

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**“INTERVENÇÃO EDUCACIONAL À DISTÂNCIA EM SAÚDE
MENTAL PARA MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**

DANIEL MAFFASIOLI GONÇALVES

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SUZI CAMEY

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. ERNO HARZHEIM

Porto Alegre, julho de 2012.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**“INTERVENÇÃO EDUCACIONAL À DISTÂNCIA EM SAÚDE
MENTAL PARA MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**

DANIEL MAFFASIOLI GONÇALVES

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SUZI CAMEY

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. ERNO HARZHEIM

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2012

CIP - Catalogação na Publicação

MAFFASIOLI GONÇALVES, DANIEL
INTERVENÇÃO EDUCACIONAL À DISTÂNCIA EM SAÚDE MENTAL
PARA MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / DANIEL
MAFFASIOLI GONÇALVES. -- 2012.
216 f.

Orientador: SUZI CAMEY.
Coorientador: ERNO HARZHEIM.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. SAÚDE MENTAL. 2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 3.
EDUCAÇÃO MÉDICA. 4. TELEMEDICINA. 5. TELEPSIQUIATRIA.
I. CAMEY, SUZI, orient. II. HARZHEIM, ERNO,
coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Airton Stein, Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do

Rio Grande do Sul

Prof Dr. Ellis Alindo D´Arrigo Busnello, Universidade Federal do Rio Grande do

Sul

Profa Dra. Ana Stela Haddad, Faculdade de Odontologia, Universidade de São

Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| ABREVIATURAS E SIGLAS | 05 |
| RESUMO..... | 06 |
| ABSTRACT | 08 |
| 1. APRESENTAÇÃO | 10 |
| 2. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | |
| 3.1. Relevância dos transtornos mentais em APS | 14 |
| 3.2. Lacuna entre demanda e oferta em saúde mental | 18 |
| 3.3. Integração de saúde mental à APS..... | 22 |
| 3.4. Telemedicina e telepsiquiatria | 26 |
| 3.5. Educação médica à distância em saúde mental..... | 33 |
| 4. OBJETIVOS..... | 44 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 45 |
| 6. ARTIGO 1..... | 55 |
| 7. ARTIGO 2 | 93 |
| 8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS | 122 |
| 9. ANEXOS | 124 |
| 9.1. Projeto de Pesquisa | 125 |
| 9.2. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa | 215 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: atenção primária à saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

THAS: transtornos de humor, ansiedade e somatização

TMC: transtornos mentais comuns (transtornos de humor, ansiedade e somatização)

TADA: transtornos por abuso ou dependência de álcool

TADAD: transtornos por abuso ou dependência de álcool e/ou drogas

AVI: Anos Vividos com Incapacidade

AVAI: Anos Vividos Ajustados para Incapacidade (corresponde à sobrecarga total de doença)

MS: Ministério da Saúde

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

SRQ-20: Self-reporting questionnaire 20 itens

SCID-IV-TR: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th version revised

RESUMO

INTRODUÇÃO: Estudos estimam que a lacuna entre demanda e assistência efetiva em saúde mental varie de 30 a 80% no mundo, sendo que um estudo realizado no Brasil demonstra estimativas de 40 a 60%. Como estratégia de enfrentamento desta questão, a Organização Mundial da Saúde preconiza que o foco do atendimento em saúde mental seja redirecionado para o nível de Atenção Primária à Saúde (APS). A demora no diagnóstico e tratamento de transtornos mentais têm implicações negativas importantes no curso e prognóstico da doença, assim como na resposta aos tratamentos, independente do transtorno. A intervenção educacional para médicos e para os demais profissionais de saúde em APS é fundamental para que sejam de fato implementadas políticas públicas efetivas para o atendimento dos portadores de transtornos mentais neste nível. A telemedicina configura uma poderosa ferramenta para ampliar o atendimento em saúde mental, especialmente em locais remotos. Este projeto tem por objetivo propor um modelo de intervenção educacional à distância em saúde mental para médicos de APS e avaliar sua viabilidade e efetividade em grupo de médicos do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul. METODOLOGIA: o projeto é constituído de duas etapas. Na primeira, realizamos revisão sistemática de intervenção educacional à distância para médicos de APS. Considerando que nenhum estudo foi localizado, revisamos a literatura sobre intervenção educacional à distância em saúde mental para profissionais não-médicos e intervenção educacional em saúde mental na forma presencial para médicos. Com base nos resultados, desenvolvemos uma proposta de intervenção educacional à distância para médicos de APS. Na segunda etapa esta proposta foi testada em grupo de 22 médicos participantes do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul. Foram aplicados questionários de

conhecimentos teóricos em saúde mental e de confiança na abordagem de transtornos mentais antes e após a intervenção, sendo estes os principais desfechos considerados. RESULTADOS: em relação à proposta para intervenção educacional, destacamos: estruturação do conteúdo em colaboração com os participantes, enfatizar patologias mais frequentes em APS, iniciar com sensibilização sobre necessidades em saúde mental, trabalhar técnicas de entrevista e habilidades em comunicação, evitar aulas expositivas, oportunizar participação constante dos participantes utilizando metodologias interativas e utilizar exercícios práticos a serem realizados no cotidiano de atendimento. Os resultados da segunda etapa mostraram aumento estatisticamente significativo no escore médio de conhecimentos teóricos e no escore médio de confiança na abordagem em saúde mental quando comparamos os escores antes e após a intervenção. Não houve correlação entre mudanças nos dois tipos de questionários. Em relação à satisfação com a intervenção educacional, pelo menos 60% dos participantes consideraram-na “Boa” ou “Muito boa”, independente do critério avaliado, sendo que para alguns critérios esse percentual chegou a 100%. CONCLUSÕES: A proposta apresentada para intervenção educacional em saúde mental à distância para médicos de APS pode ser considerada útil e promissora como forma de ampliar o atendimento em saúde mental, visto que melhorou os conhecimentos teóricos e a confiança na abordagem em saúde mental dos participantes. É necessário articular propostas de incentivo e participação de médicos de APS neste tipo de intervenção educacional, pois dos 156 médicos convidados apenas 30 manifestaram interesse em participar da intervenção. Este estudo pioneiro, apesar dos bons resultados, necessita ser replicado para aprimorar o modelo de intervenção educacional proposto, especialmente na forma de ensaio clínico randomizado para controlar vieses de seleção e aferição.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Studies estimate that the gap between demand and effective assistance in mental health varies from 30% to 80% worldwide, whereas a study carried out in Brazil shows estimations of 40% to 60%. As a confrontation strategy, the World Health Organization (WHO) preconizes that the focus of mental health assistance be redirected to Primary Health Care (PHC). The delay in the mental illness diagnosis and treatment has important negative implications for the development and prognosis of the disease, as well as for the treatment feedback regardless the illness. The educational intervention for physicians and other health professionals in PHC is fundamental to implement effective public policies to the assistance of these users. Telemedicine takes the form of a powerful tool to increase the assistance in mental health, especially in remote locations. This project aims to propose a model of internet-based educational intervention in mental health for PHC physicians and evaluate its viability and effectiveness in physician groups from National Project *Telessaúde* – Rio Grande do Sul core. **METODOLOGY:** the project is composed by two stages. In the first stage, we have conducted a systematic review of internet-based educational intervention for PHC physicians. Considering that no studies about it were found, we reviewed the literature about internet-based educational intervention in mental health for non-physician professionals and presentational educational intervention in mental health for physicians. Based on the results, we developed a proposal of distance educational intervention for PHC physicians. In the second stage, this proposal was tested in a group of twenty-two doctors from National Project *Telessaúde* – Rio Grande do Sul core. Questionnaires of theoretical knowledge in mental health and confidence in approaching mental health were applied before and after the intervention. **RESULTS:** regarding the educational

education intervention proposal, we highlight: content structuring with participants collaboration, emphasize most common pathologies in PHC, start sensitization of needs in mental health, use interview and communication skills techniques, avoid explanatory classes, give the opportunity to participation using interactive methodologies and practical exercises to be performed during the assistance routine. The second stage results have shown statistically significant increase in the average score of theoretical knowledge and the average score of confidence in mental health approach when compared to before-after intervention score. There has been no correlation between changes in both questionnaires. Regarding the satisfaction towards the educational intervention, at least 60% of the participants considered it “good” or “very good”, regardless the evaluated criterion, while for some criterions this percentage reached 100% of satisfaction. CONCLUSIONS: The presented proposal of internet-based educational intervention in mental health for PHC physicians can be considered useful and promising as a way to extend the assistance in mental health, once it has improved the participants’ theoretical knowledge and confidence in approaching mental health. It is necessary to join proposals of incentive and participation of PHC physicians in this type of educational intervention, since from the one hundred and fifty invited physicians only thirty manifested interest in participating in the intervention. This pioneer study, despite of its good results, needs to be reapplied to perfect the proposed model of educational intervention using randomized clinical trials in order to control measurement and selection biases.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Intervenção educacional à distância em saúde mental para médicos de Atenção Primária à Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 09 de julho de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigos.
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Indivíduos portadores de algum transtorno mental, especialmente quando não tratado, apresentam comprometimento em áreas de crucial importância para o seu bem estar e funcionamento na medida em que funções cognitivas, emocionais e comportamentais estão afetadas (Beck JS, 1995).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado sistematicamente a alta prevalência de transtornos mentais em Atenção Primária à Saúde (APS). Na maioria dos estudos em torno de 50% dos usuários de APS são portadores de pelo menos um transtorno mental (WHO, 2009; Gonçalves DM, 2008; Grandes G, 2011; Ghuloum S, 2011). Apesar da alta prevalência, existe considerável deficiência no reconhecimento do diagnóstico destas condições. Estima-se que aproximadamente 50% dos portadores de transtornos mentais usuários de APS não sejam diagnosticados (WHO, 2009; WHO/Wonca, 2008).

Associado a outros fatores, tais como problemas na estrutura dos serviços e preconceito que este tipo de diagnóstico gera, o subdiagnóstico atua como fator determinante para a grande lacuna existente entre demanda e oferta efetiva de assistência em saúde mental no mundo. Este fenômeno tem sido demonstrado há muitos anos, sendo destacado por estudos há pelo menos 40 anos (Shepherd M, 1966; Hooper EW, 1979; Marks J, 1979).

Como forma de diminuir a lacuna entre demanda e oferta efetiva de assistência em saúde mental a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a inserção de saúde mental no cotidiano de trabalho em APS (WHO, 2001; WHO/Wonca, 2008; WHO, 2009). Os principais atributos e características dos serviços de APS determinam a sua importância em ocupar um papel central no manejo de problemas de saúde mental. Como vantagem principal possibilita maior acesso ao atendimento em saúde, o que é

inerente aos sistemas de saúde orientados pela atenção primária (Aas MIH, 2002; Haggerty J, 2007; Lum AWM, 2008; Gibson KL, 2011; Grandes G, 2011).

No Brasil a recomendação de inserção do tema saúde mental em APS implica necessariamente sua inclusão entre as prioridades de atuação da ESF (Estratégia Saúde da Família), que atualmente conta com 19 mil equipes implantadas em 4.400 municípios brasileiros. Tem uma abrangência de 35,7% da população brasileira, ou seja, 66,3 milhões de pessoas (Ministério da Saúde, 2012).

Considerando que a assistência em saúde mental na atenção primária necessita ser ampliada e que o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais neste nível precisam ser aprimorados, torna-se fundamental a intervenção educacional dos seus profissionais. Como uma potencial ferramenta para intervenções educacionais temos a telemedicina, que pode ser valiosa na medida em que tem oferece a possibilidade de alcançar indivíduos e comunidades menos assistidas, especialmente em locais mais remotos (Bahaadini K, 2009).

De um modo geral o uso da telemedicina tem apresentado resultados promissores, principalmente em relação à satisfação dos profissionais que a utilizam (Hilty DM, 2006; Gibson KL, 2011). A tecnologia da informação pode aproximar profissionais de APS e especialistas, oferecendo educação médica continuada e suporte profissional. O efeito social provável seria “independência local” (Hays BB, 1997), aumentando as chances de profissionais em áreas remotas permanecerem nos seus locais de trabalho (D’Souza R, 2000; Mitchell JG, 2001; Gibson KL, 2011).

Com o objetivo de testar o uso da telemedicina para intervenções educacionais em saúde mental para profissionais da saúde, no segundo semestre de 2009 conduzimos o estudo piloto Intervenção Educacional em Saúde Mental à distância para profissionais de ESF. Participaram do estudo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem,

um dentista e um técnico de higiene bucal, todos pertencentes a uma mesma equipe. Embora a aceitabilidade dos profissionais em relação à intervenção educacional tenha sido considerada bastante adequada e a satisfação destes com os elementos utilizados na intervenção educacional também tenham sido bons (em escala de muito bom, bom, regular, ruim, péssimo, obtivemos 44% de muito bom, 48% de bom e apenas 8% de regular), ficou claro que a intervenção para o médico necessariamente deve ser diferente. Para os médicos, aprofundar questões como diagnósticos e tratamento é fundamental, enquanto que para profissionais não-médicos mais importante é a abordagem inicial e encaminhamento de portadores de transtornos mentais. Como consequência deste estudo piloto partimos para a elaboração de uma intervenção somente para médicos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Relevância dos transtornos mentais em APS

Estima-se que no contexto mundial de 20 a 55% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de APS tenham pelo menos um transtorno mental (WHO, 2009; Grandes G, 2011). Entre 1993 e 1994, um estudo de grandes dimensões coordenado pela OMS foi realizado para verificar a prevalência de transtornos mentais em APS. Foi conduzido em 15 centros de atendimento de 15 países, sendo sete localizados na Europa (Manchester, Groningen, Paris, Berlin, Mainz, Verona e Atenas), três nas Américas (Seattle, Rio de Janeiro e Santiago do Chile), dois em países em desenvolvimento (Bengalore e Ibadan) e três no Extremo Oriente (Ankara, Shangai e Nagasaki). Participaram do estudo 25916 pessoas que foram inicialmente avaliadas com GHQ-12 (*General Health Questionnaire 12 itens*), questionário de 12 itens usado para rastreamento de transtornos mentais sem especificar o tipo de patologia. Uma subamostra de 5438 indivíduos com rastreamento positivo foi avaliada com a versão para APS do instrumento de diagnóstico psiquiátrico CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). As prevalências encontradas para presença de qualquer transtorno mental variaram de 9,7% (Shangai, China) a 53,5% (Santiago, Chile), sendo intermediária em Manchester (Reino Unido), com 26,2% (Goldberg D, 1996).

No Brasil, existem disponíveis na literatura apenas dois estudos conduzidos em unidades de APS. Serão brevemente apresentados de forma resumida, sendo importante salientar que os resultados não são comparáveis visto que foram usados métodos de diagnóstico/rastreamento diferentes.

O mais antigo foi conduzido em três unidades básicas de São Paulo no período de setembro de 1982 a fevereiro de 1983. Foi utilizado como instrumento para verificar

a presença de transtornos mentais o SRQ-20 (*Self-reporting questionnaire 20 itens*). Trata-se de um questionário com 20 itens que é usado como método de rastreamento para presença de transtorno mental no momento da sua aplicação, sem o poder de discriminar patologias específicas. Neste estudo foram entrevistados 875 usuários que procuraram atendimento por qualquer motivo nas unidades de saúde onde a pesquisa foi realizada. A prevalência encontrada foi de 51% (Mari JJ, 1987).

O segundo estudo foi conduzido na cidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, durante o ano de 2006 com amostra de 754 indivíduos que buscavam assistência por qualquer motivo em uma unidade de APS. O diagnóstico psiquiátrico foi avaliado através do instrumento SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*) (Biometrics, 2008), baseado na versão corrente do DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th version revised*) (American Psychiatric Association, 2002), sendo o único estudo realizado no Brasil aplicando diretamente em todos os participantes instrumento de entrevista psiquiátrica padronizada (considerada o padrão-ouro para diagnóstico psiquiátrico). A prevalência encontrada foi de 51,1% (IC95% 47,5-54,7%), sendo os diagnósticos mais frequentes transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos decorrentes de uso nocivo de álcool e drogas (Gonçalves DM, 2008).

Sob a ótica da saúde pública, a importância de transtornos mentais para APS aumenta na medida em que tais condições, além de apresentarem altas prevalências, representam causa importante de morbimortalidade. Em termos de morbidade, a sobrecarga decorrente da presença de transtornos mentais ocorre especialmente pela influência negativa dos sintomas nos mais variados níveis de funcionamento do indivíduo, culminando em considerável prejuízo no seu desempenho pessoal, social, familiar, laboral e até mesmo em atividades de lazer. O quadro de incapacidades que se

institui progridem em severidade à medida que os sintomas progridem em intensidade e frequência.

A OMS conduziu o estudo Sobrecarga Global de Doenças (Global Burden of Disease) que analisou o impacto das 130 condições médicas mais comuns em termos de prevalência. Foram avaliadas medidas de mortalidade, incidência, prevalência, AVP (Anos de Vida Perdidos), AVI (Anos Vividos com Incapacidade) e AVAI (Anos Vividos Ajustados para Incapacidade, que representa a sobrecarga total de doença). Foi estimado que na população de adultos entre 15 e 44 anos 31% do total de AVI seja decorrente de doenças neuropsiquiátricas. Também se verificou que seis das dez primeiras causas de sobrecarga total e sete das dez primeiras causas de AVI são transtornos mentais (WHO/WONCA, 2008; WHO, 2009). Onze por cento do total de AVI decorre de depressão unipolar, 3,7% de abuso/dependência de álcool, 2,7% de esquizofrenia e 2,4% de transtorno bipolar. O estudo também concluiu que, embora doenças físicas também representem impacto nas capacidades dos indivíduos afetados, este foi mais fraco quando comparado ao impacto provocado por transtornos mentais, conclusões replicadas em outros estudos (Goldberg D, 1996; Meyer C, 2004; Gonçalves DM, 2008; Grandes G, 2011). Para 2030, existe um estudo de projeção apontando que transtornos depressivos serão a primeira causa de AVAI no mundo (Mathers CD, 2006).

Além da morbidade diretamente relacionada a transtornos mentais, a morbidade decorrente do impacto negativo da presença destes transtornos em outras condições médicas também deve ser considerada. Isto é especialmente importante em nível de APS, que tem por objetivo a prevenção e manejo de patologias médicas de uma forma geral, psiquiátricas e não psiquiátricas. Este impacto negativo ocorre predominantemente de duas formas: transtornos mentais atuam como fator predisponente para patologias não psiquiátricas e influenciam negativamente na adesão

a tratamentos de doenças não psiquiátricas.

Para a primeira situação, destacamos o abuso de álcool. O uso nocivo desta substância implica aumento de risco para cirrose hepática, tumores em várias localizações, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e doenças cardíacas (CDC, 2004).

Em relação à adesão, pacientes com transtornos mentais apresentam menores níveis de adesão a tratamentos de patologias não psiquiátricas comorbidas. Em portadores de HIV, por exemplo, transtornos por abuso/dependência de álcool são fatores de risco para baixa adesão ao tratamento com antirretrovirais. Em revisão conduzida por Rego e Rego (2010) foram avaliados 21 estudos, sendo incluídos apenas artigos originais, prospectivos ou de caso-controle, e metanálises. Em 18 estudos (85,7%) foi encontrada associação entre abuso/dependência de álcool e baixa adesão ao esquema antirretroviral, além de baixa supressão da carga viral e pior desfecho clínico. Os estudos que não encontraram associação tinham como limitação importante a amostra pequena.

Em relação à mortalidade, destacamos o suicídio. Figura como terceira causa de morte na população entre 15 e 34 anos, conforme dados de 54 países que disponibilizam essas informações. Oitocentos e quatorze mil mortes por suicídio ocorrem por ano no mundo, e estima-se que para cada suicídio consumado existam 10 a 30 tentativas de suicídio (WHO, 2000; WHO, 2003). Importante ressaltar que transtornos mentais, especialmente depressão e dependência de álcool e drogas, estão presentes em pelo menos 90% dos casos de suicídio (Sadock BJ, 2003).

Uma análise de tendência temporal no Brasil de 1980 a 2000 mostrou um aumento de 21% (de 3,1 para 4 por cem mil por ano) na taxa global de incidência de suicídio. Homens representam a maioria dos casos e apresentam aumento na incidência

maior que mulheres, com uma razão de proporção de 2,3 em 1980 e 4 em 2000. Os coeficientes de mortalidade por suicídio aumentam com a idade, porém o padrão etário está mudando em direção à população mais jovem, com impressionante aumento de 1900% entre homens de 15 a 25 anos (de 0,3 para 6 por cem mil por ano) e de 300% entre mulheres desta mesma faixa etária (de 0,5 para 2 por cem mil por ano) (Mello-Santos C, 2005). Esta tendência em relação a sexo e idade vem sendo observada em todo mundo e precisa ser reconhecida como importante problema de saúde pública (WHO, 2003).

O Estado do Rio Grande do Sul historicamente apresenta o maior coeficiente de mortes por suicídio do país. Enquanto que no Brasil o coeficiente de mortalidade por suicídio para o ano de 2001 foi de 4,5/100.000, para o estado do Rio Grande do Sul foi de 9,5/100.000 (Datasus, 2012).

Por fim, temos a sobrecarga não definida (undefined burden) decorrente de transtornos mentais, ou seja, os custos econômicos para as famílias, comunidades e países. Em termos de organização do sistema de saúde, vários estudos têm demonstrado que transtornos mentais representam aumento significativo dos gastos públicos em saúde, sendo que grande parte deste custo poderia ser evitado com o diagnóstico e manejo adequado dos casos. Isto porque portadores de transtornos mentais não diagnosticados tendem a super-utilizar tratamentos paliativos, exames e consultas a especialistas em busca de solução para sintomas cuja causa primária não está diagnosticada, sendo maior quando se trata de sintomas psicossomáticos (Passamonti M, 2003; Shvartzman P, 2005; Hilty DM, 2006; Aiarzaguena JM, 2008).

3.2. Lacuna entre demanda e oferta em saúde mental

Uma revisão sistemática de 37 estudos conduzidos em vários países do mundo

demonstrou que a estimativa média para a lacuna entre demanda e oferta efetiva de assistência em saúde mental é de 32,2% para esquizofrenia e outras psicoses não-afetivas, 50% a 56% para transtornos depressivos e de ansiedade e 78,1% para TADA (transtornos por abuso ou dependência de álcool e/ou drogas) (Kohn R, 2004). Em São Paulo, Brasil, as estimativas dessa lacuna são de 58% para psicoses não-afetivas, 49% para depressão maior, 43,8% para distímia, 46% para transtorno bipolar, 41% para ansiedade generalizada, 47,8% para transtorno do pânico e 53,3% para TADA (Kohn R, 2005).

Para os países em que existem estimativas para a lacuna entre demanda e oferta efetiva de assistência em saúde mental, um fato comum é que esta tende a ser maior em cidades distantes de grandes centros e principalmente em zonas rurais. Isso acontece devido à dificuldade em prover assistência em saúde mental nessas localidades uma vez que a proporção de especialistas, como psiquiatras, é muito maior em áreas urbanas e em centros maiores do que em áreas rurais e/ou municípios pequenos. Isso acontece mesmo em países mais desenvolvidos como Austrália (Hays RB, 1997). Essa situação é consenso há muitos anos entre a comunidade científica e organizações como a OMS, mas pouco tem mudado neste cenário. Alguns fatores que podem ser apontados como responsáveis pela imobilidade são: deficiências na estrutura de serviços, sobrecarga dos profissionais em APS e escassez de dados epidemiológicos oficiais que traduzam esta necessidade.

Em relação ao último aspecto, o Brasil apresenta grande escassez de informações epidemiológicas oficiais sobre saúde mental. Isto ocorre especialmente devido às práticas locais de má classificação diagnóstica, o que compromete os dados levantados. Além disso, os transtornos mentais tradicionalmente não têm recebido a devida importância como grupo de causas nos registros epidemiológicos, ficando

relegados a segundo plano. Por isso transtornos mentais têm pouca representatividade nos dados epidemiológicos (Fúlvio B, 1999). Por exemplo, na lista de internações sensíveis à APS, elaborada por especialistas sob coordenação do Ministério da Saúde (MS), não consta saúde mental ou qualquer indicador correlato, como tentativa de suicídio. É alegado que esta ausência deve-se à reforma psiquiátrica e à heterogeneidade da implantação de serviços de psiquiatria no território nacional (Alfradique ME, 2009). Apesar dos argumentos, são informações preciosas que deixam de ser levantadas.

Apesar de que muitas são as razões para a existência desta disparidade entre as necessidades e a assistência em saúde mental ofertada, o subdiagnóstico parece ser fator preponderante, pois se uma condição em saúde não é reconhecida, não é diagnosticada, é como se ela não existisse. A deficiência no reconhecimento de transtornos mentais tem implicações importantes no curso e prognóstico da doença, assim como na resposta aos tratamentos, independente do transtorno (Passamonti M, 2003; WHO, 2009). Isto porque a morbimortalidade associada a estes transtornos poderia em grande parte ser prevenida com diagnóstico e tratamento adequados. No caso da depressão, por exemplo, estima-se que o tratamento adequado preveniria até 70% da morbidade decorrente desta condição (Docherty JP, 1997; McQuaid JR, 1999).

Um dos principais obstáculos para o diagnóstico de transtorno mental entre usuários de APS é a apresentação clínica mais comum destes pacientes. A apresentação clínica de portadores de transtornos mentais em APS é bastante distinta daquela manifestada por pacientes que chegam aos especialistas, tornando-se um obstáculo para o diagnóstico.

No estudo realizado entre 1993 e 1994 coordenado pela OMS em 15 países com 25916 indivíduos citado no início do item **3.1** para verificar a prevalência de transtornos mentais em APS, a sensibilidade para detecção de transtornos mentais pelos médicos

participantes foi de apenas 49,8%. Como um dos principais motivos apontados para o subdiagnóstico foi a preponderância de queixas físicas sobre psíquicas. Os portadores de transtornos mentais apresentavam prioritariamente como queixa principal dor (29,3%), fadiga ou sono não reparador (6,9%), assim como outras queixas somáticas (32,8%). Somente 5,3% se apresentaram com queixas emocionais (Goldberg D, 1996; WHO, 2009).

A mescla de sintomas somáticos e emocionais, com predominância dos primeiros, entre usuários de APS é uma peculiaridade fundamental e de inexorável importância no atendimento em saúde mental neste nível. Isto não ocorre em atendimentos especializados em psiquiatria, onde as queixas via de regra são de ordem psicoemocional, até porque os pacientes já foram “filtrados”. Desta forma, o diagnóstico de transtorno mental no cotidiano de APS é um verdadeiro desafio, em especial quando se trata de um indivíduo com diagnósticos não psiquiátricos já estabelecidos (Burns BJ, 1985; Aiarzaguena JM, 2008). Este fato demonstra que a dicotomia doença física/doença psíquica não é mais aceitável (Goldberg D, 1996).

Os clínicos gerais, por sua vez, diagnosticam em média 90% dos pacientes com transtornos mentais que se apresentam com queixas psiquiátricas, mas somente 50% dos que se apresentam com sintomas somáticos (McGorry PD, 2000; Passamonti M, 2003; WHO, 2009). Quando a queixa principal é de sintomas psiquiátricos, aumenta consideravelmente a probabilidade de um diagnóstico e manejo adequado, mesmo que seja referenciando para o nível secundário. Entretanto, esta não é a regra entre usuários de APS.

Um dos motivos que pode ser apontado como causa para a dificuldade em diagnosticar transtornos mentais quando se apresentam prioritariamente por queixas de ordem física é o fato de os sistemas de classificação diagnóstica em saúde mental ainda

não contemplarem as apresentações clínicas mais comuns de transtornos mentais em nível de APS. Isto porque relações entre sintomas somáticos e psíquicos, que têm papel preponderante em APS, não vem recebendo a devida atenção (Nicklason JH, 1983; Regier DA, 2011).

Em conclusão, revisar e estabelecer critérios diagnósticos para transtornos mentais mais próximos da realidade do cotidiano de APS e aprimorar as habilidades diagnósticas dos profissionais de APS em saúde mental são objetivos que devem ser buscados. Como consequência teríamos a ampliação do atendimento em saúde mental para a população.

3.3. Integração de saúde mental à APS

A necessidade de integração de saúde mental e APS é bem ilustrada pelo estudo de base populacional *Ontario Health Supplement*. O estudo foi realizado entre agosto e novembro de 1990 em Ontario, Canadá, avaliando 9553 indivíduos com 15 anos ou mais (amostra representativa da cidade) que foram entrevistados com o instrumento CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) (Boyle MH, 1996). A prevalência de transtornos mentais na comunidade para os últimos doze meses foi de 18,6% (Offord DR, 1996). Entre estes, dos indivíduos que procuraram atendimento para problemas de saúde mental nos últimos doze meses, 49,9% procuraram seu médico de família e apenas 24,1% procuraram psiquiatra. Entre portadores de transtornos mentais que haviam sido diagnosticados e faziam tratamento, 38,2% eram atendidos apenas em unidades de APS, 35,8% eram atendidos em serviços de saúde mental e 26% em ambos os níveis de atendimento (Lin E, 1996).

Podemos verificar neste estudo também a baixa prevalência de portadores de transtornos mentais tratados, que foi estimada em 20,8%; ou seja, 79,2% portadores não

recebiam tratamento. Entretanto esta parcela sem tratamento não estava fora do sistema de saúde, como se poderia supor. Ao contrário, 82,9% utilizavam serviços de APS por problemas gerais de saúde, tornando evidente mais uma vez que a vasta maioria dos indivíduos com transtorno mental sem tratamento tem a oportunidade de ter sua patologia mental identificada e tratada quando em consulta com médicos de APS, mesmo que suas queixas não sejam de ordem mental (Lin E, 1996).

