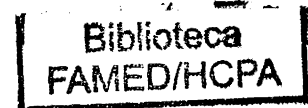


Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica



**AVALIAÇÃO DE UM TREINAMENTO EM
CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE MENTAL
PARA PROFISSIONAIS DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE**

ANA CRISTINA TIETZMANN

Orientador: Prof. Ellis D'Arrigo Busnello

Dissertação de Mestrado

Biblioteca
FAMED/HCPA

*Melhor acender uma vela,
por menor que seja,
do que amaldiçoar as trevas.*

Provérbio chinês

*À minha mãe, pelo exemplo de
amor e respeito aos semelhantes.*

Agradecimentos

- Ao Professor Ellis D'Arrigo Busnello, que, por manter o ideal de transformar nossa realidade em algo melhor e mais digno, tem sido exemplo de pioneirismo e persistência no trabalho de desenvolver a Psiquiatria Comunitária em nosso Estado.
- Ao colega e amigo Dinarte Ballester, por ter dividido dificuldades e somado ideais, tornando possível a realização deste trabalho.
- Aos colegas da Unidade Sanitária Murialdo, da Unidade Sanitária IAPI e do Programa de Saúde da Família, em Porto Alegre, e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Grande, por terem aceitado participar do estudo.
- A Marcelo Berlim, Marcos R. Tietzmann e Betina Mattevi pelo auxílio dedicado.
- À Dra. Mary Bozzetti e M.Sc. Vânia Hirakata, do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio no tratamento estatístico dos dados.
- À amiga Marta Castilhos pela generosidade de sempre e pelo trabalho gráfico.
- A Eugenio Grevet, por seu amor, e por, mesmo nos momentos críticos, compartilhar a vida comigo.
- À Laura Tietzmann Grevet, que chegou, durante a realização deste trabalho, para encher nossa vida de alegria.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
3. OBJETIVOS	20
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
5. ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS	27
6. ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS	56
7. ANEXO 1	86
8. ANEXO 2	91
9. ANEXO 3	96

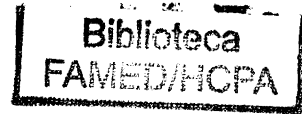
Lista de Tabelas

- Tabela 1** Dados sócio-demográficos e de experiência profissional dos profissionais de APS que completaram e que abandonaram o estudo. p.48/78
- Tabela 2** Número de diagnósticos segundo categorias da CID-10 CP citados por profissionais de APS antes e após treinamento em saúde mental.. p.49/79
- Tabela 3** Distribuição das respostas sobre interesse em pacientes com transtornos mentais antes e após treinamento em saúde mental. p.50/80
- Tabela 4** Opinião dos profissionais quanto aos tipos de atendimento em saúde mental que poderiam ser realizados em serviços básicos de saúde.p.51/81

Lista de Figuras

- Figura 1** Esquema de treinamento p. 52/82
- Figura 2** Confiança na própria habilidade em diagnosticar transtornos mentais, referida por profissionais de APS, antes e após treinamento em saúde mental. p.53/83
- Figura 3** Opinião dos profissionais quanto à magnitude dos problemas no diagnóstico de transtornos mentais em APS, antes e após treinamento em saúde mental. p.54/84
- Figura 4** Otimismo acerca do tratamento de pacientes com transtornos mentais em serviços de APS antes e após treinamento em saúde mental. . . . p.55/85

Introdução



Como estender cuidados de saúde às populações, principalmente nos países em desenvolvimento, tem sido questão de interesse crescente nas últimas décadas. Desde a histórica Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, ocorrida em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a organização da prestação dos serviços de saúde de forma hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS): universalidade, integralidade, acessibilidade, continuidade e participação da comunidade. Seja por razões técnicas, como a maior efetividade na prevenção e tratamento dos problemas de saúde, como por motivos econômicos, pois os custos dos serviços de saúde tornam-se cada vez maiores com o modelo de atendimento centrado no hospital, a mudança torna-se necessária. Os serviços de Atenção Primária à Saúde devem ser a base do sistema de saúde, onde as comunidades tenham acesso a cuidados preventivos, curativos e reabilitadores, de forma contínua, devendo funcionar como "porta de entrada" e "filtro" para os níveis mais especializados.

A Constituição Brasileira de 1988 consolidou, no plano jurídico, a reforma do sistema de saúde em nosso país, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática, as mudanças ocorrem de forma mais lenta e com dificuldades. No caso do Rio Grande do Sul, o Sistema de Saúde Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo foi pioneiro no desenvolvimento de programas de saúde pública e formação de recursos humanos adequado ao novo modelo. Mais tarde, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição também veio a desempenhar papel importante neste sentido. O Programa de Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, em parceria com governos estaduais e municipais é uma nova iniciativa que impulsiona a construção do SUS.

A frequência de transtornos mentais na população é alta. Estudos populacionais realizados no Brasil e no exterior, indicam altas taxas de prevalência e demanda potencial para os serviços de saúde. Por isso, os cuidados de saúde mental devem estar incluídos no planejamento das ações de saúde, de forma acessível e integral levando em conta as necessidades das populações. A OMS recomenda que sejam feitos todos os esforços necessários para que se melhorem os cuidados de saúde mental em todos os níveis, principalmente na comunidade, através da integração com os serviços de Atenção Primária. Tais diretrizes, entre outras, foram ratificadas pela "Declaração de Caracas", resultado da Conferência Internacional sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, sob os auspícios da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em 1990.

É nos serviços de atenção primária que se encontra a maior prevalência de morbidade psiquiátrica depois da prevalência populacional. Estudos revelam que 25 a 50% dos pacientes atendidos nestes serviços apresenta transtornos psiquiátricos. São estas equipes que farão o primeiro contato com estes pacientes e todos os profissionais envolvidos no atendimento têm uma importante responsabilidade, pois, da correta identificação e adequado manejo e/ou encaminhamento das situações e transtornos, pode depender o prognóstico da doença. Para isso, os profissionais que trabalham nestes serviços precisam ser adequadamente treinados e apoiados por contínuos reforços de treinamento. Esta não é uma tarefa simples. Acontece que quando se fala em doença mental as dificuldades aumentam. Esta maior dificuldade pode ser reputada à natureza da doença mental, uma etiologia multifatorial biopsicossocial que necessita ser manejada em seus vários aspectos, tendência à cronificação e preconceitos historicamente enraizados entre as populações e entre os profissionais de saúde em relação às doenças mentais. Existe ainda uma tendência a se pensar a mente e o corpo como elementos dissociados e este tipo de pensamento se reflete no tipo de cuidado de saúde oferecido aos pacientes. Além disso, a tarefa de tratar pacientes com doença mental tende a ser vista como exclusiva de psiquiatras ou psicólogos. Transtornos

mentais, em geral, são vistos como grandes mistérios por profissionais de saúde de outras áreas. A falta de informações e treinamento contribui para este quadro. O resultado disso são milhões de pessoas sofrendo de algum transtorno mental não tratado em todo o mundo.

Isto posto, torna-se de grande importância o trabalho no sentido de melhorar a capacitação das equipes básicas de saúde para o diagnóstico e manejo dos transtornos mentais mais prevalentes. O diagnóstico precoce bem como o manejo adequado dos pacientes, envolvendo os familiares, caracterizam intervenções de prevenção primária e secundária, que podem contribuir grandemente para a melhoria da qualidade de vida da população.

Este estudo pretende ser uma contribuição ao incremento na qualidade da assistência aos portadores de transtornos mentais nos serviços básicos de saúde verificando o quanto a aplicação de um treinamento em saúde mental modifica conhecimentos e atitudes dos profissionais a respeito do tratamento destes pacientes.

Revisão da Literatura

1) Transtornos Mentais: Um Problema de Saúde Pública:

O conhecimento da situação sanitária da população é condição fundamental para a implementação de políticas de saúde. Os estudos populacionais sobre a frequência de transtornos mentais revelam altas taxas de prevalência e demanda potencial para os serviços de saúde (1,2,3,4). Nos Estados Unidos, o Epidemiological Catchment Area Program(ECA), iniciado em 1978, investigou grandes amostras populacionais em cinco cidades norte-americanas, entre os anos de 1980 e 1985, e foi um marco importante na epidemiologia psiquiátrica. Encontrou taxas de prevalência de doença mental (qualquer diagnóstico), ao longo da vida, entre 29 e 37%, nas diferentes cidades, e uma estimativa para o país de 32,7%. Um dos resultados mais surpreendentes foi a alta proporção de respondentes preenchendo critérios para algum transtorno mental tratável e que não vinha recebendo tratamento. Aproximadamente metade dos portadores de Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme e de Somatização estavam sob tratamento. Para os outros transtornos, a maioria era não tratada, incluindo transtorno Depressivo Maior, no qual menos de 40% estava sob tratamento (1).

No Brasil, importantes estudos populacionais sobre a epidemiologia dos transtornos mentais foram conduzidos na última década: no início da década de 90, foi realizado um inquérito epidemiológico multicêntrico em três áreas metropolitanas – Brasília, São Paulo e Porto Alegre – utilizando-se instrumentos diagnósticos padronizados e o sistema classificatório do DSM-III. As estimativas de prevalência global para população acima de 15 anos, foram elevadas nas três áreas. Brasília com a mais alta, cerca de 51%, seguida por Porto Alegre, com 43% e São Paulo, com cerca de 30%. A demanda potencial estimada, os casos que potencialmente buscariam assistência, ficou em cerca de 34% da população em Brasília e Porto Alegre e 20% em São Paulo (2,3).

Os dados específicos sobre Porto Alegre revelaram que as patologias mais freqüentes foram os Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas, com prevalência estimada na população de 24,6%, seguidos pelos Transtornos de Ansiedade, com 23% e Transtornos Afetivos atingindo 10,7% da população. Detalhando os grupos mais prevalentes, verificou-se que a dependência do tabaco, isoladamente, correspondia a uma prevalência estimada de 20,1% e os transtornos do uso de álcool, onde são englobados abuso e dependência, a 8,8%. Para as demais substâncias a estimativa populacional ficou em 2,5%. Verificou-se um risco aumentado para o sexo masculino nos transtornos por uso de álcool. Entre os transtornos de ansiedade, os diagnósticos de fobia simples tiveram uma prevalência estimada em 12,8%, ansiedade generalizada em 6,7%, agorafobia em 2,8%, transtorno obsessivo-compulsivo em 1,6% e transtorno de pânico em 1,1% da população. No grupo dos transtornos afetivos, a Depressão Maior apresentou prevalência de 5,7% e Transtorno Distímico de 4,6%. Transtorno Bipolar ficou em 0,6% da população assim como o Transtorno Ciclotímico (4).

Estes estudos constituem uma nova fase da epidemiologia psiquiátrica brasileira e, devido a uma emergente "consciência de saúde pública" entre os psiquiatras brasileiros, vem aumentando nos últimos anos, ainda que lentamente, o impacto sobre a formulação de políticas, planejamento e tomadas de decisão, relativas à saúde mental (3,5).

2) Os Transtornos Psiquiátricos e a Atenção Primária:

Goldberg e Huxley, descrevendo a doença mental na comunidade, baseados em estudos populacionais da época, consideram a existência de vários níveis representados por diferentes populações de pacientes. O primeiro nível corresponderia à população geral, o segundo, às pessoas atendidas nos serviços de atenção primária, o terceiro seria composto pelos pacientes identificados como casos psiquiátricos pelo médico geral. Aqueles que seriam referidos ao o especialista comporiam o quarto nível e os pacientes internados em leitos psiquiátricos, o quinto nível. Entre os diferentes níveis existiriam o que o autor chama de "filtros", que dependeriam da capacidade de

identificação e manejo de problemas relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde. No caso do primeiro filtro, dependeria do comportamento do próprio paciente em relação à doença, que o levaria ou não à busca de assistência. Segundo os autores, é nos serviços de atenção primária que está a maior prevalência de transtornos mentais, depois da população geral, revelando a importância deste nível de prestação de serviços no tratamento destes transtornos (6).

Estudando uma amostra de 242 adultos atendidos em um serviço de cuidados primários em Porto Alegre, Busnello, Lima e Bertolote observaram que 48% destes foram considerados casos de problemas mentais, dos quais 70% apresentavam diagnósticos que incluíam transtornos neuróticos, de personalidade, de ajustamento e psicossomáticos, isto é, condições com marcada ênfase psicossocial (7). Apesar de não refletir o que acontece na população geral, é um exemplo local de demanda para os serviços de APS.

Uma revisão dos estudos de epidemiologia de transtornos mentais em locais de cuidados gerais de saúde no Brasil, nos últimos vinte anos, cita estudos que incluem pacientes de ambulatório geral e/ou hospitalizados (8). Os mais recentes são em enfermaria geral, com 36% de "casos psiquiátricos" (9), e em ambulatório geral e hospital, com prevalência estimada geral de 38% (10).

Um estudo de prevalência de transtornos psiquiátricos em um serviço de atenção primária, utilizando entrevistas diagnósticas estruturadas em duas fases, encontrou uma prevalência de transtornos psiquiátricos como um todo de 26,5%; Estudos anteriores, com metodologia similar, realizados em diferentes localidades revelam dados semelhantes: 25 a 30% dos pacientes atendidos em serviços de atenção primária apresentam algum transtorno psiquiátrico (11). Além disso, muitos pacientes apresentam sintomas depressivos e ansiosos, que lhes causam algum grau de incapacidade, sem preencher critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos (12,13).

Baseados nos resultados de um estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial da Saúde para detectar a prevalência de transtornos mentais em locais de

atenção primária à saúde ao redor do mundo, no qual a prevalência média entre os centros foi de 24%, Goldberg e Gater discutem a importância do treinamento de médicos gerais, para o tratamento destes transtornos, desde a graduação, e defendem a ideia do desenvolvimento de pacotes de treinamento em detecção e manejo de transtornos mentais para equipes de cuidados primários (14).

Outro estudo, o "Gröningen Primary Care Study", realizado na Holanda, verificou que a identificação de transtornos psiquiátricos em atenção primária não estava associada a melhores prognósticos para os pacientes. A identificação, embora necessária, não foi suficiente para que se aplicassem tratamentos baseados em protocolos clínicos. Portanto, o aumento do reconhecimento dos problemas mentais na população atendida só terá impacto sobre suas condições de saúde se as equipes tiverem habilidades e recursos para uma intervenção adequada (15).

3) Trabalhando a Integração dos Cuidados de Saúde Mental na Atenção Primária:

Shepherd, em 1966, observou que a maior parte dos cuidados em saúde mental, na Inglaterra, era prestada por médicos generalistas (16). Desde então, a interface entre a psiquiatria e a Atenção Primária à Saúde tem sido objeto de intenso estudo.

