modelo (ou modelos) para a organização dos serviços médicos a fim de utilizar do modo mais efectivo os clínicos gerais e os psiquiatras no tratamento da doença psiquiátrica?" A resposta poderá ser diferente para sistemas de saúde tipo Serviço Nacional de Saúde, para sistemas baseados na clinica privada e para os países em desenvolvimento. Contudo o autor acredita que os modelos de psiquiatria de ligação na clinica geral "deveriam ser activamente explorados e avaliados. Estes modelos parecem ser a forma mais prometedora e efectiva de maximizar as aptidões potenciais do clinico geral e usar o número limitado de psiquiatras disponível. Isto teria especial importância em países com taxas baixas de psiquiatras por habitante."

A questão da organização dos serviços psiquiátricos é controversa, e em Portugal é ciclicamente alvo de debate, mas a impressão que fica é que não se chega a consensos de actuação nem se tomam decisões a nível dos responsáveis pelas políticas de saúde. Todas as iniciativas inovadoras parecem repousar no voluntarismo de alguns, arriscando-se a durar o tempo que durar o entusiasmo e a disponibilidade dos seus promotores, e como são basicamente individuais ou de serviços restritos, são menos consequência de políticas de saúde planeadas com base em necessidades do que manifestações de adesão a correntes doutrinárias da psiquiatria, e escapam por isso à avaliação sistemática.

Em Portugal existem algumas experiências de psiquiatria de ligação na clinica geral (trabalho integrado entre equipas de saúde mental e C.G./M.F., médicos e enfermeiras de saúde pública e assistentes sociais). É o caso dos Centros de Saúde Mental de Braga, Castelo-Branco, Setúbal, Viana do castelo e Viseu, assim como alguns sectores de hospitais psiquiátricos do Porto (Maia/Valongo, Matosinhos, Gondomar) e de Lisboa (Sintra e Cascais) (Sennfelt 1989).

A experiência parece prometedora, tanto em termos clínicos como económicos (Sennfelt 1985), e altamente aceitável, aumentando a satisfação dos utentes e profissionais envolvidos (Brandão 1987).

A conclusão a tirar, parece ser que o modelo poderia ser estendido a outros distritos, onde quer que haja profissionais dos CSP e pessoal especializado em saúde mental, com motivação para participar.

VIII - BIBLIOGRAFIA

Abramson, J. H. (1984) ***Survey methods in comunity medicine: an introdution to epidemiological and evaluative studies***, 3ª edição, New York, Churchill Livingstone.

Abramson, J. H. (1991) "Cross-sectional studies" in Holland, W. W., Detels, R., Knox, G., Eds., ***Oxford Textbook of Public Health***, Vol 3, 2ª edição, Oxford University Press, , pp. 277-280.

Almeida, JMC. (1987) "Psiquiatria e saúde mental na práxis da clinica geral", ***Saúde em Revista***, nº 1, pp. 41-43.

Almeida, JMC. (1988) "Formação pós-graduada dos clinicos gerais em psiquiatria e saúde mental", ***Saúde Mental Hoje***, ano 1, nº 2, pp. 3-9.

Almeida JMC, Carvalho A, Ribeiro A, Saldanha R, Morais L, Capela (1993) Morbilidade psiquiátrica em Clinica Geral, ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, Vol. 11, n.º 3, pp. 37-43.

Altman, DG. (1991) ***Pratical Statistics for Medical Reseach***, London, Chapman & Hall, pp. 336-351.

Abreu, J. L. P.; Pato, M. L. V. (1981) "A utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica", ***Psiquiatria Clinica***, Vol 2, nº 2, pp. 129-132.

Abreu, J. L. P., Teixeira, J. C. (1984) "O caso psiquiátrico - Limites e detecção", ***Psiquiatria Clinica***, Vol 5, nº 2, pp. 99-105.

Bellantuonno, C., Fiorio, R., Williams, P., Cortina, P. (1987) "Psychiatric morbidity in an italian general practice", ***Psychological Medicine***, Vol 17, pp. 243-247.

Brandão, J. (1987) "Já não saio tão zangada da consulta...", ***Revista Portuguesa de Clinica Geral***, nº 25, pp. 18-21.

Burvill, P. W. (1988) "Psychiatric disorders in primary care" in Henderson / Burrows eds ***Handbook of Social Psychiatry***, Amesterdam, Elsevier, pp. 221-231.

Casey, Patricia R. (1997) ***A Guide to Psychiatry in Primary Care***, 2.ª edição, Petersfield, Wrightson Biomedical Publishing. (tradução: Manual de Psiquiatria nos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa, Climepsi Editores, 1997)

Collett, D. (1991) ***Modelling Binary Data***, London, Chapman & Hall, pp. 223-276.