A criação de serviços de atenção secundária em saúde mental, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, foi uma estratégia na tentativa de lidar com a deficiência na assistência em saúde mental. Entretanto tais serviços certamente não atenderão à grande demanda que saúde mental representa, além de estarem muitas vezes desvinculados da realidade das comunidades, por não estarem nelas inseridos, e desvinculados dos próprios serviços de APS. Esta desvinculação é vista mesmo em países com sistemas de saúde mais bem organizados, como no Reino Unido e Canadá (Lin E, 1996; McLaren P, 1999). Algumas evidências apontam que serviços de saúde mental secundários não inseridos no cotidiano de APS podem ser um empecilho para melhora da assistência na área. Dificuldades de comunicação e de retorno dos casos encaminhados são os principais obstáculos (Burns BJ, 1985).

Tais dificuldades foram demonstradas em estudo realizado através de questionários autorrespondidos sobre atendimento em saúde mental com uma amostra randomizada de 534 médicos de família de New South Wales, Austrália. Cinquenta e três por cento dos entrevistados referiram que a lista de espera para serviços secundários de saúde mental é muito demorada, 51% que os serviços de saúde mental locais eram insuficientes para a demanda e 25% que dificuldades de comunicação entre médicos de APS e psiquiatras impedem uma assistência otimizada (Phongsavan P, 1995). Estes resultados são concordantes com outros estudos (Saltini A, 2002; Euller J, 2006).

Como forma de tentar solucionar toda esta problemática tem crescido o consenso de que o foco da assistência em saúde mental seja dirigido para o nível de APS (Wang PS, 2005; WHO/Wonca, 2008; WHO, 2009). A OMS sugere políticas públicas de saúde mental que sejam inseridas no cotidiano da APS para que uma maior parcela da população possa ser beneficiada e, por consequência, diminua-se a lacuna atual entre necessidades e oferta efetiva de assistência em saúde mental (WHO, 2001; WHO/Wonca, 2008; WHO, 2009).

Profissionais de APS são a porta de entrada do sistema de saúde e influenciam de forma importante a decisão do portador de transtorno mental de se tratar e também de manter-se em tratamento (Lum AWM, 2008). Em termos de qualidade no atendimento, a conveniência e características inerentes ao atendimento em APS são de grande importância (Aas 2002; Lum AWM, 2008). A relação longitudinal entre profissionais e usuários facilita uma visão mais ampla dos últimos, melhor comunicação interpessoal, maior possibilidade de acompanhamento do tratamento e evolução dos casos e maior número de contatos. A inserção na comunidade cria oportunidades para educação dos pacientes, familiares e sociedade em geral sobre temas em saúde mental, propicia compreender as especificidades culturais locais e direcionar de forma mais dinâmica o atendimento de acordo com as demandas específicas de cada comunidade em dados períodos de tempo, como, por exemplo, intervenção para prevenção de estresse pós-traumático em uma comunidade que vivenciou recentemente alguma catástrofe coletiva. Por fim, e não menos importante, possibilita maior acesso ao atendimento em saúde, o que é inerente ao sistema de APS (Haggerty J, 2007; Starfield, 1992).

Nas recomendações gerais da OMS relatadas no World Health Report 2001 (WHO, 2001), e que se repetem nos documentos da mesma entidade sobre saúde mental

de 2008 e 2009 (WHO/Wonca, 2008; WHO, 2009), destacamos:

- . Oferecer tratamento em APS: fundamental para permitir que um número maior de pessoas tenha acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, sendo necessário reconhecer que muitos já estão procurando ajuda neste nível. Além do melhor atendimento, reduz as investigações desnecessárias e tratamentos inapropriados;

- . Oferecer atendimento dentro da comunidade: tem um efeito melhor que o tratamento institucional no desfecho e qualidade de vida;

- . Educar o público ajuda a reduzir barreiras para o tratamento e atendimento ao aumentar a consciência da população sobre a frequência dos transtornos mentais, sua tratabilidade e o processo de recuperação. Com isso pode-se reduzir o estigma, aumentando o uso de serviços;

- . Envolver comunidades, famílias e usuários;

- . Desenvolver recursos humanos em saúde mental;

- . Monitorar a saúde mental de comunidades através de indicadores de prevalência e qualidade do atendimento.

Apesar de as evidências demonstrarem as conveniências de mudar o foco de atendimento em saúde mental para APS, isto ainda não tem ocorrido. Uma das crenças comuns para que isto não se concretize é a de que os profissionais deste nível não estariam cientes desta demanda e da necessidade de aprimorarem suas capacidades em relação à saúde mental. Entretanto, isto não se confirma nos estudos.

Um estudo com 254 médicos italianos de APS mostrou que 81,4% reconheciam seu papel na assistência em saúde mental, 89,9% consideravam que deveriam desenvolver habilidades para lidar com transtornos mentais e 77,3% referiam dificuldades em manejar transtornos mentais. Em relação às prioridades de intervenção educacional, conhecimento sobre diagnóstico e manejo de transtornos de ansiedade,

humor e somatização, além de habilidades na comunicação com este tipo de pacientes foram as mais citadas. Consideraram maior envolvimento com especialistas e programas de educação médica continuada como fundamentais para melhorar o atendimento (Saltini A, 2002). A consciência destes profissionais sobre estas necessidades está em concordância com outros estudos (Phongsavan P, 1995; Geller JM, 1999).

Tem sido consensual que o desenvolvimento de recursos humanos é o pilar para que todas as demais ações para integração de saúde mental e APS tenham sucesso. A equipe de saúde deve ter conhecimento, habilidades e motivação para diagnosticar e manejar portadores de transtornos mentais no seu dia a dia. Intervenções neste sentido devem ser estimuladas, visto a baixa sensibilidade de diagnóstico de transtornos mentais em nível de APS (Burns BJ, 1985; Goldberg D, 1996; Parikh SV, 1997; Hodges B, 2001). No Brasil, o aumento das habilidades em saúde mental na formação do médico de família, especialmente do sistema público de saúde, é considerada muito relevante (Amoretti R, 2005).

3.4. Telemedicina e telepsiquiatria

Uma importante ferramenta disponível para ampliar a rede de assistência em saúde mental para profissionais de APS é a telemedicina. Telemedicina pode ser definida como o uso de comunicação eletrônica e tecnologias de informação para prover compartilhamento de conhecimento médico e atendimento clínico à distância (Thrall JH, 1998).

Este não é exatamente um conceito novo, pois a telemedicina foi usada para fins médicos pela primeira vez na década de 1950 pelo *Nebraska Psychiatric Institute* com o objetivo de prover educação e consultorias a profissionais da saúde assim como

atendimento a pacientes (Wittson CL, 1961). Apesar de instigantes, as experiências iniciais tinham como grande limitação a tecnologia disponível para aplicá-la, e por esse motivo poucos avanços se fizeram na área durante as décadas de 1970 e 1980.

A aplicação desta nova forma de comunicação tem sido utilizada nas mais variadas áreas da medicina (Thrall JH, 1998; McGinty 2006). Atualmente a telemedicina vem sendo testada como recurso de diagnóstico e tratamento à distância na forma de teleconsultas para pacientes e de aconselhamento e segunda opinião (teleconsultorias) para profissionais de saúde. Também tem sido testada para fins de educação médica continuada (McGinty 2006; Arora S, 2011). Entre as principais vantagens do uso da telemedicina está a possibilidade de alcançar indivíduos e comunidades menos assistidas, especialmente de locais mais remotos. De um modo geral o uso da telemedicina tem apresentado resultados promissores, principalmente em relação à satisfação dos profissionais que a utilizam (Hilty DM, 2006).

A telemedicina vem se consolidando em alguns países de extensa área geográfica, como Austrália, Estados Unidos e Brasil. Como exemplo ilustrativo, nos Estados Unidos a telemedicina tem sido utilizada como forma de propiciar suporte e intervenção educacional a centros de atendimentos de zonas mais remotas, especialmente as rurais. Para tanto foi criado o projeto ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Novo México. Utilizando tecnologias via internet, vem treinando e oferecendo suporte a profissionais de APS nas mais variadas áreas da medicina. O projeto iniciou com intervenções educacionais para atendimento de pacientes com hepatite C crônica através do aprendizado baseado em casos clínicos, interação entre membros do grupo e videoconferências com especialistas na área. Diferente de alguns projetos de telessaúde, onde a base acaba sendo o atendimento de pacientes por médicos especialistas via

internet, o projeto ECHO assume como prioridade a intervenção educacional do médico de APS nas áreas prioritárias em saúde pública, a fim de que possa criar sua independência na tomada de decisões frente a situações do seu cotidiano.

Devido à disseminação de boas práticas através do projeto ECHO no atendimento em hepatite C crônica para populações que de outra forma não teriam acesso ao atendimento especializado adequado, aliado à boa aceitabilidade e satisfação por parte dos médicos, atualmente o projeto vem sendo expandido para outras áreas prioritárias, incluindo saúde mental. Ainda sobre as vantagens observadas com a implantação do projeto, foi verificado que se trata de uma forma de intervenção custo-efetiva, sendo que possibilita atendimento de alta qualidade com custos bem inferiores aos que seriam necessários no caso de se utilizar atendimentos de nível secundário e terciário (Arora S, 2011).

No caso do Brasil, a telemedicina também vem sendo testada como forma de prover assistência a profissionais de APS. Considerando que a realidade da saúde no Brasil mudou com a implantação da ESF, fazendo com que o atendimento em APS fosse consideravelmente ampliado, nos últimos 10 anos o Ministério da Saúde (MS) tem investido na multiplicação de alternativas de intervenção educacional para a ESF.

Nesse sentido, foi criado o Projeto Nacional Telessaúde, com o objetivo de sanar algumas deficiências no sistema de APS. Criado pela portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007 (Ministério da Saúde, 2007), ampliado e redefinido como forma de suporte ao programa Estratégia Saúde da Família pela portaria nº 402 de 24 de fevereiro de 2010 (Ministério da Saúde 2010), atualmente é no mundo o maior programa de telemedicina oficial inserido dentro do sistema de saúde de um país.

A telemedicina é especialmente importante em um país de dimensões continentais como o Brasil ao possibilitar que áreas remotas possam ter acesso ao

auxílio de que necessitam sobre problemas e situações duvidosas que surgem no cotidiano da APS. Muitos casos onde haveria necessidade de transporte por longas distâncias e utilização de centros de referência secundários e terciários, em geral sobrecarregados, atrasando diagnósticos e tratamentos algumas vezes de forma a comprometer o prognóstico do paciente, podem ser resolvidos através da comunicação via telemedicina. Esta ferramenta parece ser particularmente significativa na área de saúde mental onde o diagnóstico e acompanhamento dos casos é feito basicamente através da avaliação clínica, necessitando minimamente de exames complementares sofisticados que poderiam ser um empecilho para o atendimento integral em locais remotos e/ou sem recursos.

O Projeto Nacional Telessaúde oferece quatro modalidades de suporte à distância: teleconsultorias, segunda opinião formativa, telediagnóstico e tele-educação.

Teleconsultoria é definida, conforme artigo 2º da portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011, como “consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho” (Ministério da Saúde 2011). Através das teleconsultorias as demandas do cotidiano de profissionais de APS podem ser resolvidas sem a necessidade de encaminhamentos ou consultorias a serviços secundários e terciários. Na experiência do Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul, ficou demonstrado que a cada duas teleconsultorias solicitadas por profissionais médicos um encaminhamento de paciente para outros níveis de atenção é evitado (Castro Filho 2012).

Segunda opinião formativa é definida através da portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011 como “resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica,

nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, à pergunta originada das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS” (Ministério da Saúde 2011).

Em relação ao telediagnóstico, este é definido através da portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011 como “o serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para apoiar o diagnóstico através de distâncias geográfico e temporal” (Ministério da Saúde 2011). Como exemplo ilustrativo, no Brasil temos o projeto Minas Telecardio que implantou um serviço à distância em municípios de Minas Gerais. Através da internet médicos e docentes de hospitais universitários analisavam com auxílio de especialistas em cardiologia eletrocardiogramas e discutiam casos, possibilitando diagnóstico e manejo de casos complexos que em outra situação necessitariam de encaminhamento (Ribeiro 2010).

Por fim, em relação à tele-educação, esta modalidade ainda necessita ser melhor explorada, assim como em outros países que já utilizam a telemedicina.

O piloto do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul, iniciado em dezembro de 2007, realizou levantamento com os profissionais participantes sobre quais seriam os temas considerados prioritários para ser objeto de intervenção educacional. Concordante com a importância dos transtornos mentais em APS e a consciência dos profissionais de APS desta importância, como citado anteriormente, uma análise de tais demandas mostrou que as quatro primeiras são na área de saúde mental, quais sejam: álcool e outras drogas (77,3%), depressão e transtornos de humor (64,8%), psicoses (56%) e transtornos de ansiedade (49,5%) (Fontanive PVN, 2009). Outros projetos de telessaúde também apontam para temas em saúde mental como prioridade de demanda em intervenção educacional. Entretanto é interessante notar que, embora pareça paradoxal, as solicitações em consultoria para saúde mental foram muito

aquém do esperado pelo levantamento de necessidades citado. Isto pode-se dever ao fato de que, embora os profissionais entendam como uma necessidade temas relacionados à saúde mental, não possuem condições técnicas de identificar os portadores de transtornos mentais e objetivar suas dúvidas.

O uso da telemedicina para fins de auxílio e assistência a profissionais e pacientes na área de saúde mental denomina-se telepsiquiatria. Vários programas de telepsiquiatria existem no mundo, estando concentrados principalmente nos Estados Unidos, Noruega, Austrália e Canadá. A seguir citaremos alguns exemplos pioneiros.

Nos Estados Unidos o Serviço de consultoria de saúde mental *eMental Health Consultation Service* coordenado pelo *Davis Medical Center* da Universidade da Califórnia oferece teleconsultorias - via correio eletrônico e telefone - e educação médica continuada via internet a médicos generalistas da zona rural e do subúrbio. Em uma análise da efetividade do serviço que avaliou diretamente 289 pacientes cujos médicos utilizaram um ou mais desses recursos, os pesquisadores concluíram ter havido melhora significativa no tratamento em saúde mental. Um fato interessante foi que os médicos participantes manifestaram seu interesse em aprimorar suas habilidades de identificação e manejo de transtornos mentais de forma independente, deixando as consultorias para casos mais complexos, especialmente para que haja diminuição da demanda para este recurso. Os autores sugerem que tais intervenções educacionais devam ser consideradas como promissores meios de se melhorar a assistência em saúde mental prestada por APS (Neufeld JD, 2007).

Na Noruega a telepsiquiatria é utilizada amplamente na forma de teleconsultoria para médicos de APS. Em análises sobre o serviço, verificou-se que estimulou mais diagnósticos, propiciou menor uso de atendimento secundário, preveniu baixas involuntárias e readmissões, assim como propiciou alta mais precoce de pacientes

quando internados. Analisando o custo-efetividade do uso da telepsiquiatria, foi demonstrado que os custos podem ser diminuídos tratando pacientes psiquiátricos em APS com suporte via telemedicina comparando com os métodos tradicionais (Aas MIH, 2002).

Psiquiatria foi uma das primeiras especialidades a usar telemedicina na Austrália. Atualmente o principal projeto é o Serviço de Saúde Mental Remota e Rural da Austrália do Sul, que oferece rotineiramente consultorias com psiquiatras para problemas agudos em pacientes rurais tendo como base o *Glenside Hospital* em Adelaide. Há 25 unidades de videoconferência em hospitais rurais da Austrália do Sul. Os pacientes são vistos com o médico de APS e o psiquiatra, sendo depois o caso discutido. O médico de APS fica responsável pelo manejo do paciente (Swanson B, 1999).

Por fim, no Canadá o *Alberta Hospital Ponoka*, em Alberta, implementou um serviço de telepsiquiatria em 1997, oferecendo suporte em saúde mental via internet através de teleconsultorias para cinco hospitais gerais de áreas rurais. O projeto foi avaliado na fase piloto e depois de ser instituído como rotina. Altos níveis de satisfação e de aceitação foram verificados nas duas fases. A experiência canadense vem se expandindo com a participação de outros centros acadêmicos e novos projetos. Atualmente vem tomando lugar como forma oficial de oferecer suporte para profissionais e assistência médica direta a pacientes em saúde mental, com ênfase nas comunidades rurais e aborígenes mais remotas (River Valley Health, 2006; Brasfield C, 2007; Gibson KL, 2011).

Como pode ser visto, a tecnologia telessaúde na área de saúde mental vem sendo utilizada prioritariamente na forma de teleconsultorias e para atendimento direto a pacientes. A sua utilização como meio de prover educação médica continuada a médicos

em saúde mental tem sido menos praticada, embora os próprios médicos considerem que necessitam de intervenções educacionais (Haggerty J, 2010; Taft AJ, 2011; Morrell CJ, 2011).

3.5. Educação médica à distância em saúde mental

Como apresentado na introdução, no segundo semestre de 2009 conduzimos um estudo piloto de intervenção educacional em Saúde Mental à distância para profissionais de ESF. Como conclusão principal, verificamos que a estrutura de intervenção para o médico necessariamente deveria ser diferente da estrutura de intervenção para profissionais não médicos. Isto porque para os médicos aprofundar questões como diagnóstico e tratamento é fundamental, enquanto que para profissionais não médicos mais importante é a abordagem inicial e encaminhamento de portadores de transtornos mentais.

Tendo por objetivo buscar a dinâmica e estruturação de intervenções educacionais à distância em saúde mental para médicos de APS, realizamos uma revisão sistemática sobre o assunto. Foram pesquisados artigos publicados em língua inglesa ou portuguesa nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Embase Cochrane até 30 maio de 2012. Utilizamos como termos de pesquisa (e-mental health OR telepsychiatry OR (telemedicine AND psychiatry)) AND (education OR training) nos resumos ou títulos. Localizamos 390 artigos através desta busca, sendo então analisados todos os resumos a fim de verificar se algum dos artigos correspondesse ao nosso objetivo. Deste total, localizamos 15 artigos onde havia menção à utilização de educação médica em saúde mental via telemedicina. Após leitura e análise destes artigos, não localizamos nenhum artigo cujo objetivo fosse avaliar de forma isolada uma intervenção em saúde mental à distância para médicos de APS. Optamos então por analisar os estudos com

intervenções aplicadas simultaneamente a médicos e outros profissionais de APS.

Resultaram apenas 4 artigos em que houve apresentação de intervenções em saúde mental à distância com avaliação isolada de outras formas de intervenção, tais como teleconsultorias. Todos os estudos são oriundos da Austrália, país pioneiro na área. Três estudos foram com delineamento tipo antes-depois e quantitativos e um foi estudo de dois casos e teve análise qualitativa. A seguir uma breve apresentação dos estudos.

O primeiro estudo foi um programa concebido com base no protocolo da OMS para diagnóstico e tratamento de transtornos mentais em APS. Seiscentos profissionais de saúde mental participaram de 60 módulos quinzenais de duas horas cada na forma de videoconferência, sendo que metade recebeu o treinamento na forma presencial e metade na forma à distância. Além da apresentação explanatória dos tópicos do protocolo da OMS, foram fornecidas vinhetas de casos clínicos para que fosse definido um diagnóstico para cada caso. A avaliação foi feita através da satisfação com o treinamento e impressões gerais dos participantes sobre o treinamento. Os participantes declararam que o número de aulas foi excessivo (60) além de que as aulas foram muito longas (2 horas). Solicitaram que os próximos treinamentos fossem de frequência semanal, mais breves e com menos aulas. Também acharam que deveria ter no máximo 5 pontos à distância por videoconferência (eram 15). A satisfação e o aprendizado foram considerados bons e semelhantes no curso à distância e no presencial (Janca A, 2002).

Outro estudo testou um treinamento à distância para médicos de família e agentes comunitários de saúde da zona rural do sul da Austrália. Participaram 46 agentes comunitários de saúde mental de nove áreas e 20 médicos de cinco áreas. Foram oito módulos de uma hora cada abrangendo os seguintes tópicos: depressão e ideação suicida na psicose; síndrome de descontinuação de IRSS (antidepressivos inibidores da

recaptação de serotonina) com identificação e manejo; manejo da esquizofrenia; manejo da primeira psicose; mudança de antipsicóticos típicos para atípicos; terapia cognitivo comportamental nos transtornos mentais; visão geral do transtorno obsessivo compulsivo; e manejo do transtorno borderline. Estes temas foram definidos por experts da área e a partir de questionamentos aos próprios profissionais alvo da intervenção educacional. Cada módulo era composto por uma parte onde o tópico era apresentado seguido por breve discussão. Os desfechos considerados foram os mesmos do estudo anteriormente citado, ou seja, satisfação com os módulos e impressões gerais sobre o treinamento. A satisfação foi avaliada em escala Likert de 5 pontos. A média no escore de satisfação foi de 4,6 para os profissionais de saúde mental e 4,1 para médicos. Estes últimos relataram que o serviço ajudou a reduzir o sentimento de isolamento, contribuiu com necessidades de aprendizado, atendeu necessidades clínicas, ajudou no desenvolvimento profissional e na confiança e competência em manejar pacientes com transtornos mentais. Por fim, foi útil ao evitar viagens para receber treinamento (D'Souza R, 2000).

O terceiro estudo foi realizado com profissionais de um distrito rural na região centro-leste de Newfoundland e Labrador (Austrália). Todos profissionais envolvidos com atendimento de saúde mental e 34 pessoas de várias áreas, tais como clérigos, polícia e professores, participaram. Um levantamento de necessidades foi feito com 20 profissionais, que serviu de base para definição dos tópicos a serem discutidos. O objetivo foi verificar o grau de confiança em lidar com 26 questões de saúde mental, considerando abordagens de aconselhamento e terapêuticas. Também tinha como objetivo verificar os modos preferidos de treinamento, suporte e consultoria avaliado por entrevista autorrespondida aplicada no início e novamente ao final do projeto, juntamente com outras questões sobre a utilidade da intervenção. Ao final de cada

videoconferência por satélite era solicitado aos participantes que preenchessem um questionário autorrespondido sobre satisfação com o conteúdo, processo e aspectos técnicos da sessão.

Baseado nas necessidades da comunidade, três tipos de recursos foram produzidos: website, recursos bibliográficos por vídeo e impressos de auto-ajuda e uma série de videoconferências via satélite. O treinamento foi realizado em 12 videoconferências durante 14 meses onde os assuntos definidos a partir das necessidades dos participantes eram apresentados de forma explanatória e depois era propiciada interação entre os participantes e o capacitador. Como pontos positivos foram destacados: aumento do conhecimento e habilidades em saúde mental; aumento da sensibilidade para questões de saúde mental; aumento das conexões interdisciplinares; e melhoria da coesão e suporte entre todas as áreas participantes (Cornish PA, 2003).

Por fim, um estudo de dois casos foi relatado com análise qualitativa em que objetivava avaliar a aceitabilidade de um programa de treinamento à distância em psiquiatria infantil dirigido a todos os profissionais de saúde de duas cidades do sul da Austrália - Roxby Downs e Coober Pedy, que se voluntariaram para o estudo durante dois anos (1998 e 1999). O treinamento foi provido pelo Serviço de Saúde Mental para crianças e adolescentes do Hospital da Criança e da Mulher de Adelaide. Os tópicos, definidos pelos participantes, foram os seguintes: autismo e síndrome de Asperger, auto-agressividade, implicações clínicas de problemas de apego, luto e manejo clínico de adolescentes deprimidos. Os módulos foram gravados na forma de palestra e distribuídos aos participantes. Como resultados, verificaram que, apesar de problemas técnicos ocasionais, houve uma atitude bastante positiva em relação à tecnologia à distância. O fato de o curso ter sido ministrado através de videoconferências não foi de

nenhuma forma impeditivo para uma boa comunicação entre capacitadores e participantes. Além disso, os participantes mostraram-se bastante motivados no uso da ferramenta pois permitiu acesso ao desenvolvimento profissional permanecendo na própria cidade, com economia de custos e tempo com viagens, além de permitir contato com especialista (Mitchell JG, 2001).

Devido à inexistência de estudos sobre treinamento à distância em saúde mental especificamente para médicos de APS, buscamos na literatura os artigos mais relevantes sobre este tipo de intervenção na forma presencial. Pesquisamos nas bases de dados Cochrane, Lilacs, Pubmed e Scielo artigos originais ou de revisão em língua inglesa ou portuguesa publicados entre 01 de janeiro de 2000 a 30 de maio de 2012 com os seguintes termos de busca (medical training OR medical education) and (mental health) and (physician OR general practitioner) nos resumos ou título. Resultaram 136 artigos. Analisados os resumos, foram incluídos 14 artigos.

Destacamos a seguir alguns estudos analisados sobre intervenções educacionais em saúde mental na forma presencial.

O estudo randomizado de Lin et al (1997) testou o treinamento sobre tratamento de depressão em 44 médicos, sendo 22 o grupo que recebeu a intervenção e 22 o grupo controle. A intervenção foi baseada no *AHCPR Depression Guidelines*, sendo feita na forma presencial (*workshops*) de um turno versando sobre o tratamento da depressão. Depois os médicos poderiam fazer consultorias para manejo em conjunto dos pacientes. Os desfechos avaliados foram mudanças nos sintomas depressivos medidos por mudanças no *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS) e nos 20 itens de depressão do *Symptom Checklist 90* (SCL-90). A satisfação do paciente foi medida em escala Likert de 5 pontos de pobre a excelente. Outros desfechos foram seleção de antidepressivo, adequação (dose e duração) da farmacoterapia, regularidade e

frequência no seguimento. Não foi verificado melhora em nenhum dos desfechos após o período de intervenção. O estudo sugere que o treinamento do médico apenas é insuficiente, e que uma reestruturação do serviço para atender às demandas em saúde mental se faz necessária.

Outro estudo foi realizado na área de captação dos serviços de saúde mental do sul de Bristol, Reino Unido. Quinze unidades de APS participaram de treinamento para disseminação do CID-10 PHC (*Primary Health Care*), protocolo de diagnóstico e manejo editado pela OMS. Outras quinze unidades compunham o grupo controle. Não houve impacto da intervenção em relação à sensibilidade e especificidade na detecção de transtornos mentais menores entre os grupos. Também não foi verificada melhora nos escores de incapacidade e qualidade de vida dos pacientes ou na satisfação dos pacientes com as consultas (Croudace T, 2003). Interessante notar que nos dois estudos recém descritos, assim como na maioria dos estudos com resultados negativos, a intervenção foi focada basicamente em treinamento para disseminação de protocolos de reconhecimento e manejo de patologias mentais, com pouca ou nenhuma ênfase nos aspectos da entrevista psiquiátrica e das habilidades em consulta. Ou seja, parece que focar intervenções em protocolos apenas pode não ser uma boa estratégia, mesmo que este seja direcionado para o atendimento em APS e modificado de forma colaborativa por médicos de APS participantes da intervenção e psiquiatras, como no segundo estudo.

Por outro lado, um estudo realizado na Suíça utilizou programas educacionais para diagnóstico e tratamento de depressão para médicos generalistas da ilha de Gotlândia, Suécia entre 1983 e 1984, com enfoque em habilidades de comunicação. As entrevistas de base ocorreram em 1982, uma primeira avaliação da intervenção em médio prazo em 1985 e em longo prazo em 1988. Os resultados mostraram benefícios

como aumento na frequência de tratamento, melhora no padrão de prescrição de drogas psicofarmacológicas e diminuição na frequência de suicídio. Uma análise de custo benefício em termos de morbimortalidade demonstrou um impacto econômico significativo com esta intervenção (Rutz W, 1990). Porém, em 3 anos de seguimento, os índices de suicídio e de hospitalizações por razões psiquiátricas voltaram a aumentar e o padrão de prescrição estabilizou (Rutz W, 1992).

Analisados este estudo, levantamos o que deve ser considerado para que um programa de educação tenha sucesso?

Com base na revisão de literatura que realizamos, para que uma intervenção educacional seja bem sucedida alguns pontos são fundamentais. Primeiro, deve haver cooperação entre quem propõe a estratégia e quem será capacitado. Para que isto aconteça é prioritário que ambos concordem com os tópicos que serão trabalhados, o que parece óbvio porém nem sempre é considerado. Isto porque o que psiquiatras que desenvolvem tais intervenções consideram fundamental para ser estudado nem sempre é a realidade e necessidade dos médicos de APS. Os primeiros tendem a visualizar o atendimento em APS como uma simples extensão do atendimento especializado, o que está muito distante da realidade (Lin EH, 1997; Brown JB, 2000; Thompson C, 2000; Styra R, 2004; White G, 2011).

Em revisão realizada por Hodges et al de 400 artigos publicados de 1950 a 2000 sobre o assunto, esta questão está abordada com propriedade. Os autores afirmam que para os psiquiatras é mais fácil abordar critérios diagnósticos e tratamento aplicados em nível especializado, pois esta é sua prática comum. Entretanto médicos de APS lidam com casos mais complexos, com portadores de transtornos mentais apresentando prioritariamente queixas somáticas e com apresentações clínicas não devidamente especificadas nos manuais diagnósticos. Estes obstáculos no diagnóstico devem ser

considerados apropriadamente quando se quer melhorar o atendimento em saúde mental no nível de APS. Além disso o tempo que o médico de APS dispõe para atender pacientes com transtornos mentais não é o mesmo que o especialista dispõe em função da alta demanda. Ou seja, assim como os médicos de APS necessitam melhorar seus conhecimentos, os psiquiatras também precisam aprender sobre a rotina do atendimento no nível de APS.

Em relação aos diagnósticos abordados, por exemplo, os cursos tendem a enfatizar transtornos psicóticos crônicos, como esquizofrenia, e de humor, como transtorno bipolar e depressão de apresentação pura (típica). Já as prioridades em APS são transtornos mistos de ansiedade e depressão e somatização (Goldberg D, 1996; Hodges B, 2001; Styra R, 2004). Ou seja, deve haver relevância do currículo para o contexto clínico do participante da intervenção. Os modelos mais efetivos são aqueles em que o coordenador está o mais próximo possível do local real de atendimento.