Em Porto Alegre, Busnello e colaboradores, como parte do "Estudo conjunto da OMS sobre estratégias para a extensão de cuidados em saúde mental" (17), treinaram médicos e outros profissionais de saúde de um serviço de atenção primária. O treinamento durou dois meses e um total de 16 horas de instrução baseadas em leitura e discussão do Manual de Treinamento e estudo de vinhetas de casos. Dos 53 profissionais que completaram o treinamento, 41 responderam pré e pós-testes a respeito de suas contribuições, conhecimentos e atitudes na área de saúde mental. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os pré e pós-testes dos médicos de família e das auxiliares de enfermagem, embora no grupo como um todo tenha havido mudança. Os autores sugerem que um treinamento extensivo e continuado poderia ter

maior impacto do que o que foi realizado e apontam o tamanho da amostra como limitação para a generalização dos resultados. Enfatizam, ainda, que, devido ao longo tempo dispendido pelos auxiliares de enfermagem no contato com a população atendida, deve-se concentrar esforços para que estes profissionais sejam incluídos em programas de treinamento para extensão de cuidados em saúde mental (18).

Um estudo de revisão sobre a pesquisa em saúde mental na atenção primária, verificou que muitas estratégias para facilitar o tratamento de problemas psiquiátricos neste âmbito vêm sendo desenvolvidas em diversos países. Entre elas, estratégias para identificação de casos que incluem instrumentos de triagem e questionários diagnósticos de rápida aplicação, programas de treinamento, consultoria psiquiátrica e vários modelos de ligação entre equipes especializadas em saúde mental e equipes de atenção primária. Os autores sugerem, que um melhor treinamento psiquiátrico para médicos gerais, consultoria in-loco e melhor comunicação entre profissionais de saúde mental e médicos gerais, pode melhorar o reconhecimento, manejo e referência dos pacientes com transtorno mental em atenção primária. O desenvolvimento de manuais enfocando transtornos de ansiedade, somatização e transtornos subclínicos também é recomendado (19).

Outro estudo revisa a factibilidade de avaliação dos diferentes modelos de trabalho, atualmente em desenvolvimento, na interface entre os serviços de saúde mental e de cuidados primários no Reino Unido. São identificados quatro modelos inovadores de trabalho entre profissionais especialistas em saúde mental e de saúde geral. Tais modelos não são excludentes entre si e muitos serviços utilizam-se de mais de um deles: equipes de saúde mental na comunidade, ambulatório psiquiátrico deslocado para serviços de cuidados primários, profissionais de saúde mental contratados por serviços de APS e consultoria e ligação. Os autores consideram este último modelo como sendo a forma mais vantajosa de ligação e melhoria da comunicação entre os níveis primário e secundário de cuidado em saúde mental (teoricamente, necessitando ser testada). Enfatizam as dificuldades metodológicas

para avaliação de tais modelos e a falta de ferramentas adequadas de pesquisa nesta área, indicando a necessidade de melhorar a qualidade dos estudos para tornar os cuidados de saúde mental mais "custo-efetivos" (20).

Em outro artigo, é descrito e avaliado um método de treinamento em habilidades psiquiátricas para grupos de profissionais de cuidados primários utilizando consultas filmadas (videofeedback)(21). São sumarizados os resultados de vários estudos realizados ao longo dos últimos anos, demonstrando o impacto no comportamento e atitudes clínicas dos profissionais, em medidas de avaliação clínica e econômica além da satisfação de pacientes. A técnica de grupo é enfatizada como uma forma de treinamento com boa relação custo-efetividade, já que exige um número menor de instrutores e consome menos tempo que o ensino individual. Além de médicos, enfermeiras, conselheiros voluntários e outros profissionais de cuidados primários foram treinados para manejar transtornos psiquiátricos nos diferentes estudos. Os autores encontraram dificuldades em avaliar objetivamente os treinamentos. Consideraram muito caro e tecnicamente difícil realizar ensaios clínicos randomizados e controlados nos serviços de cuidados primários britânicos, apesar de estarem cientes de que esta seja a melhor forma de avaliação. Realizaram, então, avaliações comparando simplesmente os desfechos antes e depois dos treinamentos. Segundo os diferentes estudos, concluiu-se que a técnica foi efetiva em melhorar as habilidades de entrevista psiquiátrica, tanto de residentes em cuidados primários quanto de médicos experientes. Houve mudança no comportamento médico, associada a um aumento significativo da acurácia na avaliação de problemas emocionais. A avaliação subjetiva feita pelos participantes apoiou a relevância do treinamento em cuidados primários. Os autores acreditam que um treinamento curto pode ser insuficiente para ter um impacto significativo nas atitudes, mas pode aumentar a confiança dos profissionais em lidar com situações difíceis. Observaram também que intervenções curtas não podem ser empregadas para ensinar habilidades complexas. Houve um aumento significativo na satisfação dos pacientes (especificamente em sentir-se compreendidos) como resultado do treinamento de seus

médicos. Por fim assinala como desafios futuros não só o investimento em ensaios clínicos randomizados, mas também desenvolver técnicas de treinamento para outros trabalhadores de cuidados primários, particularmente para as enfermeiras que, cada vez mais, estão recebendo responsabilidades (21).

Em outro trabalho foi realizado um levantamento entre profissionais de atenção primária a respeito de treinamentos prévios e suas atuais necessidades de treinamento em saúde mental combinando metodologia quantitativa e qualitativa. Entre os respondentes estavam médicos gerais, enfermeiras distritais, enfermeiras psiquiátricas de comunidade, técnicos em enfermagem e agentes de saúde. Entre principais achados verificou-se que a maioria dos profissionais percebia uma necessidade de treinamento em saúde mental, principalmente no treinamento de habilidades de aconselhamento básico, como lidar com o stress pessoal, avaliação e tratamento de depressão e manejo de stress e ansiedade nos clientes. Outro aspecto salientado foi que o treinamento em saúde mental deveria incluir particular ênfase no trabalho em equipe, multidisciplinaridade e programas orientados para a comunidade (22).

Em outro levantamento, foram examinadas as atividades e as funções que vinham sendo desenvolvidas pelos membros da "Rede de Saúde Mental na Atenção Primária" através de um questionário. Trata-se de uma rede de profissionais (principalmente enfermeiras) que trabalha para desenvolver os cuidados de saúde mental nos serviços de APS. Criada a partir de 1992, está ligada ao Programa Nacional de Facilitadores em Atenção Primária. As principais atividades desenvolvidas são: 1) educação através de recursos materiais e treinamentos para equipes de APS; 2) apoio aos facilitadores através de consultorias por telefone, correio ou reuniões e provisão de informações sobre projetos locais; 3) construção de redes através de encontros regionais e nacionais; 4) especificações e rotinas de serviços como desenvolvimento de boas ligações de trabalho entre equipes de Atenção Primária e Serviços de Saúde Mental e protocolos. A maioria dos membros da rede está envolvida em um amplo leque de atividades e os autores recomendam uma abordagem mais focalizada, para

a implementação das mudanças necessárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde mental nos locais de APS. Espaços de aprendizado que reúnam equipes de atenção primária e de saúde mental e trabalho estratégico junto às autoridades de saúde também são recomendados (23).

Na África do Sul, foi realizado um treinamento com vinte enfermeiras para o diagnóstico e tratamento de seis transtornos mentais. O tempo total de treinamento foi de 63,5 horas, sendo utilizadas atividades em grupo, discussão de vídeos, dramatizações e, principalmente, exercícios práticos. Ao final do projeto, elas foram capazes de coletar entrevistas psiquiátricas completas em 89% dos casos, realizar diagnóstico multiaxial em 63% dos casos e prescrever medicações apropriadamente em 92% dos casos. Segundo os autores, a amostra não é representativa de toda a região mas de uma parte dos serviços de saúde de áreas urbanas e rurais de Eastern Cape (24).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolve trabalhos, em colaboração com pesquisadores dos países em desenvolvimento, no sentido de identificar aspectos prioritários e desenvolver tecnologia adequada na área de cuidados primários de saúde mental (25,26,27). Neste sentido, o desenvolvimento da Versão para Cuidados Primários da CID-10 Capítulo V (CID-10-CP) é resultado de um esforço para a criação de uma ferramenta que pretende ser prática e eficiente no auxílio aos profissionais de atenção primária no manejo dos transtornos mentais. Trata-se de um manual que contém diretrizes diagnósticas e também orientações de manejo para 24 transtornos mentais selecionados. O teste de campo envolveu a participação de Centros Colaboradores em mais de 40 países, inclusive o Brasil, e teve a participação de diferentes profissionais da saúde em sua formulação (28, 29).

Um estudo de confiabilidade diagnóstica da versão CID-10-CP, com a participação de médicos gerais de dois serviços de atenção primária foi realizado em Porto Alegre. Os resultados do Kappa para transtorno mental presente ou ausente foi de 0,79, o que traduz uma concordância substancial. As categorias diagnósticas que

obtiveram concordância quase perfeita foram os transtornos psicóticos crônicos e os transtornos por uso de álcool e tabaco. Dentre as condições psiquiátricas que foram dificilmente identificadas incluem-se as "queixas somáticas inexplicáveis" ($\kappa=0,35$). Foi observada dificuldade na determinação da terapêutica mais adequada, apesar da concordância no diagnóstico. Os autores afirmam que o uso da CID-10-CP melhora a qualidade das informações, tornando-as mais específicas, e da comunicação entre os membros das equipes de cuidados primários (30).

Diferentes estudos, apesar das limitações metodológicas que tornam relativas quaisquer generalizações, parecem apontar para a mesma direção: capacitar as equipes multidisciplinares para o atendimento aos doentes mentais e melhorar a comunicação entre os diferentes níveis de cuidados são estratégias mundialmente almejadas para a extensão dos cuidados de saúde àqueles que sofrem transtornos mentais.

Para esta revisão foram pesquisados os bancos de artigos MEDLINE e LILACS, período 1985 a 2000, utilizando como palavras chave *primary care & psychiatry (title/abstract), mental health, training & healthcare professionals (all fields)*, assim como artigos e livros recomendados por especialistas na área.

Objetivos

Objetivo Geral:

- Avaliar se um treinamento em cuidados primários de saúde mental modifica conhecimentos e atitudes de profissionais de serviços básicos de saúde sem formação médica.

Objetivos Específicos:

- Comparar conhecimentos e atitudes referidos pelos profissionais, em relação a cuidados de saúde mental, antes e após o treinamento;
- Verificar associações entre modificação de conhecimentos e atitudes e demais variáveis de interesse.

Definição de Termos

Atitude: Disposição comportamental adquirida que se presume ser responsável por variações no comportamento social sob circunstâncias aparentemente similares; estado latente de predisposição para uma dada resposta; neste trabalho refere-se ao seu componente cognitivo, ou seja, as opiniões.

Conhecimento: Ato ou efeito de conhecer; noção, informação; prática da vida, experiência; discernimento, critério, apreciação.

Serviços Básicos de Saúde: Serviços de saúde vinculados ao nível primário de atendimento no sistema de saúde, responsáveis pela atenção primária à saúde.

Referências Bibliográficas:

1. Eaton WW. The NIMH epidemiologic catchment area program: implementation and major findings. *International J Meth Psych Res* 1994; 4: 103-112.
2. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Busnello EA. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992;14(3): 93-104.
3. Almeida Filho N, Santana VS. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações gerais no Brasil: uma revisão. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Rio de Janeiro: nov 1997; 13-21.
4. Busnello EA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CA, Tabora JG, Knijnik L, Ceitlin LH, Gigante L, Hofmeister MR, Oliveira NB, Picon P, Beltrão SM. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq.* 1992;41(10): 507-12.
5. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171 (1):524-9.
6. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care.* London-New York: Tavistock Publications; 1980.

7. Busnello EA, Lima B, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico – Tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *J Bras Psiq.* 1983;32(4):207-10.
8. Villano, LA, Nahay AL. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações atendidas em locais de cuidados gerais de saúde no Brasil: revisão do estudos dos últimos vinte anos. In: *O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997. p. 23-35.
9. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR *et al.* Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using "lay" interviewers in a Brazilian hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1995; 30:127-131.
10. Villano, LA, Nahay AL, Morais IR *et al.* Results from the Rio de Janeiro Centre. In: Üstun, T.B., Sartorius, N. (ed.) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: Wiley; 1995. p.227-45.
11. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100-1106.
12. Oxman TE. New paradigms for understanding the identification and treatment of depression in primary care (editorial). *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 79-81.
13. Olfson M *et al.* Subthreshold Psychiatric Symtoms in a Primary Care Group Practice. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:880-86.

14. Goldberg D, Gater R. Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *Br J Gen Practice* 1996; 46: 483-485.
15. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1996 may.
16. Shepherd M, Cooper B, Brown AC *et al*. *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford, England: Oxford University Press; 1966.
17. Harding TW, Busniello EA, Climent CE, Diop Mb, El-Hakim A, Giel R. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, III: evaluative design and illustrative results. *Am J Psychiatry* 1983; 140(11): 1481-1485.
18. Busnello EA *et al*. Training of non-psychiatrists: physicians and nursing-aids in a primary health setting in Porto Alegre, Brasil. *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry*; 1983; Vienna.
19. Van der Feltz-Cornelis CM, Lyons JS, Huyse FJ, Campos R, Fink P, Slaets JPJ. Health services research on mental health in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27(1): 1-21.
20. Gask L, Sibbald B, Greed F. Evaluation of models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 6-11.
21. Gask L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28(1): 97-113.

22. Ford K, Middleton J, Palmer B, Farrington A. Primary healthcare workers: training needs in mental health. *Br J Nurs* 1997; 6(21): 1244-1250.
23. Warner L, Ford R. Mental health facilitators in primary care. *Nurs Stand* 1998; 13(6): 36-40.
24. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *J Adv Nurs* 1999; 30(1): 229-237.
25. Harding TW, Climent CE, Diop Mb, Giel R, Ibrahim HHA, Murthy S. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: the development of new research methods. *Am J Psychiatry* 1983; 140(11): 1474-1480.
26. Ignacio LL, Arango MV, Baltazar J, Busnello EA, Climent CE, Elhakim A *et al.* Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries. *Am J Public Health* 1983;73: 1081-1084.
27. Ignacio LL, Arango MV, Baltazar J, Busnello EA, Climent CE, Elhakim A *et al.* Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries: a follow-up study. *Am J Epidemiol* 1989;18(3): 669-673.
28. World Health Organization (WHO) Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10, Chapter V, Primary Care Version. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1996.

29. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – versão para Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

30. Busnello EA, Tannous L, Gigante L, Ballester DA, Hidalgo MP, Silva V, Juruena M, Dalmolin A, Baldisserotto, G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. Revista de Saúde Pública 1999;33(5):487-94.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS BEFORE AND AFTER TRAINING ON MENTAL HEALTH CARE

Tietzmann, AC*, Busnello, EA*

*** Post-Graduation Program of Medicine:
Medical Clinic and Health Sciences**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brazil

Address for Correspondence:

Ana Cristina Tietzmann

Rua João Abbott, 318 – apto. 04

90460-150 – Porto Alegre – RS – Brasil

anacti@terra.com.br

The author received a fellowship from CAPES-MEC to this research study.

Abstract:

Introduction: There are evidences that 25 to 50% of the patients in Primary Care services have mental health disorders. In order to offer effective care, the primary care staff need to identify and manage these patients properly.

Objectives: To determine whether Primary Care workers can modify their knowledge and attitudes with respect to mental health care after training.

Methods: In Porto Alegre and in Rio Grande, two cities in southern Brazil, Primary Care professionals answered self-report questionnaires before and after a short training using the CID-10 (CID-10-CP) Version for Mental Health Primary Care in their practice. In the analysis of the paired answers (before/after) the Wilcoxon and McNemar tests were utilized.