Daniel, Wayne W. (1991) ***Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences***, 5ª edição, New York, John Wiley & Sons.

Dean AG, Dean JA, Burton H, Dicker RC. (1990) ***Epi Info, version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers***. Stone Mountain, Georgia, USD Incorporated.

Fleiss, J. L. (1973) ***Statistical methods for rates and proportions***, New York, John Wiley & Sons.

Fontanesi, F., Gobetti, C., Zimmermann-Tansella, CH., Tansella, M. (1985) "Validation of the italian version of the GHQ in a general practice setting" ***Psychological Medicine***, Vol 15, pp. 411-415.

Gask, L., McGrath, G., Goldberg, D., Millar, T. (1987) "Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching", ***Medical Education***, Vol 21, pp. 362-368.

Gask, L., Goldberg, D., Lesser, A.L., Millar, T. (1988) "Improving the psychiatric skills of general practice trainee: an evaluation of a group training course", ***Medical Education***, Vol 22, pp. 132-138.

Gask L., Goldberg D., Boardaman J., Craig T., Goddard C., Jones O., Kiseley S., McGrath G., Millar T. (1991) "Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training", ***Medical Education***, Vol 25, pp. 444-451.

Goldberg, D. (1992) "A classification of psychological distress for use in primary care settings", ***Social Science and Medicine***, Vol 35, nº 2, pp. 189-193.

Goldberg, D. (1985) "Identifying psychiatric ilness among general medical patients", ***British Medical Journal***, Vol 291, pp. 161-162.

Goldberg, D., Bridges, K. (1987) "Screening for psychiatric ilness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire", ***Journal of the Royal College of General Practitioners***, Vol 37, nº 294, pp. 15-18.

Goldberg, D., Blackwell, B. (1970) "Psychiatric ilness in general practice. A detailed study using a new method of case identification", ***British Medical Journal,*** Vol 2, pp. 439-443.

Goldberg, D., Clifford, K., Thompson, L. (1976) "Psychiatric morbidity in general practice and the community", ***Psychological Medicine***, Vol 6, pp. 565-569.

Goldberg, D. P., Cooper, B., Eastwood, M. R., Kedward, H. B., Sheperd, M. (1970) "A standartized psychiatric interview for use in community surveys", ***British Journal of Preventive and Social Medicine***, Vol 24, pp. 18-23.

Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979) "A scaled version of the General Health Questionnaire", ***Psychological Medicine***, Vol 9, pp. 139-145.

Goldberg, D., Huxley, P. (1980) ***Mental Illness in the Community. The pathway to psychiatric care***, London, Tavistock Publications.

Goldberg, D., Rickels, K., Downing, R., Hesbacher, P. (1976) "A comparison of two psychiatric screening tests", ***British Journal of Psychiatry***, Vol 129, pp. 61-67.

Goldberg, D., Steele, J. J., Smith, C. (1980) "Teaching psychiatric interview techniques to family doctors", ***Acta Psychiatrica Scandinavica***, Supplementum 285, Vol 62, pp. 41-47.

Goldberg, D., Tantam, D. (1991) "The public health impact of mental disorders", in Hollland, W., Detels, R., Knox, G, (eds), ***Oxford Textbook of Public Health***, Vol 3, 2ª edição, Oxford University Press, pp. 267-280.

Goldberg, D. e Williams P. (1988) ***A user's guide to the General Health Questionnaire***, Windsor, NFER-NELSON.

Gouveia J.P., Ponciano E., Relvas J.S. (1980) "Saúde mental na empresa: resultados de um inquérito epidemiológico realizado numa empresa vidreira", ***Psiquiatria Clinica***, Vol 1, nº 1, pp. 57-65.

Harding, T. W. (1976) "Validating a method for psychiatric case identification in Jamaica", ***Bull. World Health Organization***, Vol 54, pp. 225-231.

Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, Murthy SR, Wig NN. (1980) "Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries", ***Psychological Medicine***, Vol 10, pp. 231-241.

Hesbacher, P., Rickels, K., Goldberg, D. (1975) "Social factors and neurotic symptoms in Family Practice", ***American Journal of Public Health***, Vol 65, n.º 2, pp. 148-155.

Johnstone, A., Goldberg, D. (1976) "Psychiatric screening in General Practice: a controled trial", ***The Lancet***, , pp. 605-608.

Kaaya, S., Goldberg, D., Gask, L. (1992) "Management of somatic presentations of psychiatric ilness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practioners", ***Medical Eduction***, Vol 26, pp. 138-144.

Kessel, W. I. N. (1960) "Psychiatric morbidity in a London General Pratice", ***British Journal of Preventive and Social Medicine***, Vol 14, 1960, pp. 16-22.