Em segundo lugar, os participantes devem ter a oportunidade de participar ativamente de todo o processo. Encontros com aulas expositivas longas e explanatórias sem oportunidade de participação ativa tendem a não provocar impacto. Tem sido sistematicamente demonstrado nas últimas décadas que um alto grau de envolvimento do médico é necessário em intervenções de educação médica continuada. Existem evidências de que programas interativos, com oportunidade de colocar em prática o conhecimento e as habilidades, podem propiciar mudanças na prática clínica, enquanto isto parece não ocorrer quando se utiliza aulas explanatórias e teóricas (Mazmanian PE, 2002; Styra R, 2004; White G, 2011). Para tanto se pode usar simulação, *role play*, pacientes padrão (encenados por atores, por exemplo), aprendizado baseado em casos e *videotapes* com *feedback*. O uso de discussão de casos, *role play* e meios que propiciam e incentivam a aplicação prática no atendimento do dia a dia em programas de educação

médica continuada tem sido demonstrado como fundamentais para modificar a performance mais efetivamente destes profissionais que a abordagem puramente didática teórica. A possibilidade de aplicar os conhecimentos pode ser importante ferramenta de melhoria pois é no contexto prático que o participante da intervenção poderá verificar a efetividade do que está sendo ensinado, assim como identificar seus pontos fracos e potencialidades (Davis D, 1999; Mazmanian PE, 2002; Styra R, 2004; White G, 2011).

Estudo sobre o que levaria à maior efetividade em programas educacionais de saúde mental para médicos de APS mostrou que as características dos profissionais em relação ao atendimento de portadores de transtornos mentais são importantes. Foram avaliadas associações entre interesse, personalidade, conhecimento, habilidades e características de prática clínica dos médicos de APS e o atendimento de saúde mental ofertado. Foi encontrada associação entre personalidade mais predominante conservadora e baixo interesse em problemas psiquiátricos com deficiente reconhecimento de transtornos mentais em pacientes. Por razões óbvias, intervenções na personalidade de médicos de APS têm poucas chances de sucesso. Por outro lado, trabalhar a sensibilização dos médicos para o tema saúde mental pode ser muito benéfico. Para o sucesso de educação médica continuada um ponto chave é a percepção do médico sobre a necessidade de aprimorar seu conhecimento e habilidades em determinada área, assim como a relevância do tema na sua prática clínica. Parece ser fundamental para que o médico apresente bons resultados na intervenção educacional a consciência sobre sua lacuna entre as habilidades e conhecimento que tem e os que são desejáveis para o seu contexto de atendimento. Além disso o conhecimento da extensão e importância do problema a ser abordado (Mazmanian PE, 2002). Para tanto, iniciar a intervenção educacional com sensibilização sobre o papel de médicos de APS

no atendimento em saúde mental é fundamental. A mudança de atitudes dos médicos de APS no sentido de se sensibilizarem e ficarem mais abertos e engajados nas questões mentais é tão fundamental quanto aumentar seus conhecimentos teóricos e práticos.

Melhorar habilidades em entrevista e avaliação clínicas está relacionado com melhor reconhecimento de transtornos psiquiátricos. Com isso, depreendemos que o aprimoramento de habilidades de entrevista e avaliação clínica psiquiátrica são objetivos a serem buscados, assim como a sensibilização dos profissionais para o tema a fim de melhorar o interesse. (Scardovi A, 2003).

Intervenções para desenvolver habilidades de entrevista têm sido consideradas fundamentais (Mazmanian PE, 2002; Scardovi A, 2003). Certamente o conhecimento teórico necessário para firmar um diagnóstico a fim de instituir tratamento adequado é fundamental, porém não é determinante para que intervenções educacionais em saúde mental sejam efetivas na prática clínica. Desenvolver habilidades de entrevista e comunicação quando se apresentam questões de ordem psicoemocional deve ser otimizado. Isto tende a ter efeito benéfico na prática clínica (Sanson-Fisher R, 1981) e pode ser mais duradouro que simplesmente fazer diagnósticos. Bowman et al (1992) conduziram estudo com médicos de família com enfoque nas habilidades de entrevista clínica. Concluiu que as habilidades de entrevista adquiridas se mantiveram durante 18 meses, sendo que algumas melhoraram com o passar do tempo, sugerindo que as habilidades são aprimoradas no seguimento por prática diária.

Propiciar que o médico desenvolva algumas habilidades tais como fazer perguntas abertas e diretivas para problemas psicoemocionais é considerado muito importante. Da mesma forma mostrar-se empático, fazendo comentários que demonstram a compreensão do que está sendo dito, e não demonstrar julgamento ou posição crítica (Rogers CR, 1973; Goldberg D, 1996; Hodges B, 2001). Quando estes

elementos não são observados, a tendência do paciente em aumentar sua resistência para se deixar examinar, dificultando toda a atividade clínica (Rogers CR, 1973). Problemas de ordem mental são em geral cercados de preconceitos e apresentam alta carga emocional, dificultando sua expressão. Por isso o médico deve estabelecer um vínculo adequado para tornar mais propício a sua comunicação, conseqüentemente possibilitando o diagnóstico, e isto requer intervenção educacional. Médicos residentes em APS nos Estados Unidos referem isto como fundamental para se chegar a um diagnóstico e conseqüentemente tratamento adequado (Goldberg D, 1996).

Estas constatações simplesmente traduzem um aspecto peculiar da atividade em saúde mental. Tanto o diagnóstico como a evolução do caso em tratamento é baseado completamente nas entrevistas clínicas. Pelo fato de a psiquiatria não dispor de métodos diagnósticos como exames complementares, a relação médico-paciente e as habilidades de comunicação e entrevista são fundamentais.

Apenas alguns aspectos considerados importantes nas intervenções educacionais à distância para médicos em saúde mental foram aqui apresentados. Uma apresentação mais completa está apresentada no artigo 1.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Utilizar a infraestrutura de informática e telecomunicação à distância já disponibilizada pelo Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul para avaliar um programa de sensibilização e intervenção educacional à distância em saúde mental para médicos atuantes nas equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) participantes do referido projeto.

Objetivos específicos

- a. Sistematizar um programa de tele-educação formativa em saúde mental direcionado a médicos de ESF, desenvolvendo material impresso e eletrônico adequado para este fim;
- b. Aplicar proposta de programa de intervenção educacional em saúde mental à distância para médicos de APS a fim de avaliar entre os participantes o grau de satisfação com o programa proposto e verificar a mudança de conhecimentos e confiança em abordar e tratar transtornos mentais antes e após a intervenção.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aas MIH. Telemedicine and changes in the distribution of tasks between levels of care. *J Telemed Telecare*. 2002;8 Suppl 2:S2:1-2.

Aiarzaguena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Saínchez A. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26:99-105.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa F, Macinko J, Mendonça CL, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) [Ambulatory Care Sensitive Conditions: elaboration of Brazilian list as tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil)]. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde [Medical Education and its Relationship to Social Needs in Health]. *Rev Bras Educ Med*. 2005;29(2):136-46.

Arora S, Kalishman S, Dion D, Som D, Thornton K, Bankhurst A, et al. Partnering Urban Academic Medical Centers And Rural Primary Care Clinicians To Provide Complex Chronic Disease Care. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(6):1176-84.

Bahaadini K, Yogesan K, Wootton R. Health staff priorities for the future development of telehealth in Western Australia. *Rural and Remote Health*. 2009;9(3):1164.

Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. 1 ed. New York: Guilford; 1995.

Biometrics Research Department – Columbia University [Internet]. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Disponível em:

<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/scid/>. Acesso em 10/04/2012.

Bowman FM, Goldberg DP, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Education*. 1992;26:63-8.

Boyle MH, Offord DR, Campbell D, Catlin G, Goering P, Lin E, et al. Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey: Methodology. *Can J Psychiatry*. 1996;41:549-58.

Brasfield C, Clement C. Beyond the pilot studies: cognitive behavioral therapy in a remote Aboriginal community. *Canadian Society of Telehealth Conference: Telehealth: Empowering Primary Care; 2007; 4-6 Novembro; St John's, Newfoundland and Labrador: 2007.*

Brown JB, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv*. 2000;26:39-54.

Burns BJ, Burke JD. Improving Mental Health Practices in Primary Care: Findings from Recent Research. *Public Health Reports*. 1985;10(3):294-300.

Castro Filho ED, Harzheim E, Schmitz CAA, Siqueira AC da Silva. Telessaúde para Atenção Primária. In: Gusso G, Lopes JMC (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. 395-403. V. 1.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use among adolescents and adults – New Hampshire, 1991-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53(8):174-5.

Cornish PA, Church E, Callanan T, Bethune C, Robbins C, Miller R. Rural Interdisciplinary Mental Health Team Building via Satellite: A Demonstration Project. *Telemed J E Health*. 2003;9(1):63-71.

Croudace T, Evans J, Harrison G, Sharp DJ, Wilkinson E, Mccan G, et al. Impact of the

ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182:20-30.

Datasus. Ministério da Saúde. Brasil. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. Sistema de informações sobre mortalidade/MS/SUS/DASIS. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> (último acesso em 28/04/2012).

Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*. 1999;282:867-74.

Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1997;58: 5-10.

D'Souza R. A pilot study of an educational service for rural mental health practitioners in South Australia using telemedicine. *J Telemed Telecare and Telecare* 2000;6 Suppl 1:S187-9.

Euller J, Broadbent J. Mental health referral role of rural financial counsellors. *Aust J Rural Health*. 2006;14(2):79-85.

Fontanive PVN. Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Projeto Telessaúde – RS. [tese]. [Porto Alegre]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Fúlvio B. Anos de vida perdidos por mortalidade: um dos componentes da carga de doenças. *Rev. Saúde Pública*. 1999;33(5).

Geller JM. Rural primary care physicians in the provision of mental health services: voices from the plains. *J Rural Health*.f 1999;15:326-34.

Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc*.

2011;61(3):216-21.

Gibson KL, Coulson H, Miles R, Kakekakekung C, Daniels E, O'Donnell S. Conversations on telemental health: listening to remote and rural First Nations communities. *Rural and Remote Health*. 2011;1656:1-19.

Goldberg D, Gater R. Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *British Journal of General Practice*. 1996;46:483-5.

Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008;24(7):1641-50.

Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011;26(7):428-35.

Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):336-44.

Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crosland L. Whydoctors leave rural practice. *AustralianJournal of Rural Health*. 1997;5:198–203.

Hegarty KL, Gunn JM, O'Doherty LJ, Taft A, Chondros P, Feder G, et al. Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (weave). *BMC Public Health*. 2010;10(2):1-11.

Hilty DM, Marks SL, Urness D, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A Review. *Can J Psychiatry*. 2004;49(1):12-23.

Hilty DM, Yellowlees PM, Cobb HC, Bourgenois JA, Neufeld JD, Nesbitt TS. Models of telepsychiatry consultation-liaison service to rural primary care. *Psychosomatics*. 2006;47(2):152-7.

Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1579-86.

Hooper EW. Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary medical care. *Int J Ment Health*. 1979; 8:6-15.

Janca A, Gillam D. Development and evaluation of an ICD-10 telepsychiatry training programme in Western Australia. *J Telemed Telecare and Telecare* 2002;8:120-2.

Kohn R, Saxena S, Levay I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):858-66.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):229-40.

Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The Use of Mental Health Services in Ontario: Epidemiologic Findings. *Can J Psychiatry*. 1996;41:572–7.

Lin EH, Katon WH, Simon GE, Von Kork M, Bush TM, Rutter CM, et al. Achieving guidelines of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care*. 1997;35:331-2.

Lum AWM, Kwok KW, Chong SA. Providing Integrated Mental Health Services in the Singapore Primary Care Setting – the General Practitioner Psychiatric Programme Experience. *Ann Acad Med Singapore*. 2008;37:128-31.

Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JB. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saude Publica*. 1987;21(6):501-7.

Marks J, Goldberg D, Hillier V. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med*. 1979;9: 337-53.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3:442.

Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the Physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA.* 2002;288(9):1057-60.

McGinty KLM, Saeed SA, Simmons SC, Yildirim Y. Telepsychiatry and e-Mental Health Services: Potential for Improving Access to Mental Health Care. *Psychiatr Q.* 2006;77:335–42.

McGorry PD. Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000;34 Suppl:S145-9.

McLaren P, Mohammedal A, Riley A, Gaughran F. Integrating interactive television-based psychiatric consultation into an urban community mental health service. *J Telemed Telecare.* 1999;5 Suppl 1:S100-2.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord.* 1999;55: 1-10.

Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Saúde Pública.* 2005; 27(2):131-4.

Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(6):435-41.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional Telessaúde. Brasil. 2007.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 402 de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Nacional Telessaúde para apoio à Estratégia de

Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Brasília. 2010.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília. 2011.

Ministério da Saúde 2012. Estratégia de Saúde da Família. <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> (acessado em 19/05/2012).

Mitchell JG, Robinson PJ, McEvoy M, Gates J. Telemedicine for the delivery of professional development for health, education and welfare professionals in two remote mining towns. *J Telemed Telecare* 2001;7:174-80.

Morrell CJ, Ricketts T, Tudor K, Williams C, Curran J, Barkham M. Training health visitors in cognitive behavioural and person-centred approaches for depression in postnatal women as part of a cluster randomised trial and economic evaluation in primary care: the PoNDER trial. *Prim Health Care Res Dev*. 2011;12(1):11-20.

Neufeld JD, Yellowlees PM, Hilty DM, Cobb H, Bourgeois JA. The e-Mental Health Consultation Service: Providing Enhanced Primary-Care Mental Health Services Through Telemedicine. *Psychosomatics*. 2007;48(2):135-41.

Nicklason JH, Donaldson MS, Ott JE: HMO members and clinicians rank health education needs. *Public Health Rep*. 1983;98:222-6.

Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, et al. One-Year Prevalence of Psychiatric Disorder in Ontarians 15 to 64 Years of Age. *Can J Psychiatry*. 1996;41:559-63.

Parikh SV, Lin E, Lesage AD. Mental health treatment in Ontario: selected comparisons between the primary care and specialty sectors. *Can J Psychiatry*. 1997;42(9):929-34.

Passamonti M, Pigni M, Fraticelli C, Calori G, Piccinelli M; Varese Group Study of Depression in General Practice. Somatic symptoms and depression in general practice in

Italy. *Eur J Gen Pract.* 2003;9(2):66-7.

Phongsavan P, Ward JE, Oldenburg BF, Gordon JJ.. Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *Med Journal Austr.* 1995;162(3):139-42.

Ragan L. Good teaching is good teaching: an emerging set of guiding principles and practices for the design and development of distance education. *Cause/Effect J.* 1999;22(1):1-7.

Regier DA, Kuhl EA, Narrox WE, Kupfer DJ. Research planning for the future of psychiatric diagnosis. *Eur Psychiatry.* 2011; in press.

Rego SRM, Rego DMS.. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):70-3.

Ribeiro ALP et al. Implementation of a telecardiology system in the state of Minas Gerais: the Minas Gerais Telecardio Project. *Arq Bras Cardiologia* 2010;95(1):70-78.

River Valley Health. Telemental health and teleaddictions partnership project – Mawi Wolakomiksultine evaluation report: Fredericton, NB: River Valley Health, 2006.

Rogers CR. *Psicoterapia e consulta psicológica.* 2 ed. Santos: Martins Fontes, 1973.

Rutz W, von Knorring L, Walinder J, Wistedt B: Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand.* 1990; 82:399-403.

Rutz W, Carlsson P, Von Konorring L, Walinder J. Cost benefit analysis of an education program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;85:457-64.

Sadock BJ, Sadock VA, Cancro R, Edmondson J, Gabbard GO, Grebb JA, et al. Emergency Psychiatric Medicine: Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA, Cancro R, Edmondson J, Gabbard GO, Grebb JA, Manley Myrl, et al. *Kaplan & Sadock's*

synopsis of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2003. p. 913-22.

Saltini A, David A, Trentini A, Marchi J, Pioli R. Clinical practice in mental health and educational needs in general practice. *Recenti Prog Med.* 2002;93(7-8):410-5.

Sanson-Fisher R, Fairbairn S, Maguire P. Teaching communication skills to medical students. *Med Educ.* 1981;15:33.

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, et al. Improving psychiatric interview skills of established GPs: evaluation of a group training course in Italy. *Family Practice* 2003;20:363-9.

Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton G. *Psychiatric illness in general practice.* Oxford University Press, London; 1966.

Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care.* 2005;23(1):18-25.

Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy.* New York: Oxford University Press, 1992.

Styra R. The Internet's Impact on the Practice of Psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2004;49(1):f5-11.

Swanson B. Information technology and under-served communities. *J Telemed Telecare and Telecare.* 1999;5 Suppl 2:S2:3-10.

Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Watson LF, Gold L, Lumley JA et al. Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC)- non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health.* 2011;11(178):2-10.

Thompson C, Kinmonth A, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome

of depression in primary care: Hampshire depression project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355:185-91.

Thrall JH, Boland G. Telemedicine in practice. *Semin Nucl Med*. 1998; 28(2):145-57.

Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:629-40.

White G. Mental load: helping clinical learners. *Clin Teach*. 2011;8(3):168-71.

WHO Preventing suicide - a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization, 2000.

WHO. World Health Report 2001. Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WHO. Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.

WHO/Wonca. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organisation, 2008.

WHO. Mental health in primary care: enhancing treatment and promoting mental health. 2009. Disponível em: <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/ENGLISH%20WMHD09.pdf> (último acesso em 01/05/2012).

Wittson CL, Affleck DC, Johson V. Two-way television group therapy. *Ment Hosp* 1961; 12:22-3.

6. ARTIGO 1

A ser enviado para a Revista de Saúde Pública

Intervenções educacionais em saúde mental à distância: proposta de aplicação

Internet-based educational intervention in mental health: application proposal

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

1) Título:

Intervenções educacionais em saúde mental à distância: proposta de aplicação

Internet-based educational intervention in mental health: application proposal

2) Running title:

Intervenção educacional em saúde mental à distância

Internet-based educational intervention in mental health

3) Autores:

Gonçalves DM¹, Harzheim E¹, Camey S^{1,2}

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS

²Departamento de Estatística, Instituto de Matemática da UFRGS

4) Endereços dos autores:

Daniel Maffasioli Gonçalves

Rua David Sartori, 604

Garibaldi – RS - Brasil

CEP 95.720-000

Erno Harzheim

Rua Ramiro Barcelos 2400/2º andar

Porto Alegre – RS - Brasil

CEP 90035-003

Suzi Camey

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

5) Trabalho originário do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS.

Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos 2400/2º andar

Porto Alegre – RS - Brasil

CEP 90035-003

6) Autor responsável por correspondências:

Daniel Maffasioli Gonçalves

Rua David Sartori, 604

Garibaldi – RS - Brasil

CEP 95.720-000

7) Financiamento para execução do projeto:

Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no

Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul. (Telessaúde RS). SGTES/MS, OPAS, CNPq.

8) Artigo resultado da tese de doutorado de Daniel Maffasioli Gonçalves apresentado

em 2012 no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina

da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Vinte a 55% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de Atenção Primária à Saúde (APS) têm pelo menos um transtorno mental. Destes, 50% em média não são diagnosticados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de evidências de pesquisa, preconiza que o foco do atendimento em saúde mental seja redirecionado para APS, porta de entrada do sistema de saúde. A melhoria das capacidades dos médicos de APS em identificar, tratar e encaminhar adequadamente portadores de transtornos mentais é o pilar para a desejada integração entre saúde mental e APS. A telemedicina tem se mostrado uma ferramenta poderosa para ampliar o atendimento em saúde mental, especialmente em locais remotos, com potencial de ser estratégica na intervenção educacional em saúde mental para médicos de APS. Realizamos revisão sistemática de intervenção educacional à distância em saúde mental para médicos de APS, sendo que nenhum estudo foi localizado. Verificando a necessidade de proposições para este tipo de intervenção, apresentamos uma estratégia inovadora de intervenção educacional em saúde mental à distância.

ABSTRACT

Twenty to fifty-five percent of patients who look for medical assistance at Primary Health Care (PHC) centers have at least one mental illness. From these, an average of fifty percent is not diagnosed. The World Health Organization (WHO), from research evidences, preconizes that the focus of assistance in mental health be redirected to PHC, health care system's entrance door. PHC physician's abilities improvement in identifying, treating and conducting mental illness carrier properly is the pillar to the desired integration between mental health and PHC. Telemedicine has been shown as a powerful tool to expand the assistance in mental health, especially in remote locations,

with the potential of being strategic in educational intervention in mental health for PHC physicians. We have conducted a systematic review of internet-based educational intervention in mental health for PHC physicians, and we did not find any study. We present an innovative strategy of distance educational intervention in mental health.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, atenção primária à saúde, educação médica, telemedicina.

KEYWORDS: mental health, Primary Health Care, Education, Medical, telemedicine.

1. INTRODUÇÃO

Intervenções para fomentar a integração entre saúde mental e Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido preconizadas como forma de diminuir a considerável lacuna entre demanda e oferta efetiva de assistência em saúde mental observada atualmente em nível mundial (WHO/WONCA, 2008; WHO, 2009; Grandes G, 2011; Ghuloum S, 2011). Uma importante ferramenta disponível para ampliar a resolutibilidade em saúde mental no nível de APS é a telemedicina, especialmente porque possibilita alcançar indivíduos e comunidades menos assistidas e de locais mais remotos (Arora S, 2011; Gibson KL, 2011).

Vários projetos de telemedicina existem no mundo, sendo que na atualidade um dos principais é o Projeto Nacional Telessaúde, implantado no Brasil em 2007 com o objetivo de sanar algumas deficiências no sistema de APS (Ministério da Saúde 2007). Tal iniciativa é especialmente importante no caso do Brasil, um país de dimensões continentais, ao possibilitar que áreas remotas possam ter acesso ao auxílio de que necessitam sobre problemas e situações duvidosas que surgem no seu cotidiano em APS. Com isto muitos casos onde haveria necessidade de transporte por longas

distâncias e utilização de centros de referência secundários e terciários, em geral sobrecarregados, atrasando diagnósticos e tratamentos, podem ser resolvidos através da comunicação via telemedicina.

Neste momento o projeto encontra-se em sua segunda fase. A sua efetividade já vem sendo verificada. Como exemplo, um estudo sobre as teleconsultorias solicitadas por profissionais de unidades de APS aos consultores do núcleo Rio Grande do Sul do projeto verificou que a cada duas teleconsultorias um encaminhamento para serviços secundários e terciários foi evitado (Castro Filho 2012).

O Projeto Nacional Telessaúde no Brasil, assim como outros em curso no mundo, é particularmente significativo na área de saúde mental onde o diagnóstico e acompanhamento dos casos são feitos basicamente através da avaliação clínica, necessitando minimamente de exames complementares sofisticados. O uso da tecnologia em saúde mental denomina-se telepsiquiatria, sendo que vem sendo utilizada prioritariamente na forma de teleconsultorias e como forma de atendimento direto a pacientes (nos países em que é permitido, não sendo este o caso do Brasil). A sua utilização como meio de prover educação em saúde mental vem sendo menos praticada, embora estima-se que o subdiagnóstico de transtornos mentais em APS seja de aproximadamente 50% (WHO/WONCA, 2008; WHO, 2009;).

Apesar do efeito pedagógico que teleconsultorias podem ter, intervenções educacionais específicas na área de saúde mental têm sido consideradas fundamentais. Os próprios profissionais de saúde deste nível percebem tal necessidade (Loeb DF, 2012). Um estudo foi realizado com os profissionais participantes do piloto do Projeto Nacional Telessaúde no Rio Grande do Sul para levantamento de demandas em intervenção educacional. Conforme resultados deste estudo, as quatro primeiras demandas em educação continuada são na área de saúde mental: álcool e outras drogas

(77,3%), depressão e transtornos de humor (64,8%), psicoses (56%) e transtornos de ansiedade (49,5%) (Fontanive PVN, 2009). Outros projetos de telessaúde também apontam para temas em saúde mental como prioridade de demanda em intervenção educacional (Neufeld 2007).

Como tentativa de responder às necessidades apontadas pelo estudo de demandas, no segundo semestre de 2009 realizamos um estudo piloto de intervenção educacional em saúde mental à distância com profissionais médicos e não médicos de uma equipe de APS participante do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul. Embora a satisfação destes com os elementos utilizados na intervenção educacional tenham sido bons (em escala de muito bom, bom, regular, ruim, péssimo, obtivemos 44% de muito bom, 48% de bom e apenas 8% de regular), ficou claro que a intervenção para o médico necessariamente deve ser diferente.

As necessidades do médico para atendimento em saúde mental são mais amplas e diferentes das necessidades dos profissionais não médicos. Para os médicos, aprofundar questões como diagnóstico e tratamento é fundamental, enquanto que para profissionais não médicos o mais importante é a abordagem inicial e o rastreamento de portadores de transtornos mentais. Desta forma, concluímos haver a necessidade de intervenções educacionais específicas para médicos de APS (Pôster apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Fortaleza, 2010).

Sabe-se que a deficiência de médicos de APS em termos de conhecimentos e habilidades em saúde mental parece ser empecilho para que sejam exploradas questões psicoemocionais nas consultas, o que contribui para a lacuna existente entre demanda e oferta efetiva em saúde mental. Os médicos de APS estão cientes destas deficiências e consideram que necessitam de intervenções educacionais em saúde mental (Saltini A , 2002; Haggerty J, 2010; Taft AJ, 2011; Morrell CJ, 2011).

Com o objetivo de identificar programas de educação à distância em saúde mental especificamente para médicos de APS realizamos uma revisão sistemática. Foram pesquisados artigos publicados em língua inglesa ou portuguesa nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Embase e Cochrane até maio de 2012. Utilizamos como termos de pesquisa: (e-mental health OR telepsychiatry) OR ((telemedicine OR telehealth) AND (mental health OR psychiatry OR mental disorder)) nos resumos ou títulos. Localizamos 390 artigos através desta busca, sendo então analisados todos os resumos a fim de verificar se algum dos artigos correspondesse ao nosso objetivo. Deste total, localizamos 15 artigos onde havia menção à utilização de educação em saúde mental via telemedicina. Após leitura e análise destes artigos, não localizamos nenhum artigo que contemplasse o nosso objetivo. Encontramos 4 artigos que avaliaram de forma isolada intervenções educacionais à distância em saúde mental para profissionais médicos e não médicos.

Em função da inexistência de artigos nas bases de dados pesquisadas que explicitem modelos de intervenção educacional em saúde mental dirigidas exclusivamente para médicos de APS no modelo à distância, propomos a seguir uma estrutura destinada a este fim. Para tanto, nos utilizamos do material disponível relacionado ao assunto que se insere em uma das duas seguintes possibilidades: experiências de intervenções educacionais em saúde mental não específicas para médicos testadas em profissionais de saúde e/ou leigos na modalidade à distância e experiências de intervenções educacionais em saúde mental dirigidas para médicos de APS na forma presencial. Para a primeira possibilidade, utilizamos os 4 artigos resultantes da pesquisa apresentada no parágrafo anterior. Para a segunda possibilidade, buscamos nas bases de dados Cochrane, Lilacs, Pubmed e Scielo artigos originais ou de revisão em língua inglesa ou portuguesa publicados entre 01 de janeiro de 2000 a 30 de

maio de 2012 com os seguintes termos de busca: (medical training OR medical education) and (mental health) and (physician OR general practitioner) nos resumos ou título. Resultaram 136 artigos. Analisados os resumos, foram incluídos 14 artigos. Através dos dois métodos de busca resultaram 17 artigos; após análise destes estudos, e de mais alguns outros estudos considerados importantes e oriundos da análise destes primeiros 17 artigos, enfatizaremos aspectos que parecem essenciais para este tipo de intervenção.

2. PROPOSTA

A proposta que apresentamos a seguir está resumida por tópicos no quadro 1.

2.1. Objetivos gerais:

Em todas as etapas da intervenção deve-se estar ciente de que o objetivo maior é atender às demandas de capacitação dos médicos de APS aplicáveis às suas realidades clínicas, possibilitando ao médico abordar, diagnosticar, manejar e encaminhar (quando for o caso) portadores de transtornos mentais entre sua clientela de forma adequada. Embora pareça uma redundância fazer tal consideração, não é raro que intervenções educacionais dirigidas a médicos de APS não contemplem as reais necessidades no seu cotidiano de atendimento (Phongsavan P, 1995; Rand EH, 1997; Hodges et al 2001; Mazmanian PE, 2002; Saltini A, 2002; Petersen I, 2011).

Nesse sentido, parece fundamental um breve comentário em relação aos capacitadores, que para o tipo de intervenção que propomos são em geral psiquiatras. É fundamental que os capacitadores estejam familiarizados com o contexto de APS. A tendência de psiquiatras responsáveis por intervenções educacionais é de visualizarem o atendimento em APS como uma simples extensão do atendimento especializado, o que

está muito distante da realidade (Lin EH, 1997; Styra R, 2004; White G, 2011). Por este motivo, preferencialmente os psiquiatras capacitadores devem ter experiência de atuação em APS.

Para ilustrar a importância deste tópico, uma questão que, embora seja óbvia, tende a passar despercebida, é o intervalo de tempo para cada consulta em geral utilizado pelo psiquiatra e pelo médico de APS. Enquanto que os primeiros em geral têm a oportunidade de oferecer tratamentos mais intensivos com consultas de 50 a 60 minutos, os segundos precisam adaptar métodos de abordagem e de intervenção psiquiátricas para contatos de 15 minutos ou um pouco mais, média de tempo de consulta em APS estimada nos estudos (Rand EH 1997).

Além disso, médicos de APS lidam com casos mais complexos, com portadores de transtornos mentais apresentando prioritariamente queixas somáticas e com apresentações clínicas não devidamente especificadas nos manuais diagnósticos. Estes obstáculos no diagnóstico devem ser considerados apropriadamente. Ou seja, assim como os médicos de APS necessitam melhorar seus conhecimentos em psiquiatria, os psiquiatras também precisam aprender sobre a rotina do atendimento no nível de APS (Goldberg D, 1996; Hodges B, 2001; Styra R, 2004).