Results: 50 of 73 professionals terminated the study. 18% were nurses while 20% were nursing assistants. The remaining professionals were dentists, psychologists, social workers, health visitors among others. After the training, they reported less problems with mental disorders diagnostics in Primary Care settings ($p=0,013$). Those who were coordinators or staff chiefs reported more interest in patients with mental health problems ($p=0,046$) like those with family history of mental disorder ($p=0,034$). Other changes were observed in the subgroups analysis.

Conclusion: The training utilizing the ICD-10-PC modified knowledge and attitudes concerning mental health care among Primary Care professionals who participated of this study.

Uniterms: Primary Health Care workers, mental health, education, ICD-10 (chapter V) PC version.

Introduction:

Since more than two decades ago, the Primary Health Care model (PHC) has been proclaimed for the extension of health care to the populations (1). The Primary Care settings must be the base of the health system, whereby the communities have access to preventive, curative and rehabilitation care in a continuous form, and must work as an "entry door" and "filter" for the more specialized levels. The Brazilian Constitution of 1988 consolidated, at legal level, the reform of the health system in our country, with the creation of the Unique Health System (SUS). Efforts have been made so that the system works in practice (2,3).

Epidemiological studies, in Brazil as well as overseas, have revealed a high frequency of mental disorders in the population (4,5). At the beginning of the 1990's, an epidemiological study performed in three Brazilian capitals (Brasília, Rio de Janeiro and Porto Alegre), revealed high estimates of mental disorders prevalence in the three areas: Brasília, with 51% approx., followed by Porto Alegre with 43% and São Paulo with 30% (4,6). In the city of Porto Alegre, the most frequent diagnoses found were: disorders due to the use of psychoactive substances, including tobacco (24.6%), anxiety disorders (23%) and affective disorders (10.7%) (7).

One of the most interesting findings of the Epidemiological Catchment Area Program (ECA), in the United States, was the high percentage of respondents that presented symptoms for some type of treatable mental disorder but that were not receiving treatment. Only half of the people suffering from Schizophrenia was being treated and only forty per cent of the persons suffering from Major Depressive Disorder was receiving adequate treatment (5).

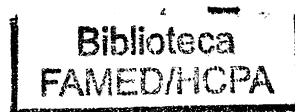
There are evidences that 25 to 50% of the patients in the Primary Care services presented mental disorders (8,9,10,11). It is in these services that one finds the major

prevalence of psychiatric morbidity after the populational prevalence. Besides, in the context of the psychiatric reform, where the net of care units for the mental ill must be decentralized, the PHC services perform an important role which is to identify and manage properly the most common mental disorders, addressing the most complex cases to the specialized levels and performing the treatment maintenance of the more simple or stable cases (12). These are the steps that will make the first contact with these patients and all the professionals involved in the care have an important responsibility because the prognosis of the illness may depend on the correct identification and adequate handling and/or addressing of the situations and disorders.

In order to render an effective care, these teams must be adequately trained and supported. This is not a simple task. There is still a tendency to think of the mind and the body as detached elements and this type of thought reflects in the type of health care offered to the patients (13). In this sense, it has been recommended the integration of the mental health care within the PHC services, what has been the target of intensive work. Several models of work between teams specialized in mental health and teams of primary care have been developed, being among them consultation-liason, training programs, besides the elaboration of screening and diagnosis instruments (14,15,16). The role of the nursing professionals and of other non-medical professionals has been outstanding (17,18,19).

The objective of this study was to determine whether Primary Care workers could have their knowledge and attitudes modified concerning mental health care after a training period utilizing the ICD-10 Chapter V Primary Care Version (20).

Material and Methods



A training for mental health primary care has been assessed according to the model of a non-controlled experiment of the before and after type, having as outcome the levels of knowledge and attitudes referred by the professionals. Participated of the study professionals in activity in Primary Health Care services in the cities of Porto Alegre and Rio Grande who answered questionnaires before and after the training. The evaluation of the professionals with medical education was reported in another study (21).

The sample:

For convenience, health services were selected from the network of primary care units from the two cities. In Porto Alegre, Units of the Murialdo Sanitary Center and Family Health Program and of the Municipal Department of Health. In Rio Grande, services of the Municipal Department of Health. The professionals were called to participate in the training programs, in an attempt to diminish the selection bias. However, due to ethic matters, only participated of the study those who voluntarily agreed upon doing it. A pilot study (n=15) was done for purposes of sampling calculation and instruments testing. For such, two health units of Murialdo Sanitary Center and two units of the Family Health Program were chosen. Based on the data of the pilot study, taking a medium score of 23,2 (13 sd) for the variable "number of diagnosis performed in the last month", to detect a difference of 14, with significance level of 5% and a statistic power of 80%, was estimated a minimum sample size of 44 subjects .

The variables:

The variables assessed were the following: independents: age, gender, family history of mental disorders, occupation, time of professional activity, time of activity in

primary care, chief position, previous experiences and training in mental health care; dependents: *knowledge*: assumed confidence in own diagnosis capacity of mental disorders; mentioned number of medicaments utilized in the treatment of mental disorders; mentioned number of diagnosis of mental disorders performed in the last month. *attitudes*: opinion about the magnitude of diagnosis problems of mental disorders in PHC services; interest for patients with mental health problems; optimism regarding the treatment of these patients in Primary Care;

The Questionnaires:

These are self-report and anonymous questionnaires, developed by the authors to rate the interest variables. They were elaborated from other questionnaires already utilized in multicentric studies by OMS (22,23). The questions were tested and reformulated before and after the pilot study in order to guarantee a better comprehension by the respondents. The questionnaires were identified by codes to guarantee secrecy and to improve the reliability of the answers. The same code was used in the pre and post test to make pairing possible. The first questionnaire (before training) comprised 29 questions about demographic data, professional experience, family history of mental illness besides knowledge and attitudes. The second questionnaire (after the training) comprised 21 questions, equal to the first one, about knowledge and attitudes. This one also included suggestions and opinions regarding the training. The answers were presented in the form of ranking.

At present, there are no standardized instruments for capacitation evaluation utilizing the ICD-10-PC and formal validation of the elaborated instruments was not made.

Training material:

Chapter V of ICD-10 was utilized: Diagnostic and Treatment Guidelines for mental disorders in primary care of the World Health Organization (WHO), translated into

Portuguese and published in Brazil in 1998 (20). This manual is the result of multicentric studies by WHO involving more than 40 countries, including Brazil (23). It contains 25 diagnostic categories, with the respective treatment guidelines, in the section for physicians, and 6 diagnostic categories in the section for other professionals, which are the following: Cognitive Disorders, Alcohol and Drugs use Disorders, Psychotic Disorders, Depression, Anxiety Disorders and Unexplained Somatic Complaints. Didactic material prepared by the authors (slides) containing introductory informations to the theme of the mental health in the primary care was also utilized.

The intervention:

Only two psychiatrists conducted the training, in a standardized form. The interventions had the total duration of one month, following one model of training proposed by the WHO for the study of diagnostic reliability of the ICD-10-PC (25). During this period, the professionals participated of 3 meetings, in the days 1, 7 and 30 of the training. In the period in between the meetings, the participants were instructed to utilize the capacitation material (manual of the ICD-10-PC) during their customary work routine, every time they suspected of the occurrence of a mental health problem. The teams were trained one by one and, generally, in the working place itself.

In the first meeting, after brief introduction and filling out the informed consent, questionnaire no. 1 or pre-test was applied, with a filling out time of 20 minutes approximately. Right after, an introduction was made containing basic information about the frequency of mental disorders in the population and one demonstration of the capacitation material use, by simulating the attendance of two cases, with problems related to depression and use of alcohol. As the manual presents a simplified section for non-medical professionals, the use of this one was stimulated, not being hindered however the access to the manual elaborated for the physicians considering that the Brazilian edition gathers both. The group received a few editions of the manual and was recommended to leave them in a place accessible for the whole team. They also

received a field diary in order to register the attendances performed, specifically: problems or diagnoses, conducts and need of supervision in mental health. The field diary had the purpose of stimulating the use of the capacitation material and of observing the influence of any supervision or orientation about diagnosis and/or treatment in mental health which was by chance performed out of the proposed training. The use of the material was stimulated in the next 7 days for discussion in the second meeting. The first meeting lasted about 90 minutes.

In the second meeting, with duration of 60 minutes approx. , a discussion was carried on with respect to the cases attended and to the experience of the material use. The participants were stimulated to use the material during the next three weeks and a phone contact was made available with the researchers in the case of doubts regarding the material or the caring of the patients.

The last meeting was performed three weeks after the second one, with duration of 60 minutes approx.. The post-test was applied and a discussion was proposed with the group so that they could express their opinions about the training program. The training scheme is in the Figure 1.

Statistical analysis:

The data obtained were stored and analysed statistically by utilizing the EpiInfo 6.04 and the SPSS, 8.0 version. The data of the pilot study were not included in the analysis of questions modified after it. Were excluded doubtful answers and whenever the option was "I don't know". A descriptive analysis was performed through measures of absolute and relative frequency. In the comparison of the variables before and after the training, non-parametric tests were applied to paired samples: Wilcoxon T Test and MacNemar Test. In the verification of the associations between variables, the Chi-squared Test and the Fisher Exact Test were utilized. The level of significance considered was of 5%. Were also used a Correspondence Analysis to observe associations between the independent variables and the change of opinion after the

training regarding interest for patients with mental health problems and confidence in own diagnosis capacity concerning mental disorders.

Ethic considerations:

This type of study presents minimal risk, according to the Health Research Standards of the National Health Council, having been approved by the Committee of Research and Ethics in Health of the Research Group and Postgraduation of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. All of the participants gave their written informed consent.

Results:

From the 73 professionals which at first agreed upon participating of the study, 23 (31.5%) out of them filled out only the first questionnaire while 50 (68.5%) filled out both of them.

It was observed that the great majority of the participants was of the feminine sex aged predominantly between 36 and 45. Among those who terminated the study, 62% had university degree, 40% were graduated over 10 years and 53.1% had more than 2 years of professional experience in Primary Care. Among those who did not terminate the study, there was a predominance of nursing professionals and 70% had a family history of mental disorder. Table 1 describes the characteristics of the two groups.

Knowledge:

Upon inquiry as to the confidence in their own capacity of diagnosing mental disorders, it was observed that, after training, there was an increase in the percentage of professionals who did not trust much in their diagnosing capacity (24% before vs. 40.5% after) followed by a reduction of those who trusted reasonably in their diagnosing capacity (61% before vs. 47.6% after) as shown in Figure 2.

Professionals without coordination or chief position recalled higher quantity of medications used in mental disorders after the training ($p=0,039$) but, in the group as a whole, there was no statistically significant change in this sense.

There was an increase in the quantity of diagnosis of mental disorders reported after training, as shown in Table 2. Within the subgroups, professionals with less than 2 years of work in PHC reported a higher number of these diagnoses after training ($p=0.039$) being Depression the most frequently mentioned diagnosis (0.034). A higher quantity of Depression diagnoses in the last month was referred by those graduated

less than 5 years ($p=0.046$). There was no statistically significant change in the quantity of diagnoses of the remaining disorders when the sample was analysed in pair form.

Attitudes:

After the training period, the participants reported a lesser magnitude of problems in the diagnosis of mental disorders in primary care settings (Figure 3). This impression has been repeated in the analysis of a few subgroups: women ($p=0.021$), professionals with graduation and/or postgraduation ($p=0.035$), without history of mental illness in the family ($p=0.034$), without coordination or chief function ($p=0.034$) and among those with time of professional experience in PHC above 2 years ($p=0.007$).

Regarding the interest for patients with mental health problems, the group did not show opinion change. Analysed separately, the professionals with coordination or chief function and the professionals with family history of mental health reported higher interest for these patients after training ($p=0.046$ and $p=0.034$ respectively). Such data are described in Table 3.

No changes were found as to the optimism about the capacity of helping the patients with mental disorders in primary care services after training. The opinion of the professionals spread out as shown in Figure 4, having the majority kept an ambivalent position (42%) or somehow optimistic (36% before vs. 38% after).

When inquired about the types of mental health work considered possible of being performed in places of basic health care, the professionals kept their opinions practically unaltered after training, except in relation to the regular treatment of non-psychotic patients (68% before vs. 88% after) as shown in Table 4.

When questioned if they considered the proposed training valuable for their professional practice, 89%($n=33$) of the interviewed answered affirmatively, 8.1%($n=3$) answered no while 2.7%($n=1$) replied that they did not know.

Associations between variables:

The verification of associations between the independent and dependent variables through the Chi-square and the Fisher Exact Test, showed only association between the occurrence of change in the interest for the patients with mental disorders after the training and family history of mental disorders ($p=0.039$).

Other associations were observed using Correspondence Analysis.

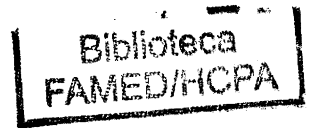
The following characteristics were associated to occurrence of change of opinion after training concerning interest for patients with mental health problems: psychologists, auxiliary nurses, family history or mental disorders, those graduated less than 5 years, 2 to 5 years of professional experience in PHC, age of 35 years old or less.

Some characteristics associated to absence of change in interest for that kind of patients were: over 5 years graduated, no family history of mental disorders and age over 45 years old.

Related to occurrence of change in reported confidence in their own capacity of diagnosing mental disorders were the following characteristics: nurses, dentists, health visitors, social workers, age between 36 and 45 years old, more than 5 years of professional experience in PHC, more than 5 years graduated, without family history of mental disorders.

Finally, associated to absence of change in reported confidence in own capacity of diagnosing that kind of disorders were the following variables: age under 35 and over 45 years old, coordination or chief function and family history of mental disorders, within others.

Discussion:



With relation to the sample, it comprised mainly university graduated women aged above 35, reflecting the importance of their work in the health services. This profile was observed in other studies involving health care workers (26,27).

The profile of the group which did not complete the study was characterized by its 76% nursing professionals ; 50% out of them did not have university degree while 70% of them had family history of mental disorder.

The fact that 50% out of those who abandoned their jobs did not have university degree may mean that the training was not able to touch this type of professional. In spite of the attempt of making the language communicative for all, maybe the material utilized have terms and concepts of difficult comprehension for intermediary school educated professionals, being adjustments necessary for populations with lower school education, maybe a separated training (19,22).

Attention is called to the fact that the majority of the professionals who did not complete the study have history of mental disorder in the family. This finding opposes the fact that subjects who had family history showed increased interest in patients with mental disorders after the training. No information were found in the literature regarding this aspect, that suggests the need of further studies.

Such results make us think on how much the personal features of the professionals influence the attitudes in relation to the treatment of the patients with mental disorders. Personality features have been pointed out as important determinants in the capacity of recognizing mental disorders (28,29).

Besides the familiar history of mental disorders, other characteristics associated to change in interest after training were age of 35 years old or less, those graduated less than 5 years, 2 to 5 years of professional experience in PHC and auxiliary nurses. This findings can contribute to planning strategies to profit the potential of this professionals.