Leitão, JMC. (1989) ***Escala de risco psiquiátrico na consulta de clinica geral***, Área de Investigação, Internato Complementar de Saúde Pública, Centro de Saúde de Faro. (policopiado)

Lobo, A., Pérez-Echeverria, M.A., Artal, J. (1986) "Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population", ***Psychological Medicine***, Vol 16, pp. 135-140.

Lucas, J.S. (1987) "Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal" in Campos, A.C., Pereira, J., (coordenadores), ***Sociedade, Saúde e Economia: actas das V Jornadas de Economia da Saúde***, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 283-294.

Marks, J. N., Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979) "Determinants of the ability of the general practitioners to detect psychiatric ilness", ***Psychological Medicine***, Vol 9, pp. 337-353.

Martín IM, Cuadrado LMI, Monsalve LMH. (1988) ***Guía para la elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primária de Salud***, (Colección: Atención Primária de Salud 9), Madrid, Ministerio de Sanidade y Consumo - Dirección General de Planificación Sanitária.

Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997), **Inquérito Nacional de Saúde 1995 / 1996**, Lisboa, DEPS.

Ministério da Saúde. (1999) ***Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002. Documento para discussão***. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, p. 40.

Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, Sobol AM, Pratt LA, Leighton AH. (1989) Mortality risk and psychiatric disorders, ***Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology***, (24), pp. 134-142.

Norrusis, M. J. / SPSS Inc. (1992) ***SPSS for Windows Base System User's Guide release 5.0***, Chicago, SPSS INC.

Questionário de Saúde Geral de Goldberg (General Health Questionnaire, 28 items, by Prof. Goldberg), versão autorizada em lingua portuguesa do Centro de Saúde Mental de Gondomar, s/d. (documento policopiado)

Rakel, R. E., Ed. (1990) ***Textbook of family practice***, 4ª edição, Filadélfia, W. B. Saunders Company.

Regier, D.A., Goldberg, I. D., Taube, C. A. (1978) "The De Facto US Mental Health Services System", ***Archives of General Psychiatry***, Vol 35, pp. 685-693.

Robalo, J. (1989) ***Saúde mental na consulta de Clínica Geral / Medicina Familiar: alguns aspectos da dimensão do problema. Estudo efectuado no Centro de Saúde de Celas - Coimbra***. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Curso de Saúde Pública II/88, Área III - Trabalho de Campo. (policopiado)

Rogan, J., Gladen, B. (1978) "Estimating prevalence from the results of a screening test", ***American Journal of Epidemiology***, Vol 107, nº 1, pp. 71-76.

Sanson-Fisher, R. W., Hennrikus, D. J. (1988) " Why do primary care physicians often fail to detect psychological disturbance in their patients? " in Henderson / Burrows Eds ***Handbook of Social Psychiatry***, Amesterdam, Elsevier, pp. 245-256.

Sennfelt, J. (1989) ***Mental Health Care in Primary care settings - The portuguese experience***, WHO Working Group on the Developement of Mental Health Care in Primary Health Care Settings in the European Region, Lisbon, 15-18 November 1989. (documento policopiado)

Sennfelt J., Aguiar P., Cardoso M.A., Oliveira J.R., Carvalho A. (1985) "Intervenção comunitária em saúde mental - perspectivas assistenciais e sócio-económicas", ***Revista Portuguesa de Saúde Pública***, Vol 3, nº 2, pp. 49-56.

Sheperd, M., Cooper, B., Brown, A.C., Kalton, G. (1966) ***Psychiatric Ilness in General Practice***, London, Oxford University Press. (Tradução espanhola: *La enfermedad psiquiatrica en la pratica medica general*, Madrid, Patronato Nacional de Asistencia Psiquiatrica, 1971.)

Sheperd, M. (1984) "The application of public health methodas to control: psychiatric", in Hollland, W., Detels, R., Knox, G, (Eds), ***Oxford Textbook of Public Health***, Vol 4, 1ª edição, Oxford University Press, pp. 102-111.

Siegel, S. (1956) ***Nonparametric Statisticas for the behavioural sciences***, London, McGraw-Hill. (tradução em língua portuguesa: *Estatística não - paramétrica para as ciências do comportamento*, São Paulo, Editora McGraw-Hill do Brasil, 1975.)

Silva LF, Flores C, Crato N, Caldas ME, Silva NA. (1991) "Investigação epidemiológica de saúde mental com a Escala de Rastreio ER/80", ***Psiquiatria Clínica***, 12, (2), pp. 65-68.

Simões, A. M. C. (1989) "Perturbações psicoemocionais em medicina familiar", ***B.I. Cadernos, Santarém***, Vol 3, nº 9, pp. 1-19.

Simpósio Terapêutico 1992. (1992) Lisboa, Edições Simposium Lda.

Sousa MF, Bispo IM, Gonçalves. (1987) "Afecções psiquiátricas e clínica geral", ***Psiquiatria Clínica***, 8, (2), pp. 121-126.