Isto significa que os capacitadores devem ser profissionais com sólido conhecimento, e preferencialmente com alguma experiência, tanto em saúde mental quanto em APS. Este elemento, assim como todos os outros elementos que serão apresentados a seguir, objetiva trazer para a intervenção elementos de fato aplicáveis ao cotidiano do médico participante. Caso as reais necessidades dos participantes não sejam atendidas, aumenta-se o risco de que estes não tenham adequada adesão à intervenção e ao conteúdo da intervenção e, conseqüentemente, que a intervenção não se reflita em benefícios aos pacientes.

2.2. Definição do currículo:

Como forma de estimular o engajamento dos participantes e melhorar a cooperação com capacitadores é fundamental que os temas da intervenção sejam discutidos e definidos entre todos previamente. Isto também é importante porque, embora as necessidades básicas dos médicos de APS em saúde mental tendam a ser muito semelhantes, pode haver necessidades específicas que devam ser consideradas. Aproximar o conteúdo da intervenção à realidade dos participantes é fundamental (D'Souza R, 2000; Mitchell JG, 2001; Janca A, 2002; Cornish PA, 2003).

Psiquiatras tendem a abordar critérios diagnósticos e tratamento aplicados em nível especializado, pois esta é sua prática comum. Em relação aos diagnósticos abordados, por exemplo, as intervenções educacionais tendem a enfatizar transtornos psicóticos crônicos, como esquizofrenia, e de humor, como transtorno bipolar e depressão de apresentação pura (típica) (Hodges B, 2001; Saltini A, 2002; Hilty DM, 2004). Entretanto, na maioria de centros de APS, as condições mais comuns são transtornos mistos de ansiedade e depressão e transtornos de somatização, assim como apresentações clínicas de transtornos mentais basicamente através de sintomas psicossomáticos. Ou seja, pode haver uma discrepância entre o que especialistas consideram mais relevante para a prática em saúde mental e a real necessidade dos médicos de APS. Esta discrepância deve ser considerada apropriadamente para que sejam efetivamente atendidas as necessidades do cotidiano em nível de APS.

Apesar desta recomendação, a definição em conjunto do currículo com os participantes da intervenção não significa que os capacitadores não devam apontar algumas necessidades básicas para qualquer médico que deseje aprimorar o atendimento ofertado em saúde mental. Estes elementos básicos serão apresentados no item conteúdo

básico.

2.3. Questões técnicas:

Para o uso da tecnologia algumas habilidades são necessárias, tais como habilidades básicas de computação, habilidade para acessar informação em base de dados computadorizada, uso de mensagens eletrônicas e uso da internet, o que pode ser facilmente aprendido (Swanson B, 1999; D'Souza R, 2000; Cornish PA, 2003). É importante averiguar com os participantes as suas habilidades com o uso das ferramentas tecnológicas a serem utilizadas. Caso perceba-se haver dificuldades, é fundamental instruí-los quanto ao seu uso antes de iniciar a intervenção educacional propriamente dita.

Em relação aos equipamentos necessários, faremos algumas considerações sobre os requisitos minimamente adequados para uma utilização satisfatória das plataformas de ensino à distância e, principalmente, para que haja sincronia adequada na realização das videoconferências (Hilty, 2004; McGinty 2006). Estas recomendações são importantes visto que, apesar de os usuários dos serviços de telemedicina de uma forma geral se declararem satisfeitos com a utilização da tecnologia, os problemas técnicos têm sido um tema recorrente nos estudos publicados (Mitchell JG, 2001; Cornish PA 2003; Wagnild G, 2006).

Os computadores devem contar basicamente com os equipamentos de transmissão e recepção de informação via internet (tais como, modem), assim como acessórios mínimos tais como câmera de vídeo para internet (webcam), microfone, auto-falante e monitor de vídeo. Especial atenção deve ser dada para a velocidade de sinal de áudio. Deve-se contar com placa de vídeo de pelo menos 30 FPS (frames por segundo) ou mais para que a qualidade de imagem possa ser transmitida em tempo real

e compatível com a imagem de televisão. Em relação à velocidade da transmissão (medida em KBPS) a capacidade mínima considerada adequada para a realização de videoconferências é de 128KBPS, enquanto que de 384 a 512 KPS é virtualmente ao vivo (Hilty, 2004; McGinty 2006).

2.4. Estrutura básica dos módulos:

Apresentamos a seguir uma sugestão de estrutura para os módulos:

1. Apresentação dos objetivos
2. Apresentação de uma situação prática; na forma de simulação de consultas, por exemplo
3. Leitura de material teórico adequado ao tópico
4. Videoconferência
5. Tarefas teorias e práticas
6. Fórum, postagens ou outra forma de apresentação das experiências com as tarefas práticas

Definido o currículo, os objetivos específicos de cada módulo devem ser apresentados previamente. Objetiva-se com isso que o participante tome ciência sobre o que será capaz de fazer depois do módulo, além de servir como parâmetro sobre o que deverá desenvolver.

A experiência pedagógica com médicos tem demonstrado que encontros com aulas expositivas longas e explanatórias sem oportunidade de participação ativa tendem a não provocar impacto. Os participantes devem ter a oportunidade de atuar ativamente em todo o processo, o que inicia pela definição do currículo. Um alto grau de envolvimento do participante da intervenção é necessário em educação médica continuada para que esta seja bem sucedida. O uso de discussão de casos, aprendizado

baseado em casos, meios que propiciem e incentivam a aplicação prática no atendimento do dia a dia são fundamentais para modificar de forma mais efetiva a atuação destes profissionais quando comparamos à abordagem puramente didática teórica (Al-Faris E, 1997; O'Brien MA, 2003; Mazmanian PE, 2002; Arora S, 2011; White G, 2011).

O uso de casos filmados ilustrando situações típicas de saúde mental em APS ou então de técnicas de *role play*, onde participantes e capacitadores simulam consultas em saúde mental no âmbito de APS é um excelente recurso para colocar em prática o aprendizado teórico em discussão, para trazer à tona e discutir deficiências e dificuldades, e para avaliar técnicas e habilidades de comunicação. Se possível, este recurso deve ser utilizado em todos os módulos (Zakrovera A, 2008, Wallace JE, 2012). Além disso, conforme Thompson E (1995), médicos de APS tendem a perceber psiquiatras como inacessíveis, não médicos e pouco comunicativos. Muitos médicos de APS tendem ainda a ver a psiquiatria como especialidade que emprega técnicas de tratamento misteriosas e até perigosas e sem comprovação científica. Somente nos últimos anos a impressão da psiquiatria como vaga e imprecisa tem mudado com os psiquiatras trabalhando mais com abordagens baseadas em evidências (Hodges et al 2001; Wallace JE, 2012). Por este motivo, sempre que possível, sendo os capacitadores psiquiatras, deve-se utilizar métodos em que o psiquiatra é visto funcionando no seu papel clínico de atendimento e o mais próximo possível do local real de atendimento em APS (Soumerai SB 1998).

Além disso, deve-se prever oportunidades para discutir com os participantes suas percepções em relação à psiquiatria e em relação aos indivíduos portadores de transtornos mentais, especialmente nas fases iniciais da intervenção. Isto é importante na medida em que transtornos mentais são cercados de estigma, preconceitos e alta

carga emocional, que muitas vezes prejudica uma abordagem adequada (Wallace JE, 2012).

Uma importante forma de estimular a participação é a utilização de videoconferências frequentes em programas de educação médica continuada. Estas podem ser realizadas para a discussão dos tópicos em cada módulo, para apresentação de experiências e para discussão de casos. Enfim, é um recurso de grande importância e seu uso é altamente recomendável. Para um melhor aproveitamento deste recurso sugere-se que o material teórico seja fornecido previamente, assim como os casos práticos, quando filmados. Desta forma, a videoconferência será de fato um momento de troca de experiências e discussão, e não simplesmente uma apresentação teórica. Este tipo de apresentação talvez seja totalmente desnecessário ser feito durante videoconferências, sedo que para tanto o material teórico deve ser didático o suficiente para que se prescindam das aulas explanatórias. Se realmente for considerado que somente um material escrito na forma simples de texto seja insuficiente, pode-se utilizar recursos tais como apresentação em *slides* ou então filmar uma apresentação teórica que pode ser assistida previamente. Entretanto, os estudos não encorajam tais apresentações (Zakrovera A, 2008, Wallace JE, 2012).

Os itens 5 e 6 serão discutidos no item a seguir.

2.5. Avaliações teóricas e práticas:

Avaliações são importantes e devem ser utilizadas em todos os momentos da intervenção, pois propiciam que se verifiquem as deficiências e dificuldades dos participantes ainda durante o processo, possibilitando que estas sejam adequadamente abordadas. Para os capacitadores também são fundamentais, pois fornecem um parâmetro da adequação da intervenção em termos de efetividade e de aceitabilidade de

uma forma geral; além de serem importantes medidas de desfecho no âmbito da pesquisa.

As avaliações de conhecimento entre os participantes podem ser teóricas e práticas. No primeiro tipo utilizamos basicamente questionários de conhecimento teórico sobre o(s) tema(s) abordado(s) e podem ser aplicados depois da intervenção ou então de cada módulo. Parece interessante a aplicação do mesmo questionário (ou sobre os mesmos tópicos) antes e depois da intervenção. Além de serem um melhor parâmetro para estimar o aprimoramento do conhecimento após a intervenção ou módulo em relação ao conhecimento prévio, são úteis para que os médicos verifiquem suas deficiências antes da intervenção e do módulo. No segundo tipo, utilizamos avaliação de casos clínicos simulados, avaliação de técnicas de entrevista e habilidades de comunicação através de atendimentos clínicos filmados e tarefas a serem realizadas durante o cotidiano de atendimento, por exemplo, entre outras possibilidades. O último exemplo para ser o mais interessante, pois aplicar os conhecimentos recém adquiridos pode ser importante ferramenta de melhoria, pois é no contexto prático que o participante da intervenção poderá verificar a efetividade do que está sendo ensinado, assim como identificar seus pontos fracos e potencialidades (Mazmanian PE, 2002; Swick S, 2006). Para valorizar e ampliar tais possibilidades de aprendizado prático, as experiências obtidas através destas tarefas podem ser discutidas através de videoconferências, postagens em blogs, fóruns, ou outros meios.

Em relação à aceitabilidade, este tipo de avaliação é importante de ser realizada pois verifica a capacidade da intervenção em atender às expectativas dos participantes quanto às suas necessidades em educação e a aceitação do conteúdo e da forma como está sendo apresentado ao participante de uma forma geral. Também estima como estão as condições técnicas de todos os sistemas utilizados ((D'Souza R, 2000; Mitchell JG,

2001; Janca A, 2002; Cornish PA, 2003; Swick S, 2006). Este tipo de avaliação é feito basicamente através de questionários de satisfação com os variados aspectos da intervenção e a satisfação de uma forma geral. Isto pode ser feito no início e no final da intervenção, podendo haver verificações em qualquer outra etapa e até mesmo para todos os módulos. Sugere-se que estes aspectos sejam investigados: satisfação com a videoconferência, estilo de apresentação, conteúdo, material teórico, caso, oportunidade de interação, sinal visual, sinal de áudio, atraso no sinal (Cornish PA, 2003).

Por fim, parece importante também que o participante da intervenção relate o quanto a intervenção mudou, no seu ponto de vista, sua capacidade e confiança em identificar, tratar, enfim, prestar atendimento a portadores de transtornos mentais (Hilty, 2004; Swick S, 2006). Isto porque tem-se verificado que a falta de confiança em temas de saúde mental por parte destes profissionais é um importante empecilho para que abordem e explorem questões psíquicas (Petersen I, 2011). No quadro 2 apresentamos um exemplo deste tipo de avaliação.

2.6. Conteúdo básico:

A apresentação clínica de portadores de transtornos mentais em APS é bastante distinta dos que chegam aos especialistas, tornando-se um obstáculo para o diagnóstico. Até 69% dos pacientes deprimidos relatam apenas sintomas somáticos para os médicos quando em consulta. Médicos de APS diagnosticam em média 90% dos pacientes com transtornos mentais que se apresentam com queixas psiquiátricas, mas somente 50% dos que se apresentam com sintomas somáticos (McGorry PS, 2000; Passamonti M, 2003). Quando a queixa principal é de sintomas psiquiátricos, aumenta consideravelmente a probabilidade de um diagnóstico e manejo adequado. A mescla de sintomas somáticos e emocionais, com predominância dos primeiros, entre usuários de APS é uma

peculiaridade fundamental e de inexorável importância no atendimento em saúde mental neste nível. Isto não ocorre em atendimentos especializados em psiquiatria, onde as queixas via de regra são de ordem psicoemocional, até porque os pacientes já foram “filtrados”. Desta forma, o diagnóstico de transtorno mental no cotidiano de APS é um verdadeiro desafio, em especial quando se trata de um indivíduo com diagnósticos não psiquiátricos já estabelecidos (Burns BJ, 1985). Isto tem sido uma preocupação entre pesquisadores da área. Como reflexo imediato podemos citar a re-estruturação da próxima edição (quinta edição) do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*, manual diagnóstico desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, onde percebe-se notadamente a preocupação com a introdução de critérios diagnóstico mais próximos e aplicáveis no nível de APS (Regier DA, 2011).

Além de tópicos focados nas necessidades específicas dos participantes e que devem ser combinados previamente como apresentado no item definição do currículo, outros aspectos de grande relevância devem ser incluídos na intervenção educacional. Mais especificamente: sensibilização sobre as demandas em saúde mental em APS e o papel do médico neste contexto, habilidades de entrevista e comunicação e otimização do vínculo terapêutico e técnicas de avaliação e métodos diagnósticos em psiquiatria (Stoudemire A, 1996).

Uma das crenças comuns no que concerne às razões para o subdiagnóstico de transtornos mentais em APS é a de que os profissionais deste nível não estariam cientes desta demanda e da necessidade de aprimorarem suas capacidades em relação à saúde mental. Entretanto, isto não se confirma nos estudos (Phongsavan 1995; Geller 1999). Estudo com 254 médicos de APS italianos mostrou que 81,4% reconheciam seu papel na assistência em saúde mental, 89,9% dos médicos entrevistados consideravam que deveriam desenvolver habilidades para lidar com transtornos mentais e 77,3% referiam

dificuldades em manejar transtornos mentais (Scardovi A, 2003). Apesar disso, é fundamental para o sucesso de educação médica continuada um ponto chave aprofundar a percepção do médico sobre a necessidade de aprimorar seu conhecimento e habilidades apresentando dados sobre a extensão e importância da saúde mental em APS. Como exemplo, explorar questões como prevalência de transtornos mentais entre os usuários de APS, subdiagnóstico de transtornos mentais em APS, morbimortalidade psiquiátrica, impacto dos transtornos mentais em patologias não psiquiátricas, entre outras é importante ainda no início da intervenção. O objetivo é o de sensibilizar o médico de APS no atendimento em saúde mental. A mudança de atitudes dos médicos de APS no sentido de se sensibilizarem e ficarem mais abertos e engajados nas questões mentais é tão fundamental quanto aumentar conhecimentos teóricos e práticos (Al-Faris E, 1997; Mazmanian PE, 2002; Scardovi, 2003).

Certamente o conhecimento teórico necessário para firmar um diagnóstico a fim de instituir tratamento adequado é fundamental, porém não é determinante para o sucesso de intervenções educacionais em saúde mental na prática clínica. Desenvolver habilidades de entrevista e comunicação quando se apresentam questões de ordem psicoemocional deve ser priorizado. Isto tende a ter efeito benéfico na prática clínica e pode ser mais duradouro que simplesmente fazer diagnóstico (Whewell PJ, 1988; Bowman FM, 1992; Al-Faris E, 1997; Scardovi, 2003; Zakrovera A, 2008, Wallace JE, 2012).

Bowman et al (1992) conduziram estudo com médicos de família com enfoque nas habilidades de entrevista clínica e verificaram que as habilidades de entrevista adquiridas se mantiveram durante 18 meses e que algumas até melhoraram, sugerindo que as habilidades melhoram no seguimento por prática diária.

Tais habilidades são fundamentais para a construção e manutenção de um

vínculo terapêutico satisfatório (Whewell PJ, 1988; Scardovi A, 2003; Mazmanian PE, 2002). A necessidade de melhorar habilidades de entrevista e de otimizar o vínculo terapêutico traduzem um aspecto peculiar da atividade em saúde mental. Isto porque tanto o diagnóstico como a evolução do caso em tratamento são completamente baseados nas entrevistas clínicas. Pelo fato de a psiquiatria não dispor de métodos diagnósticos como exames complementares, a boa relação médico-paciente, propiciadas pelo desenvolvimento de habilidades de comunicação e de entrevista satisfatórias são fundamentais (Stoudemire A, 1996; Zakrovera A, 2008, Wallace JE, 2012).

Algumas habilidades tais como fazer perguntas abertas ao invés de diretivas para problemas psicoemocionais, mostrar-se empático, fazendo comentários que demonstram a compreensão do que está sendo dito, não demonstrar julgamento ou posição crítica e utilizar-se da escuta reflexiva são elementos essenciais do vínculo terapêutico em saúde mental, todos muito bem estudados e sistematizados por Carl Rogers ainda na década de 1970 quando propôs a teoria da psicoterapia centrada na pessoa (Rogers CR, 1973 para detalhes). Quando estes elementos não são observados, a tendência do paciente em aumentar sua resistência para se deixar examinar é maior, dificultando toda a atividade clínica. O médico deve estabelecer um vínculo adequado para tornar mais propício a sua comunicação, conseqüentemente possibilitando o diagnóstico e o acompanhamento do paciente, e isto requer intervenção educacional (Scardovi A, 2003; Mazmanian PE, 2002).

Algumas considerações sobre técnicas de diagnóstico e sobre o diagnóstico psiquiátrico em si merecem ser feitas. Uma questão que deve ser claramente avaliada refere-se aos limites de normalidade e anormalidade quando se apresentam sintomas psicoemocionais. É comum dificuldades na distinção entre sintomas psicoemocionais considerados “normais” daqueles que configuram um quadro patológico. Por exemplo,

quando sintomas de luto tornam-se uma patologia psiquiátrica. Por este motivo deve-se abordar definições teóricas e práticas de transtorno mental e dos critérios necessários para sua ocorrência, tais como intensidade, duração e severidade de sintomas, assim com a interferência destes na funcionalidade do indivíduo (Dalgarrondo P, 2008). Para tanto estimular a apresentação de situações duvidosas que os participantes vivenciam no seu cotidiano de trabalho, a até mesmo pessoais, para serem discutidas é recomendável.

É importante deixar claro ao participante que em relação às etapas para o diagnóstico psiquiátrico, segue-se o padrão de avaliação das mesmas dimensões que consultas não psiquiátricas: subjetivo (queixas, relato do paciente), objetivo (exame do estado mental), história pregressa e familiar (histórico de doenças e tratamentos psiquiátricos do paciente e familiares), hipótese diagnóstica e plano terapêutico. Como o objetivo maior é de integrar saúde mental com a atividade cotidiana em APS, o mais indicado é incorporar aspectos psiquiátricos à consulta de rotina (Loeb DF, 2012; Wallace JE, 2012). Ou seja, não usar formulários ou fichas exclusivas para saúde mental.

A exceção pode ser feita no início da intervenção, somente para fins didáticos. Este parece ser o caso para consolidar o treinamento para realização do exame do estado mental. A forma como se conduz um exame do estado mental é fundamental. Muito provavelmente até o médico estar suficientemente seguro de como realizar tal exame, fundamental para diagnóstico e acompanhamento da evolução dos casos de transtorno mental, deve-se utilizar como recurso didático uma ficha exclusiva para avaliação em saúde mental.

Em relação ao raciocínio diagnóstico, deve ser enfatizado que, da mesma forma que frente a um paciente apresentando sinais e/ou sintomas indicativos de uma doença não psiquiátrica a atividade médica guia-se no sentido de estabelecer um diagnóstico,

não existem motivos para que quando se suspeite de um transtorno mental seja feita abordagem diferente desta. O raciocínio médico para assistência em saúde mental é o mesmo que o raciocínio aplicado em outras áreas da Medicina: define-se um diagnóstico, algumas vezes provisório, que nos dá uma noção do tratamento e do prognóstico, além de guiar os passos seguintes; mais especificamente, verificação de fatores precipitantes e fatores de risco a serem abordados com o paciente.

Existe uma tendência em psiquiatria que advoga em favor de focar fundamentalmente as questões individuais, como conflitos internos, fatores estressores ou outros elementos particulares em detrimento do estabelecimento de um diagnóstico. Sem desmerecer a importância destes aspectos, deve-se ressaltar que acabaram por tomar uma dimensão quase que absoluta na avaliação e tratamento do paciente em psiquiatria, especialmente quando a abordagem era fundamentalmente de orientação psicanalítica. O entendimento e, por consequência, o tratamento do sofrimento mental pela ótica de os sintomas serem expressão de conflitos internos, e algumas vezes externos, dominou a psiquiatria durante muito tempo. Esta abordagem dos transtornos mentais fez com que a psiquiatria ficasse de alguma forma afastada das outras áreas da Medicina, e que o diagnóstico e tratamento psiquiátricos fossem vistos como algo mágico, misterioso e reservado para pessoas com ampla formação (Dalgarrondo P, 2008). Desta forma, desmistificar o diagnóstico em psiquiatria é fundamental.

Isto não significa de forma alguma que aspectos além do diagnóstico não mereçam atenção. Pelo contrário, a proposta é de que seja estabelecido o que chamamos de diagnóstico multiaxial, sendo interessante sua adaptação ao contexto de APS. O diagnóstico multiaxial em psiquiatria é composto por cinco eixos que correspondem, respectivamente, a diagnóstico de transtorno psiquiátrico de eixo I, diagnóstico de transtorno psiquiátrico de eixo II (transtornos de personalidade) e nível geral de

funcionamento intelectual, diagnósticos não psiquiátricos, eventos estressores e problemas psicossociais atuais ou passados e avaliação geral do funcionamento psicossocial (Dalgarrondo P, 2008). Adaptando para APS, podemos utilizar o diagnóstico multiaxial para todo tipo de paciente, com transtorno mental ou não, como segue: hipótese diagnóstica clínica (hipóteses diagnósticas para patologias psiquiátricas ou não) e fatores de risco, precipitantes ou que contribuam para suas patologias, em nível individual, familiar e social. Neste último item abordamos possíveis eventos e problemas desencadeadores ou potencializadores de sintomas psiquiátricos, tais como conflitos familiares, eventos traumáticos passados, etc.

Para a prática clínica, pode-se considerar e sugerir o uso de questionários aplicados pelo médico ou então autorrespondidos para verificação da presença de patologias psiquiátricas e também para estimação da severidade de sintomas. Muitos questionários estão disponíveis para este fim, sendo seu uso bastante benéfico. A possibilidade de aplicação de questionários autorrespondidos de rastreamento psiquiátrico, como SRQ-20 (WHO, 1993), antes das consultas regulares pode ser uma boa estratégia em saúde mental no nível de APS. Isto pode ser estabelecido como rotina, da mesma forma que se mede a pressão arterial dos pacientes antes das consultas.

Em relação ao manejo de transtornos mentais, certamente deve-se focar nas suas peculiaridades. Em especial questões psicossociais que possam atuar como fatores precipitantes ou de manutenção dos sintomas. Desta forma deve ser enfatizado que o plano terapêutico envolva abordagens que permitam ao paciente refletir sobre tais fatores e, em conjunto com o médico, definir estratégias de mudança. Na abordagem em saúde mental medicamentos têm seu papel bem estabelecido, porém elementos que auxiliem o paciente a atuar no seu meio a fim de resolver possíveis estressores é fundamental (Jerant A, 2009)

Uma última consideração. Da mesma forma que alguns aspectos devem ser abordados por questões práticas, outros preferencialmente não deveriam ser abordados em intervenções educacionais para o contexto de APS. Por exemplo, técnicas psicoterápicas complexas, abordagens cognitivo comportamentais para transtornos refratários, entre outras. Isto porque devemos ser realistas e perceber não apenas as necessidades mas também as peculiaridades e limitações em que o contexto onde o conteúdo será empregado. Profissionais de APS são em geral sobrecarregados e precisam ter competências em muitas áreas distintas. Atendem a uma gama muito grande de patologias. Propor que sejam especialistas em todas as áreas ou então que disponham de tempo suficiente para realizar abordagens como terapia de casal, por exemplo, está distante da realidade. Por outro lado é importante que estas situações possam ser detectadas pelo médico de APS a fim de fazer o encaminhamento adequado (Stoudemire A, 1996; Goldberg D, 1996).

2.7. Estimativas de efetividade:

A escolha dos desfechos a serem utilizados é um ponto crucial para estimar a efetividade da intervenção educacional, especialmente neste momento de pesquisa. Em intervenções educativas para profissionais da saúde, as avaliações de desfecho são englobadas em três níveis: nível do paciente (mudança no estado de saúde, adesão a tratamentos, qualidade de vida, mortalidade, morbidade), do profissional de saúde (mudanças no conhecimento teórico e prático, adesão ao conteúdo proposto) e de processo ou organizacional (mudanças no sistema de saúde como listas de espera, mudança na política de saúde) (Hodges B, 2001; Hakkennes S, 2006).

Avaliações em nível do paciente produzem certamente os resultados mais decisivos quanto à efetividade deste tipo de intervenção. Isto porque o objetivo final é a

melhora de desfechos entre os pacientes. Apesar desta necessidade, consideramos que em estudos iniciais seria precipitado utilizar como desfecho principal medidas no nível do paciente. Isto fica lógico na medida em que a intervenção é um produto inteiramente novo e, como tal, precisa ser testada sua aceitabilidade e efetividade no público alvo, os médicos. Conforme preceitos éticos, pacientes não deveriam ser objeto de pesquisas de forma precipitada, antes de resultados preliminares demonstrarem a efetividade da intervenção que está sendo estudada. No caso em discussão, a efetividade deve ser demonstrada antes no nível do médico, sendo então após utilizado como desfecho medidas no nível do paciente.

Entretanto devemos ressaltar que, mesmo quando a evolução da pesquisa na área permitir utilizar desfechos em nível do paciente, considerar desfechos em nível do profissional não deve ser desconsiderada. Isto porque traz subsídios importantes para o entendimento da efetividade da intervenção, pois permite, por exemplo, monitorar o engajamento e adesão dos profissionais à intervenção educacional. Estes desfechos são considerados intermediários na medida em que influenciam o desfecho final em nível do paciente. Para ilustrar tal situação, em um estudo realizado em Bristol foram encontrados resultados negativos nos desfechos medidos nos pacientes. Porém os autores não puderam concluir se isto ocorreu devido às estratégias e focos de treinamento utilizados terem sido inadequados ou se os médicos não aderiram às proposições teóricas ou até mesmo simplesmente não leram o material escrito. Como o engajamento dos médicos na intervenção educacional não foi avaliada, não foi possível incluir tal variável nas análises dos desfechos (Croudace T, 2003).

Avaliações de processo são também importantes, porém podem ter baixa confiabilidade se não bem conduzidas uma vez que mudanças neste nível são muito independentes da atuação dos capacitadores e participantes, pelo menos em médio

prazo. Dependem prioritariamente de outras esferas, especialmente administrativas. Para serem utilizadas adequadamente, necessitam de análises complexas, com muitas variáveis a serem consideradas.

3. DISCUSSÃO

Baseados em intervenções na forma presencial para médicos de APS e em intervenções à distância para públicos variados, apresentamos uma proposta de intervenção educacional à distância em saúde mental para médicos de APS. A seguir algumas considerações sobre as conclusões desta revisão.

Os fundamentos para treinamento à distância, em princípio, não são diferentes dos presenciais (Ragan, 1999). O uso da tecnologia em si não importa tanto quanto a forma de como os princípios educativos e as teorias de educação serão aplicados (D'Souza R, 2000; Mitchell JG, 2001; Janca A, 2002; Cornish PA, 2003). Como exemplo ilustrativo, citamos uma intervenção educacional conduzida na Austrália com seiscentos profissionais de saúde mental que participaram de 60 módulos quinzenais de duas horas cada divididos em dois grupos: um participou na forma presencial e outro à distância. Os níveis de satisfação não diferiram significativamente entre os dois grupos (Janca A, 2002).

Uma questão que poderia ser obstáculo importante para intervenções à distância seria o fato de que, por ocorrer em ambiente virtual, sem contato direto e pessoal, a interação entre capacitador e participante da intervenção poderia ser prejudicada. Para que uma intervenção educacional seja bem sucedida deve haver cooperação entre quem propõe a estratégia e quem será capacitado. Entende-se como cooperação a atitude voluntária de trabalhar com outros em um objetivo comum. Sabe-se que cooperação nem sempre funciona bem, principalmente quando ultrapassa limites organizacionais

(Wagner EH, 2000). Pessoas de organizações diferentes cooperando via internet formam uma organização virtual, e como tal necessitam cooperar entre si. Dados preliminares demonstram esta não ser uma barreira. Um estudo qualitativo realizado na Noruega demonstrou que a telemedicina não é barreira para trabalho em cooperação, podendo criar oportunidades de médicos interagirem de forma satisfatória (Aas MIH, 2001), concordante com outros estudos (D'Souza R, 2000; Mitchell JG, 2001; Janca A, 2002; Cornish PA, 2003)

A cooperação do participante da intervenção deve ser fomentada durante todo o processo através de sua participação ativa de forma contínua, sendo este um consenso na atualidade. As evidências mostram que programas interativos, com oportunidade de colocar em prática o conhecimento e as habilidades, com interação virtual e com o estímulo para um ambiente propício à participação podem estimular mudanças na prática clínica, enquanto isto parece não ocorrer quando são utilizadas aulas explanatórias e teóricas (O'Brien MA, 2003; Mazmanian PE, 2002; Arora S, 2011; White G, 2011).