The participants had the impression that the diagnosis problems in the field of mental disorders in PHC diminished after the training. This can be an evidence that they felt being helped by the training material in the diagnosis of psychiatric disorders.

There was also an increase in the number of mentioned diagnosis, what may mean an effect of the training in the capacity of identifying disorders by the professionals.

The most frequently mentioned diagnosed categories, both before and after the training, were Depression and Unexplainable Somatic Complaints, found equivalent to those in printed literature (8,11).

The professionals with less experience time of work in PHC and those graduated less than five years reported higher quantity of Depression diagnoses during the training month, compared to the previous month, what was not repeated in other subgroups. Maybe these professionals are more familiarized with diagnostic classifications.

After the training, some professionals diminished their confidence in their own capacity of diagnosing mental disorders. It is possible that, upon being aware of the correct diagnosing criteria, they have made a better self-evaluation of their diagnosing capacity. It is left to know whether such result may serve as a stimulus, or not, for a future search of capacitation in this sense.

It is however known that identifying the cases of mental disorders does not necessarily imply a better prognosis for the patients. The identification is not a condition enough to apply treatments based on clinical protocols, being necessary other abilities and conditions for an adequate intervention (30).

After the training there was no significant change of opinion with respect to the kind of mental health care which could be rendered by basic health services. The majority agreed that activities of health education, caring of non-psychotic patients and home visits could be assignments of these services. Psychotic patients and urgencies are not considered as assignments by the professionals of basic services. Indeed, for these patients, the most adequate conduct is the reference for specialized diagnostic evaluation and, in some cases, the follow-up by specialized professionals. However, the

adequate capacitation of the primary health care team is fundamental in order to avoid an excessive and unnecessary demand of the specialized services.

The fact that the great majority of the studied professionals found the training valuable for their professional practice suggests that they are somehow open to such initiatives.

The availability of continuous programs of consultation and training, including the presence of facilitator personnel is mentioned as being the most effective for the purpose of providing support in the caring of patients and of stimulating the work teams continuously (14,18,22) The higher interest in patients with mental disorders by the coordinators and/or team chiefs, after the training, evidences some potential of these professionals in the development of these strategies.

Considerations about the limitations of the study:

These findings must not be generalized for other professionals who have not participated of this study due to the sample limitations. The drop out tends to cause a selection bias. The size of the sample might have been insufficient to show existing differences, when the subgroups are analyzed.

The effect provoked by the evaluation situation tends to influence in a sense of better performance. Due to the absence of formal instrument validation, the validation is based on the constructo with the consequent limitations (31). The subjective measures, opinions, attitudes and knowledge assumed by the subjects may be subject to bias of information and declaration. The test of the questionnaires during the pilot study and the anonymity were attempts in the sense of minimizing such problems.

Likely, the absence of a structured diagnostic instrument limited the value of the diagnoses referred by the participants to impressions which in no moment were tested. The impossibility of existence of a control group also limits the validity of the results.

Final considerations:

The proposed training was capable of modifying knowledge and attitudes referred by the professionals who participated of this study concerning primary care in mental health, increasing the capacity of identifying mental health problems and the interest in this type of patients.

There was an increased potential to change in some subgroups, mainly the youngers, beginning career, those with chief function and those with family history of mental disorder.

Since it is about a short intervention maybe it has worked more as sensibilization, opening way to further interventions. It is recommended that the capacitation process of these teams be continued and that the communication with specialists in mental health be implemented in a structured form.

Acknowledgements:

To our colleague Dinarte Ballester for sharing difficulties and ideals during the accomplishment of this work. To our colleagues of the Murialdo Sanitary Unit, of the IAPI Sanitary Unit and of the Family Health Program, in the City of Porto Alegre, and of the Health Department of the City of Rio Grande for accepting to participate of this study. To Marcelo Berlim, Marcos R. Tietzmann and Betina Mattevi for the dedicated help. To Mary Bozzetti, PhD and Vânia Hirakata, M.Sc. of the Research and Postgraduation Group of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, for their support in the statistical treatment of the data.

References:

1. Organizacion Mundial de la Salud – Fundo de las Naciones Unidas para la Infancia. Alma Ata 1978. Atencion Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978.
2. Ballester DA, Tietzmann AC, Geidel AR, Zillmer P, Fischer MF, Dias M, Busnello EA. City of Porto Alegre: the Brazilian Concept of Quality of Life. In: Goldberg D, Thornicroft G, editors. *Mental Health in our Future Cities*. London: Psychology Press; 1998, p. 173-193.
3. Dal Poz MR, Viana AL. O Programa de Saúde da Família é um instrumento da reforma do SUS? *Boletim da ABRASCO* 1998;(71):3-4.
4. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171 (1):524-9.
5. Eaton WW. The NIMH epidemiologic catchment area program: implementation and major findings. *International J Meth Psych Res* 1994; 4: 103-112.
6. Almeida Filho N, Santana VS. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações gerais no Brasil: uma revisão. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Rio de Janeiro: nov 1997; 13-21.

7. Busnello EA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CA, Taborda JG, Knijnik L, Ceitlin LH, Gigante L, Hofmeister MR, Oliveira NB, Picon P, Beltrão SM. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiq.* 1992;41(10): 507-12.
8. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100-1106.
9. Busnello EA, Lima B, Gomes R, Bertolote JM. Identificação e manejo dos doentes mentais crônicos num local de cuidados primários em Porto Alegre, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 1983; 32(6): 359-363.
10. Villano, LA, Nahay AL, Morais IR *et al.* Results from the Rio de Janeiro Centre. In: Üstun, T.B., Sartorius, N. (ed.) *Mental illness in general health care: an international study.* Chichester, England: Wiley; 1995. p.227-45.
11. Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care.* WHO, Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
12. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care.* London-New York: Tavistock Publications; 1980.
13. Goldberg RJ. Psychiatry and the practice of medicine: the need to integrate psychiatry into comprehensive medical care. *Southern Med J* 1995; 88(3):260-267.
14. Van der Feltz-Cornelis CM, Lyons JS, Huysse FJ, Campos R, Fink P, Slaets JPJ. Health services research on mental health in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27(1): 1-21.

15. Busnello, EA. A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária. [Tese de Livre Docência]. Porto Alegre: UFRGS, 1976.
16. Warner L, Ford R. Mental health facilitators in primary care. *Nurs Stand* 1998; 13(6): 36-40.
17. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *J Adv Nurs* 1999; 30(1): 229-237.
18. Ford K, Middleton J, Palmer B, Farrington A. Primary healthcare workers: training needs in mental health. *Br J Nurs* 1997; 6(21): 1244-1250.
19. Gask L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28(1): 97-113.
20. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – versão para Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
21. Ballester, D.A. Avaliação de um treinamento em cuidados primários à saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde. [Dissertação de Mestrado em Medicina: Clínica Médica]. Porto Alegre: UFRGS; 2000.
22. Busnello EA *et al.* Training of non-psychiatrists: physicians and nursing-aids in a primary health setting in Porto Alegre, Brasil. *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry* 1983; Vienna.

23. Ignacio LL, Arango MV, Baltazar J, Busnello EA, Climent CE, Elhakim A et al. Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries. *Am J Public Health* 1983;73: 1081-1084.
24. World Health Organization (WHO) Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10, Chapter V, Primary Care Version. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1996.
25. Busnello EA, Tannous L, Gigante L, Ballester DA, Hidalgo MP, Silva V, Juruena M, Dalmolin A, Baldisserotto, G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. *Revista de Saúde Pública* 1999;33(5):487-94.
26. Oguisso, T. Perfil do enfermeiro de unidades ambulatoriais do INAMPS no Brasil. *Rev. Esc. Enfermagem USP* 1990; 24(1):77-92.
27. Silva, SRC; Rosa, AGF. Características dos cirurgiões dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara-SP. *Rev. Odontol. UNESP jan.-dez.1996; 25(n. esp.): 9-18.*
28. Perales A. Psicoterapia de apoyo y salud mental: urgencia del adiestramiento del médico no-psiquiatra. *Diagnostico* 1986;17(1):19-24.
29. Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of General Practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 1979;9:337-353.
30. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1996 may.
31. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.

Table 1: Sociodemographic data and data on professional experience of PHC professionals who completed and who left the study. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/1999.

	Answered questionnaires Before and after training		Answered questionnaires Only before training	
	N = 50		N = 23	
	Frequency	Valid Percent	Frequency	Valid Percent
Sex				
Male	6	12.5%	2	9.15
Female	42	87.5%	20	90.9%
missing	2	-	1	-
Age				
≤ 35 years	13	26%	5	22.7%
36-45 years	26	52%	12	54.5%
> 45 years	11	22%	5	22.7%
missing	-	-	1	-
Profession				
Nurse	9	18%	8	38.1%
Auxilliary Nurse	10	20%	8	38.1%
Dentist	8	16%	2	9.5%
Health Visitor	5	10%	2	9.5%
Psychologist	3	6%	-	-
Nutritionist	3	6%	1	4.8%
Social Worker	2	4%	1	4.8%
Others	10	20%	1	4.8%
missing	-	-	2	-
Educational Background				
Without university degree	19	38%	10	50%
Graduate and/or postgraduate	31	62%	10	50%
missing	-	-	3	-
Professional experience				
≤ 5 years	14	35%	6	30%
5 to 10 years	10	25%	8	40%
≥ 10 years	16	40%	6	30%
missing	10	-	3	-
Professional experience in primary care				
≤ 2 years	23	46.9%	10	47.6%
≥ 2 years	26	53.1%	11	52.4%
missing	1	-	2	-
Coordinator or team chief				
Yes	16	33.3%	7	33.3%
No	32	66.7%	14	66.7%
missing	2	-	2	-
Family history of metal disorder				
Sim	16	32%	14	70%
Não	34	68%	6	30%
Missing	-	-	3	-
Work experience in mental health				
Sim	11	33.3%	4	22.2%
Não	22	66.7%	14	77.8%
missing	17	-	5	-

Table 2: Number of diagnosis of mental disorders* reported by PHC professionals, before and after mental health training. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/99.

	before*	after*
Cognitive disorders	28	85
Alcohol and drugs use disorders	77	104
Psychotic disorders	18	25
Depression	122	271
Anxiety disorders	58	127
Unexplained somatic complaints	96	132

* Distribution according to categories of the brief version of ICD-10PC

* diagnosis performed in the month before training

* diagnosis performed in the month of training

Table 3: Distribution of the answers concerning interest by patients with mental disorders before and after mental health training. Porto Alegre/ Rio Grande, 1998/99.

	Before		After	
	n	%	n	%
Much interest	13	26%	13	26%
Moderated	26	52%	32	64%
Little interest	6	12%	4	8%
No interest	0	-	0	-
I cannot define	5	10%	1	2%
Total	50	100%	50	100%

Table 4: Opinion of professionals concerning kinds of mental health work which could be performed in Primary Health Care services, before and after mental health training. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/1999

	BEFORE								AFTER							
	Yes		No		Doesn't know didn't answ.		Total		Yes		No		Doesn't know didn't answ.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Health Education	47	94	0	0	3	6	50	100	48	96	0	0	2	4	50	100
Regular treatment of patients with non-psychotic mental disorders	34	68	4	8	12	24	50	100	44	88	2	4	4	8	50	100
Regular treatment of patients with psychotic mental disorders	25	50	10	20	15	30	50	100	23	46	10	20	17	34	50	100
Home visits	29	58	7	14	14	28	50	100	29	58	7	14	14	28	50	100
Psychiatric emergencies	19	38	16	32	15	30	50	100	17	34	19	38	14	28	50	100

Figure 1: Training Schedule

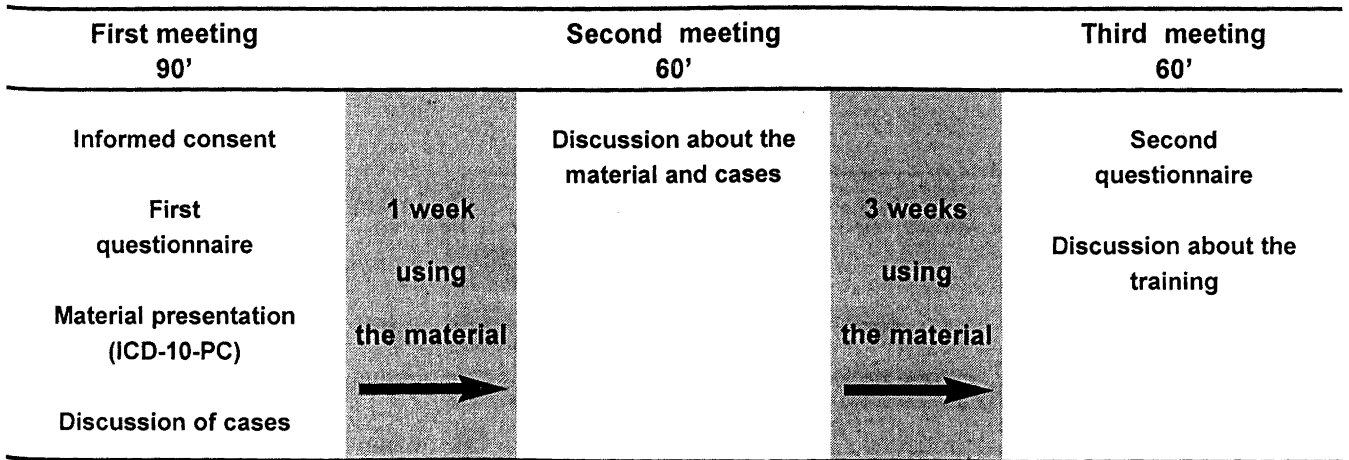
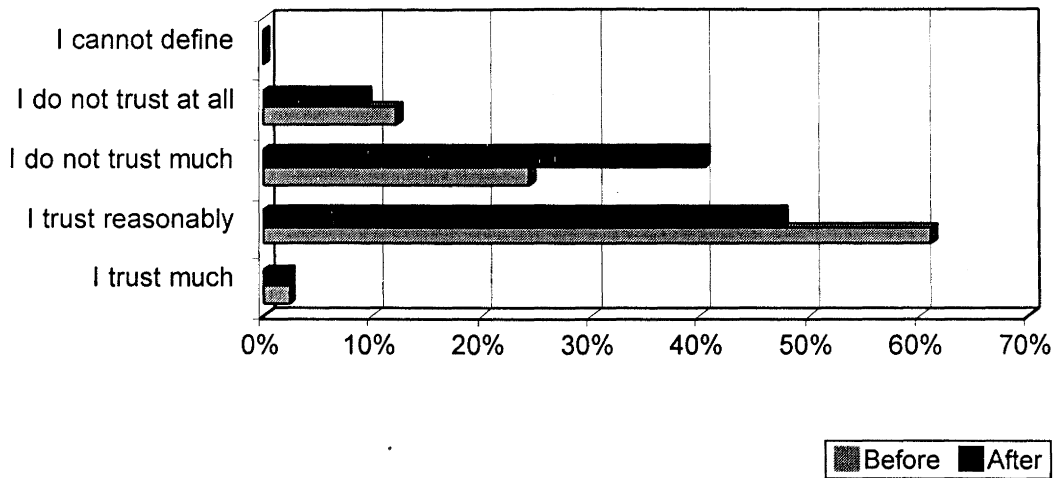
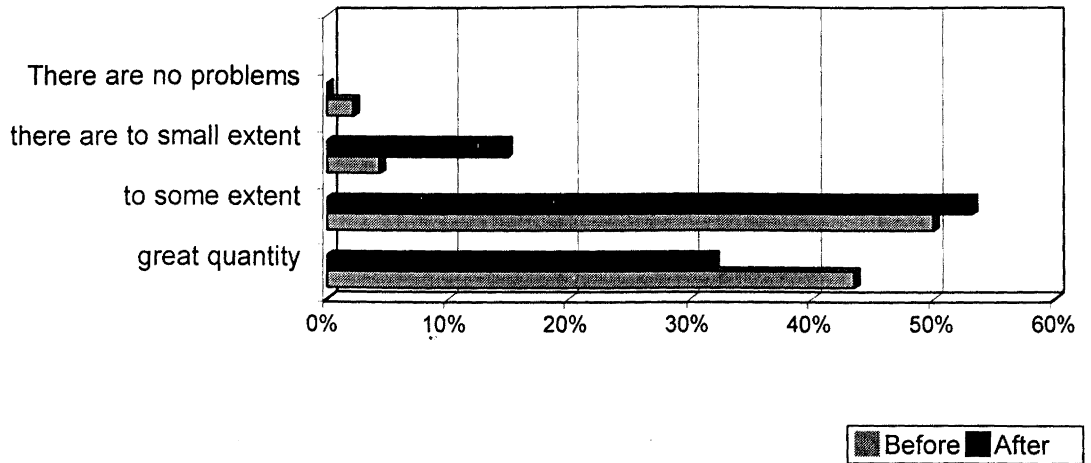


Figure 2: Confidence in their own capacity of diagnosing mental disorders reported by PHC professionals before and after mental health training. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/1999.