Tansella, M., Williams, P. (1989) "The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area", ***Psychological Medicine***, Vol 19, pp. 765-770.

Skuse, D., Williams, P. (1984) "Screening for psychiatric disorder in general practice", ***Psychological Medicine***, Vol 14, pp. 365-377.

Valente, C., Henriques, A. (1992) ***A saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários: revisão critica de estudos efectuados e bibliografia***, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Curso de Saúde Pública 91/92, Módulo de Saúde Mental. (policopiado)

Wilkin, D., Hallam, L., Doggett, M. (1992) ***Measures of need and outcome for Primary Health Care***, Oxford, Oxford University Press, pp. 94-100.

Wilkinson, G. (1985) ***Mental Health practices in Primary Care settings: an annotated bibliography 1977-1985***, London, Tavistock.

WONCA (1991) ***CIPS 2 Definida - Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários***, 2ª edição, Lisboa, APMCG, pp. 22-29.

Wright, A. F., Perini, A.F. (1987) "Hidden psychiatric ilness: use of the general health questionnaire in general practice, ***Journal of the Royal College of General Practitioners***, nº 37, p. 164-167.

Zurro, A.M., Perez, J.F.C. Eds. (1989) ***Manual de atencion primária***, 2ª edição, Barcelona, Ediciones Doyma.

ANEXO I - Caracterização sumária do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio e extensões em Janeiro de 1993

FREGUESIA	EXTENSÃO DE SAÚDE	DISTÂNCIA DA SEDE (km)	ÁREA (Km^2)	POP.RES.*	POP. INSC.** n.º	%	C.G. n.º	%
Azoia	Azoia	8	12.30	2195	1485	2.9	1	3.4
Parceiros	Parceiros	5	12.30	2492	2615	5.1	1	3.4
Amor	Amor	9	18.20	4386	4665	9.1	2	6.9
Bajouca	Bajouca	24	12.30	1922	2055	4.0	1	3.4
Barosa	Barosa	4	12.80	1771	1883	3.7	1	3.4
Carvide	Carvide	19	16.50	2365	3018	6.0	2	6.9
Coimbrão	Coimbrão	23	51.00	1915	2096	4.1	1	3.4
Marrazes	Gandara Olivais	5	2.00	13036	3279	6.4	3	10.3
	Marrazes	3			8080	15.7	5	17.2
Maceira	Maceira Arnal	12	44.00	10057	9655	18.8	5	17.2
	Maceira cimentos	14			875	1.7	1	3.4
Milagres	Milagres	7	15.20	2761	2688	5.2	1	3.4
Monte Real	Monte Real	16	12.50	2308	2850	5.5	2	6.9
Monte Redondo	Monte Redondo	19	40.10	4034	3881	7.5	2	6.9
	Sismarias	23			674	1.3	(0)+	0
Ortigosa	Ortigosa	12	14.00	1640	1628	3.2	1	3.4
	TOTAL	.....	263.20	50882	51427	100.0	29	100.0

* População Residente (INE, Censo de1991). ** População inscrita em 31/12/1992 C.G. - médicos de clinica geral em Janeiro 1993

\+ um médico de Monte Redondo dá consultas 3 vezes por semana.

A sede do Centro de Saúde serve as freguesias de Azoia e Parceiros, num total de 4100 utentes inscritos.

Há freguesias servidas por duas extensões, como as de Marrazes, Maceira e Monte Redondo; nesses casos só se indica uma vez a população residente.

Fonte: Adaptação e actualização dos dados de um quadro de Rui Passadouro, ***Diagnóstico da situação de saúde do concelho de Leiria***, 1991. (dados não publicados)

ANEXO II

INSCRIÇÕES NA CONSULTA

Data: ____/____/_____ Extensão:_____

Nome do médico: _____

N.º	NOME	IDADE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ANEXO III

QUESTIONÁRIO II

(a preencher pelo médico de família para os utentes da consulta maiores de 15 anos)

Data: ____/____/_____

N.º do Processo:_____ Extensão: _____

Nome do médico: _____

Data de nascimento:____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

Nome do utente: _____

Residência: _____

No seu entender o utente que observou apresenta patologia:

Orgânica	☐ 1
Psíquica	☐ 2
Ambas	☐ 3
Sem patologia	☐ 0

ANEXO IV

O Centro de Saúde de Leiria (Arnaldo Sampaio) está a fazer um inquérito aos utentes, sobre o seu estado de saúde. O inquérito destina-se a obter informações que são úteis para a gestão dos serviços. A sua participação é importante. Por isso agradecemos que responda às perguntas deste questionário.