Em relação ao uso de protocolos, focar intervenções com médicos de APS em protocolos apenas pode não ser uma boa estratégia. É no decorrer da intervenção que os participantes irão desenvolver seus próprios meios, alicerçados em evidências científicas, que serão adequados à situação particular de cada um e de cada comunidade atendida. Desta forma fomentamos a autonomia do médico no seu aprendizado, visto que este deve ocorrer de forma independente através do embasamento teórico e prático adquiridos previamente e durante a intervenção (D'Souza R, 2000; Wells KB, 2000; Mitchell JG, 2001; Croudace T, 2003).

Alguns dos estudos que não mostraram benefícios ou então mostraram benefícios mínimos tentaram capacitar médicos de APS para aplicarem na sua prática

diária princípios ditados por protocolos clínicos em psiquiatria de nível secundário (Brown JB, 2000; Lin EH, 1997; Thompson C, 2000; Wells KB, 2000; Gask L, 2004; White G, 2011). Mesmo o estudo que testou protocolo formatado exclusivamente para uso em APS também não mostrou resultados positivos. Este estudo foi realizado na área de captação dos serviços de saúde mental do sul de Bristol, Reino Unido. Quinze unidades de APS participaram de treinamento para disseminação do CID-10 PHC (Primary Health Care), protocolo de diagnóstico e manejo editado pela OMS. Outras quinze unidades compunham o grupo controle. Não houve impacto da intervenção em relação à sensibilidade e especificidade na detecção de transtornos mentais menores entre os grupos. Também não foi verificada melhora nos escores de incapacidade e qualidade de vida dos pacientes ou na satisfação dos pacientes com as consultas (Croudace T, 2003). Nestes estudos basicamente trabalhou-se a disseminação de protocolos de reconhecimento e manejo de patologias mentais, além de ter havido pouca ou nenhuma ênfase nos aspectos da entrevista psiquiátrica e das habilidades em consulta.

Os protocolos possivelmente sejam mais úteis em um segundo momento, após as bases necessárias para a abordagem em saúde mental terem sido contempladas. Sem desmerecer a importância de tais instrumentos, o médico de APS, no momento atual, necessita de conhecimentos e habilidades básicas em psiquiatria que em geral não receberam durante sua formação médica na graduação ou residência (Goldberg D, 1985; Goldberg D, 1996; Stoudemire A, 1996; Amoretti R, 2005). Somente depois desta “iniciação” é que se deveria pensar na disseminação de protocolos clínicos, desde que voltados para o contexto de APS. Não se pode comparar a utilização de um protocolo clínico em hipertensão arterial, por exemplo, com um protocolo clínico em depressão. Para o primeiro caso os médicos, mesmo sem residência médica, em geral já possuem

conhecimentos e habilidades básicos suficientes para utilizá-lo na sua prática clínica. Isto não ocorre com o segundo caso.

Diante de um mundo em crescente transformação com a inclusão de novas tecnologias de comunicação à distância, aliado ao fato de haver a necessidade urgente de capacitar médicos (assim como outros profissionais) de APS em temas de saúde mental, esperamos ter contribuído com a proposta e argumentações apresentadas. Certamente este tópico é muito extenso e novas contribuições ainda são necessárias à proposta apresentada, porém acreditamos ter oferecido elementos importantes para alavancar o desenvolvimento na área.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aas IHM. Telemedical work and cooperation. *J Telemed Telecare*. 2001;7:212-8.

Al-Faris E, Al-Subaie A, Khoja T, Al-Ansary L, Abdul-Raheem F, Al-Hamdan N, et al. Training primary health care physicians in Saudi Arabia to recognize psychiatric illness. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:439-44.

Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde [Medical Education and its Relationship to Social Needs in Health]. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29(2):136-46

Arora S, Kalishman S, Dion D, Som D, Thornton K, Bankhurst A, et al. Partnering Urban Academic Medical Centers And Rural Primary Care Clinicians To Provide Complex Chronic Disease Care. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(6):1176-84.

Bowman FM, Goldberg DP, Millar T, et al. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Education*. 1992;26:63-8.

Brown JB, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for

depression. *Jt Comm J Qual Improv.* 2000;26:39-54.

Burns BJ, Burke JD. Improving Mental Health Practices in Primary Care: Findings from Recent Research. *Public Health Rep.* 1985;10(3):294-300.

Castro Filho ED, Harzheim E, Schmitz CAA, Siqueira AC da Silva. Telessaúde para Atenção Primária. In: Gusso G, Lopes JMC (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.* Porto Alegre: Artmed, 2012. 395-403. V. 1.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use among adolescents and adults – New Hampshire, 1991-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53(8):174-5.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med.* 2000;160:3278–85.

Cornish PA, Church E, Callanan T, Bethune C, Robbins C, Miller R. Rural Interdisciplinary Mental Health Team Building via Satellite: A Demonstration Project. *Telemed J E Health.* Volume 9, Number 1, 2003 63-71

Croudace T, Evans J, Harrison G, Sharp DJ, Wilkinson E, Mccan G, et al. Impact of the ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. *Br J Psychiatry.* 2003;182:20-30.

D’Souza R. A pilot study of an educational service for rural mental health practitioners in South Australia using telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2000; 6 (Supplement 1): 187-9

Dalgarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Fontanive PVN. *Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Projeto Telessaúde – RS.* [tese]. [Porto Alegre]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Gask L, Dowrick C, Dixon C, Sutton C, Perry R, Torgerson D, et al. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Psychol Med* 2004;34:63-72.

Geller JM. Rural primary care physicians in the provision of mental health services: voices from the plains. *J Rural Health*.f 1999;15:326-34.

Ghuloum S, Bener A, AbouSaleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc.* 2011;61(3):216-21.

Gibson KL, Coulson H, Miles R, Kakekakekung C, Daniels E, O'Donnell S. Conversations on telemental health: listening to remote and rural First Nations communities. *Rural and Remote Health.* 2001;1656: 1-19.

Goldberg RJ, Wise TN. Where is psychiatry in primary care medical training? *Psychosomatics* 1985;26:882-6

Goldberg D, Gater R. Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *British Journal of General Practice,* 1996;46:483-5

Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry.* 2011;26(7):428-35.

Hakkennes S, Green S. Measures for assessing practice change in medical practitioners. *Implement Sci.* 2006;6:1-29.

Hilty DM, Marks SL Urness D, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A Review. *Can J Psychiatry.* 2004;49(1):12-23.

Hira AY, Lopes TT, de Mello AN, Filho VO, Zuffo MK, de Deus Lopes R. Establishment of the Brazilian telehealth network for paediatric oncology. *J Telemed Telecare.* 2005;11 Suppl 2:S51-2.

Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1579-86.

Janca A, Gillam D. Development and evaluation of an ICD-10 telepsychiatry training programme in Western Australia. *J Telemed Telecare*. 2002;8:120-2.

Jerant A, Kravitz RL, Azari R, White L, Garcia J, Heather V et al. Training Residents to Employ Self-efficacy-enhancing Interviewing Techniques: Randomized Controlled Trial of a Standardized Patient Intervention. *J Gen Intern Med* 2009;(24)5606–13.

Lin EH, Katon WH, Simon GE, Von Kork M, Bush TM, Rutter CM, et al. Achieving guidelines of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care*. 1997;35:331–2.

Loeb DF, Bavliss EA, Binswanger IA, Candrian C, Degruv FV. Primary Care Physician Perceptions on Caring for Complex Patients with Medical and Mental Illness. *J Gen Intern Med* 2012. In press.

Lum AWM, Kwok KW, Chong SA. Providing Integrated Mental Health Services in the Singapore Primary Care Setting – the General Practitioner Psychiatric Programme Experience. *Ann Acad Med Singapore*. 2008;37:128-31.

Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ*. 2000;320:1517-20.

Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the Physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA*. 2002;288(9):1057-60.

McGinty KLM, Saeed SA, Simmons SC, Yildirim Y. Telepsychiatry and e-Mental Health Services: Potential for Improving Access to Mental Health Care. *Psychiatr Q*. 2006;77:335–42.

McGorry PD. Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34 Suppl:S145-9.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional Telessaúde. Brasil. 2007.

Mitchell JG, Robinson PJ, McEvoy M, Gates J. Telemedicine for the delivery of professional development for health, education and welfare professionals in two remote mining towns. *J Telemed Telecare* 2001;7:174-80.

Nicklason JH, Donaldson MS, Ott JE. HMO members and clinicians rank health education needs. *Public Health Rep.* 1983;98:222-6.

Novaes MA, Barbosa AKP, Araújo KS, Couto JMLA, Araújo G, Sarmiento L. Telehealth in Northeast Brazil: a pilot program for the public sector MEDINFO'2004, Hilton San Francisco USA September 7-11 2004.

O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;15(2):CD003030.

Passamonti M, Pigni M, Fraticelli C, Calori G, Piccinelli M. Somatic symptoms and depression in general practice in Italy. *Eur J Gen Pract.* 2003;9(2):66-7.

Petersen I, Ssebunnya J, Bhana A, Baillie K, Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5(8):1-12.

Phongsavan P, Ward JE, Oldenburg BF, Gordon JJ.. Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *Med Journal Austr.* 1995;162(3):139-42.

Ragan L. Good teaching is good teaching: an emerging set of guiding principles and practices for the design and development of distance education. *Cause/Effect J* 1999;22 (1):1-7

Rand EH, Thompson TL: Using successful models of care to guide the teaching of psychiatry in primary care. *Psychosomatics* 1997;38:140-147.

Regier DA, Kuhl EA, Narrox WE, Kupfer DJ. Research planning for the future of psychiatric diagnosis. *Eur Psychiatry*. 2011; in press.

Rogers CR. *Psicoterapia e consulta psicológica*. 2 ed. Santos: Martins Fontes; 1973.

Saltini A, David A, Trentini A, Marchi J, Pioli R. Clinical practice in mental health and educational needs in general practice. *Recenti Prog Med*. 2002;93(7-8):410-5.

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, et al. Improving psychiatric interview skills of established GPs: evaluation of a group training course in Italy. *Fam Pract*. 2003;20:363-9.

Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Evaluation of a routine telepsychiatry service. *J Telemed Telecare*. 2001;7:90-8.

Soumerai SB. Principles and uses of academic detailing to improve the management of psychiatric disorder. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:81–96

Stoudemire A. Psychiatry in medical practice. Implications for the education of primary care physicians in the era of managed care: Part 2. *Psychosomatics*. 1996 ;37(6):502-8

Styra R. The Internet's Impact on the Practice of Psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2004;49(1):f5-11.

Swanson B. Information technology and under-served communities. *J Telemed Telecare and Telecare*. 1999;5 Suppl 2:S2:3–10.

Swick S, Hall S, Beresin E. Assessing the ACGME Competencies in Psychiatry Training Programs. *Academic Psychiatry* 2006;30:4:330-51.

Thompson E, Margo G: Psychiatry and family medicine: better training is the key to better professional cooperation. *Academic Psychiatry* 1995;19:224–6

Thompson C, Kinmonth A, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome

of depression in primary care: Hampshire depression project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355:185-91.

Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-72.

Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. *Health* 2012;16(1):3-18.

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J. Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2000;283(2):212-20.

Whewell PJ, Gore VA, Leach C. Training general practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *J R Coll Gen Pract* 1988 38:259-62

White G. Mental load: helping clinical learners. *Clin Teach*. 2011;8(3):168-71.

WHO (World Health Organization). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire. Geneva: WHO, 1993.

WHO. Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: World Health Organization, 2003.

WHO/Wonca. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO. Mental health in primary care: enhancing treatment and promoting mental health. 2009. Disponível em: <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/ENGLISH%20WMHD09.pdf> (último acesso em 19/05/2011).

Zakrovera A, Goldberg D, Gask L, Leese M. Training Russian family physicians in mental health skills. *Eur J Gen Pract* 2008;14(1):19-22

Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. Arch Intern Med. 2000;160:1818-23.

Quadro 1: Pontos chave para a execução de intervenções educacionais à distância em saúde mental para médicos de atenção primária à saúde (APS)

| | |
|---|---|
| Objetivos gerais | Atender às necessidades da realidade clínica dos participantes, instrumentalizando o médico a abordar, diagnosticar, manejar e encaminhar (quando necessário) casos em saúde mental Capacitador(es): conhecimento e vivência em psiquiatria e em APS |
| Definição do currículo | Deve ser discutido entre capacitador(es) e participantes |
| Questões técnicas | Equipamento básico para comunicação à distância via internet (modem, computador, microfone, monitor, webcam, auto-falante) |
| | Sinal de áudio e vídeo adequados: velocidade da transmissão de 128 kbps ou mais e placa de vídeo de 30 fps ou mais. |
| | Averiguar habilidades dos participantes em usar as ferramentas à distância, oferecendo capacitação para tanto caso seja necessário |
| Estrutura básica dos módulos | Evitar aulas explanatórias |
| | Oportunizar participação constante dos participantes em todo o processo |
| | Aproximar a intervenção da realidade clínica o máximo possível, com exercícios de aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica |
| | Usar metodologias interativas, tais como role play, aprendizado baseado em discussão de casos e videotapes de atendimentos, com videoconferências frequentes |
| | 1. Apresentação dos objetivos |
| | 2. Apresentação de uma situação prática na forma de simulação de consultas 3. Leitura de material teórico adequado ao tópico |
| 4. Videoconferência com discussão de casos | |
| 5. Tarefas teorias e práticas | |
| 6. Fórum, postagens ou outra forma de apresentação das experiências com as tarefas práticas | |
| Avaliações | Teóricas, práticas, de satisfação e sobre confiança na abordagem em saúde mental |
| Conteúdo básico | Iniciar a intervenção educacional com sensibilização sobre necessidades em saúde mental no nível de APS e o papel dos médicos neste contexto |
| | Trabalhar técnicas de entrevista e habilidades de comunicação, enfatizando a construção e manutenção de um bom vínculo |

| | |
|-------------|--|
| | terapêutico |
| | Técnicas de avaliação e de diagnóstico psiquiátricos |
| Efetividade | Estudos iniciais: avaliação em nível do médico |
| | Atestada efetividade e aceitabilidade da intervenção: avaliação em nível do paciente |
| | Avaliações em nível organizacional: estudos futuros; análises complexas |

Quadro 2: Exemplo de avaliação sobre confiança no manejo em saúde mental

| | |
|--|--------------------|
| AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE A TRANSTORNOS MENTAIS MENORES (NEURASTENIA, TRANSTORNOS DE HUMOR, ANSIEDADE E DE SOMATIZAÇÃO) E TRANSTORNOS DE ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. | |
| 5.1. Qual o seu grau de confiança de que você possa identificar portadores desses transtornos? | _____ % (0 a 100%) |
| 5.2. Qual o seu grau de confiança de que você possa adequadamente fazer uma primeira abordagem a portadores desses transtornos? | _____ % (0 a 100%) |
| 5.3. Qual o seu grau de confiança de que você possa adequadamente aconselhar e oferecer suporte a portadores desses transtornos? | _____ % (0 a 100%) |
| 5.4. Qual o seu grau de confiança de que você possa tratar adequadamente portadores desses transtornos? | _____ % (0 a 100%) |

7. ARTIGO 2

A ser enviado para a Revista de Saúde Pública

Avaliação de uma proposta de intervenção educacional em saúde mental à distância para
médicos de atenção primária à saúde

Evaluation of a proposal of internet-based educational intervention in mental health for
Primary Health Care (PHC) physicians.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

1) Título:

Avaliação de uma proposta de intervenção educacional em saúde mental à distância para
médicos de atenção primária à saúde

Evaluation of a proposal of internet-based educational intervention in mental health for
Primary Health Care (PHC) physicians.

2) Running title:

Intervenção educacional em saúde mental à distância.

Internet-based educational intervention in mental health.

3) Autores:

Gonçalves DM¹, Harzheim E¹, Comey S^{1,2}

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS

²Departamento de Estatística, Instituto de Matemática da UFRGS

4) Endereços dos autores:

Daniel Maffasioli Gonçalves

Rua David Sartori, 604

Garibaldi – RS - Brasil

CEP 95.720-000

Erno Harzheim

Rua Ramiro Barcelos 2400/2º andar

Porto Alegre – RS - Brasil

CEP 90035-003

Suzi Camey

GPPG - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350 – sala 227K

Porto Alegre – RS – Brasil

CEP 90035-003

5) Trabalho originário do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS.

Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos 2400/2º andar

Porto Alegre – RS - Brasil

CEP 90035-003

6) Autor responsável por correspondências:

Daniel Maffasioli Gonçalves

Rua David Sartori, 604

Garibaldi – RS - Brasil

CEP 95.720-000

7) Financiamento para execução do projeto:

Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul. (Telessaúde RS). SGTES/MS, OPAS, CNPq.

8) Artigo resultado da tese de doutorado de Daniel Maffasioli Gonçalves apresentado em 2012 no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

De um quarto a 50% dos usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são portadores de algum tipo de transtorno mental. Destes, estima-se que 50% não são diagnosticados e, portanto, não recebem tratamento adequado. A telemedicina configura ferramenta com grande potencial para ampliar o atendimento em saúde mental no nível de APS. Este artigo tem por objetivo avaliar a efetividade e aceitabilidade de um programa de educação à distância em saúde mental para médicos de APS. Para tanto, conduzimos um estudo de intervenção tipo antes-depois com 22 médicos de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) atendidas pelo Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul. O curso foi oferecido através da plataforma Moodle em 8 módulos de frequência semanal. Em relação aos resultados, verificamos aumento significativo de conhecimentos teóricos ao analisar escores antes e após a intervenção. Também verificamos aumento significativo para confiança na abordagem em saúde mental. A satisfação geral com a intervenção educacional foi bastante satisfatória. Não houve correlação significativa entre mudanças no questionário de conhecimentos teóricos e de confiança na abordagem em saúde mental. Como conclusão, consideramos que a intervenção parece promissora ao ter aumentado o nível de conhecimentos teóricos e de confiança em abordar transtornos mentais. Este último aspecto por si só justifica tal intervenção, pois tem-se verificado que a falta de confiança entre médicos de APS em explorar questões sobre saúde mental representa um dos principais empecilhos para que sejam implementadas ações de saúde mental neste nível.

ABSTRACT

From one quarter to fifty percent of the patients at Primary Health Care (PHC)

services carry some type of mental illness. From these, it is estimated that fifty percent are not diagnosed and, therefore, do not receive proper treatment. Telemedicine takes the form of a tool with great potential to increase the assistance in mental health in PHC level. This article aims to evaluate the effectiveness and acceptability of an internet-based educational program in mental health for PHC doctors. For that, we have conducted a before-after intervention study with twenty-two doctors from Family Health Strategy (FHS) teams, assisted by National Project *Telessaúde* – Rio Grande do Sul core. The course was offered through the platform Moodle in eight modules of weekly frequency. Regarding results, we found significant increase of theoretical knowledge when analyzing scores before and after the intervention. We also found significant increase in confidence regarding mental health approach. The general satisfaction with the educational intervention was rather satisfactory. There has been no significant correlation between changes in theoretical knowledge questionnaire and the confidence in mental health approach. As a conclusion, we consider that the intervention seems promising as it has increased the level of theoretical knowledge and confidence in approaching mental illness. This last aspect by itself justifies that intervention, once it has been checked that the lack of confidence among PHC doctors in exploiting mental illness questions represents one of the main obstacles to implementing mental health actions at this level.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, atenção primária à saúde, educação médica, telemedicina.

KEYWORDS: mental health, primary health care, medical education, telemedicine.

1. INTRODUÇÃO

A lacuna entre demanda e assistência efetiva (treatment gap) em saúde mental é estimada em 50%, sendo maior para alguns transtornos como abuso/dependência de álcool e drogas (TADAD) em que pode chegar a quase 80% (Kohn R, 2004; WHO/WONCA, 2008). Em São Paulo, Brasil, as estimativas dessa lacuna são de 58% para psicoses não-afetivas, 49% para depressão maior, 43,8% para distímia, 46% para transtorno bipolar, 41% para ansiedade generalizada, 47,8% para transtorno do pânico e 53,3% para abuso/dependência de álcool (Kohn R, 2005).

Uma das causas fundamentais para a existência desta considerável lacuna no atendimento em saúde mental é o subdiagnóstico. Estima-se que aproximadamente metade dos portadores de transtornos mentais que são atendidos em APS não recebe diagnóstico e, portanto, tratamento adequados, mesmo que isso pudesse prevenir até 70% da morbidade causada por algumas condições como depressão, por exemplo (McQuaid JR, 1999; Aiarzaguena JM, 2008; Grandes G, 2011).

O uso de telemedicina pode, pelo menos em parte, propiciar melhoria no diagnóstico e manejo de transtornos mentais. Telemedicina pode ser definida como o uso de comunicação eletrônica e tecnologias de informação para fins de educação médica continuada, teleconsultas para pacientes (permitidas em alguns países) e teleconsultorias de aconselhamento e segunda opinião para profissionais de saúde. Pode ser uma poderosa ferramenta para alcançar indivíduos e comunidades menos assistidas, especialmente de locais mais remotos (Canadian Psychiatric Association, 2003; Arora S, 2011; Gibson KL, 2011).

O Brasil conta com o maior projeto oficial de telemedicina no mundo. O Projeto Nacional de Telessaúde foi criado em 2007 com o objetivo de sanar algumas deficiências no sistema de APS (Ministério da Saúde 2007). Ao oferecer suporte a profissionais de APS via telemedicina pretende-se aumentar a resolubilidade em nível

de APS evitando a necessidade de transporte por longas distâncias e utilização de centros de referência secundários e terciários, em geral sobrecarregados, atrasando diagnósticos e tratamentos algumas vezes de forma a comprometer o prognóstico do paciente. A efetividade do projeto já vem sendo demonstrada. Na experiência do Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul, ficou demonstrado que a cada duas teleconsultorias solicitadas por profissionais médicos um encaminhamento de paciente para outros níveis de atenção é evitado (Castro Filho 2012).

O uso da telemedicina na área de saúde mental, denominado de telepsiquiatria, pode ser particularmente importante pois o diagnóstico e acompanhamento dos casos são feitos basicamente através da avaliação clínica, necessitando minimamente de exames complementares sofisticados que poderiam ser um empecilho para o atendimento integral em locais remotos e/ou sem recursos. Algumas experiências em telepsiquiatria vêm ocorrendo no mundo. Apesar da satisfação dos médicos participantes com as teleconsultorias de segunda opinião e teleconsultas com pacientes, estes profissionais têm manifestado claramente seu interesse em receber treinamento para aprimorar suas habilidades de identificação e manejo de transtornos psiquiátricos de forma a aumentar sua autonomia local no atendimento em saúde mental. Ou seja, os médicos de APS reconhecem sua importância na assistência em saúde mental assim como suas deficiências em diagnosticar e manejar condições psiquiátricas, demandando por este motivo intervenções educacionais na área (Saltini A, 2002; Neufeld JD, 2007; Bahaadini K, 2009; Fontanive PVN, 2009).

Concordante com isto, durante o estudo piloto do referido projeto do núcleo Rio Grande do Sul foram solicitadas aos profissionais quais eram suas necessidades em intervenção educacional. As quatro primeiras necessidades foram na área de saúde

mental: álcool e outras drogas (77,3%), depressão e transtornos de humor (64,8%), psicoses (56%) e transtornos de ansiedade (49,5%) (Fontanive PVN, 2009).

Os objetivos deste estudo foram verificar a efetividade e aceitabilidade de um programa de educação à distância em saúde mental para médicos de APS. Os desfechos principais considerados foram mudanças nos escores do questionário de conhecimentos teóricos e do questionário de confiança em abordar questões de saúde mental, para testar a efetividade, e questionários de satisfação, para testar a aceitabilidade.

2. METODOLOGIA

2.1. Delineamento:

Trata-se de um estudo de intervenção tipo antes-depois, realizado entre 01 de setembro a 20 de novembro de 2010. Para tanto utilizamos a infraestrutura de informática e telecomunicação à distância já disponibilizada pelo Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul.

2.2. Amostra:

Utilizamos como critérios de inclusão: ser médico de uma unidade participante do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul e estar disponível durante todo o período da intervenção educacional. Cento e cinquenta e seis médicos participantes do projeto foram convidados a participar por um ou mais dos seguintes meios: contato telefônico, skype, mensagem de texto por celular, e-mail, convite publicado na página virtual principal do projeto e correspondências enviadas aos gestores. Trinta médicos (19,2%) manifestaram interesse, sendo enviado a estes material explanatório sobre o estudo. Destes, 26 aceitaram participar, sendo que foram participaram até o final da intervenção, e portanto foram incluídos para análise, 22

médicos. Isto porque uma médica necessitou se ausentar de suas atividades profissionais por motivos pessoais e três médicos não conseguiram atender às demandas da intervenção educacional por sobrecarga de trabalho.

2.3. Descrição da intervenção:

Para o delineamento da estruturação e dinâmica da intervenção educacional, realizamos revisão da literatura sobre intervenções educacionais em saúde mental à distância para médicos de APS. Porém não localizamos nenhum artigo que avaliasse este tipo de intervenção de forma isolada de outras intervenções. Desta forma, sistematizamos um programa de tele-educação formativa em saúde mental direcionado a médicos de APS (para informações contactar autor responsável).

O curso foi oferecido através da plataforma Moodle em 8 módulos de frequência semana no período de 14 de setembro a 06 de novembro de 2010. Todos os módulos seguiram uma mesma estrutura, como segue:

- videoconferência semanal de 90 minutos de duração a fim de propiciar interação dos participantes com o capacitador, assim como entre os participantes. Foram oferecidos 3 grupos em horários diferentes objetivando oferecer flexibilidade de participação e também um número menor de participantes por horário, a fim de possibilitar uma melhor interação;
- material escrito para estudo de forma individual antes da realização da videoconferência semanal a fim de embasar a discussão sobre o tópico da semana;
- em todos os módulos, com exceção do módulo 4, foi disponibilizado para os participantes consultas filmadas simulando atendimento em APS

abordando questões de saúde mental. Este material foi usado para discussão e como forma de aproximar o conteúdo da intervenção educacional ao cotidiano dos participantes;

- como atividades teórico-práticas solicitávamos aos médicos que trouxessem para as videoconferências semanais relatos de consultas feitas com pacientes onde havia suspeita de transtorno mental ou já houvesse diagnóstico estabelecido de transtorno mental durante a semana. Este aspecto foi bastante enfatizado e solicitado durante toda a intervenção.

A escolha dos tópicos a serem discutidos foi feita através do levantamento de necessidades em educação permanente durante o piloto do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul e dos principais motivos de teleconsultorias solicitadas ao projeto. Os tópicos foram apresentados previamente aos participantes e foram solicitadas sugestões e contribuições. A definição do currículo, assim como todo o conteúdo escrito, as videoconferências, as atividades práticas e os casos filmados, foi cuidadosamente conduzida de forma a contemplar as reais necessidades em saúde mental na prática clínica dos participantes, ou seja, em APS.

Os tópicos foram os seguintes:

MÓDULO 1: Considerações sobre prevalência, diagnóstico e impacto dos transtornos mentais;

MÓDULO 2: Diagnóstico em psiquiatria;

MÓDULO 3: Aspectos gerais da abordagem ao portador de transtorno mental;

MÓDULO 4: Revisão das principais medicações utilizadas em psiquiatria;

MÓDULO 5: Transtornos por uso de álcool e outras substâncias;

MÓDULO 6: Transtornos somatoformes e Transtornos de ansiedade;

MÓDULO 7: Transtornos de humor, avaliação do risco de suicídio e transtornos psicóticos;

MÓDULO 8: Revisão geral.

2.4. Instrumentos e coleta de dados:

2.4.1. Dados sociodemográficos (sexo, idade), profissionais (tempo de atuação em Estratégia Saúde da Família - ESF), acadêmicos (tempo de formação médica, se residência, em qual área e quando concluiu). Foram obtidos a partir da base de dados do projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul (16 perguntas);

2.4.2. Questionário sobre o atendimento em saúde mental na equipe. Composto por 15 perguntas acerca do atendimento em saúde mental oferecido na unidade e suporte de profissionais/serviços especializados;

2.4.3. Questionário sobre treinamento prévio em saúde mental. Composto por 10 perguntas sobre tipo, duração e satisfação de treinamentos formais prévios em saúde mental;

2.4.4. Questionário com 19 perguntas teóricas sobre abordagem, diagnóstico e tratamento em saúde mental, com ênfase em vínculo terapêutico, com respostas tipo verdadeiro ou falso. Os escores variam de 0 a 19;

2.4.5. Questionário de auto-avaliação sobre confiança na abordagem em saúde mental. Composto por duas partes: uma para transtornos mentais comuns (TMC) e outra para TADAD. Cada parte é composta por 14 perguntas sobre a confiança do médico em realizar tarefas básicas para o atendimento em saúde mental no nível de APS. As respostas utilizam escala de 10 pontos. Os escores variam de 0 a 140;

2.4.6. Questionário de satisfação geral com a intervenção educacional. Composto por 10 perguntas sobre a satisfação geral e com alguns aspectos da intervenção educacional e

contribuição para a prática diária.

Todo o processo de aplicação dos questionários foi realizado via internet por correspondência eletrônica, exceto a avaliação de conhecimentos teóricos que foi aplicado em tempo real via Skype a fim de evitar consultas para responder às perguntas. Todos os questionários foram aplicados antes da intervenção, com exceção do questionário de conhecimentos teóricos e de auto-avaliação sobre confiança na abordagem em saúde mental que foram aplicados antes e depois da intervenção e o questionário de satisfação que foi aplicado somente ao final da intervenção.