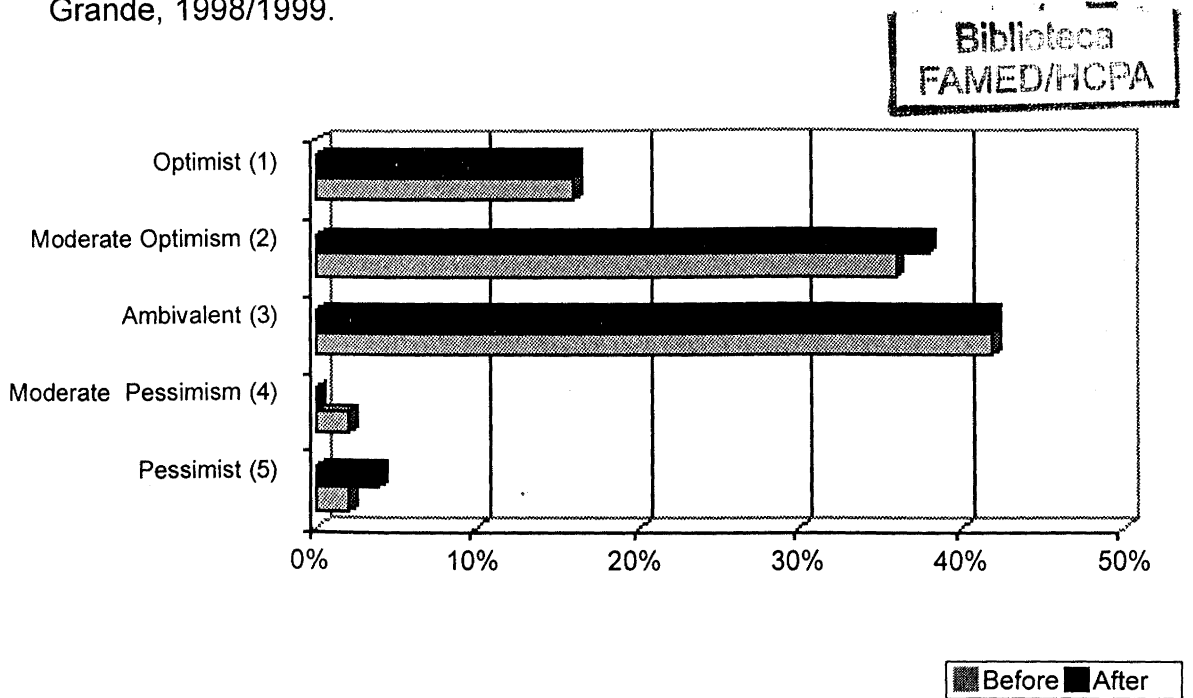
Paired sample analysis (by Wilcoxon test): n=23; p=0,366

Figure 3: Opinion of the professionals as to the magnitude of the problems in the diagnosis of mental disorders in PHC services, before and after mental health training. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/1999.



Paired sample analisis (by Wilcoxon test): n=29 p=0,013

Figure 4: Optimism regarding the treatment of patients with mental disorders in PHC services before and after mental health training. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/1999.



(1) the majority could be helped (2) most of them could be helped (3) some of them could be helped (4) few of them could be helped (5) almost nobody could be helped
 Paired sample analysis (by Wilcoxon test): n=50; p=0,567

CONHECIMENTOS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA ANTES E APÓS TREINAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Tietzmann, AC* e Busnello, EA*

*** Programa de Pós-graduação em Medicina:
Clínica Médica e Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil**

Endereço para correspondência:

Ana Cristina Tietzmann

Rua João Abbott, 318 apto 04

90460-150 – Porto Alegre – RS – Brasil

anacti@terra.com.br

A autora recebeu bolsa de estudos da CAPES – MEC para a realização desta pesquisa.

Resumo:

Introdução: Existem evidências de que 25 a 50% dos pacientes atendidos em serviços de Atenção Primária têm problemas de saúde mental. Para a prestação de cuidados efetivos, as equipes dos serviços básicos precisam identificar e manejar adequadamente estes pacientes.

Objetivos: Determinar se trabalhadores de Atenção Primária podem modificar seus conhecimentos e atitudes a respeito de cuidados em saúde mental após um treinamento.

Métodos: Em Porto Alegre e Rio Grande, duas cidades do sul do Brasil, profissionais de Atenção Primária responderam questionários auto-aplicáveis antes e após um treinamento curto utilizando a Versão para Cuidados Primários em Saúde Mental da CID-10 (CID-10-CP) na prática. Na análise das respostas pareadas (antes/após) foram utilizados os testes de Wilcoxon e McNemar.

Resultados: 50 de 73 profissionais completaram o estudo. 18% eram enfermeiros e 20% auxiliares de enfermagem. Outros profissionais eram dentistas, psicólogos, assistentes sociais, agentes de saúde e outros. Após o treinamento, eles referiram menos problemas de diagnóstico de transtornos mentais em serviços de Atenção Primária ($p=0,013$). Aqueles que eram coordenadores ou chefes de equipe referiram maior interesse em pacientes com problemas de saúde mental ($p=0,046$) assim como aqueles com história familiar de transtorno mental ($p=0,034$). Outras mudanças foram observadas na análise de subgrupos.

Conclusão: O treinamento utilizando a CID-10-CP modificou conhecimentos e atitudes sobre cuidados de saúde mental entre os profissionais de Atenção Primária que participaram deste estudo.

Unitermos: trabalhadores em Atenção Primária à Saúde, saúde mental, educação, CID-10 (capítulo V) versão CP.

Introdução:

Há mais de duas décadas, tem sido preconizado o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) para a extensão de cuidados de saúde às populações (1). Os serviços de Atenção Primária à Saúde devem ser a base do sistema de saúde, onde as comunidades tenham acesso a cuidados preventivos, curativos e reabilitadores, de forma contínua, devendo funcionar como "porta de entrada" e "filtro" para os níveis mais especializados. A Constituição Brasileira de 1988 consolidou, no plano jurídico, a reforma do sistema de saúde em nosso país, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esforços têm sido feitos para que o sistema funcione na prática (2,3).

Estudos epidemiológicos, no Brasil e no exterior, têm revelado uma alta frequência de transtornos mentais na população (4,5). No início da década de 1990, um estudo epidemiológico realizado em três capitais brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), revelou elevadas estimativas de prevalência de transtornos mentais nas três áreas: Brasília, com cerca de 51%, seguida por Porto Alegre, com 43% e São Paulo, com 30% (4,6). Na cidade de Porto Alegre, os diagnósticos mais frequentemente encontrados foram: transtornos por uso de substâncias psicoativas, incluindo o tabaco (24,6%), transtornos de ansiedade (23%) e transtornos afetivos (10,7%) (7).

Um dos achados mais interessantes do Epidemiological Catchment Area Program (ECA), nos Estados Unidos, foi a alta porcentagem de respondentes que apresentava sintomas para algum tipo de transtorno mental tratável, mas que não vinha recebendo tratamento. Apenas metade das pessoas sofrendo de Esquizofrenia estavam sendo tratadas e apenas quarenta por cento das pessoas portadoras de Transtorno Depressivo Maior estavam recebendo tratamento adequado (5).

Existem evidências de que 25 a 50% dos pacientes atendidos em serviços de Atenção Primária apresentam transtornos mentais (8,9,10,11). É nestes serviços que

se encontra a maior prevalência de morbidade psiquiátrica depois da prevalência populacional. Além disso, no contexto da reforma psiquiátrica, onde a rede de atendimento ao doente mental deve ser descentralizada, os serviços de APS desempenham um importante papel, que é de identificar e manejar adequadamente os transtornos mentais mais comuns, encaminhando para os níveis especializados os casos mais complexos e realizando a manutenção de tratamento de casos mais simples ou estáveis (12). São estas equipes que farão o primeiro contato com estes pacientes e todos os profissionais envolvidos no atendimento têm uma importante responsabilidade, pois, da correta identificação e adequado manejo e/ou encaminhamento das situações e transtornos, pode depender o prognóstico da doença.

Para poder prestar um atendimento efetivo, estas equipes precisam ser adequadamente treinadas e apoiadas. Esta não é uma tarefa simples. Existe ainda uma tendência a se pensar a mente e o corpo como elementos separados e este tipo de pensamento se reflete no tipo de cuidado de saúde oferecido aos pacientes (13). Neste sentido, tem sido recomendada a integração dos cuidados de saúde mental nos serviços de APS, o que tem sido alvo de estudo internacionalmente. Vários modelos de trabalho têm sido desenvolvidos entre equipes especializadas em saúde mental e equipes de atenção primária, entre eles, consultoria e ligação, facilitadores, programas de treinamento, além da elaboração de instrumentos de triagem e de diagnóstico (14,15,16). O papel dos profissionais de enfermagem e outros profissionais não médicos tem sido destacado (16,17,18,19).

O objetivo deste estudo foi determinar se trabalhadores de Atenção Primária poderiam modificar seus conhecimentos e atitudes a respeito de cuidados de saúde mental após um período de treinamento utilizando a Versão para Cuidados Primários do Capítulo V da CID-10 (20).

Materiais e Métodos:

Biblioteca
FAMED/HCPA

Avaliou-se um treinamento para cuidados primários de saúde mental de acordo com o modelo de um experimento do tipo antes e depois, não controlado, tendo como desfechos os níveis de conhecimento e atitudes referidos. Participaram do estudo, profissionais em atividade em serviços de Atenção Primária à Saúde das cidades de Porto Alegre e Rio Grande os quais responderam questionários antes e após o treinamento. A avaliação dos profissionais com formação médica, foi relatada em outro estudo. (21)

A amostra:

Foram selecionados, por conveniência, serviços de saúde da rede de Atenção Primária das duas cidades. Em Porto Alegre, Unidades do Centro de saúde Murialdo, Unidades do Programa de Saúde da Família e da Secretaria Municipal de Saúde. Em Rio Grande, Serviços da Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais foram convocados por suas chefias a participarem dos treinamentos, na tentativa de diminuir os vieses de seleção. Entretanto, por questões éticas, participaram do estudo apenas aqueles que voluntariamente concordaram em fazê-lo. Foi realizado um estudo piloto (n=15) para fins de cálculo amostral e testagem dos instrumentos. Para tal, foram escolhidas duas unidades de saúde do Centro de Saúde Murialdo e duas unidades do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre. Com base nos dados do estudo piloto, utilizando-se o escore médio de 23,2 (dp=13) para a variável "Número de diagnósticos realizados no último mês" e, para detectar uma diferença de 14, com um nível de significância de 5% e um poder estatístico de 80%, seria necessário um tamanho amostral mínimo de 44 sujeitos.

As variáveis:

As variáveis avaliadas foram as seguintes: independentes: idade, gênero, história familiar de transtorno mental, escolaridade, profissão, tempo de atividade profissional, tempo de atividade em atenção primária, cargo de chefia, experiências e treinamentos prévios em saúde mental; dependentes: conhecimentos: capacidade presumida para diagnóstico de transtornos mentais; número citado de medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais; número citado de diagnósticos de transtornos mentais realizados no último mês. atitudes: opinião sobre a magnitude dos problemas no diagnóstico de transtornos mentais em APS; interesse por pacientes com problemas de saúde mental; otimismo acerca do tratamento destes pacientes em Atenção Primária e opinião acerca dos tipos de atendimento em saúde mental possíveis de serem realizados nos serviços de APS;

Os questionários:

Tratam-se de questionários auto-aplicáveis, anônimos, desenvolvidos pelos autores para a aferição das variáveis de interesse. Foram elaborados a partir de outros questionários já utilizados em estudos multicêntricos da OMS e em nosso meio (22,23). As questões foram testadas e reformuladas, antes e após o estudo-piloto, para garantir uma melhor compreensão por parte dos respondentes. Os questionários eram identificados por códigos para garantir o sigilo e melhorar a fidedignidade das respostas. O mesmo código era utilizado no pré o no pós-teste para possibilitar o pareamento. O primeiro questionário (antes do treinamento) continha 29 questões sobre dados demográficos, experiência profissional, história familiar de doença mental além de conhecimentos e atitudes. O segundo questionário (depois do treinamento) continha 21 questões, iguais às do primeiro, sobre conhecimentos e atitudes. Este incluía também sugestões e opiniões a respeito do treinamento. As respostas eram apresentadas e/ou categorizadas em forma de ranking .

Atualmente, não existem instrumentos padronizados para avaliação de capacitação utilizando a CID-10-CP e não foi realizada validação formal dos instrumentos elaborados.

Material de treinamento:

Utilizou-se o Capítulo V da CID-10 : Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários da Organização Mundial da Saúde(OMS), traduzida para o português e publicada no Brasil em 1998(20). Este manual é resultado de estudos multicêntricos da OMS envolvendo mais de 40 países, inclusive o Brasil (24). Contém 25 categorias diagnósticas, com as respectivas diretrizes de tratamento, na seção para médicos, e 6 categorias diagnósticas na seção para outros profissionais, que são as seguintes: Transtornos Cognitivos, Transtornos por uso de Álcool e Drogas, Transtornos Psicóticos, Depressão, Transtornos de Ansiedade e Queixas Somáticas Inexplicadas. Também foi utilizado material didático preparado pelos autores (slides) contendo informações introdutórias ao tema da saúde mental na atenção primária.