Todas as perguntas podem responder-se facilmente. Vou ler-lhe as perguntas. Em seguida leio as várias alternativas de resposta conforme se encontram no questionário. Só tem de me dizer qual a resposta que corresponde melhor àquilo que sentiu nos *últimos tempos*.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

NOTA: Todas as respostas são confidenciais e os dados obtidos usados apenas para fins de investigação.

APÊNDICE

Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER-80).

E.R./80
Nome: Idade: Habilitações Profissão: Data.../.../... Sexo.....

As perguntas dizem respeito ao modo como se tem sentido nos últimos tempos. Responda a todas elas, sublinhando a resposta com que esteja mais de acordo.

1.	Tem tido dores de cabeça?	— Muitas vezes	+
		— Poucas vezes	
		— Nunca	F
2.	Tem-se sentido enjoado ou mal disposto?	— Muitas vezes	+
		— Poucas vezes	
		— Nunca	
3.	Quando está adoentado procura sempre o médico?	— Sim	F
		— Não	
4.	Tem-se sentido muito nervoso ou irritado?	— Muitas vezes	+
		— Poucas vezes	
		— Nunca	F
5.	Tem-se sentido satisfeito, ou triste?	— Satisfeito	F
		— Normal	
		— Triste	+
6.	Que tal tem andado a sua memória?	— Boa	
		— Regular	
		— Má	+
7.	Tem tido a sensação de ter a cabeça pesada?	— Sim	+
		— Raramente	
		— Não	
8.	Tem a sensação de que tudo, tudo lhe corre mal?	— Sim	+
		— Não	
9.	Custa-lhe a decidir sobre pequenas coisas do dia-a-dia?	— Sim	+
		— Raramente	
		— Não	
10.	Consegue dormir sem dificuldade?	— Sim	
		— Quase sempre	
		— Não	+
11.	Tem-se preocupado por tudo e por nada?	— Sim	+
		— Não	
12.	Custa-lhe prestar atenção a uma conversa ou programa de rádio?	— Sim	+
		— Não	
13.	Acha que as pessoas o têm tratado de um modo diferente?	— Sim	+
		— Não	
14.	Existe alguma pessoa de quem não goste?	— Sim	
		— Não	F
15.	Está melhor quando está sozinho?	— Sim	+
		— Não	
16.	Acontecem-lhe coisas estranhas ou sem explicação?	— Sim	+
		— Não	

Score: 1 ponto por cada (+). Limiar: S. Feminino 6/7; S. Masculino 5/6
Falsidade: 1 ponto por cada (F). Limiar 3/4

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG

(General Health Questionnaire, ~~60~~ 28 items, by Prof.Goldberg)

Projecto . . . Caso nº . . . Pontuação . . .

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE

Gostaríamos muito de saber se tem tido algumas doenças ou perturbações e como tem sido a sua saúde nas últimas semanas. Por favor responda a TODAS as perguntas sublinhando as respostas que, em seu entender, se aproximam mais do que sente ou sentiu últimamente. Lembre-se, no entanto, que queremos conhecer os seus problemas recentes e actuais e não os que teve no passado.

É importante que responda a TODAS as perguntas.

Muito obrigado pela sua colaboração

1. Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde e em plena forma?	Melhor que o habitual	Igual ao habitual	Pior do que o habitual	Muito pior do que o habitual
2. Tem sentido que precisava de um reconstituinte?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
3. Tem-se sentido esgotado ou sem forças para nada?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
4. Tem-se sentido doente?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
5. Tem tido dores de cabeça?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
6. Tem sentido opressão na cabeça ou que a cabeça vai estalar?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
7. Tem sentido baforadas de calor ou arrepios de frio?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
8. As suas preocupações têm-lhe feito perder o sono?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
9. Tem tido dificuldades em dormir de um só sono?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
10. Tem-se sentido nervoso ao ponto de explodir constantemente?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
11. Tem-se sentido com os nervos à flor da pele e de mau humor?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
12. Tem-se assustado ou entrado em pânico sem motivo?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
13. Tem tido a sensação de que tudo lhe cai em cima?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
14. Tem-se sentido constantemente angustiado ou em tensão ?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
15. Tem conseguido manter-se ocupado e activo?	Mais activo que o habitual	Igual ao habitual	Bastante menos que o habitual	Muito menos que o habitual