2.5. Análise estatística:

Para verificar a mudança nos escores de conhecimentos teóricos e a mudança nos escores de confiança em abordagem de saúde mental antes e depois da intervenção foi utilizado o teste t de *Student* para amostras pareadas. Para estudar a relação entre a mudança nos escores de conhecimentos teóricos e a mudança nos escores de confiança em abordagem de saúde mental antes e depois da intervenção, assim como a relação entre os escores de conhecimentos teóricos e a os escores de confiança em abordagem de saúde mental somente após a intervenção foi empregado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Para comparar a proporção de acertos antes e depois da intervenção para cada item do questionário de conhecimentos teóricos foi utilizado equações de estimação generalizada (GEE) com distribuição *Poisson* e log como função de ligação. Para comparar as médias em cada item dos questionários de confiança em abordar transtornos por abuso/dependência de álcool e/ou drogas e transtornos mentais comuns utilizamos o teste t de *Student* para amostras pareadas.

O escore de satisfação com o programa de intervenção educacional em saúde

mental será descrito através da apresentação da frequência relativa das respostas para cada item que compõe o questionário.

Em relação aos objetivos secundários, para estudar a relação entre mudança nos escores de conhecimentos teóricos e mudança nos escores de confiança em abordagem de saúde mental com as variáveis sociodemográficas, profissionais e acadêmicas citadas no item 4.1, utilizamos o coeficiente de correlação de *Pearson* e teste t de *student* para amostras independentes. Já as informações sobre o atendimento em saúde mental e o suporte que a equipe do médico participante recebe serão apresentados como frequências absolutas e relativas.

O nível de significância adotado foi de 5% e os intervalos de confiança de 95%. O armazenamento e análise dos dados foram feitos no programa SPSS versão 18.0.

2.6. Aspectos éticos

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Todos os participantes preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3. RESULTADOS

Dos 22 participantes incluídos na análise, 12 (54,5%) eram do sexo feminino. A idade dos participantes variou de 25 a 73 anos (mediana=33,5 anos; média=37,5 anos e DP=11,8). Sete (31,8%) participantes haviam concluído residência médica, sendo que somente 3 (13,6%) realizaram a residência em medicina de família e comunidade. O tempo médio desde a formação médica foi de 10,8 anos (DP=12,0), variando de 1 a 48,

e a média do tempo de trabalho em ESF foi de 3,6 anos (DP=3,1), variando de menos de um a onze anos.

No questionário de conhecimentos teóricos, a média no escore total antes da intervenção educacional foi de 10,7 (DP=2,2) e depois da intervenção educacional foi de 13,6 (DP=2,1). A análise destes resultados demonstrou que a diferença da média para amostra pareada foi de -2,9 (DP=2,2), com diferença estaticamente significativa para melhores escores após a intervenção educacional ($p=0,001$). Quando analisados cada questão em separado, houve diferença significativa para os itens raciocínio diagnóstico, transtornos ansiosos e depressão. Embora os outros itens não tenham tido diferenças significantes, houve aumento de acertos em todas as questões, exceto contraindicações de antidepressivos (tabela 1).

Em relação ao questionário de confiança na abordagem em saúde mental, a média nos escores para TADAD antes da intervenção educacional foi de 78,7 (DP= 25,8) e depois foi de 111,0 (DP= 12,3). A diferença para amostra pareada foi de -32,3 (DP= 27,9), também estatisticamente significativa com melhora nos escores após a intervenção ($p<0,01$). Conforme podemos verificar pela Tabela 2, quando analisamos cada item em separado, houve diferença estaticamente significativa em todos os itens, sendo a menor diferença encontrada no item 2, que corresponde ao diagnóstico.

Para a seção de TMC do mesmo questionário, obtivemos médias nos escores totais de 80,6 (DP= 30,0) e 112,45 (DP= 8,2) para antes e depois da intervenção educacional, respectivamente. Novamente houve significância para maior média após a intervenção educacional, sendo a diferença de média pareada de -31,8 (DP= 30,1) ($p<0,001$). Conforme está apresentado na Tabela 3, analisados cada item em separado, todos apresentaram diferença significativamente estatística, sendo as menores diferenças encontradas nos itens 1, 3 e 10, que correspondem, respectivamente, a

identificação de risco/ abordagem oportunista na consulta do adulto, habilidades de comunicação e evolução dos sintomas e resposta a tratamento.

Testamos a correlação das variáveis sexo, idade, tempo de formado, ter feito residência médica, ter feito residência médica em saúde de família e comunidade e tempo de trabalho em ESF com os desfechos principais. Não houve correlação significativa com nenhuma destas variáveis.

As diferenças entre os escores antes e depois da intervenção educacional nos questionários de conhecimentos teóricos e de confiança na abordagem de saúde mental para ambas as seções foram correlacionadas para verificar se havia relação entre as mudanças nos escores dos dois questionários. Entretanto não foi verificada tal correlação (para TADAD $r=-0,04$; $p=0,988$ e para TMC $r=-0,053$; $p=0,815$). Também testamos a existência de correlação entre os questionários comparando os escores ao final da intervenção educacional; novamente não houve correlação (para TADAD $r=-0,021$, $p=0,928$ e para TMC $r=-0,23$, $p=0,303$).

Em relação à satisfação geral com a intervenção educacional, considerando como respostas muito bom, bom, regular, ruim, péssimo, nenhum participante respondeu ruim ou péssimo em nenhum dos itens. Na figura 1 podemos verificar que a satisfação foi menor quando envolvia aspectos técnicos, ou seja, com o sinal de áudio, sinal visual, velocidade de transmissão de dados e com as videoconferências.

Outras informações que obtivemos dos participantes foi em relação a atendimento prestado em saúde mental. Somente em sete unidades (31,8%) havia algum tipo de trabalho em grupo para portadores de transtornos mentais, tais como dia específico para atendimento e grupos de apoio, e apenas 8 unidades (36,4%) recebiam algum tipo de profissional prestando consultoria permanente, tal como psiquiatra ou psicólogo. Apenas 12 (54,5%) equipes contavam com algum tipo de suporte secundário

de referência em saúde mental: 6 equipes com CAPS, 3 com psicólogos e 3 com psiquiatras. Conforme pode ser visto na Tabela 4, os médicos destas 12 equipes consideram que tais serviços de referência não atendem satisfatoriamente às demandas das equipes em saúde mental. Ainda, em relação à satisfação com o atendimento prestado pelo sistema de referência, 6 (50%) consideram bom, 5 (41,7%) regular e 1 (8,3%) ruim. Os mesmos resultados foram obtidos quando a pergunta era sobre satisfação com a relação/comunicação com o nível secundário.

Doze (54,5%) médicos referiram ter recebido treinamento em saúde mental durante sua formação médica. Destes, 8 (66,7%) consideraram o treinamento bom, 1 (8,3%) regular, 3 (25%) ruim, 9 (75%) consideram que deveria ter sido mais abrangente (abordar mais tópicos, por exemplo) e somente 5 (41,7%) consideram que os instrumentalizou ao manejo de transtornos psiquiátricos. Em relação a outras fontes de intervenção educacional e informações sobre saúde mental, somente 4 (18,2%) receberam algum tipo de abordagem do tema durante o curso introdutório para ingresso no ESF, sendo que 3 (75%) consideram que deveria ter sido mais abrangente. Por fim, somente um médico recebeu material de treinamento institucional sobre saúde mental durante toda sua carreira médica.

4. DISCUSSÃO

Este estudo é pioneiro visto ser o primeiro a testar na prática uma intervenção de educação médica continuada à distância em saúde mental direcionada especificamente para médicos de APS. Estratégias para promover a integração entre saúde mental e APS, tema bastante preconizado pela OMS, são fundamentais. O uso da telemedicina é muito promissor como ferramenta para implementação de tais intervenções. Trata-se de um campo ainda embrionário e com muito a ser expandido. De uma forma geral, este

primeiro estudo nos traz boas expectativas na medida em que mostrou melhora nos conhecimentos teóricos e, especialmente, na confiança em abordar portadores de transtornos mentais, assim como bons níveis de satisfação por parte dos profissionais que dele participaram.

Sobre o questionário de conhecimentos teóricos, houve melhora significativa quando comparados os escores antes e após a intervenção. Ou seja, a intervenção proposta é efetiva em melhorar conhecimentos teóricos. Quando analisados cada item em separado houve diferença significativa apenas para raciocínio diagnóstico, transtornos ansiosos e depressão, embora tenha havido aumento na média de acertos em todos os itens. Sobre o raciocínio diagnóstico, um breve comentário. Muitos médicos ainda tendem a perceber a psiquiatria como uma especialidade que emprega técnicas de diagnóstico e tratamento misteriosos e reservados para pessoas com ampla formação, especialmente pelo fato de a psiquiatria ter estado afastada das outras áreas médicas por muitas décadas. Somente nos últimos anos a impressão da psiquiatria como vaga e imprecisa tem mudado com os psiquiatras trabalhando mais com abordagens baseadas em evidências (Thompson E, 1995; Dalgarrondo P, 2008). Um dos objetivos principais da intervenção foi “desmistificar” essa visão da psiquiatria e tentar aproximar todos os aspectos envolvidos no trabalho em saúde mental à realidade prática em APS para atendimento de patologias não psiquiátricas.

O aumento na confiança dos médicos participantes em abordar os mais variados aspectos dentro do atendimento em saúde mental é por si só um ganho importante, pois tem-se considerado que a falta de confiança dos médicos de APS na área representa um dos principais empecilhos para que sejam abordadas questões sobre saúde mental nas consultas de rotina em APS (WHO/WONCA, 2008; Hilty DM, 2006). Ao não abordar tais aspectos e trazê-los à tona, o médico pode ter a falsa impressão de que não são tão

frequentes entre suas clientela e o paciente, por sua vez, sentir-se intimidado a apresentar queixas psicoemocionais. Quando um tema não é abordado, é como se não existisse. Podemos cogitar então que os participantes, em função do aumento da confiança, poderão abordar mais frequentemente problemas de saúde mental propiciando mais diagnósticos e tratamentos.

Ressaltamos que em relação ao questionário para confiança na abordagem de transtorno mentais, seção TADAD, conforme podemos verificar pela Tabela 2, a menor diferença foi encontrada no item 2, que corresponde ao diagnóstico. Na verdade este item e o 13 (necessidade de encaminhamento) partiram da maior média neste questionário. Ou seja, em ambos os itens já havia um grau de confiança maior que nos demais e isto pode responder pelo menor aumento entre os escores antes e depois da intervenção para o item 2. Da mesma forma, em relação ao questionário para confiança na abordagem de transtorno mentais, seção TMC, as menores diferenças foram encontradas nos itens 1, 3 e 10 (a identificação de risco/ abordagem oportunista na consulta do adulto, habilidades de comunicação e evolução dos sintomas e resposta a tratamento, respectivamente), itens que apresentaram os mais altos escores antes da intervenção educacional, podendo responder, pelo menos parcialmente, pelo menor aumento em relação ao escore pós-intervenção educacional.

Interessante notar que não houve correlação entre os escores no questionário de conhecimentos teóricos e de confiança na abordagem de transtornos mentais. Inexistiu tal correlação quando comparamos mudanças nos escores dos questionários antes e após a intervenção educacional, assim como quando comparamos os escores dos questionários somente após a intervenção educacional. Apesar dos cuidados em criar os questionários com aspectos comparáveis, não é possível excluir a hipótese de que não estejam avaliando o mesmo construto. Outra possibilidade é que nas auto-avaliações de

confiança em manejo de transtornos psiquiátricos os médicos tendem a supervalorizar suas capacidades. Swick et al (2006) relata a frequente falta de correlação entre a auto-avaliação de médicos residentes sobre suas capacidades e a feita por seus supervisores. A autora lembra que tais instrumentos não medem competências per se e sim confiança. Além disso poderia refletir uma atitude involuntária do indivíduo sendo avaliado em atender às expectativas dos avaliadores, tendendo a uma superestimação, o que configuraria um viés de aferição.

Em relação à aceitabilidade do formato de iniciativa de educação permanente proposta, acreditamos que a mesma tenha cumprido com este objetivo. Isto pode ser inferido através dos altos níveis de satisfação com o treinamento. Interessante notar que o mais alto nível de satisfação foi com a contribuição da intervenção educacional para a prática clínica, o que é de grande importância, pois este foi a grande prioridade durante todo o processo. Ou seja, trabalhar aspectos de saúde mental que atendam às demandas reais do cotidiano de APS. Intervenções deste tipo incorrem no risco de enfatizarem aspectos mais vivenciados pelos especialistas em saúde mental, que em geral são os ministrantes. Uma intervenção educacional que não esteja alinhada com as necessidades dos participantes não tem razão de ser oferecida. Embora tal aspecto pareça óbvio, nem sempre é o que acontece. Os primeiros tendem a visualizar o atendimento em APS como uma simples extensão do atendimento especializado, o que está muito distante da realidade (White G, 2011).

Níveis um pouco menores de satisfação ocorreram em relação a aspectos que dependiam da tecnologia de transmissão de dados à distância. Devemos enfatizar que tal tecnologia foi usada basicamente nas videoconferências. Estas ocorrem em horários sugeridos pelos participantes, geralmente após o expediente de trabalho, às 18 horas, um horário de alto tráfego de informações via internet. Embora baixa satisfação com

aspectos técnicos em intervenções educacionais à distância seja comumente verificada em estudos de telepsiquiatria (Mitchell JG, 2001; Cornish PA 2003; Wagnild G, 2006) utilizar horários alternativos pode ser uma solução viável. Em relação à utilização da plataforma Moodle e da plataforma para videoconferências (skype) os participantes não demonstraram dificuldades e referiram boa adaptação.

A importância de iniciativas como a deste estudo fica clara quando verificamos, por exemplo, que pouco mais de metade da amostra total (12 médicos) receberam treinamento em saúde mental durante sua formação profissional e que destes somente 5 (22,22% da amostra total) referem que o treinamento foi adequado permitindo-lhes abordar transtornos mentais. Além da já conhecida deficiência na formação em saúde mental durante a graduação médica, parece que o tema se mantém fora das prioridades em saúde pública visto que somente 4 médicos tiveram algum tipo de abordagem em saúde mental durante o curso introdutório de ESF e apenas um recebeu algum tipo de material oficial sobre o assunto. Ou seja, os órgãos de gestão em saúde pública parecem não estar atentos para a problemática que o atendimento deficitário em saúde mental representa.

A criação de serviços de atenção secundária em saúde mental, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, ou então a contratação de um profissional especializado em saúde mental, tem sido uma estratégia na tentativa de lidar com a deficiência na assistência. Entretanto, tais estratégias certamente não atenderão à grande demanda que saúde mental representa e, conforme nossos resultados (vide Tabela 4), o nível secundário não tem investido na intervenção educacional de profissionais de APS, seja na forma de treinamento, discussão de casos, retorno dos pacientes encaminhados ou mesmo na melhoria da interlocução. Esta interação poderia habilitar profissionais de APS a atender uma demanda maior de casos. Esta desvinculação é vista mesmo em

países com sistemas de saúde mais bem organizados, como no Reino Unido e Canadá (McLaren P, 1999; Lin E, 1996).

Além disso, os próprios portadores de transtornos mentais referem sua preferência em ser acompanhados por médicos de família em vez de médicos de centros de referência, conforme demonstrou estudo realizado em Singapura. Entre os motivos apontados estão a conveniência de serem atendidos em local dentro da comunidade, economia de custos com transporte e tendência a receberem tratamentos menos dispendiosos financeiramente do que em serviços secundários. Além disso, algumas características inerentes ao atendimento em APS são de grande importância para a abordagem, diagnóstico, manejo e acompanhamento dos casos de transtornos psiquiátricos (Aas 2002; Lum AWM, 2008). Por exemplo, a relação longitudinal entre profissionais e usuários facilita uma visão mais ampla dos últimos, melhor comunicação interpessoal, maior possibilidade de acompanhamento do tratamento e evolução dos casos e maior número de contatos; a inserção na comunidade cria oportunidades para educação dos pacientes, familiares e sociedade em geral sobre temas em saúde mental, atuando para diminuir o estigma e o preconceito; por fim, e não menos importante, possibilita maior acesso ao atendimento em saúde, o que é inerente ao sistema de APS (Haggerty J, 2007; Starfield, 1992).

Uma das limitações do estudo refere-se aos tipos de desfechos considerados, que foram avaliações dos médicos participantes. Para este tipo de estudo são considerados como desfechos mais adequados avaliações em nível do paciente. Ou seja, o ideal é verificar se a intervenção se traduz em benefícios efetivos para os pacientes, que de fato é o que realmente se espera. Este é o desfecho que tem sido preconizado como ideal e utilizados em estudos recentes (Hegarty KL, 2010; Taft AJ, 2011, Morrell CJ, 2011). Entretanto, consideramos que, pela insuficiência de estudos demonstrando as melhores

técnicas para o tipo de intervenção aqui realizado, inicialmente deveríamos testar a efetividade da intervenção no que consideramos ser o nível intermediário e fundamental deste processo, ou seja, o médico. Somente após avaliado no nível do médico, e feitos os ajustes necessários no modelo de intervenção, parece que poderíamos incluir pacientes no desfecho.

Como importante desafio deste estudo que merece melhor elucidação futura é em relação a propostas de incentivo e participação de médicos de APS neste tipo de intervenção educacional. Como citado na introdução, em estudo sobre demandas em educação médica continuada no grupo de médicos participantes do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul os quatro tópicos mais citados foram em saúde mental: álcool e outras drogas, depressão e transtornos de humo, psicoses e transtornos de ansiedade, respectivamente. Apesar disso, paradoxalmente, dos 156 médicos convidados apenas 30 manifestaram interesse em participar da intervenção educacional.

Além de melhor esclarecimento sobre a baixa adesão dos médicos à intervenção proposta, precisamos considerar que os médicos participantes estavam motivados para participar do estudo, pois a adesão foi voluntária. Este fato possivelmente tenha originado outra limitação para o estudo: viés de seleção. Tal viés deveria ser controlado ou pelo menos atenuado através de novos estudos do tipo ensaio clínico randomizado.

Outro ponto importante é que melhores desfechos verificados logo após o treinamento no grupo intervenção podem não se manter no tempo. Um estudo realizado na Suíça utilizou programas educacionais para diagnóstico e tratamento de depressão para médicos generalistas da ilha de Gotlândia, Suécia entre 1983 e 1984. As entrevistas de base ocorreram em 1982, uma primeira avaliação da intervenção em médio prazo em 1985 e em longo prazo em 1988. Os resultados mostraram benefícios como aumento na frequência de tratamento, melhora no padrão de prescrição de drogas

psicofarmacológicas e diminuição na frequência de suicídio. Uma análise de custo benefício em termos de morbimortalidade demonstrou um impacto econômico significativo com esta intervenção (Rutz 1990). Porém, em 3 anos de seguimento, os índices de suicídio e de hospitalizações por razões psiquiátricas voltaram a aumentar e o padrão de prescrição estabilizou (Rutz 1992). Desta forma, novos estudos com intervenções de curto prazo devem ser replicados com intervenções em longo prazo.

Concluindo, os resultados deste estudo oferecem importante contribuição em uma área com tantas demandas de pesquisa. Novos estudos, especialmente ensaios clínicos randomizados, precisam ser realizados a fim de ampliarmos o conhecimento prático sobre tão importante tópico para a saúde pública.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiarzaguena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Sa´nchez A. The diagnostic challenges presented by patients withm edically unexplained symptoms in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26:99-105.

Arora S, Kalishman S, Dion D, Som D, Thornton K, Bankhurst A, et al. Partnering Urban Academic Medical Centers And Rural Primary Care Clinicians To Provide Complex Chronic Disease Care. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(6):1176-84.

Bahaadini K, Yogesan K, Wootton R. Health staff priorities for the future development of telehealth in Western Australia. *Rural and Remote Health*. 2009;9(3):1164.

Castro Filho ED, Harzheim E, Schmitz CAA, Siqueira AC da Silva. Telessaúde para Atenção Primária. In: Gusso G, Lopes JMC (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. 395-403. V. 1.

Cornish PA, Church E, Callanan T, Bethune C, Robbins C, Miller R. Rural Interdisciplinary Mental Health Team Building via Satellite: A Demonstration Project. *Telemed J E Health*. 2003;9(1):63-71.

Dalgarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Fontanive PVN. *Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Projeto Telessaúde – RS*. [tese]. [Porto Alegre]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Gibson KL, Coulson H, Miles R, Kakekakekung C, Daniels E, O'Donnell S. Conversations on telemental health: listening to remote and rural First Nations communities *Rural and Remote Health* 11: 1656. (Online), 2011. Disponível em <http://www.rrh.org.au>.

Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011;26(7):428-35.

Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):336-44.

Hegarty KL, Gunn JM, O'Doherty LJ, Taft A, Chondros P, Feder G, et al. Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (weave). *BMC Public Health*. 2010;10(2):1-11.

Hilty DM, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Evolution of telepsychiatry to rural sites: changes over time in types of referral and in primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:367-73.

Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1579-

86.

Kohn R, Saxena S, Levay I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4-5):229-40.

Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The Use of Mental Health Services in Ontario: Epidemiologic Findings. *Can J Psychiatry.* 1996;41:572-7.

Lum AWM, Kwok KW, Chong SA. Providing Integrated Mental Health Services in the Singapore Primary Care Setting – the General Practitioner Psychiatric Programme Experience. *Ann Acad Med Singapore.* 2008;37:128-31.

McLaren P, Mohammedal A, Riley A, Gaughran F. Integrating interactive television-based psychiatric consultation into an urban community mental health service. *J Telemed Telecare.* 1999;5 Suppl 1:S100-2.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord.* 1999;55:1-10.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional Telessaúde. Brasil. 2007.

Mitchell JG, Robinson PJ, McEvoy M, Gates J. Telemedicine for the delivery of professional development for health, education and welfare professionals in two remote mining towns. *J Telemed Telecare.* 2001;7:174-80.

Morrell CJ, Ricketts T, Tudor K, Williams C, Curran J, Barkham M. Training health visitors in cognitive behavioural and person-centred approaches for depression in postnatal women as part of a cluster randomised trial and economic evaluation in primary care: the PoNDER trial. *Prim Health Care Res Dev.* 2011;12(1):11-20.

Neufeld JD, Yellowlees PM, Hilty DM, Cobb H, Bourgeois JA. The e-Mental Health Consultation Service: Providing Enhanced Primary-Care Mental Health Services Through Telemedicine. *Psychosomatics*. 2007;48(2):135-41.

Saltini A, David A, Trentini A, Marchi J, Pioli R. Clinical practice in mental health and educational needs in general practice. *Recenti Prog Med*. 2002;93(7-8):410-5.

Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

Swick S, Hall S, Beresin E. Assessing the ACGME Competencies in Psychiatry Training Programs. *Academic Psychiatry*. 2006;30:330-51.

Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Watson LF, Gold L, Lumley JA et al. Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC)- non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health*. 2011;11(178):2-10.

Thompson E, Margo G: Psychiatry and family medicine: better training is the key to better professional cooperation. *Academic Psychiatry* 1995;19:224-6

Wagnild G, Leenknecht C, Zeuher J. Psychiatrists' satisfaction with telepsychiatry. *Telemed J E Health*. 2006;12(5):546-51.

WHO/WONCA. *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva: World Health Organization, 2008.

White G. Mental load: helping clinical learners. *Clin Teach*. 2011;8(3):168-71.

Zakrovera A, Goldberg D, Gask L, Leese M. Training Russian family physicians in mental health skills. *Eur J Gen Pract* 2008;14(1):19-22

TABELA 1: Proporção de acertos no questionário de conhecimentos teóricos antes e depois da intervenção (n=22)

| Questão | Pré-intervenção n (%) | Pós-intervenção n (%) | p |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Exame do estado mental | 17 (77,3) | 19 (86,4) | 0,318 |
| 2. Raciocínio diagnóstico | 9 (40,9) | 17 (77,3) | 0,013 |
| 3. Etiologia | 6 (27,3) | 8 (36,4) | 0,481 |
| 4. Abordagem | 16 (72,7) | 18 (81,8) | 0,318 |
| 5. Técnicas de entrevista | 16 (72,7) | 19 (86,4) | 0,257 |
| 6. Escolha de antidepressivo | 13 (59,1) | 18 (81,8) | 0,060 |
| 7. Antidepressivos e gestação | 7 (31,8) | 8 (36,4) | 0,706 |
| 8. Indicações de antidepressivos | 18 (81,8) | 21 (95,5) | 0,084 |
| 9. Uso do lítio | 7 (31,8) | 8 (36,4) | 0,739 |
| 10. Protocolo depressão | 7 (31,8) | 12 (54,5) | 0,100 |
| 11. Abordagem alcoolismo | 14 (63,6) | 17 (77,3) | 0,318 |
| 12. Neurastenia | 15 (68,2) | 18 (81,8) | 0,318 |
| 13. Transtornos ansiosos | 9 (40,9) | 18 (81,8) | 0,003 |
| 14. Contraindicação antidepressivos | 19 (86,8) | 17 (77,3) | 0,318 |
| 15. Transtorno bipolar | 14 (63,6) | 19 (86,4) | 0,097 |
| 16. Avaliação do idoso | 15 (68,2) | 19 (86,4) | 0,158 |
| 17. Esquizofrenia | 5 (22,7) | 6 (27,3) | 0,564 |
| 18. Antipsicóticos | 17 (77,3) | 19 (86,4) | 0,318 |
| 19. Depressão | 11 (50,0) | 18 (81,8) | 0,021 |

* valor p para equações de estimação generalizada (GEE) com distribuição Poisson e log como função de ligação.

TABELA 2: Médias nas respostas de cada item do questionário de confiança na abordagem de transtornos por abuso/dependência de álcool e drogas** antes e depois da intervenção (n=22)

| Item | Média (DP) | Média (DP) | p* |
|--|------------|------------|--------|
| 1. Identificação de risco/ abordagem oportunista na consulta do adulto | 5,7 (2,4) | 7,9 (1,0) | 0,001 |
| 2. Diagnóstico | 6,2 (2,4) | 7,9 (1,2) | 0,006 |
| 3. Habilidades de comunicação | 5,9 (2,0) | 7,9 (1,1) | 0,001 |
| 4. Educação em saúde | 5,6 (2,0) | 8,0 (1,0) | <0,001 |
| 5. Tratamento de sintomas de abstinência | 5,5 (2,3) | 8,2 (1,3) | <0,001 |
| 06. Abordagem familiar | 5,9 (1,7) | 7,6 (1,1) | <0,001 |
| 7. Abordagem comunitária e intersetorial | 5,2 (2,1) | 7,6 (1,0) | <0,001 |
| 8. Exames complementares (indicação e interpretação) | 5,4 (2,5) | 7,9 (1,1) | <0,001 |
| 9. Tratamento ambulatorial | 5,7 (2,3) | 7,9 (1,2) | 0,001 |
| 10. Identificação de transtornos mentais comorbidos | 5,1 (2,1) | 7,7 (1,2) | <0,001 |
| 11. Prevenção de recaída | 4,8 (2,0) | 7,2 (1,4) | <0,001 |
| 12. Identificação de complicações | 5,6 (2,1) | 7,7 (1,1) | <0,001 |
| 13. Necessidade de encaminhamento | 6,2 (2,1) | 8,4 (0,9) | <0,001 |
| 14. Indicação de internação | 5,9 (2,1) | 8,8 (0,9) | <0,001 |

* valor p para teste t de Student para amostras pareadas

**Cada item possui uma escala de zero (não sinto-me nada capacitado) a 10 (sinto-me totalmente capacitado)

TABELA 3: Médias nas respostas de cada item do questionário de confiança na abordagem de TMC** antes e depois da intervenção (n=22)

| Item | Média (DP) | Média (DP) | p* |
|--|------------|------------|--------|
| 1. Identificação de risco/ abordagem oportunista na consulta do adulto | 6,1 (2,3) | 7,9 (0,9) | 0,002 |
| 2. Diagnóstico | 5,8 (2,4) | 7,9 (0,7) | 0,001 |
| 3. Habilidades de comunicação | 6,2 (2,2) | 7,9 (0,9) | 0,003 |
| 4. Educação em saúde | 5,8 (2,3) | 8,0 (0,7) | <0,001 |
| 5. Indicação de tratamento farmacológico | 5,7 (2,3) | 8,1 (0,5) | <0,001 |
| 6. Identificação de efeitos colaterais de medicamentos prescritos | 5,6 (2,2) | 7,9 (0,9) | <0,001 |
| 7. Abordagem familiar | 5,5 (2,6) | 7,8 (0,7) | <0,001 |
| 8. Exames complementares (indicação e interpretação) | 5,5 (2,5) | 7,9 (0,9) | <0,001 |
| 9. Abordagem comunitária e intersetorial | 5,2 (2,2) | 7,7 (0,7) | <0,001 |
| 10. Evolução dos sintomas e resposta a tratamento | 5,9 (2,4) | 7,8 (1,2) | 0,002 |
| 11. Identificação de complicações | 5,5 (2,2) | 8,1 (0,9) | <0,001 |
| 12. Avaliação de risco de suicídio | 5,7 (2,5) | 8,3 (1,1) | <0,001 |
| 13. Necessidade de encaminhamento | 5,9 (2,3) | 8,4 (0,7) | <0,001 |
| 14. Indicação de internação | 6,0 (2,4) | 8,3 (1,6) | 0,001 |

* teste t de Student para amostras pareadas

** Cada item possui uma escala de zero (não sinto-me nada capacitado) a 10 (sinto-me totalmente capacitado)

TMC = transtornos mentais comuns, ou seja, transtornos de ansiedade, humor e somatoformes.