A intervenção:

Apenas dois psiquiatras conduziram os treinamentos, de forma padronizada. As intervenções tiveram duração total de um mês, seguindo um modelo de treinamento proposto pela OMS para o estudo de confiabilidade diagnóstica da CID-10-CP(25). Durante este período, os profissionais participaram de 3 reuniões, nos dias 1, 7 e 30 do treinamento. No período entre as reuniões, os participantes foram orientados a utilizar o material de capacitação (manual da CID-10-CP) durante sua rotina habitual de trabalho, toda vez que suspeitassem da ocorrência de um problema de saúde mental. As equipes eram treinadas uma a uma e, geralmente, no próprio local de trabalho.

Na primeira reunião, após breve apresentação e preenchimento do consentimento informado, o questionário nº 1 ou pré-teste era aplicado, com tempo de preenchimento de aproximadamente 20 minutos. Logo após, era realizada uma introdução,

contendo informações básicas sobre a frequência de transtornos mentais na população e uma demonstração do uso do material de capacitação, simulando-se o atendimento a dois casos, com problemas relacionados a depressão e uso de álcool. Como o manual apresenta uma seção simplificada para profissionais não médicos, foi estimulado o uso desta, não sendo impedido, no entanto, o acesso ao manual elaborado para os médicos já que a edição brasileira reúne os dois. O grupo recebia alguns exemplares do manual e era recomendado que os deixassem em locais acessíveis a toda a equipe. Também recebiam um diário de campo para que fossem registrados os atendimentos realizados, especificamente: problemas ou diagnósticos, condutas e necessidade de supervisão em saúde mental. O diário de campo teve como finalidade estimular o uso do material de capacitação e observar a influência de qualquer supervisão ou orientação sobre diagnóstico e/ou tratamento em saúde mental que porventura fosse realizada fora do treinamento proposto. Era estimulado o uso do material nos 7 dias seguintes, para discussão na segunda reunião. A primeira reunião durava em torno de 90 minutos.

Na segunda reunião, com duração de aproximadamente 60 minutos, realizava-se uma discussão a respeito de casos atendidos e sobre a experiência de uso do material. Os participantes eram estimulados a usarem o material durante as três semanas seguintes e era disponibilizado o contato telefônico com os pesquisadores no caso de dúvidas a respeito do material ou no atendimento de pacientes.

A última reunião era realizada três semanas após a segunda, com duração aproximada de 60 minutos. Era aplicado o pós – teste e proposta uma discussão com o grupo para que pudessem expressar suas opiniões sobre o programa de treinamento. A Figura 1 descreve o processo de treinamento.

Análise estatística:

Os dados obtidos foram armazenados e analisados estatisticamente utilizando-se os programas EpiInfo 6.04 e SPSS versão 8.0. Os dados do estudo- piloto não foram

incluídos na análise de questões modificadas após o mesmo. Excluímos as respostas duvidosas e sempre que a opção foi "não sei". Realizou-se uma análise descritiva através de medidas de frequência absoluta e relativa. Na comparação das variáveis antes e após o treinamento, foram utilizados testes não – paramétricos para amostras pareadas: Teste T de Wilcoxon e Teste de MacNemar. Na verificação de associações entre as variáveis, utilizou-se o Teste Qui – quadrado e o Teste Exato de Fisher. Foi definido um nível de significância de 5%. Foi também utilizada a técnica de Análise de Correspondência para observar associações entre as variáveis independentes e a ocorrência de mudança de opinião após o treinamento no que diz respeito ao interesse por pacientes com problemas de saúde mental e a confiança na própria capacidade de diagnosticar transtornos mentais.

Considerações éticas:

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo, de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os participantes preencheram termo de consentimento informado.

Resultados:

Dos 73 profissionais que inicialmente concordaram em participar do estudo, 23 (31,5%) preencheram apenas o primeiro questionário e 50 (68,5%) completaram ambos os questionários.

Observou-se que a grande maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade predominante entre 36 e 45 anos. Entre os que completaram o estudo, 62% tinha curso superior, 40% tinha mais de 10 anos de formado e 53,1% tinha mais de 2 anos de experiência profissional em Atenção Primária. Entre os que não completaram o estudo, houve predominância de profissionais de enfermagem e 70% tinha história familiar de transtorno mental. A Tabela 1 descreve as características dos dois grupos.

Conhecimentos:

Ao serem questionados a respeito da confiança na sua própria capacidade em diagnosticar transtornos mentais observou-se que, após o treinamento, houve um aumento no percentual de profissionais que não confiava muito em sua capacidade diagnóstica (24% antes vs. 40,5% depois) acompanhado por uma diminuição daqueles que confiavam razoavelmente em sua capacidade diagnóstica (61% antes vs. 47,6% depois) como aparece na Figura 2.

Profissionais sem função de coordenação ou chefia lembraram maior quantidade de medicamentos usados em transtornos mentais após o treinamento ($p=0,039$) mas, no grupo como um todo, não houve mudança estatisticamente significativa neste sentido.

Houve um aumento da quantidade de diagnósticos citados após o treinamento, como mostra a Tabela 2. Dentre os subgrupos, os profissionais com menos de 2 anos de trabalho em APS relataram um maior número destes diagnósticos após o treinamento ($p=0,039$) sendo Depressão o diagnóstico mais frequentemente citado (0,034).

Também referiram maior quantidade de diagnósticos de Depressão no último mês aqueles com menos de 5 anos de formado ($p=0,046$). Não houve mudança estatisticamente significativa na quantidade de diagnósticos dos demais transtornos quando a amostra foi analisada de forma pareada.

Atitudes:

Após o período de treinamento, os participantes mudaram de opinião em relação à magnitude dos problemas no diagnóstico dos transtornos mentais em serviços de cuidados primários. Houve mudança no sentido da diminuição dos problemas (Figura 3). Esta impressão se repetiu na análise de alguns subgrupos: mulheres ($p=0,021$), profissionais com graduação e/ou pós graduação ($p=0,035$), sem história de doença mental na família ($p=0,034$), sem função de coordenação ou chefia ($p=0,034$) e entre aqueles com tempo de experiência profissional em APS maior do que 2 anos ($p=0,007$).

No que diz respeito ao interesse por pacientes com problemas de saúde mental, o grupo não apresentou mudança de opinião. A Tabela 3 descreve a distribuição desta variável.

Analisados separadamente, os profissionais com função de coordenação ou chefia e os profissionais com história familiar de doença mental relataram maior interesse por estes pacientes após o treinamento ($p=0,046$ e $p=0,034$ respectivamente).

Não foram encontradas mudanças em relação ao otimismo acerca da capacidade de ajuda aos pacientes com transtornos mentais em serviços de cuidados primários após o treinamento. A opinião dos profissionais distribuiu-se como mostra a Figura 4, sendo que a maioria manteve uma postura ambivalente (42%) ou algo otimista (36% antes vs. 38% depois).

Quando questionados sobre tipos de atendimento, em saúde mental, considerados possíveis de serem realizados em locais de cuidados básicos de saúde semelhantes aos seus, os profissionais mantiveram suas opiniões praticamente inalteradas após o treinamento, salvo em relação ao tratamento regular de pacientes não

psicóticos (68% antes vs. 88%depois) como mostra a Tabela 4.

Ao serem questionados sobre se haviam achado proveitoso para sua prática profissional o treinamento proposto, 89% (n=33) dos respondentes responderam afirmativamente, 8,1% (n=3) responderam que não e 2,7% (n=1), não sabia.

Associações entre variáveis:

A verificação de associações entre as variáveis através dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, mostrou apenas associação entre a ocorrência de mudança no interesse em pacientes com transtornos mentais após o treinamento e história familiar de transtorno mental ($p= 0,039$).

Outras associações foram observadas utilizando-se Análise de Correspondência:

As seguintes características mostraram-se associadas à ocorrência de mudança de opinião, após o treinamento, a respeito do interesse por pacientes com problemas de saúde mental: psicólogos, auxiliares de enfermagem, história familiar de transtorno mental, idade menor ou igual a 35 anos, menos de 5 anos de formado, 2 a 5 anos de experiência profissional em Atenção Primária.

Algumas das características associadas à ausência de mudança no interesse por este tipo de paciente foram: mais de 5 anos de formado, sem história familiar de transtorno mental e idade maior do que 45 anos.

Relacionadas à ocorrência de mudança de opinião sobre a confiança na própria capacidade para o diagnóstico de transtornos mentais estavam as seguintes características: enfermeiros, dentistas, agentes de saúde, assistentes sociais, idade entre 36 e 45 anos, mais de 5 anos de experiência profissional em APS, mais de 5 anos de formado, sem história familiar de transtorno mental.

Finalmente, associadas à ausência de mudança na capacidade presumida para o diagnóstico de transtornos mentais estavam as seguintes variáveis: idade abaixo de 35 e acima de 45 anos, função de coordenação ou chefia, e história familiar de transtornos mentais, dentre outras.

Discussão:

A amostra se constituiu principalmente de mulheres com idades acima de 35 anos e com curso superior. Este perfil de profissionais repetiu-se em outros estudos, refletindo sua importância nos serviços de saúde (26, 27).

O perfil do grupo que não completou o estudo caracterizou-se por serem 76% profissionais de enfermagem; 50% não terem curso superior e 70% possuírem história familiar de transtorno mental.

O fato de 50% dos que abandonaram o estudo não terem curso superior, pode significar que o treinamento não foi capaz de atingir este tipo de profissional. Apesar da tentativa de tornar a linguagem acessível a todos, talvez o material utilizado possua termos e conceitos de difícil compreensão para profissionais de nível médio, sugerindo a necessidade de ajustes para populações de menor escolaridade e o desenvolvimento de treinamentos específicos adequados às necessidades destes profissionais (19,22).

Chama a atenção que a maioria dos profissionais que não completou o estudo tenham história de transtorno mental na família. Este achado se contrapõe ao fato de que os sujeitos que tinham história familiar mostraram aumento de interesse em pacientes com transtornos mentais após o treinamento. Não foram encontrados dados na literatura a este respeito o que sugere a necessidade de estudos futuros. Tais resultados nos fazem pensar no quanto as características pessoais dos profissionais influenciam nas atitudes em relação ao tratamento de pacientes com transtornos mentais. Características de personalidade têm sido apontadas como determinantes importantes na capacidade de se reconhecer transtornos mentais (28,29).

Além da existência de história familiar de transtornos mentais, outras características associadas a uma mudança no interesse por este tipo de paciente foram idade menor ou igual a 35 anos, menos de 5 anos de formado, auxiliares de enfermagem,

2 a 5 anos de experiência profissional em Atenção Primária. Tais achados podem contribuir para o planejamento de estratégias, direcionando intervenções, no sentido de melhor aproveitar o potencial destes profissionais nos cuidados de saúde mental.

Os participantes tiveram a impressão de que os problemas de diagnóstico na área de transtornos mentais em APS haviam diminuído após o treinamento. Isto pode ser um indício de que se sentiram auxiliados pelo material de treinamento no diagnóstico dos transtornos psiquiátricos.

Houve também um aumento no número de diagnósticos citados, podendo significar um efeito do mesmo na capacidade de identificação dos transtornos pelos profissionais, após o treinamento, apesar de não ter sido testada a confiabilidade de tais diagnósticos.

As categorias diagnósticas mais frequentemente citadas, tanto antes quanto após o treinamento, foram Depressão e Queixas Somáticas Inexplicáveis, achados semelhantes a estudos de prevalência de transtornos psiquiátricos em APS (8,11).

Os profissionais com menos tempo de experiência de trabalho em APS e aqueles formados há menos de cinco anos relataram maior quantidade de diagnósticos de Depressão durante o mês de treinamento, comparado ao mês anterior, o que não se repetiu em outros subgrupos. Talvez estes profissionais estejam mais familiarizados com as classificações diagnósticas atuais, já que estas vem passando por desenvolvimentos nos últimos anos.

Após o treinamento, alguns profissionais diminuíram sua confiança na própria capacidade de diagnosticar transtornos mentais. É possível que, ao tomarem conhecimento dos critérios diagnósticos corretos, tenham feito uma melhor auto-avaliação de sua capacidade diagnóstica. Resta saber se tal resultado serve de estímulo, ou não, para uma futura busca de capacitação neste sentido.

Sabe-se que identificar os casos de transtornos mentais não implica necessariamente em um melhor prognóstico para os pacientes. Tem sido demonstrado que a identificação, apenas, não é condição suficiente para que se apliquem tratamentos

baseados em protocolos clínicos. Sendo necessárias outras habilidades e condições para uma intervenção adequada (30).

Após o treinamento não houve mudança significativa de opinião a respeito do tipo de atendimento em saúde mental que poderia ser prestado por serviços básicos de saúde. A maioria concordou que atividades de educação em saúde, atendimento de pacientes não psicóticos e visitas domiciliares podem ser atribuições destes serviços. Pacientes psicóticos, assim como urgências, não são considerados como atribuições por parte dos profissionais de serviços básicos. De fato, para estes pacientes, a conduta mais adequada é a referência para avaliação diagnóstica especializada e, em alguns casos, o acompanhamento por profissionais especializados. Entretanto, a capacitação adequada da equipe básica para acompanhamento de determinados pacientes é fundamental para que se evite uma excessiva e desnecessária demanda dos serviços especializados.

O fato de a grande maioria dos profissionais estudados terem achado proveitoso o treinamento para sua prática profissional, sugere que estão de alguma forma abertos a estas iniciativas.

A disponibilidade de programas continuados de consultoria e treinamento, incluindo a presença de pessoal facilitador, é citada na literatura como sendo a mais efetiva no intuito de prover apoio no atendimento dos pacientes e de estimular continuamente as equipes de trabalho (14,18,22). O maior interesse em pacientes com transtornos mentais, por parte dos coordenadores e/ou chefes de equipe, após o treinamento, evidencia um potencial destes profissionais no desenvolvimento destas estratégias.

Algumas considerações sobre as limitações do estudo:

Estes achados não devem ser generalizados para profissionais que não tenham participado deste estudo devido às limitações da amostra. Os casos de abandono tendem a levar a um viés de seleção. O tamanho da amostra pode ter sido insuficiente para mostrar diferenças existentes, quando analisados os subgrupos (erro tipo 2, falso negativo).

O efeito provocado pela situação de avaliação tende a influenciar as respostas no sentido de um melhor desempenho. Devido à ausência de validação formal do instrumento, a validade está baseada no constructo, com as conseqüentes limitações (31). As medidas subjetivas, opiniões, atitudes e conhecimentos presumidos pelos sujeitos podem estar sujeitas a vieses de aferição e declaração. O teste dos questionários durante o estudo piloto e o anonimato foram tentativas no sentido de minimizar tais problemas.

Da mesma forma, a ausência de um instrumento diagnóstico estruturado limitou o valor dos diagnósticos referidos pelos participantes a impressões que em nenhum momento foram testadas. A impossibilidade de existência de um grupo controle também limita a validade dos resultados.

Considerações finais:

O treinamento proposto foi capaz de modificar conhecimentos e atitudes referidos pelos profissionais que participaram deste estudo em relação a cuidados primários em saúde mental, aumentando a capacidade de identificação de problemas de saúde mental e o interesse neste tipo de paciente.