16. Leva-lhe mais tempo a fazer as coisas?	Mais rápido que o habitual	Igual ao habitual	Mais tempo que o habitual	Muito mais tempo que habitualmente
17. Tem a impressão, no conjunto, que está a fazer as coisas bem?	Melhor que o habitual	Aproximadamente o mesmo	Pior que o habitual	Muito pior que o habitual
18 Sente-se satisfeito com a maneira como faz as coisas?	Mais satisfeito	Aproximadamente o mesmo que o habitual	Menos satisfeito que o habitual	Muito menos satisfeito
19. Tem-se sentido uma pessoa útil?	Mais que o habitual	Igual ao habitual	Menos útil que o habitual	Muito menos útil que o habitual
20 Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	Mais que o habitual	Igual ao habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
21. Tem-se sentido capaz de executar as tarefas normais de cada dia?	Mais do que o habitual	Igual ao habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
22. Tem-se sentido uma pessoa sem valor nenhum?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
23. Sente a vida totalmente sem esperança?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
24. Sente que a vida não merece a pena ser vivida?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
25. Tem pensado na possibilidade de desaparecer?	Claro que não	Parece-me que não	Tem-me vindo a ideia à cabeça	Penso muitas vezes nisso
26. Tem notado que ás vezes não pode fazer nada porque anda com os nervos esfrangalhados?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
27. Tem sentido que deseja estar morto e longe de tudo?	Não, de modo nenhum	Não mais do que o habitual	Bastante mais que o habitual	Muito mais que o habitual
28. Tem notado que a ideia de se matar lhe vem repetidamente à cabeça?	Claro que não	Parece-me que não	Tem-me vindo a ideia à cabeça	Penso muitas vezes nisso

A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ TOTAL ☐

Copyright General Practice Research Unit 1978 (De Crespigny Park, London SE5 & AF)

(Scores: •75 - <5)

QUESTIONÁRIO I

Data: ____/____/_____

N.° do Processo:_____ Extensão: _____

Nome do médico: _____

Nome do utente: _____

Residência: _____

IDADE

Em que data nasceu? [/ /]

Então tem_____anos. (completos) ☐

SEXO

Masculino	☐ 1
Feminino	☐ 2

ESTADO CIVIL

É casado(a) ou junto(a)	☐ 1
Viuvo(a)	☐ 2
Separado(a) ou divorciado(a)	☐ 3
Solteiro	☐ 4

INSTRUCÇÃO

Que grau de ensino completou?

Não sabe ler nem escrever	☐ 01
Só sabe ler e escrever	☐ 02
4ª classe	☐ 03
6ª classe ou antigo 2° ano	☐ 04
9° ano ou antigo 5° ano	☐ 05
11° ano ou antigo 7° ano	☐ 06
Propedêutico, 12° ano	☐ 07
Ensino médio	☐ 08
Frequência do ensino superior	☐ 09
Ensino superior	☐ 10

PROFISSÃO

Qual a sua profissão? (actual ou antiga se reformado)

_____

Administradores (proprietários e assalariados)	☐ 01
Funcionários superiores (públicos e privados) a nível de directores	☐ 02
Directores industriais	☐ 03
Grandes proprietários	☐ 04
Técnicos superiores	☐ 05

Gestores de pequenos estabelecimentos	☐	06
Técnicos médios	☐	07
Supervisores, chefes de serviço e de secção	☐	08
Trabalhadores administrativos, emp. escritório	☐	09
Pequenos proprietários	☐	10
Artesãos	☐	11
Trabalhadores por conta própria	☐	12
Técnicos normais e operários especializados	☐	13
Operários não especializados	☐	14
Trabalhadores agrícolas	☐	15

Por favor diga-me a quantas consultas foi no ano passado?
(1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 1993)

Médico de Família	☐
Serviço de Urgência	☐
Médico psiquiatra	☐
Médico especialista não psiquiatra	☐
Médico privado não especialista	☐
Mulher de virtude/medicinas paralelas	☐
Internamentos	☐
TOTAL:	☐

Toma medicamentos para os nervos?

Sim	☐	1
Não	☐	0

Se sim, de que tipo? _____

_____

_____

Tranquilizantes	☐	1
Neurolépticos/anti-psicóticos	☐	2
Antidepressivos	☐	3
Psicotrópicos e psicoanalépticos	☐	4
Associações	☐	5

Há quanto tempo toma desse tipo de medicamentos?

Menos de 1 ano	☐	0
Mais de 1 ano e menos de 5 anos	☐	1
Entre 5 e 10 anos	☐	2
Mais de 10 anos	☐	3

Sente-se melhor com os medicamentos que tem tomado?

Sim	☐	1
Não	☐	0

Costuma tomar a medicação?

Todos os dias	☐	1
Só quando me sinto pior	☐	2
Algumas vezes. Quando me lembro	☐	3
Raramente	☐	4
Nunca	☐	5

Se trabalha,
lembra-se do n.º de dias em que esteve de baixa no ano passado? _____

ANEXO V

Características dos questionários de rastreio em saúde mental

A Escala de Rastreio em Saúde Mental ER/80 (Pio de Abreu, 1981, 1984).