TABELA 4: Dados sobre apoio e atenção secundária em saúde mental (n=12)

| Item | Sim n (%) | Não n (%) |
|--|--------------|--------------|
| Você considera que este serviço de referência está articulado com o cotidiano da equipe, com um canal de comunicação permanente? | 2 (16,7) | 10 (83,3) |
| Você considera que este serviço de referência está disponível de forma adequada para as necessidades da equipe? | 3 (25) | 9 (75) |
| Este serviço de referência está disponível nas situações de emergência? | 2 (16,7) | 10 (83,3) |
| Este serviço de referência provê sua equipe sobre informações acerca do atendimento e evolução dos usuários referenciados? | 3 (25) | 9 (75) |
| Você considera que o tempo médio entre a referência feita na equipe até o atendimento no serviço de referência está adequado? | 5 (41,7) | 7 (58,3) |
| Este serviço de referência já ofereceu intervenção educacional em saúde mental? | 1 (8,3) | 11 (91,7) |
| Este serviço de referência realiza encontros regulares para discussão dos casos? | 2 (16,7) | 10 (83,3) |

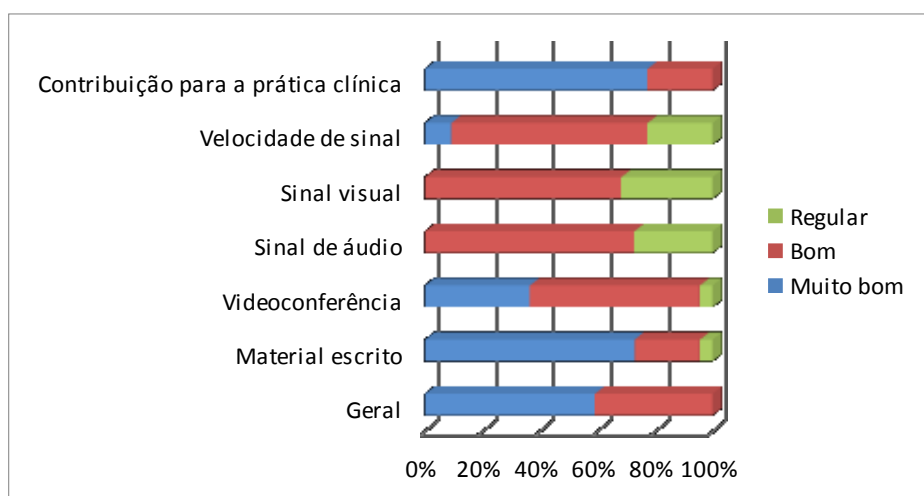


Figura 1: Distribuição do nível de satisfação ao final da intervenção educacional (n=22)

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das recomendações da OMS sobre a necessidade de integrar saúde mental no âmbito de APS, tem-se considerado fundamental capacitar os profissionais deste nível de atendimento em temas de saúde mental. Assim como outras patologias consideradas prioritárias devido às altas prevalências e morbimortalidade, como hipertensão arterial, doenças infectocontagiosas, entre outras, patologias psiquiátricas precisam ser consideradas como prioritárias.

Com a perspectiva de utilizar as ferramentas à distância disponíveis a fim de possibilitar tal intervenção educacional para médicos de lugares mais distantes de centros onde haja disponibilidade de serviços secundários e terciários em saúde mental, realizamos revisão sistemática sobre intervenção educacional em saúde mental à distância para médicos via telemedicina. Analisado o material encontrado, verificamos a inexistência deste tipo de intervenção na literatura. Desta forma, apresentamos uma proposta que, baseados em elementos de intervenções educacionais na forma presencial e à distância para profissionais de saúde de todos os níveis, pareceu ser a mais adequada.

A proposta apresentada foi testada em grupo de médicos de equipes de ESF integrantes do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul, financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil, CNPq e OPAS. Tal estudo é inédito, conforme revisão da literatura que realizamos até 30 de maio de 2012.

Embora os desfechos considerados não sejam os mais adequados, ou seja, consideramos desfechos em nível dos profissionais participantes e nenhum desfecho no nível dos usuários dos serviços de APS, o estudo traz contribuição inédita ao demonstrar a efetividade e aceitabilidade da intervenção. Entretanto devemos considerar a

possibilidade de vieses de aferição e seleção terem interferido nos resultados, vieses próprios do tipo de delineamento que utilizamos. Desta forma parece importante que os próximos estudos sejam do tipo ensaio clínico randomizado para controle destes vieses.

Confirmando a efetividade e aceitabilidade deste tipo de intervenção através da avaliação de desfechos no nível do médico em ensaios clínicos randomizados, o próximo passo seria avaliar desfechos no nível do paciente. Por exemplo, desfechos tais como aumento de diagnósticos psiquiátricos entre usuários após a intervenção educacional, adequação de diagnósticos, adequação de tratamentos dispensados, entre outros. Além disso é fundamental que novos estudos avaliem desfechos do tipo custo-efetividade.

Outro aspecto que consideramos necessitar de maior análise refere-se à baixa adesão por parte dos médicos ao projeto. Isto precisa ser melhor analisado pois quando solicitado aos mesmos profissionais convidados a participar do projeto meses antes de sua execução quais eram suas necessidades em intervenção educacional, as quatro primeiras necessidades foram na área de saúde mental: álcool e outras drogas, depressão e transtornos de humor, psicoses e transtornos de ansiedade. Entretanto estes resultados não se traduziram em interesse real para participar da intervenção. Possivelmente sobrecarga de trabalho ou até mesmo desinteresse em aprimorar as suas habilidades como médico de família e comunidade contribuam para o fenômeno. Possivelmente intervenções com os demais profissionais de saúde em APS, que também são fundamentais, poderiam ter como resultado mais distal um aumento de demanda em saúde mental estimulando os médicos a participarem deste tipo de intervenção. Porém são apenas especulações e portanto uma investigação a respeito deveria ser conduzida.

9. ANEXOS

9.1. PROJETO DE PESQUISA

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA MÉDICOS DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA VIA TELEMEDICINA

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMO..... | 03 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 04 |
| 1.1. Sobrecarga dos transtornos mentais..... | 04 |
| 1.2. Prevalência de transtornos mentais em Atenção Primária à Saúde..... | 08 |
| 1.3. Lacuna entre demanda e oferta de assistência em saúde mental..... | 09 |
| 1.4. Importância da integração de saúde mental à APS..... | 13 |
| 1.5. Telemedicina..... | 18 |
| 1.6. Experiências em telepsiquiatria..... | 22 |
| 1.7. Educação médica em saúde mental..... | 27 |
| 2. OBJETIVOS..... | 34 |
| 3. METODOLOGIA..... | 34 |
| 3.1. Delineamento..... | 34 |
| 3.2. Local..... | 35 |
| 3.3. Amostra..... | 35 |
| 3.4. Descrição da intervenção..... | 35 |
| 3.5. Desfechos considerados..... | 37 |
| 3.6. | |
| Logística..... | 37 |
| 3.6.1. Execução do projeto e coleta de dados..... | 37 |
| 3.6.2. | |
| Instrumentos..... | 38 |
| 4. PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS DA PROPOSTA..... | 41 |

| | |
|--|----|
| 5. RESULTADOS | |
| ESPERADOS..... | 41 |
| 6. QUESTÕES ÉTICAS..... | 42 |
| 7. ORÇAMENTO..... | 42 |
| 8. CONTRA-PARTIDA DAS INSTITUIÇÕES | |
| PARTICIPANTES..... | 44 |
| 9. CRONOGRAMA..... | 45 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 46 |
| 11. ANEXOS | 61 |
| ANEXO I: Questionários sobre confiança na abordagem em saúde mental | 62 |
| ANEXO II: Questionário de conhecimentos teóricos..... | 68 |
| ANEXO III: Questionário sobre atendimento em saúde mental e treinamento prévio em saúde mental..... | 74 |
| ANEXO IV: Questionário sobre satisfação com a capacitação em saúde mental. | 81 |
| ANEXO V: Termo de consentimento livre e esclarecido | 86 |

RESUMO

INTRODUÇÃO: Transtornos mentais são condições prevalentes em nível primário de assistência em saúde. A detecção e tratamento destes transtornos precisa ser aprimorada neste nível. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo clínico randomizado por cluster comunitário. Participarão do estudo 36 médicos, sendo que 18 receberão a intervenção e 18 formarão o grupo controle. A intervenção consistirá em um programa de educação médica à distância para sensibilização e capacitação em saúde mental para médicos. O desfecho principal a ser considerado será a sensibilidade para detecção de casos de transtornos mentais comuns e de transtornos por abuso ou dependência de álcool e/ou drogas antes e após a intervenção nos dois grupos de médicos e pacientes (grupo intervenção e grupo controle).

1. INTRODUÇÃO

1.1. Sobrecarga dos transtornos mentais

O Estudo Sobrecarga Global de Doenças (Global Burden of Disease), conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), analisou o impacto das 130 condições médicas mais prevalentes no mundo. Na população de adultos entre 15 e 44 anos, seis das dez primeiras causas de sobrecarga total (ou AVAI = anos vividos ajustados para incapacidade) e sete das dez primeiras causas de AVI (anos vividos com incapacidade) são transtornos mentais. Depressão unipolar apareceu como a segunda causa de AVAI e primeira de AVI. Concluiu-se que embora doenças físicas também representem impacto nas capacidades dos indivíduos afetados, este foi mais fraco quando comparado ao impacto provocado por transtornos mentais (WHO 2001), conclusões replicadas em outros estudos (Goldberg 1996; Gonçalves 2008b; Meyer 2004).

O indivíduo com transtorno mental, especialmente quando não tratado, apresenta comprometimento em áreas de crucial importância para o seu bem estar e funcionamento, na medida em que funções cognitivas, emocionais e comportamentais estão afetadas. Estando estas áreas comprometidas, quase inevitavelmente haverá influência negativa nos mais variados níveis de funcionamento, culminando em considerável prejuízo no seu desempenho pessoal, social, familiar, laboral e até mesmo em atividades de lazer. O quadro de incapacidades que se institui progride em severidade à medida que os sintomas evoluem (Beck 1995).

A influência negativa da presença de transtornos mentais em outras condições médicas também contribui para a morbidade relacionada a condições psiquiátricas. Em relação ao álcool, por exemplo, podemos citar que o uso nocivo desta substância implica aumento de risco para cirrose hepática, tumores em várias localizações, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e doenças cardíacas (CDC 2004).

Pacientes com transtornos mentais apresentam menores níveis de adesão a tratamentos de doenças não psiquiátricas. Em pacientes portadores de HIV, por exemplo, transtornos por abuso ou dependência de álcool e drogas (TADAD) e transtornos mentais comuns (TMC), que engloba os transtornos de humor, ansiedade e somatização, representam importante obstáculo para a adesão adequada ao esquema terapêutico com antirretrovirais, implicando piora substancial do prognóstico (Hick 2007; Chande 2006). Portadores de diabetes com depressão têm três vezes mais chances de não cumprir com regimes medicamentosos e recomendações dietéticas do que não deprimidos. Isto significa que têm hiperglicemias mais frequentes, maior incapacidade e maiores gastos em saúde que diabéticos não deprimidos, o mesmo ocorrendo com pacientes após infarto agudo do miocárdio (Ciechanowski 2000; Ziegelstein 2000). Estudos mostram que tratar depressão e ansiedade em diabéticos, por exemplo, significa melhora não apenas em desfechos mentais, mas também físicos (Lustman 1997; Lustman 2000). Desta forma, o reconhecimento de presença de transtorno mental em pacientes com doenças não psiquiátricas atendidos em nível de Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser uma prioridade.

Entre as principais causas para o aumento da mortalidade em portadores de transtornos mentais está o suicídio. Atualmente é a terceira causa de morte na população entre 15 e 34 anos, conforme dados de 54 países que disponibilizam essas informações. Oitocentos e quatorze mil mortes por suicídio ocorrem por ano no mundo, e estima-se que para cada suicídio consumado existam 10 a 30 tentativas de suicídio (WHO 2000, WHO 2003).

Uma análise de tendência temporal no Brasil de 1980 a 2000 mostrou um aumento de 21% (de 3,1 para 4 por cem mil por ano) na taxa global de incidência de suicídio. Homens representam a maioria dos casos e apresentam aumento na incidência

maior que mulheres, com uma razão de proporção de 2,3 em 1980 e 4 em 2000. Os coeficientes de mortalidade por suicídio aumentam com a idade, porém o padrão etário está mudando em direção à população mais jovem, com impressionante aumento de 1900% entre homens de 15 a 25 anos (de 0,3 para 6 por cem mil por ano) e de 300% entre mulheres desta mesma faixa etária (de 0,5 para 2 por cem mil por ano) (Mello-Santos 2005). Esta tendência em relação a sexo e idade vem sendo observada em todo mundo e precisa ser reconhecida como importante problema de saúde pública (Diekstra 1993; WHO 2003).

O estado do Rio Grande do Sul historicamente apresenta o maior coeficiente de mortes por suicídio do país. Enquanto que no Brasil o coeficiente de mortalidade por suicídio para o ano de 2001 foi de 4,5/100.000, para o estado do Rio Grande do Sul foi de 9,5/100.000 (Datusus 2008). Importante ressaltar que transtornos mentais, especialmente depressão e dependência de álcool e drogas, estão presentes em pelo menos 90% dos casos dos casos de suicídio (Sadock 2003).

Por fim, a sobrecarga não definida (*undefined burden*) dos transtornos mentais, ou seja, os custos econômicos para as famílias, comunidades e países, tem implicações importantes em termos de organização do sistema de saúde. Vários estudos têm demonstrado que transtornos mentais representam aumento significativo dos gastos públicos em saúde, sendo que grande parte deste custo poderia ser evitado com o diagnóstico e manejo adequado dos casos. Isto porque portadores de transtornos mentais não diagnosticados tendem a super-utilizar tratamentos paliativos, exames e consultas a especialistas em busca de solução para sintomas cuja causa primária não está diagnosticada, sendo maior quando tratam-se de sintomas psicossomáticos (Shvartzman 2005; Passamonti 2003; Hilty 2006).

Um estudo italiano analisou o uso de serviços de saúde por três grupos de

pacientes: deprimidos não diagnosticados, pacientes com doenças somáticas crônicas sem depressão e sujeitos saudáveis. Concluiu que deprimidos não diagnosticados e não tratados adequadamente, independente da presença de comorbidades não psiquiátricas, usam mais recursos de saúde que os outros dois grupos, especialmente medicamentos e hospitalizações por qualquer causa. Os autores afirmam que transtornos depressivos deveriam ser considerados questão prioritária de saúde pública e destinação de recursos (Carta 2003). Outros estudos apontam para estas mesmas conclusões, ou seja, que a melhora na detecção de transtornos mentais em APS, especialmente os mais prevalentes como transtornos de humor e de ansiedade, podem incorrer em diminuição da procura por atendimento médico e da utilização de recursos em saúde (Wang 2003; Wells 1999).

Não há dados oficiais conhecidos específicos para o Brasil sobre a carga de doenças mentais, especialmente devido à codificação inapropriada derivada de práticas locais de má classificação diagnóstica, o que compromete os dados levantados. Além disso, os transtornos mentais tradicionalmente não têm recebido a devida importância como grupo de causas nos registros epidemiológicos, ficando relegados a segundo plano. Por isso tem pouca representatividade nos dados epidemiológicos (Fúlvio 1999). Por exemplo, na lista de internações sensíveis à APS, elaborada por especialistas sob coordenação do Ministério da Saúde (MS), não consta saúde mental ou qualquer indicador correlato, como tentativa de suicídio. É alegado que esta ausência deve-se à reforma psiquiátrica e à heterogeneidade da implantação de serviços de psiquiatria no território nacional (Alfradique 2009). Apesar dos argumentos, são informações preciosas que deixam de ser levantadas e serve de exemplo sobre a escassez de informações epidemiológicas oficiais sobre saúde mental no Brasil.

1.2. Prevalência de transtornos mentais em Atenção Primária à Saúde

De 20 a 55% dos pacientes que procuram assistência médica em centros de APS têm pelo menos um transtorno mental (WHO 2001; Spitzer 1999). Um estudo para verificar prevalência de transtornos mentais em APS foi conduzido pela OMS em 15 centros de atendimento de 15 países, sendo sete localizados na Europa (Manchester, Groningen, Paris, Berlin, Mainz, Verona e Atenas), três nas Américas (Seattle, Rio de Janeiro e Santiago do Chile), dois em países em desenvolvimento (Bengalore e Ibadan) e três no Extremo Oriente (Ankara, Shangai e Nagasaki). Participaram do estudo 25916 pessoas que foram inicialmente rastreadas com GHQ-12 (General Health Questionnaire 12 itens). Uma subamostra de 5438 indivíduos com rastreamento positivo foi avaliada com a versão para APS do instrumento de diagnóstico psiquiátrico CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). As prevalências encontradas variaram de 9,7% (Shangai, China) a 53,5% (Santiago, Chile), sendo intermediária em Manchester (Reino Unido), com 26,2%. Menor escolaridade e presença de doenças não psiquiátricas mostraram associação positiva com diagnóstico de transtorno mental. A presença de sintomas psicoemocionais esteve associado à incapacidade laboral de forma mais acentuada que a decorrente de doenças não psiquiátricas, como verificado em outros estudos (Goldberg 1996).

Em relação às prevalências, parece existir um padrão de baixas prevalências em países orientais, intermediárias a altas em países europeus e altas em países latinoamericanos (Toft 2005; Lynge 2004; Ansseau 2004; Pothen 2003; Broers 2006). Isto pode não significar simplesmente diferenças reais de prevalências, pois não se pode descartar diferenças culturais na apresentação de transtornos mentais que ficariam indetectáveis pelos instrumentos disponíveis, geralmente desenvolvidos e validados em amostras de países desenvolvidos ocidentais.

No Brasil, existem disponíveis na literatura três estudos conduzidos em unidades de APS. Os dois primeiros foram realizados na década de 1980 em São Paulo e Porto Alegre, com metodologia em duas etapas: rastreamento com o Questionário sobre Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA) e confirmação diagnóstica dos indivíduos com rastreamento positivo por psiquiatras de acordo com checagem dos sintomas do DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3rd version*). As prevalências encontradas foram de 30% e 50% nas duas cidades, respectivamente (Busnello 1992, Busnello 1987).

O terceiro estudo foi conduzido na cidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, durante o ano de 2006 com amostra de 754 indivíduos que buscavam assistência por qualquer motivo em unidade de APS. O diagnóstico psiquiátrico foi avaliado através do instrumento SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*) (Biometrics 2008), baseado na versão corrente do DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th version revised*) (American Psychiatric Association 2002), sendo o único estudo realizado no Brasil aplicando diretamente em todos os participantes instrumento de entrevista psiquiátrica padronizada (considerada o padrão-ouro para diagnóstico psiquiátrico). A prevalência encontrada foi de 51,1% (IC95% 47,5-54,7%), sendo os diagnósticos mais frequentes transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos decorrentes de uso nocivo de álcool e drogas (Gonçalves 2008a).

1.3. Lacuna entre demanda e oferta de assistência em saúde mental

A lacuna observada neste estudo entre demanda e assistência efetiva (*treatment gap*) em saúde mental não é fato novo. Uma revisão sistemática de 37 estudos demonstrou que a estimativa média é de 32,2% para esquizofrenia e outras psicoses

não-afetivas, 50% a 56% para transtornos depressivos e de ansiedade e 78,1% para TADAD (Kohn 2004). Os dados para países em desenvolvimento são escassos, embora sugere-se que esta lacuna seja ainda maior. Em Belize, por exemplo, um estudo demonstrou índices de 63%, 89% e 99% para pacientes com esquizofrenia, transtornos do humor e transtornos de ansiedade, respectivamente (Bonander 2000).

Entre os usuários atendidos em APS com transtorno mental, aproximadamente 50% não recebem diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento adequados (WHO 2001; Spitzer 1999). A alta prevalência de transtornos mentais em APS e a deficiência no reconhecimento precoce do diagnóstico, instituição de tratamento e encaminhamentos de casos complexos são questões que têm sido sistematicamente apresentadas por estudos epidemiológicos e são uma das prioridades de atuação da OMS há pelo menos 40 anos (Shepherd 1966; Hooper 1979; Marks 1979).

Por que então pouco tem mudado neste cenário? Vários são os fatores que poderiam ser apontados, tais como deficiências na estrutura de serviços, sobrecarga dos profissionais em APS, escassez de dados epidemiológicos oficiais que traduzam esta necessidade, entre outras. Entretanto o subdiagnóstico parece ser fator preponderante: se uma condição em saúde não é reconhecida, não é diagnosticada, é como se não existisse.

A deficiência no reconhecimento precoce de transtornos mentais tem implicações importantes no curso e prognóstico da doença, assim como na resposta aos tratamentos, independente do transtorno (McGorry 2000; Passamonti 2003). Isto porque a morbimortalidade associada a estes transtornos poderia em grande parte ser prevenida com diagnóstico e tratamento adequados. No caso da depressão, por exemplo, estima-se que o tratamento adequado preveniria até 70% da morbidade decorrente desta condição (McQuaid 1999; Docherty 1997).

Uma das crenças comuns no que concerne às razões para o subdiagnóstico de transtornos mentais em APS é a de que os profissionais deste nível não estariam cientes desta demanda e da necessidade de aprimorarem suas capacidades em relação à saúde mental. Entretanto, isto não se confirma nos estudos.

Estudo com 254 médicos de APS italianos mostrou que 81,4% reconheciam seu papel na assistência em saúde mental, 89,9% consideravam que deveriam desenvolver habilidades para lidar com transtornos mentais e 77,3% referiam dificuldades em manejar transtornos mentais. Em relação às prioridades de capacitação, conhecimento sobre diagnóstico e manejo de transtornos de ansiedade, humor e somatização, além de habilidades na comunicação com este tipo de pacientes foram as mais citadas. Consideraram maior envolvimento com especialistas e programas de educação médica continuada como fundamentais para melhorar o atendimento (Saltini 2002). A consciência destes profissionais sobre estas necessidades está em concordância com outros estudos (Phongsavan 1995; Geller 1999).

A deficiência de médicos de APS em termos de conhecimentos e habilidades em saúde mental parece ser empecilho para que sejam exploradas questões psicoemocionais nas consultas, conforme demonstraram os estudos de Al-Faris (Al-Faris 1997) e de Whewell (Whewell 1988). Os autores verificaram que estes profissionais não se sentem confiantes em explorar questões psíquicas por não se acharem capazes de resolvê-las e então deixam de abordá-las adequadamente (WHO, 2009; Hilty DM, 2006).

Outro obstáculo para o diagnóstico é a apresentação clínica destes pacientes. No estudo citado anteriormente sobre prevalências de transtornos mentais em APS conduzido pela OMS, a sensibilidade para detecção de transtornos mentais pelos médicos participantes foi de apenas 49,8%, sendo apontado como um dos principais motivos a preponderância de queixas físicas sobre psíquicas. Os portadores de

transtornos mentais apresentavam prioritariamente como queixa principal dor (29,3%), fadiga ou sono não reparador (6,9%) e outras queixas somáticas (32,8%). Somente 5,3% se apresentaram com queixas emocionais (Goldberg 1996).

Até 69% dos pacientes deprimidos relatam apenas sintomas somáticos para os médicos quando em consulta. Os clínicos gerais diagnosticam em média 90% dos pacientes com transtornos mentais que se apresentam com queixas psiquiátricas, mas somente 50% dos que se apresentam com sintomas somáticos (McGorry 2000; Passamonti 2003). Quando a queixa principal é de sintomas psiquiátricos, aumenta consideravelmente a probabilidade de um diagnóstico e manejo adequado, mesmo que seja referenciando para o nível secundário.

A mescla de sintomas somáticos e emocionais, com predominância dos primeiros, entre usuários de APS é uma peculiaridade fundamental e de inexorável importância no atendimento em saúde mental neste nível. Isto não ocorre em atendimentos especializados em psiquiatria, onde as queixas via de regra são de ordem psicoemocional, até porque os pacientes já foram "filtrados". Desta forma, o diagnóstico de transtorno mental no cotidiano de APS é um verdadeiro desafio, em especial quando se trata de um indivíduo com diagnósticos não psiquiátricos já estabelecidos (Burns 1985). Este fato demonstra que a dicotomia doença física/doença psíquica não é mais aceitável (Goldberg 1996).

Outra questão importante refere-se aos sistemas de classificação diagnóstica que não parecem contemplar as apresentações clínicas mais comuns de transtornos mentais em nível de APS. Goldberg (1982) identificou três grupos principais de pacientes: a. com transtorno psiquiátrico maior que necessitam de tratamento; b. com síndromes de estresse psicoemocional que tendem a remitir com o tempo; c. com síndromes de estresse psicoemocional que requerem intervenção. Os grupos b e c não têm sido

claramente identificados nos manuais diagnósticos, sendo colocados dentro do grupo a. Tais grupos de pacientes, que se beneficiam mais do atendimento em APS, não tem sido objeto de estudo clínico e epidemiológico, necessitando uma revisão dos transtornos tradicionalmente incluídos nos sistemas de classificação. Além disso as relações entre sintomas somáticos e psíquicos, que tem papel preponderante em APS, não tem recebido a devida atenção (Nicklason 1983). Ou seja, os manuais diagnósticos disponíveis não contemplam as apresentações em APS, sendo mais um obstáculo para o diagnóstico.

1.4. Importância da integração de saúde mental à APS

Para ilustrar a importância da APS na assistência em saúde mental, temos os resultados do estudo de base populacional *Ontario Health Supplement*, realizado entre agosto e novembro de 1990 em Ontario, Canadá, com 9553 indivíduos com 15 anos ou mais (amostra representativa da cidade) que foram entrevistados com o instrumento CIDI (Boyle 1996). As prevalências na comunidade para os últimos doze meses foram de 18,6%, sendo os diagnósticos mais comuns transtornos de ansiedade (12,2%) e transtornos de humor (4,5%) (Offord 1996). Entre os indivíduos que procuraram atendimento para problemas de saúde mental nos últimos doze meses, 49,9% procuraram seu médico de família e apenas 24,1% procuraram psiquiatra (Lin 1996)

Entre portadores de transtornos mentais que haviam sido diagnosticados e faziam tratamento, 38,2% eram atendidos apenas em unidades de APS, 35,8% eram atendidos em serviços de saúde mental e 26% em ambos os níveis de atendimento. Isto demonstra o papel da APS no tratamento de patologias mentais, sendo que entre todos os grupos de diagnóstico os transtornos de humor representam a maior parcela atendida em APS e a menor em serviços de saúde mental (39% versus 28,3%, com $p < 0,001$).

Podemos verificar neste estudo também a baixa prevalência de portadores de transtornos mentais tratados, que foi estimada em 20,8%; ou seja, 79,2% pacientes não recebiam tratamento. Entretanto esta parcela sem tratamento não está fora do sistema de saúde, como se poderia supor. Ao contrário, 82,9% utilizavam serviços de APS por problemas gerais de saúde, tornando mais uma vez evidente que a vasta maioria dos indivíduos sem tratamento poderia ter uma grande oportunidade de ter sua patologia mental identificada e tratada quando em consulta com médicos de APS, mesmo que suas queixas não fossem de ordem mental.

A criação de serviços de atenção secundária em saúde mental, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, foi uma estratégia na tentativa de lidar com esta lacuna de assistência. Entretanto tais serviços certamente não atenderão à grande demanda que saúde mental representa, além de estarem muitas vezes desvinculados da realidade das comunidades, por não estarem nelas inseridos, e desvinculados dos próprios serviços de APS. Esta desvinculação é vista mesmo em países com sistemas de saúde mais bem organizados, como no Reino Unido e Canadá (McLaren 1999; Lin 1996). Algumas evidências apontam que serviços de saúde mental secundários não inseridos no cotidiano de APS podem ser um empecilho para melhora da assistência na área. Dificuldades de comunicação e de retorno dos casos encaminhados são os principais obstáculos (Burns 1985).

Tais dificuldades foram demonstradas em estudo realizado através de questionários autorrespondidos sobre atendimento em saúde mental com uma amostra randomizada de 534 médicos de família de New South Wales, Austrália, mostrou que 53% destes referiram que a lista de espera para serviços secundários de saúde mental é muito demorada, 51% que os serviços de saúde mental locais eram insuficientes para a demanda e 25% que dificuldades de comunicação entre médicos de APS e psiquiatras

impedem uma assistência otimizada (Phongsavan 1995). Estes resultados são concordantes com outros estudos (Euller 2006; Saltini 2002).

Como forma de tentar solucionar toda esta problemática, tem crescido o consenso de que o foco da assistência em saúde mental seja dirigido para o nível de APS (Wang 2005; WHO/Wonca 2008; WHO 2009). A OMS sugere políticas públicas de saúde mental que sejam inseridas no cotidiano da APS para que uma maior parcela da população possa ser beneficiada e, por consequência, diminua-se a lacuna atual entre necessidades e oferta efetiva de assistência em saúde mental (WHO 2001; WHO/Wonca 2008; WHO 2009).

Profissionais de APS são a porta de entrada do sistema de saúde e influenciam de forma importante a decisão do portador de transtorno mental de se tratar e também de manter-se em tratamento. São profissionais com múltiplas habilidades, podendo tratar de forma integral o portador de transtorno mental, considerando mais adequadamente seu contexto familiar, social e físico (Lum AWM, 2008). No Brasil, o aumento das habilidades em saúde mental na formação do médico de família, especialmente do sistema público de saúde, é considerada muito relevante (Amoretti 2005).

Em termos de qualidade no atendimento, a conveniência e características inerentes ao atendimento em APS são de grande importância (Aas 2002; Lum AWM, 2008). A relação longitudinal entre profissionais e usuários facilita uma visão mais ampla dos últimos, melhor comunicação interpessoal, maior possibilidade de acompanhamento do tratamento e evolução dos casos e maior número de contatos. A inserção na comunidade, tendo como suporte essencial a atuação dos agentes comunitários de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), cria oportunidades para educação dos pacientes, familiares e sociedade em geral sobre temas

em saúde mental, propicia compreender as especificidades culturais locais e direcionar de forma mais dinâmica o atendimento de acordo com as demandas específicas de cada comunidade em dados períodos de tempo, como, por exemplo, intervenção para prevenção de estresse pós-traumático em uma comunidade que vivenciou recentemente alguma catástrofe coletiva. Por fim, e não menos importante, possibilita maior acesso ao atendimento em saúde, o que é inerente ao sistema de APS (Haggerty 2007).