Destacou-se o potencial de mudança de determinados subgrupos, entre eles os mais jovens, em início de carreira, aqueles com cargo de chefia ou com história familiar de transtornos mentais.

Por tratar-se de uma intervenção curta talvez tenha funcionado mais como sensibilização, abrindo caminho para intervenções posteriores. É recomendável que o processo de capacitação destas equipes seja continuado e que a comunicação com especialistas em saúde mental seja implementada de forma estruturada.

Agradecimentos:

Ao colega Dinarte Ballester, por ter dividido dificuldades e somado ideais durante a realização deste trabalho. Aos colegas da Unidade Sanitária Murialdo, da Unidade Sanitária IAPI e do Programa de Saúde da Família, em Porto Alegre, e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Grande, por terem aceitado participar do estudo. A Marcelo Berlim, Marcos R. Tietzmann e Betina Mattevi pelo auxílio dedicado. À Dra. Mary Bozzetti e M.Sc. Vânia Hirakata, do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio no tratamento estatístico dos dados.

Referências Bibliográficas:

Biblioteca
FAMED/HCPA

1. Organización Mundial de la Salud – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Alma Ata 1978. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978.
2. Ballester DA, Tietzmann AC, Geidel AR, Zillmer P, Fischer MF, Dias M, Busnello EA. City of Porto Alegre: the Brazilian Concept of Quality of Life. In: Goldberg D, Thornicroft G, editors. Mental Health in our Future Cities. London: Psychology Press; 1998, p. 173-193.
3. Dal Poz MR, Viana AL. O Programa de Saúde da Família é um instrumento da reforma do SUS? Boletim da ABRASCO 1998;(71):3-4.
4. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EA. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. British Journal of Psychiatry 1997; 171 (1): 524-9.
5. Eaton WW. The NIMH epidemiologic catchment area program: implementation and major findings. International J Meth Psych Res 1994; 4: 103-112.
6. Almeida Filho N, Santana VS. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações gerais no Brasil: uma revisão. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental. Rio de Janeiro: nov 1997; 13-21.

7. Busnello EA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CA, Taborda JG, Knijnik L, Ceitlin LH, Gigante L, Hofmeister MR, Oliveira NB, Picon P, Beltrão SM. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiqu.* 1992;41(10): 507-12.
8. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1100-1106.
9. Busnello EA, Lima B, Gomes R, Bertolote JM. Identificação e manejo dos doentes mentais crônicos num local de cuidados primários em Porto Alegre, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 1983; 32(6): 359-363.
10. Villano, LA, Nahay AL, Morais IR et al. Results from the Rio de Janeiro Centre. In: Üstun, T.B., Sartorius, N. (ed.) *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: Wiley; 1995. p.227-45.
11. Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. WHO, Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
12. Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London-New York: Tavistock Publications; 1980.
13. Goldberg RJ. Psychiatry and the practice of medicine: the need to integrate psychiatry into comprehensive medical care. *Southern Med J* 1995; 88(3):260-267.
14. Van der Feltz-Cornelis CM, Lyons JS, Huyse FJ, Campos R, Fink P, Slaets JPJ. Health services research on mental health in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27(1): 1-21.

15. Busnello, EA. A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária. [Tese de Livre Docência]. Porto Alegre: UFRGS, 1976.
16. Warner L, Ford R. Mental health facilitators in primary care. *Nurs Stand* 1998; 13(6): 36-40.
17. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *J Adv Nurs* 1999; 30(1): 229-237.
18. Ford K, Middleton J, Palmer B, Farrington A. Primary healthcare workers: training needs in mental health. *Br J Nurs* 1997; 6(21): 1244-1250.
19. Gask L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28(1): 97-113.
20. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – versão para Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
21. Ballester, D.A. Avaliação de um treinamento em cuidados primários à saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde. [Dissertação de Mestrado em Medicina: Clínica Médica]. Porto Alegre: UFRGS; 2000.
22. Busnello EA et al. Training of non-psychiatrists: physicians and nursing-aids in a primary health setting in Porto Alegre, Brasil. *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry* 1983; Vienna.
23. Ignacio LL, Arango MV, Baltazar J, Busnello EA, Climent CE, Elhakim A et al. Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries. *Am J Public Health* 1983;73: 1081-1084.

24. World Health Organization (WHO) Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10, Chapter V, Primary Care Version. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1996.
25. Busnello EA, Tannous L, Gigante L, Ballester DA, Hidalgo MP, Silva V, Juruena M, Dalmolin A, Baldisserotto, G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. *Revista de Saúde Pública* 1999;33(5):487-94.
26. Oguisso, T. Perfil do enfermeiro de unidades ambulatoriais do INAMPS no Brasil. *Rev. Esc. Enfermagem USP* 1990; 24(1):77-92.
27. Silva, SRC; Rosa, AGF. Características dos cirurgiões dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara-SP. *Rev. Odontol. UNESP jan.-dez.1996; 25(n. esp.): 9-18.*
28. Perales A. Psicoterapia de apoyo y salud mental: urgencia del adiestramiento del médico no-psiquiatra. *Diagnostico* 1986;17(1):19-24.
29. Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of General Practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 1979;9:337-353.
30. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1996 may.
31. McDowell I, Newell C. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires.* New York: Oxford University Press; 1996.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos e de experiência profissional dos profissionais de APS que completaram e que abandonaram o estudo. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/99.

	Responderam questionários antes e depois do treinamento		Responderam questionários apenas antes do treinamento	
	N = 50		N = 23	
	Frequência	Percentual Válido	Frequência	Percentual Válido
Sexo				
Masculino	6	12,5%	2	9,15
Feminino	42	87,5%	20	90,9%
missing	2	-	1	-
Idade				
≤ 35 anos	13	26%	5	22,7%
36-45 anos	26	52%	12	54,5%
> 45 anos	11	22%	5	22,7%
missing	-	-	1	-
Profissão				
Enfermeira	9	18%	8	38,1%
Auxiliar de Enfermagem	10	20%	8	38,1%
Dentista	8	16%	2	9,5%
Agente de Saúde	5	10%	2	9,5%
Psicólogo	3	6%	-	-
Nutricionista	3	6%	1	4,8%
Assistente Social	2	4%	1	4,8%
Outros	10	20%	1	4,8%
missing	-	-	2	-
Escolaridade				
Sem Curso Superior	19	38%	10	50%
Curso Superior e/ou Pós-Graduação	31	62%	10	50%
missing	-	-	3	-
Anos de formado				
≤ 5	14	35%	6	30%
5 a 10	10	25%	8	40%
≥ 10	16	40%	6	30%
missing	10	-	3	-
Experiência profissional em cuidados primários				
≤ 2 anos	23	46,9%	10	47,6%
≥ 2 anos	26	53,1%	11	52,4%
missing	1	-	2	-
Coordenador ou chefe de equipe				
Sim	16	33,3%	7	33,3%
Não	32	66,7%	14	66,7%
missing	2	-	2	-
História familiar de transtorno mental				
Sim	16	32%	14	70%
Não	34	68%	6	30%
Missing	-	-	3	-
Experiência de trabalho em saúde mental				
Sim	11	33,3%	4	22,2%
Não	22	66,7%	14	77,8%
missing	17	-	5	-

Tabela 2: Número de diagnósticos de transtornos mentais* citados por profissionais de APS antes e após treinamento em saúde mental. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/99.

	Antes*	Depois*
Transtornos cognitivos	28	85
Tr. Por uso de álcool e drogas	77	104
Transtornos psicóticos	18	25
Depressão	122	271
Transtornos de ansiedade	58	127
Queixas somáticas inexplicáveis	96	132

* segundo categorias da versão breve para trabalhadores em atenção primária da CID10-CP

* diagnósticos realizados no mês anterior ao treinamento

* diagnósticos realizados no mês de treinamento

Tabela 3: Distribuição das respostas sobre interesse por pacientes com transtornos mentais, referidas por profissionais de APS, antes e após treinamento em saúde mental. Porto Alegre/ Rio Grande, 1998/99.

	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Muito interesse	13	26%	13	26%
Moderado	26	52%	32	64%
Pouco interesse	6	12%	4	8%
Nenhum interesse	0	-	0	-
Não consigo definir	5	10%	1	2%
Total	50	100%	50	100%

Tabela 4: Opinião dos profissionais quanto aos tipos de atendimento em saúde mental que poderiam ser realizados em serviços básicos de saúde, antes e após treinamento em saúde mental. Porto Alegre/Rio Grande, 1998/99.

	ANTES								DEPOIS							
	Sim		Não		Não sabe/ não resp.		Total		Sim		Não		Não sabe/ não resp.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Educação para Saúde	47	94	0	0	3	6	50	100	48	96	0	0	2	4	50	100
Tratamento regular de pacientes c/ transt. mentais não psicóticos	34	68	4	8	12	24	50	100	44	88	2	4	4	8	50	100
Tratamento regular de pacientes com transt. mentais psicóticos	25	50	10	20	15	30	50	100	23	46	10	20	17	34	50	100
Visitas domiciliares	29	58	7	14	14	28	50	100	29	58	7	14	14	28	50	100
Urgências Psiquiátricas	19	38	16	32	15	30	50	100	17	34	19	38	14	28	50	100

Figura 1: Esquema de treinamento

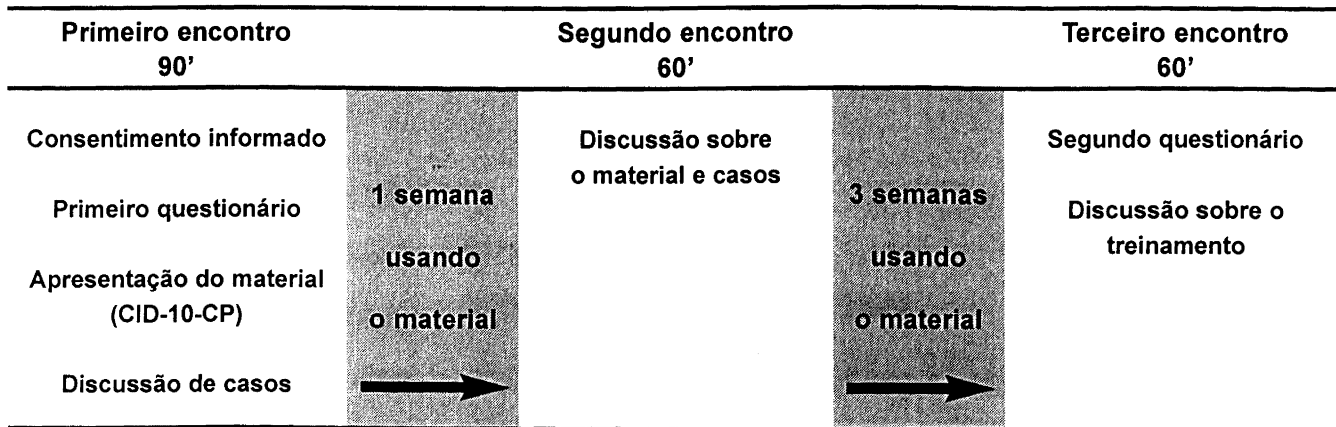
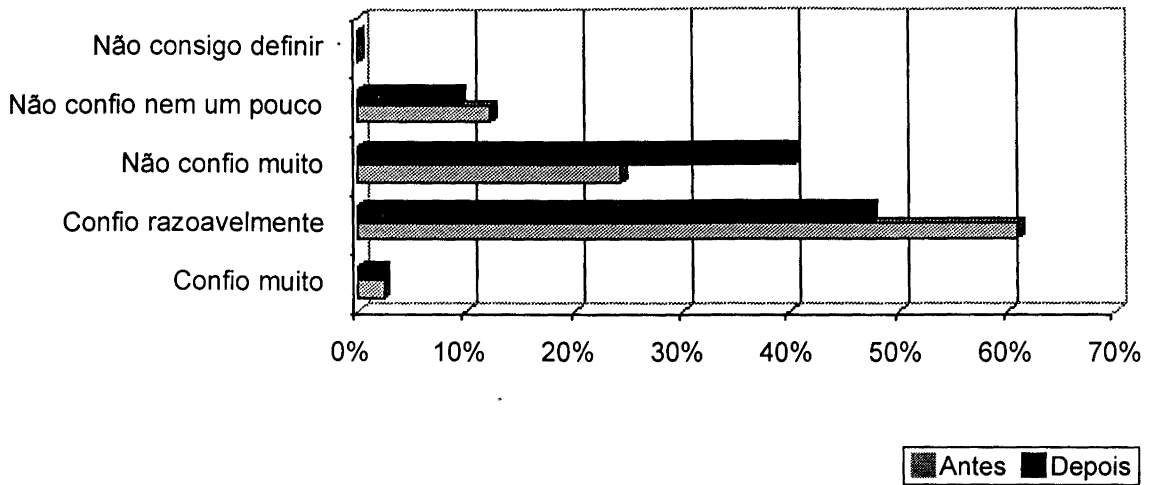
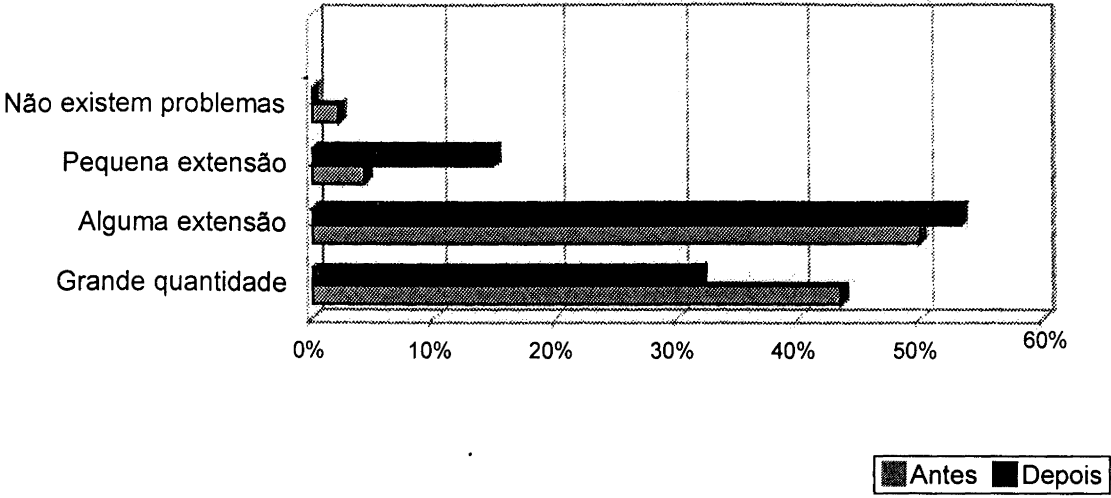


Figura 2: Confiança na própria capacidade de diagnosticar transtornos mentais referida por profissionais de APS antes e após treinamento em saúde mental. Porto Alegre/ Rio Grande, 1998/99.