Esta escala de rastreio em saúde mental, denominada ER/80, adaptada às condições culturais da população portuguesa foi desenvolvida em Coimbra por Pio de Abreu e colaboradores. (Pio de Abreu e Vaz Pato, 1981) Os autores pensaram em desenhar um instrumento simples de rastreio capaz de detectar os casos patológicos na população geral. As perguntas deviam ser claras e as respostas simples, evitando criar suspeitas no entrevistado. A versão mais recente, com 16 itens, foi aferida em amostras da população geral (n = 132) e de doentes psiquiátricos (n = 100). Todas as perguntas discriminam ambas as populações, em cada um dos sexos, a um nível estatisticamente significativo, e apresentam uma correlação teste-reteste igualmente significativa em 32 elementos. A sensibilidade e especificidade calculadas quando da validação eram, para o sexo feminino, de 86% e 87% respectivamente, e, de 86% e 76% para o sexo masculino (Pio de Abreu e J. C. Teixeira, 1984). O limiar diferenciador dos scores da escala é de 5 e 6 para o sexo masculino e de 6 e 7 para o sexo feminino. O score total pode variar de 0 a 14. Note-se que a escala ER/80 não chegou a ser validada na consulta de clinica geral por comparação com uma entrevista estandartizada administrada por psiquiatra, por apenas se terem observado 9 utentes, e tal amostra não chegar para obter resultados estatisticamente significativos (Pio de Abreu e J. C. Teixeira, 1984).
Foi também introduzida uma escala de falsidade, para obviar à falsificação defensiva das respostas por parte dos entrevistados e à insuficiente capacidade da escala para detectar os casos psicóticos. O score limiar para a escala de falsidade é de 3/4, devendo um número de respostas improváveis igual ou superior a 4 ser suficiente para invalidar os resultados do questionário, considerando o caso suspeito, e sendo portanto excluído do estudo. O questionário está feito para ser auto-administrado, mas pode também ser aplicado por um entrevistador se houver dificuldades de leitura, devendo, segundo as instruções da escala, os inquiridos nas suas respostas referir-se ao modo como se têm sentido nos **últimos tempos**.

O General Health Questionnaire de 28 itens (GHQ-28) (Goldberg e Hillier 1979; Wilkin et al. 1992)

O GHQ foi desenhado para detectar doenças psiquiátricas não psicóticas e distúrbios afectivos na comunidade. Não foi concebido para fornecer um diagnóstico ou uma avaliação da severidade. O GHQ identifica casos psiquiátricos potenciais, que devem então ser examinados usando uma entrevista psiquiátrica mais convencional. Porém, apesar destas indicações, o GHQ tem sido usado para estimar a prevalência de perturbações afectivas e estimar a severidade. Embora inicialmente desenhado para uso em inquéritos populacionais de morbilidade psiquiátrica, tem sido usado intensivamente como um instrumento de rastreio na prática clinica, como um auxiliar no ensino clinico e para avaliação de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde mental. É particularmente adaptado para uso em pacientes consultando clínicos gerais e outros profissionais dos cuidados de saúde primários. É adequado para uso em adultos, embora tenham sido realizados pouco estudos em populações de idosos. Foi usado com sucesso em muitos países e parece ser aplicável a diferentes grupos culturais.
O GHQ existe em 4 versões: uma versão completa de 60 itens, versões de 12 e 30 itens que foram desenhadas para excluir os itens com tendência a ser positivos para entrevistados com doença física, e uma versão de 28 itens, que é a que vamos utilizar. Tanto a versão de 60 itens

como a de 28 itens foram traduzidas para a língua portuguesa no Centro de Saúde Mental de Gondomar, mas não foi feito, ao que sabemos, qualquer estudo de validação para a população portuguesa.

A versão de 28 itens é constituída por 4 sub-escalas de 7 itens: A. sintomas somáticos, B. ansiedade e insónia, C. disfunção social, D. depressão severa (Goldberg e Hillier, 1979). Todos os itens têm quatro categorias de resposta, do tipo: melhor que o habitual, igual ao habitual, pior que o habitual, muito pior que o habitual. Foi escolhido um número par de categorias para evitar a escolha de uma categoria central. O período de tempo coberto pelo questionário são as últimas semanas (cerca de um mês) e a ênfase posta inteiramente no afastamento do entrevistado do seu estado habitual.