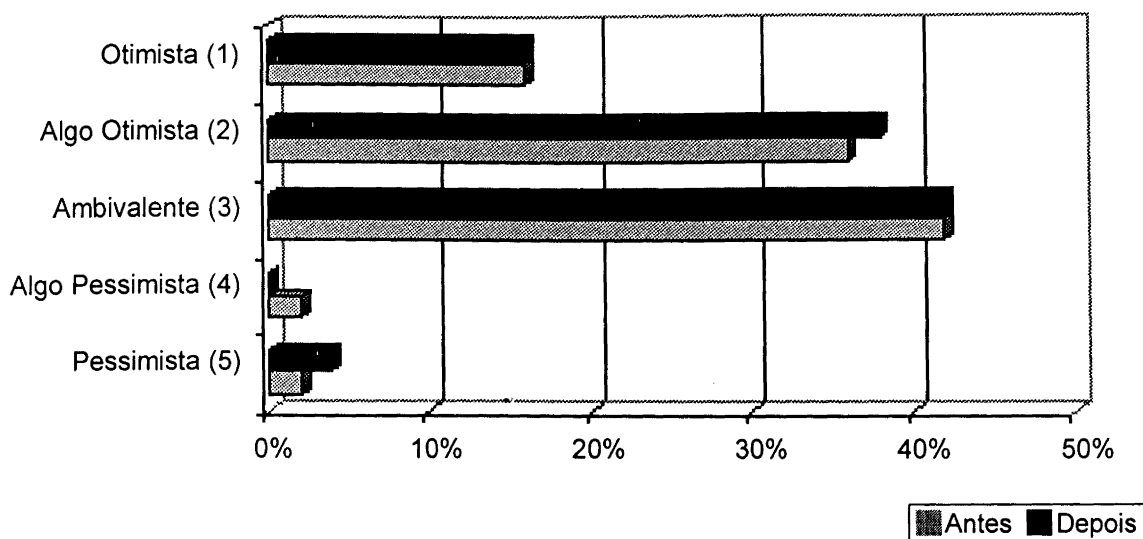
Análise da amostra pareada (Teste de Wilcoxon): n=23; p=0,366

Figura 3: Distribuição da opinião dos profissionais sobre a magnitude dos problemas no diagnóstico de transtornos mentais em APS, antes e após treinamento em saúde mental. Porto Alegre/ Rio Grande, 1998/99.



Análise da amostra pareada (Teste de Wilcoxon): n=29; p=0,013

Figura 4: Otimismo acerca da capacidade de ajuda aos pacientes com transtornos mentais em serviços de APS, antes e após treinamento em saúde mental. Porto Alegre/ Rio Grande, 1998/99.



(1) A maioria poderá ser ajudada (2) muitos poderão ser ajudados (3) alguns poderão ser ajudados (4) poucos poderão ser ajudados (5) quase ninguém poderá ser ajudado
Análise da amostra pareada (Teste de Wilcoxon): n=50; p=0,567

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO Nº 1:

1) Código: M()(); P()(); R()()

2) Data:-- -- --- ___ -/ ___ /___

3) Idade: ()()

4) Sexo: (1) Masculino
(2) Feminino

5) Escolaridade: (1) 1º Grau incompleto (5) 3º Grau incompleto
(2) 1º Grau completo (6) 3º Grau completo
(3) 2º Grau incompleto (7) Pós-graduação: especifique: _____
(4) 2º Grau completo

6) Profissão: (1) Enfermeiro(a) (4) Terapeuta Ocupacional
(2) Psicólogo(a) (5) Auxiliar de Enfermagem
(3) Assistente Social (6) Agente de Saúde
(7) Outro: _____

7) Há quanto tempo você trabalha em local de atendimento básico de saúde (cuidados primários)? _____ (anos/meses)

8) Em média, quantos turnos por semana você trabalha em local de atendimento básico de saúde? _____ turnos

9) Em média, quantas horas por semana você atende pacientes nestes locais? _____ horas.

9A) Caracterize o tipo de atendimento: (1) individual
(2) grupos
(3) individual e grupos
(4) supervisão ou preceptoria
(5) domiciliar
(6) outro qual? _____

10) Você exerce atividade de coordenação ou chefia nestes locais?

(a) Sim (b) Não

Se você respondeu afirmativamente à questão anterior, especifique _____

11) Há quanto tempo você concluiu seu curso de graduação ou formação profissional?

_____ (anos /meses)

12) Durante quantas semanas você estudou conteúdos relacionados à psiquiatria ou saúde mental no seu curso de graduação ou formação profissional?

_____ semanas _____ horas/semana

13) Você participou de algum curso relacionado à psiquiatria ou saúde mental desde que terminou seus estudos de graduação ou formação profissional?

(Responda o total de dias) _____ dias.

14) Você já trabalhou em algum serviço de saúde mental?

(1) Sim (2) Não

Se você respondeu sim, especifique o tipo de serviço e por quanto tempo: _____

Nas questões seguintes, escolha a sua resposta:

15) Qual das seguintes expressões descreve melhor seu interesse por pacientes com problemas de saúde mental?

- (1) Muito interesse
- (2) Interesse moderado
- (3) Pouco interesse
- (4) Nenhum interesse
- (5) Não consigo definir

16) Como você considera seu otimismo acerca dos pacientes com transtornos mentais, atendidos em serviços de cuidados primários, a fim de que possam ser ajudados por você e sua equipe?

- (1) Otimista - ou seja – a maioria poderá ser ajudada
- (2) Algo otimista - ou seja – muitos poderão ser ajudados
- (3) Ambivalente - ou seja – alguns poderão ser ajudados
- (4) Algo pessimista - ou seja – poucos poderão ser ajudados
- (5) Pessimista - ou seja – muito poucos poderão ser ajudados

17) Você acha que nos serviços de cuidados primários existem muitos problemas de diagnóstico na área dos transtornos mentais?

- (1) Existem em grande quantidade
- (2) Existem em alguma extensão
- (3) Existem em pequena extensão
- (4) Não existem problemas
- (5) Não sei

18) O quanto você confia na sua própria habilidade em diagnosticar os transtornos mentais?

- (1) Confio muito – não necessito ajuda
- (2) Confio razoavelmente
- (3) Não confio muito
- (4) Não confio nem um pouco
- (5) Não consigo definir

19) O programa da OMS para a CID-10 CP (Cuidados Primários) pretende ajudar os trabalhadores de saúde a reconhecer os transtornos para os quais existem tratamentos, e fornecer as informações sobre os melhores tratamentos. Você, pessoalmente, acha interessante esta proposta?

- (1) Muito interessante
- (2) Interessante
- (3) De interesse limitado
- (4) Sem nenhum interesse
- (5) Não sei

20) Você tem algum familiar que possua algum transtorno mental ou psicológico?

- (1) Sim
- (2) Não

Especifique: _____

21) Qual o seu tempo dispendido, em local de cuidados primários de saúde, no atendimento de pacientes com transtornos mentais? _____ horas/semana.

22) Se você realiza atendimento individual de pacientes, liste os pacientes que você atendeu no último mês, que apresentaram algum transtorno mental, no quadro abaixo (se necessário, use o verso da folha):

Tipo ou diagnóstico	Conduta
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

23) Com que frequência mensal você encaminha pacientes ao psiquiatra ou psicólogo?
_____ pac/mês.

24) Com que frequência mensal você encaminha pacientes à assistente social?
_____ pac/mês

25) Quantas vezes por mês você sugere que um paciente traga um membro da família para discutir sobre o seu problema psicológico ou mental?
_____ pac/mês.

26) Você tem algum tipo de responsabilidade em relação a medicações? Assinale a alternativa que melhor se adapte ao seu caso:

- (1) Prescreve medicações
- (2) Administra ou fornece medicações
- (3) Nenhuma responsabilidade com medicações
- (4) Outra: _____

27) Cite os medicamentos para tratamento de transtornos mentais que você conhece e para que tipo de transtorno são utilizados (responda o que souber, mesmo que de forma incompleta): _____

28) A seguir, estão listadas 6 categorias diagnósticas de transtornos mentais. Se você se sente capaz de identificá-los, cite o quanto cada um é comum em sua prática (responda o número de pacientes encontrados, em média, por mês; se for menos de 1 por mês, responda 0). Se não se sente capaz de identificá-los, não responda. OBS: responda com números e não com palavras como "vários", "poucos".

- (a) **Transtornos cognitivos:** _____pac/mês
(alterações de memória, "esclerosados", demências...)
- (b) **Transtornos por uso de álcool e drogas:** _____pac/mês
- (c) **Transtornos psicóticos:** _____pac/mês
(alucinações, delírios, "visões",...)
- (d) **Depressão:** _____pac/mês
(desânimo, tristeza...)
- (e) **Transtornos de ansiedade:** _____pac/mês
(angústia intensa, ataques de pânico...)
- (f) **Queixas somáticas inexplicáveis:** _____pac/mês
(hipocondria, dores inexplicáveis...)

29) Quais dos seguintes tipos de atendimento de saúde mental você considera que poderiam ser realizados em serviços básicos de saúde, semelhantes ao que você trabalha?

a) Educação para saúde (palestras, assessorias para escolas, grupos):

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

b) Tratamento regular para pacientes com transtornos mentais não psicóticos:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

c) Tratamento regular para pacientes com transtornos mentais psicóticos:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

d) Visitas domiciliares para pacientes com transtornos mentais psicóticos:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

e) Atendimento de urgências psiquiátricas:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO Nº 2

- 1) Código: M()(); P()(); R()()
- 2) Data: ___ / ___ / ___
- 3) Idade: ()()
- 4) Sexo: (1) Masculino
(2) Feminino
- 5) Em média, quantos turnos por semana você trabalha em local de atendimento básico de saúde?
_____ dias
- 6) Em média, quantas horas por semana você atende pacientes nestes locais?
_____ horas.
6A) Caracterize o tipo de atendimento: (1) individual
(2) grupos
(3) individual e grupos
(4) supervisão ou preceptoria
(5) domiciliar
(6) outro qual? _____

Nas questões seguintes, escolha a sua resposta:

- 7) Qual das seguintes expressões descreve melhor seu interesse por pacientes com problemas de saúde mental?
 - (1) Muito interesse
 - (2) Interesse moderado
 - (3) Pouco interesse
 - (4) Nenhum interesse
 - (5) Não consigo definir

- 8) Como você considera seu otimismo acerca dos pacientes com transtornos mentais, atendidos em serviços de cuidados primários, a fim de que possam ser ajudados por você e sua equipe?
- (1) Otimista - ou seja – a maioria poderá ser ajudada
 - (2) Algo otimista - ou seja – muitos poderão ser ajudados
 - (3) Ambivalente - ou seja – alguns poderão ser ajudados
 - (4) Algo pessimista - ou seja – poucos poderão ser ajudados
 - (5) Pessimista - ou seja – muito poucos poderão ser ajudados
- 9) Você acha que nos serviços de cuidados primários existem muitos problemas de diagnóstico na área dos transtornos mentais?
- (1) Existem em grande quantidade
 - (2) Existem em alguma extensão
 - (3) Existem em pequena extensão
 - (4) Não existem problemas
 - (5) Não sei
- 10) O quanto você confia na sua própria habilidade em diagnosticar os transtornos mentais?
- (1) Confio muito – não necessito ajuda
 - (2) Confio razoavelmente
 - (3) Não confio muito
 - (4) Não confio nem um pouco
 - (5) Não consigo definir
- 11) O programa da OMS para a CID-10 CP (Cuidados Primários) pretende ajudar os trabalhadores de saúde a reconhecer os transtornos para os quais existem tratamentos, e fornecer as informações sobre os melhores tratamentos. Você, pessoalmente, acha interessante esta proposta?
- (1) Muito interessante
 - (2) Interessante
 - (3) De interesse limitado
 - (4) Sem nenhum interesse
 - (5) Não sei

12) Qual o seu tempo gasto, em local de cuidados primários de saúde, no atendimento de pacientes com transtornos mentais?

_____ horas/semana.

13) Se você realiza atendimento individual de pacientes, liste os pacientes que você atendeu no último mês, que apresentaram algum transtorno mental, no quadro abaixo (se necessário, use o verso da folha):

Tipo ou diagnóstico

Conduta

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

14) Com que frequência mensal você encaminha pacientes ao psiquiatra ou psicólogo?

_____ pac/mês.

15) Com que frequência mensal você encaminha pacientes à assistente social?

_____ pac/mês

16) Quantas vezes por mês você sugere que um paciente traga um membro da família para discutir sobre o seu problema psicológico ou mental?

_____ pac/mês.

17) Cite os medicamentos para tratamento de transtornos mentais que você conhece e para que tipo de transtorno são utilizados (responda o que souber, mesmo que de forma incompleta):

18) A seguir, estão listadas 6 categorias diagnósticas de transtornos mentais. Se você se sente capaz de identificá-los, cite o quanto cada um é comum em sua prática (responda o número de pacientes encontrados, em média, por mês; se for menos de 1 por mês, responda 0). Se não se sente capaz de identificá-los, não responda. OBS: responda com números e não com palavras como "vários", "poucos".

- (a) Transtornos cognitivos : _____pac/mês
(alterações de memória, "esclerosados", demências...)
- (b) Transtornos por uso de álcool e drogas : _____pac/mês
- (c) Transtornos psicóticos : _____pac/mês
(alucinações, delírios, "visões",...)
- (d) Depressão: _____pac/mês
(desânimo, tristeza...)
- (e) Transtornos de ansiedade : _____pac/mês
(angústia intensa, ataques de pânico...)
- (f) Queixas somáticas inexplicáveis : _____pac/mês
(hipocondria, dores inexplicáveis...)

19) Quais dos seguintes tipos de atendimento de saúde mental você considera que poderiam ser realizados em serviços básicos de saúde, semelhantes ao que você trabalha?

a) Educação para saúde (palestras, assessorias para escolas, grupos):

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

b) Tratamento regular para pacientes com transtornos mentais não psicóticos:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

c) Tratamento regular para pacientes com transtornos mentais psicóticos:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

d) Visitas domiciliares para pacientes com transtornos mentais psicóticos:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

e) Atendimento de urgências psiquiátricas:

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

20) Você achou proveitoso para sua prática profissional o treinamento proposto?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado sobre a realização da pesquisa intitulada "Avaliação de um treinamento em cuidados primários em saúde mental para profissionais dos serviços básicos de saúde", que tem como objetivo comparar os conhecimentos e atitudes dos médicos em relação a cuidados de saúde mental nos períodos pré e pós treinamento.

Estou ciente de que os métodos empregados serão a aplicação de um pré-teste de conhecimentos e atitudes, um período de treinamento em cuidados primários à saúde mental, e a aplicação de um pós-teste.

Tenho conhecimento de que os resultados desta pesquisa poderão servir para o planejamento e a execução de cursos de capacitação para equipes dos serviços básicos de saúde, por utilização própria dos autores ou por autoridades da área de Saúde.

Estou ciente de que esta pesquisa apresenta risco mínimo para a saúde dos participantes, mas deles poderá demandar disponibilidade de tempo durante o horário de trabalho, ou excepcionalmente em horário extra.

Fui informado de que as informações por mim prestadas serão mantidas em sigilo, sem que haja identificação pessoal para quaisquer finalidades.

Portanto, pelo acima exposto, declaro a minha concordância em participar voluntariamente desta pesquisa.

Nome Legível do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Porto Alegre, _____ / _____ / _____