Embora quatro categorias de resposta sejam fornecidas na versão original, são reduzidas a uma simples distinção entre presente e ausente para fins de pontuação. Melhor ou o mesmo que o habitual ambos pontuam 0; pior ou muito pior que o habitual ambos pontuam 1. O score pode assim variar de 0 a 28. As pontuações obtidas podem ser interpretadas como indicando a severidade da perturbação psicológica num continuum. Mas é mais comum o seu uso para o rastreio de casos utilizando limiares/pontos de intercepção (cut-offs). Para a versão de 28 itens o ponto de intercepção recomendado no estudo de validação inicial é o 4/5 para utilização em populações inglesas nos Cuidados de Saúde Primários (Goldberg e Hillier, 1979). Esta versão permite também pontuação independente para as quatro sub-escalas, de modo a seleccionar casos específicos com pontuações mais elevadas em sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social ou depressão. O GHQ-28 demora cerca de 7 minutos a ser administrado. O questionário parece ser bem aceite pelos utentes, atingindo percentagens de respostas muito altas, apesar de algumas áreas cobertas poderem parecer sensíveis. É facilmente administrado por entrevistadores a pacientes aguardando consulta. Mais de 70 estudos foram levados a cabo sobre a validade do GHQ, 40 dos quais nos cuidados de saúde primários. O GHQ foi comparado mais frequentemente com entrevistas psiquiátricas estandartizadas para fornecer uma medida de *validade de critério*. Com poucas excepções os testes de validade deram como resultado correlações altas entre as pontuações do GHQ e os diagnósticos psiquiátricos. Quando ocorre má classificação, os falsos positivos são geralmente pessoas sofrendo de distúrbios mentais transitórios, provavelmente de remissão espontânea, e os falsos negativos uma combinação de pessoas sofrendo de sintomas durante longos períodos de tempo (que respondem "o mesmo que o habitual", que é pontuado com 0) e de outras que são relutantes em referir sintomas.

Abaixo indicam-se os valores da sensibilidade e especificidade do GHQ e da escala ER/80, tal como determinados por Goldberg e Pio de Abreu. Os valores do GHQ referem-se a consultas de clinica geral na Inglaterra (Manchester) e os da escala ER/80 os que foram determinados para uma amostra de doentes psiquiátricos e uma amostra representativa da população geral (Pio de Abreu, 1981 e 1984).

	Score limiar	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Taxa global de más classificações (%)
GHQ-28	4/5	88.0	84,2	14.5
	5/6	88.0	88.8	14.2
ER/80				
Homens	5/6	86.0	76.0	
Mulheres	6/7	86.0	87.0	

Fonte: GHQ-28 (Goldberg e Hillier, 1979)
ER/80 (Pio de Abreu e Vaz Pato, 1984); escala de falsidade: score limiar 3/4

ANEXO VI

QUADRO II

Classes sociais

Versão colapsada	Escala de Goldthorpe et al. (1980)	
CLASSE DOS SERVIÇOS	Classe 1	Profissionais de grau mais elevado Administradores, proprietários e assalariados Funcionários superiores públicos e privados (nível directores) Directores industriais Grandes proprietários
	Classe 2	Profissionais de grau médio Administradores de grau médio Técnicos de grau mais elevado Gestores de pequenos estabelecimentos Supervisores de trabalhadores não manuais
CLASSE INTERMÉDIA	Classe 3	Trabalhadores administrativos
	Classe 4	Pequenos proprietários Artesões Trabalhadores por conta própria
	Classe 5	Técnicos (trab. manual)
CLASSE TRABALHAD. MAN.	Classe 6	Trabalhadores manuais treinados
	Classe 7	Trabalhadores manuais não treinados Trabalhadores agrícolas

ANEXO VII

Quadro I – Centro de Saúde Arnaldo Sampaio – Leiria. População inscrita em 31/12/92 no Centro de Saúde e Extensões, não migrantes nem abrangida por subsistemas (29 médicos)

G. Etário	Homens		Mulheres		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<1	218	0.9	197	.0.8	415	0.8
1-4	1036	4.1	995	3.8	2031	3.9
5-14	3756	14.8	3612	13.8	7368	14.3
15-24	4500	17.8	4389	16.8	8889	17.2
25-34	4482	17.7	4583	17.6	9065	17.6
35-44	3359	13.2	3225	12.4	6584	12.8
45-49	1397	5.5	1489	5.7	2886	5.6
50-64	3613	14.2	3898	14.9	7511	14.6
>=65	2970	11.7	3708	14.2	6678	13.0
TOTAL	25331	100.0	26096	100.0	51427	100.0

Quadro II – Centro de Saúde Arnaldo Sampaio – Leiria. Utentes inscritos em 31/12/1992 nos médicos participantes no estudo. (amostra de 10 médicos)

G. Etário	Homens		Mulheres		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<1	87	1.0	75	0,8	162	0.9
1-4	394	4.6	340	3.8	734	4.2
5-14	1263	14.7	1170	13.1	2433	13.9
15-24	1554	18.1	1616	18.1	3170	18.1
25-34	1535	17.9	1572	17.7	3107	17.8
35-44	1129	13.1	1147	12.9	2276	13.0
45-49	523	6.1	598	6.7	1121	6.4
50-64	1217	14.2	1304	14.7	2521	14.4
>=65	864	10.1	1079	12.1	1943	11.1
TOTAL	8566	100.0	8901	100.0	17467	100.0