Os próprios portadores de transtornos mentais referem sua preferência em ser acompanhados por médicos de família em vez de médicos de centros de referência, conforme demonstrou estudo realizado em Singapura. Entre os motivos apontados estão a conveniência de serem atendidos em local dentro da comunidade, economia de custos com transporte e tendência a receberem tratamentos menos dispendiosos financeiramente do que em serviços secundários. Além disso, os médicos de família realizam visitas domiciliares que propiciam uma forma de encorajamento para adesão a tratamentos psiquiátricos, assim como podem intervir em situações agudas (Lum AWM, 2008).

Todas estas questões estão contempladas nas recomendações gerais da OMS relatadas no *World Health Report 2001* (WHO 2001), e que se repetem nos documentos da mesma entidade sobre saúde mental de 2008 e 2009 (WHO/Wonca 2008; WHO 2009). Entre elas, destacamos:

- . Oferecer tratamento em APS: fundamental para permitir que um número maior de pessoas tenha acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, sendo necessário reconhecer que muitos já estão procurando ajuda neste nível. Além do melhor atendimento, reduz as investigações desnecessárias e tratamentos inapropriados;

- . Oferecer atendimento dentro da comunidade: tem um efeito melhor que o tratamento institucional no desfecho e qualidade de vida;

. Educar o público ajuda a reduzir barreiras para o tratamento e atendimento ao aumentar a consciência da população sobre a frequência dos transtornos mentais, sua tratabilidade e o processo de recuperação. Com isso pode-se reduzir o estigma, aumentando o uso de serviços;

. Envolver comunidades, famílias e usuários;

. Desenvolver recursos humanos em saúde mental;

. Monitorar a saúde mental de comunidades através de indicadores de prevalência e qualidade do atendimento.

No Brasil a recomendação de inserção do tema saúde mental na APS implica necessariamente sua inclusão entre as prioridades de atuação da ESF, que atualmente tem uma abrangência de 52,3% da população brasileira, ou seja, 96,3 milhões de pessoas atendidas por 31.163 equipes distribuídas em 5.250 municípios brasileiros (Ministério da Saúde 2010).

O MS atualmente tem como prioridade a APS e para isso pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade. Frente a este quadro são necessárias intervenções de capacitação e educação permanente dos profissionais que já atuam na rede de APS dos diversos municípios brasileiros a fim de qualificar suas ações em saúde mental.

Em relação a transtornos mentais, tem sido consensual que o desenvolvimento de recursos humanos é o pilar para que todas as demais ações em APS tenham sucesso. O foco inicial deve ser a identificação dos casos, pois é o primeiro passo para se chegar ao tratamento (Parikh 1997; Burns 1985; Goldberg 1996; Hodges 2001). A equipe de saúde deve ter conhecimento, habilidades e motivação para tratar e manejar portadores

de transtornos mentais que são mais prevalentes no seu dia a dia. Intervenções neste sentido devem ser estimuladas, visto a baixa sensibilidade de diagnóstico de transtornos mentais em nível de APS.

1.5. Telemedicina

Uma importante ferramenta disponível para ampliar a rede de assistência em saúde mental para profissionais de APS é a telemedicina. Telemedicina pode ser definida como o uso de comunicação eletrônica e tecnologias de informação para prover compartilhamento de conhecimento médico e atendimento clínico à distância (Canadian Psychiatric Association 2003; Thrall 1998). Este não é exatamente um conceito novo, pois a telemedicina foi usada para fins médicos pela primeira vez na década de 1950 pelo *Nebraska Psychiatric Institute* para prover educação, atendimento de pacientes e consultorias (Wittson 1961).

Apesar de instigantes, as experiências iniciais tinham como grande limitação a tecnologia disponível para aplicá-la, e por esse motivo poucos avanços se fizeram na área durante as décadas de 1970 e 1980. O interesse pela área renovou-se fortemente durante os últimos vinte anos com o desenvolvimento de aparelhos para captura de imagem e dados em informação digital, e especialmente com o desenvolvimento e instalação de transmissão de informação em alta velocidade pela rede mundial de computadores. As aplicações desta nova forma de comunicação têm sido utilizadas nas mais variadas áreas da medicina (Thrall 1998; McGinty 2006). Entretanto, o grande potencial que esta ferramenta oferece ainda não tem sido adequadamente explorado pela área da saúde, que está bastante defasada em relação a outros setores em termos de tecnologia da informação e telecomunicação (Hays 1997). Desta forma, tem-se encorajado pesquisas sobre o seu uso.

Atualmente a telemedicina vem sendo testada como recurso de diagnóstico e tratamento à distância na forma de teleconsultas para pacientes e de aconselhamento e segunda opinião (consultorias) para profissionais de saúde. Também tem sido testada para fins de educação médica continuada (Steele 1997; McGinty 2006). Entre as principais vantagens do uso da telemedicina está a possibilidade de alcançar indivíduos e comunidades menos assistidas, especialmente de locais mais remotos. De um modo geral o uso da telemedicina tem apresentado resultados promissores, principalmente em relação à satisfação dos profissionais que a utilizam (Canadian Psychiatric Association Telepsychiatry 2003; Hilty 2006).

Cidades distantes de grandes centros, e principalmente em zonas rurais, têm dificuldades em manter os seus médicos e em conseguir outro profissional quando algum se retira, ficando algumas vezes sem médicos por longos períodos. A proporção de médicos de família e especialistas, como psiquiatras, é muito maior em áreas urbanas e de centros maiores que em áreas rurais e/ou municípios pequenos, fato comum em vários países, mesmo os mais desenvolvidos como Austrália. Hayes et al (1997) entrevistaram 37 médicos que saíram de áreas rurais de Queensland, Austrália, entre 1995 e 1996 sobre as dificuldades em permanecerem em locais remotos. Entre os principais motivos apontados, estão dificuldade de acesso à educação médica continuada e distância de centros especializados (1997). A tecnologia da informação pode aproximá-los de especialistas, oferecer educação médica continuada e suporte profissional. O efeito social provável seria “independência local” (Hays 1997), aumentando as chances de profissionais em áreas remotas permanecerem nos seus locais de trabalho (D’Souza 2000; Mitchell 2001).

Como apontado anteriormente, em saúde mental a colaboração de especialistas em psiquiatria com médicos de família é tido como importante meio de melhoria na

assistência oferecida aos pacientes. Entende-se como cooperação a atitude voluntária de trabalhar com outros em um objetivo comum. Sabe-se que cooperação nem sempre funciona bem, principalmente quando ultrapassa limites organizacionais (Wagner 2000). Pessoas de organizações diferentes cooperando via *internet* formam uma organização virtual, e como tal necessitam cooperar entre si. Um estudo qualitativo realizado na Noruega demonstrou que a telemedicina não é barreira para trabalho em cooperação, podendo criar oportunidades de médicos interagirem de forma satisfatória (Aas 2001).

Esta ferramenta representa então excelente oportunidade de melhorar interação entre médicos de APS e profissionais de saúde mental. Para o uso da tecnologia, algumas habilidades são necessárias, tais como habilidades básicas de computação, habilidade de acessar informação em base de dados computadorizada, uso de mensagens eletrônicas e uso da *internet*, o que pode ser facilmente aprendido (Swanson 1999).

Hoje a realidade da saúde no Brasil mudou com a implantação da ESF. Entretanto muitos problemas precisam ainda ser resolvidos, como a dificuldade de encaminhamentos para especialistas (fila de espera, custo com transporte e hospedagem, barreiras geográficas, falta de um sistema de comunicação dinâmica entre os níveis primário-secundário-terciário), necessidade de segunda opinião em casos menos comuns e necessidade de formação de recursos humanos e educação permanente para os profissionais diante desta nova forma de trabalhar dentro do SUS.

Neste contexto, nos últimos 10 anos o MS tem investido na multiplicação de alternativas de capacitação para a ESF. Compreendendo a particularidade desta carência no campo da medicina estão: adoção de modelo de educação não andragógicas, número insuficiente de professores para implementação de ação ampla e contínua, dificuldades de deslocamento de profissionais (distância física) e incompatibilidade entre horários de treinamento e de trabalho. Estes problemas podem em parte ser contornados através da

ampliação da difusão dos sistemas de educação à distância apoiados em tecnologias desenvolvidas nos polos de pesquisa das universidades brasileiras.

Nesse sentido, foi criado o Projeto Nacional Telessaúde, com o objetivo de sanar algumas deficiências no sistema de APS. No Brasil, um país de dimensões continentais, tais recursos são especialmente importantes ao possibilitar que áreas remotas do país possam ter acesso ao auxílio de que necessitam sobre problemas e situações duvidosas que surgem no cotidiano da APS. Com isto muitos casos onde haveria necessidade de transporte por longas distâncias e utilização de centros de referência secundários e terciários, em geral sobrecarregados, atrasando diagnósticos e tratamentos algumas vezes de forma a comprometer o prognóstico do paciente, poderiam ser resolvidos através da comunicação via telemedicina. Além disso pode trazer para a realidade de áreas menos providas de recursos em saúde o acesso às melhores tecnologias diagnósticas e terapêuticas existentes (Hira 2005, Novaes 2004). Isto é particularmente significativo na área de saúde mental onde o diagnóstico e acompanhamento dos casos é feito basicamente através da avaliação clínica, necessitando minimamente de exames complementares sofisticados que poderiam ser um empecilho para o atendimento integral em locais remotos e/ou sem recursos.

Temas em psiquiatria têm aparecido como prioridade nas demandas dos profissionais que a utilizam a telemedicina. O piloto do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul iniciado em dezembro de 2007 e trabalhou com cento e quinze Unidades de ESF de 43 municípios do estado, abrangendo uma população de 346.670 usuários. Todas as equipes receberam kits para conectividade via Internet em banda larga para teleconsultorias, capacitações à distância e suporte clínico. Neste momento o projeto encontra-se em sua segunda fase.

Concordante com a importância dos transtornos mentais em termos de prevalência, morbimortalidade e prejuízos nos vários aspectos da vida dos portadores, familiares, sociedade e sistemas de saúde, uma primeira análise das demandas em capacitação consideradas prioritárias pelos profissionais participantes do projeto piloto no Rio Grande do Sul mostrou que as quatro primeiras são na área de saúde mental: álcool e outras drogas (77,3%), depressão e transtornos de humor (64,8%), psicoses (56%) e transtornos de ansiedade (49,5%). Outros projetos de telessaúde também apontam para temas em saúde mental como prioridade de demanda em capacitação (Bahhadini 2009). Interessante notar que, paradoxalmente, as solicitações em consultoria para saúde mental foram muito aquém do esperado pelo levantamento de necessidades citado (dados não publicados). Isto pode-se dever ao fato de que, embora os profissionais entendam como uma necessidade temas relacionados à saúde mental, não possuem condições técnicas de identificar os portadores de transtornos mentais e objetivar suas dúvidas.

1.6. Experiências em telepsiquiatria

Considerando as necessidades de profissionais de APS em melhorar seu conhecimento, atitudes e habilidades em saúde mental através da educação médica continuada e da poderosa ferramenta que a telemedicina pode representar para se alcançar este objetivo, muitos programas de telepsiquiatria existem no mundo, estando concentrados principalmente nos Estados Unidos, Canadá, Noruega e Austrália. A seguir citaremos alguns exemplos.

Nos Estados Unidos o Serviço de Consultoria de Saúde Mental (*eMental Health Consultation Service*) conduzido no *Davis Medical Center* da Universidade da Califórnia oferece consultorias por correio eletrônico e telefone, educação à distância e

atendimento de pacientes via *internet* para médicos generalistas da zona rural e do subúrbio. Em uma análise da efetividade do serviço, demonstrou que os 289 pacientes avaliados cujos médicos utilizaram um ou mais desses recursos apresentaram melhora significativa no componente mental da medida de desfecho utilizada. Um fato interessante foi de que os médicos participantes manifestaram seu interesse em aprimorar suas habilidades de identificação e manejo de transtornos mentais, deixando as consultorias para casos mais complexos, especialmente para que haja diminuição da demanda para este recurso. Os autores sugerem que tais intervenções educacionais devam ser consideradas como promissores meios de se melhorar a assistência em saúde mental prestada por APS (Neufeld 2007).

Na Noruega a telepsiquiatria é utilizada amplamente como consultoria, podendo ou não filmar o paciente. O serviço estimulou mais diagnósticos, propiciou menor uso de atendimento secundário, preveniu baixas involuntárias e readmissões, assim como propiciou alta mais precoce de pacientes quando internados. Como resultado, demonstrou que os custos podem ser diminuídos tratando pacientes psiquiátrico em APS com suporte via telemedicina (Aas 2000).

Psiquiatria foi uma das primeiras especialidades a usar *internet* na Austrália. São oferecidas consultorias com psiquiatras para problemas agudos em pacientes rurais com base no serviço terciário *Glenside Hospital* em Adelaide e compõe o Serviço de Saúde Mental Remota e Rural da Austrália do Sul. Há 25 unidades de videoconferência em hospitais rurais da Austrália do Sul. Os pacientes são vistos com o médico de APS e o psiquiatra, sendo depois o caso é discutido. O médico de APS fica responsável pelo manejo do paciente (Swanson 1999).

O *Alberta Hospital Ponoka*, em Alberta, Canadá, implementou um serviço de telepsiquiatria em 1997, oferecendo suporte em saúde mental via *internet* através de

teleconsultorias para cinco hospitais gerais de áreas rurais. O projeto foi avaliado na fase piloto e depois de ser instituído como rotina. Altos níveis de satisfação e de aceitação foram verificados nas duas fases. Problemas com o equipamento, como ausência ou intermitência do sinal, foram assinalados como obstáculos importantes para uma melhor efetividade da intervenção. O estudo também refere que medidas de desfechos clínicos em pacientes com o uso de telepsiquiatria ainda precisam ser melhor avaliadas em estudos futuros (Simpson 2001).

A tecnologia telessaúde tem sido proposta como um meio de prover treinamento a médicos. Em relação á telepsiquiatria, revisamos os resumos de 324 artigos listados na base de dados PubMed utilizando as palavras-chave: e-mental health OR telepsychiatry OR ((telemedicine OR telehealth) AND (mental health OR psychiatry OR mental disorder)). Localizamos 15 artigos onde havia menção à utilização de educação médica via telemedicina. Analisados, resultaram apenas 4 artigos em que houve apresentação deste tipo de intervenção com avaliação isolada de outras formas de intervenção, tais como teleconsultorias.

Na Austrália, um programa de treinamento à distância simultaneamente a programas na forma presencial foi desenvolvido baseado nos documentos da OMS para diagnóstico e tratamento de transtornos mentais. Seiscentos profissionais participaram de 60 módulos quinzenais de duas horas cada. O único método de avaliação foi a satisfação em relação ao treinamento e impressões gerais dos participante da intervenção sobre o treinamento. Os participantes acharam que foram muitas aulas (60) e muito longas (2horas). Solicitaram que os próximos treinamentos fossem mais breves e com menos aulas com frequência semanal. Também acharam que deveria ter no máximo 5 pontos à distância por videoconferência (eram 15). A satisfação e o aprendizado foram considerados bons e semelhantes no curso à distância e no presencial

(Janca A 2002).

Outro treinamento à distância foi oferecido para médicos de família da zona rural do sul da Austrália. Participaram 20 médicos de 5 áreas rurais e profissionais de saúde mental comunitários (46 de nove áreas). Foram oito módulos de uma hora cada abrangendo os seguintes tópicos: depressão e ideação suicida na psicose; síndrome de descontinuação com IRSS (antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina) – identificação e manejo; manejo da esquizofrenia; manejo da primeira psicose; mudança de antipsicóticos típicos para atípicos; terapia cognitivo comportamental nos transtornos mentais; visão geral do transtorno obsessivo compulsivo; e manejo do transtorno borderline. Estes foram definidos por experts da área e questionando os profissionais que iriam participar. Os desfechos considerados foram os mesmos do estudo recém citado, ou seja, satisfação com os módulos e impressões gerais sobre o treinamento. A satisfação foi avaliada em escala *Likert* de 5 pontos, sendo que os questionários foram analisados em teste-reteste aplicando em subamostra 4 dias após a primeira aplicação. Alcançou-se boa correlação ($r=0,76$, $p<0,001$). A satisfação geral foi de 4,6 para os profissionais de saúde mental e 4,1 para os médicos. Estes últimos relataram que o serviço ajudou a reduzir o sentimento de isolamento, contribuiu com necessidades de aprendizado, atendeu necessidades clínicas, ajudou no desenvolvimento profissional e na confiança e competência em manejar pacientes com transtornos mentais. Por fim, foi útil ao evitar viagens para receber treinamento. (D'Souza 2000).

Um terceiro estudo foi sobre psiquiatria infantil, também realizado na Austrália e dirigido a todos os profissionais de duas cidades do sul daquele país (*Roxby Downs* e *Coober Pedy*) durante dois anos (1998 e 1999). O treinamento foi provido pelo Serviço de Saúde Mental para crianças e adolescentes do Hospital da Criança e da Mulher de Adelaide. Os tópicos, definidos pelos participantes, foram os seguintes: autismo e

síndrome de Asperger, auto-agressividade, implicações clínicas de problemas de apego, luto e manejo clínico de adolescentes deprimidos. As sessões foram gravadas e distribuídas. Pouco se usou a internet. Baseou-se no estudo de casos. (Mitchell 2001).

O quarto estudo foi realizado com profissionais de um distrito rural na região centro-leste de *Newfoundland* e *Labrador* (Austrália). Todos profissionais envolvidos com atendimento de saúde mental e 34 pessoas de várias áreas, como clérigos, polícia e professores, participaram. Um levantamento de necessidades foi feito com 20 profissionais, que serviu de base para definição dos tópicos a serem discutidos.

O objetivo foi verificar o grau de confiança em lidar com 26 questões de saúde mental, em usar abordagens de aconselhamento e terapêuticas e modos preferidos de treinamento, suporte e consultoria avaliado por entrevista autorrespondida aplicada no início e novamente ao final do projeto, juntamente com outras questões sobre a utilidade da intervenção. Ao final de cada videoconferência por satélite, era solicitado que preenchessem um questionário autorrespondido sobre satisfação com o conteúdo, processo e aspectos técnicos da sessão. Foram perdidas avaliação de dois módulos (manejo da dor e uso de recursos de auto-ajuda).

Baseado nas necessidades da comunidade, três tipos de recursos foram produzidos: *website*, recursos bibliográficos por vídeo e impressos de auto-ajuda e uma série de videoconferências via satélite. O treinamento foi realizado em 12 videoconferências durante 14 meses. Como pontos positivos, foi destacado: aumento do conhecimento e habilidades; aumento da sensibilidade para questões de saúde mental; aumento das conexões interdisciplinares; melhoria da coesão e suporte entre todas as áreas participantes (Cornish 2003)

Como pode ser visto, nenhum estudo foi realizado avaliando de forma isolada de outras abordagens um programa de treinamento à distância especificamente para

médicos de APS. Além disso, as avaliações dos estudos tendem a basear-se nas percepções dos participantes com pouca ou nenhuma forma de avaliação do impacto dos programas na prática profissional. Medidas de satisfação são importantes, mas não são consideradas medidas de desfecho fortes. As medidas de desfecho clínico entre os pacientes que são assistidos por médicos de APS que se utilizam da telepsiquiatria são fundamentais (McLaren 1999; Simpson 2001; Mair 2000).

1.7. Educação médica em saúde mental

Devido à escassez de material sobre treinamento à distância em saúde mental para médicos de APS, buscamos na literatura os artigos mais relevantes sobre este tipo de intervenção na forma presencial. Conforme Ragan (1999), os princípios para treinamento a distância não são diferentes dos presenciais. O uso da tecnologia em si não importa tanto quanto a forma de como os princípios educativos e as teorias de educação serão aplicadas.

Alguns estudos apresentam resultados promissores ao demonstrar que médicos ou residentes em medicina de família recebendo intervenções deste tipo melhoram suas habilidades e conhecimentos em saúde mental (Goldberg 1980; Bowman 1992; Kaaya 1992; Rutz 1992; Whewell 1988; Gask 1987).

Entretanto a aquisição de novos conhecimentos por parte dos médicos nem sempre se traduz em melhora na atividade clínica dos médicos (Putnam 1989). Alguns estudos demonstraram pouca ou nenhuma eficácia de intervenções educacionais na prática diária (Adeyemi 1994; Jones 1981; Jones 1988; Gaskins 1987; Carr 1997; Callahan 1994).

O estudo randomizado de Lin *et al* (1997), por exemplo, testou o treinamento sobre tratamento de depressão em 44 médicos, sendo 22 o grupo que recebeu a

intervenção e 22 o grupo controle. A intervenção foi baseada no *AHCPR Depression Guidelines* (Depression Guideline Panel 1993), sendo feita na forma presencial (*workshops*) de um turno versando sobre o tratamento da depressão. Depois os médicos poderiam fazer consultorias para manejo em conjunto dos pacientes. Os desfechos avaliados foram: mudanças nos sintomas depressivos medidos por mudanças no *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS) e nos 20 itens de depressão do *Symptom Checklist 90* (SCL-90). A satisfação do paciente foi medida em escala *Likert* de 5 pontos de pobre a excelente. Outros desfechos foram seleção de antidepressivo, adequação (dose e duração) da farmacoterapia, regularidade e frequência no seguimento. Não verificaram melhora em nenhum dos desfechos após o período de intervenção. Sugere que o treinamento do médico apenas é insuficiente, e que uma reestruturação do serviço para atender às demandas em saúde mental se faz necessária.

Outro estudo foi realizado na área de captação dos serviços de saúde mental do sul de *Bristol*, Reino Unido. Quinze unidades de APS participaram de treinamento para disseminação do CID-10 PHC (*Primary Health Care*), protocolo de diagnóstico e manejo editado pela OMS. Outras quinze unidades compunham o grupo controle. Não houve impacto da intervenção em relação à sensibilidade e especificidade na detecção de transtornos mentais menores entre os grupos. Também não foi verificada melhora na incapacidade e qualidade de vida dos pacientes ou na satisfação dos pacientes com as consultas (Croudace 2003). Interessante notar que nos dois estudos recém descritos, assim como na maioria dos estudos com resultados negativos, a intervenção foi focada basicamente em treinamento para disseminação de protocolos de reconhecimento e manejo de patologias mentais, com pouca ou nenhuma ênfase nos aspectos da entrevista psiquiátrica e das habilidades em consulta. Ou seja, parece que focar tais intervenções em protocolos apenas pode não ser uma boa estratégia, mesmo que este seja direcionado

para o atendimento em APS e modificado de forma colaborativa por médicos de APS participantes da intervenção e psiquiatras, como no segundo estudo.

Outro ponto importante é que melhores desfechos verificados logo após o treinamento no grupo intervenção podem não se manter no tempo. Um estudo realizado na Suíça utilizou programas educacionais para diagnóstico e tratamento de depressão para médicos generalistas da ilha de Gotlândia, Suécia entre 1983 e 1984. As entrevistas de base ocorreram em 1982, uma primeira avaliação da intervenção em médio prazo em 1985 e em longo prazo em 1988. Os resultados mostraram benefícios como aumento na frequência de tratamento, melhora no padrão de prescrição de drogas psicofarmacológicas e diminuição na frequência de suicídio. Uma análise de custo benefício em termos de morbimortalidade demonstrou um impacto econômico significativo com esta intervenção (Rutz 1990). Porém, em 3 anos de seguimento, os índices de suicídio e de hospitalizações por razões psiquiátricas voltaram a aumentar e o padrão de prescrição estabilizou (Rutz 1992).

O que deve ser considerado para que um programa de educação tenha sucesso?

Uma das questões é a necessidade de novas intervenções após o período de capacitação intensiva, como apontado acima. Além disso, parece fundamental algumas considerações sobre os objetivos das capacitações. Para que uma capacitação seja bem sucedida, deve haver cooperação entre quem propõe a estratégia e quem será capacitado, como referido anteriormente. Para que isto aconteça é prioritário que ambos concordem com os tópicos que serão trabalhados, o que parece óbvio porém nem sempre é considerado. Isto porque o que psiquiatras que desenvolvem tais intervenções consideram fundamental para ser estudado nem sempre é a realidade e necessidade dos médicos de APS. Os primeiros tendem a visualizar o atendimento em APS como uma simples extensão do atendimento especializado, o que está muito distante da realidade.

Alguns dos estudos que não mostraram benefícios ou então mostraram benefícios mínimos tentaram capacitar médicos de APS para aplicarem na sua prática diária princípios ditados por protocolos clínicos em psiquiatria (Brown 2000; Lin 1997; Thompson 2000).

Em revisão realizada por Hodges *et al* (2001) de 400 artigos publicados de 1950 a 2000 sobre o assunto, esta questão está abordada com propriedade. Afirmam que para os psiquiatras é mais fácil abordar critérios diagnósticos e tratamento aplicados em nível especializado, pois esta é sua prática comum. Entretanto médicos de APS lidam com casos mais complexos, com portadores de transtornos mentais apresentando prioritariamente queixas somáticas e com apresentações clínicas não devidamente especificadas nos manuais diagnósticos. Estes obstáculos no diagnóstico devem ser considerados apropriadamente quando se quer melhorar o atendimento em saúde mental no nível de APS. Além disso, o tempo que o médico de APS dispõe para atender pacientes com transtornos mentais não é o mesmo que o especialista dispõe em função da alta demanda. Ou seja, assim como os médicos de APS necessitam melhorar seus conhecimentos, os psiquiatras também precisam aprender sobre a rotina do atendimento no nível de APS. A forma mais adequada para se superar estas dificuldades é de montar um currículo de forma colaborativa (Hodges 2001). A mesma conclusão foi apresentada em uma revisão sobre telepsiquiatria de artigos publicados de janeiro de 1965 a julho de 2003 (Hilty 2004).

Em relação aos diagnósticos abordados, por exemplo, os cursos tendem a enfatizar transtornos psicóticos crônicos, como esquizofrenia, e de humor, como transtorno bipolar e depressão de apresentação pura (típica). Já as prioridades em APS são transtornos mistos de ansiedade e depressão e somatização (Hodges 2001; Goldberg 1996).

Na revisão de Hodges *et al* são também apresentados alguns elementos fundamentais sobre o método a ser usado para capacitações. Em primeiro lugar, a mudança de atitudes dos médicos de APS no sentido de se sensibilizarem e ficarem mais abertos e engajados nas questões mentais leva mais tempo que simplesmente aumentar seus conhecimentos teóricos e práticos. Em segundo lugar, os participante da intervenção devem ter a oportunidade de participar ativamente de todo o processo. Encontros com aulas expositivas longas e explanatórias sem oportunidade de participação ativa tendem a não provocar impacto.

Tem sido sistematicamente demonstrado nas últimas décadas que um alto grau de envolvimento do médico é necessário em educação permanente. Existem evidências de que programas interativos, com oportunidade de colocar em prática o conhecimento e as habilidades podem propiciar mudanças na prática clínica, enquanto isto parece não ocorrer quando se utiliza aulas explanatórias e teóricas (O'Brien 2003; Mazmanian 2002). Para tanto pode-se usar simulação, *role play*, pacientes padrão (encenados por atores, por exemplo), aprendizado baseado em casos e *videotapes* com *feedback*. Por fim, e não menos importante, deve haver relevância do currículo para o contexto clínico do participante da intervenção. Os modelos mais efetivos são aqueles em que o coordenador está o mais próximo possível do local real de atendimento. Se unir assistência com treinamento no ambiente de trabalho do médico de APS melhor.

Considerar as necessidades específicas dos participante da intervenção, oferecer possibilidades de interação de fato e formatos objetivos e diretos também foram considerados fundamentais para que se expanda o uso de educação à distância entre especialistas em psiquiatria (Styra 2004). O uso de discussão de casos, *role play* e meios que propiciam e incentivam a aplicação prática no atendimento do dia a dia em programas de educação médica continuada tem sido demonstrado como fundamentais

para modificar a performance mais efetivamente destes profissionais que a abordagem puramente didática teórica. A possibilidade de aplicar os conhecimentos pode ser importante ferramenta de melhoria pois é no contexto prático que o participante da intervenção poderá verificar a efetividade do que está sendo ensinado, assim como identificar seus pontos fracos e potencialidades (Davis 1999; Mazmanian 2002).

Estudo sobre o que levaria à maior efetividade em programas educacionais de saúde mental para médicos de APS mostrou que as características dos profissionais em relação ao atendimento de portadores de transtornos mentais são importantes. Foram avaliadas associações entre interesse, personalidade, conhecimento, habilidades e características de prática clínica dos médicos de APS e o atendimento de saúde mental ofertado. Foi encontrada associação entre personalidade mais predominante conservadora e baixo interesse em problemas psiquiátricos com deficiente reconhecimento de transtornos mentais em pacientes. Por razões óbvias, intervenções na personalidade de médicos de APS tem poucas chances de sucesso. Por outro lado, melhores habilidades em entrevista e avaliação clínicas está relacionado com melhor reconhecimento destes transtornos. Com isso, depreendemos que o aprimoramento de habilidades de entrevista e avaliação clínica psiquiátrica são objetivos a serem buscados, assim como a sensibilização dos profissionais para o tema e a fim de melhorar o interesse (Scardovi 2003).

Intervenções para desenvolver habilidades de entrevista tem sido considerado fundamental (Al-Faris 1997; Whewell 1988; Scardovi 2003; Mazmanian 2002). Certamente o conhecimento teórico necessário para firmar um diagnóstico a fim de instituir tratamento adequado é fundamental, porém não é determinante para o sucesso de intervenções educacionais em saúde mental na prática clínica. Desenvolver habilidades de entrevista e comunicação quando se apresentam questões de ordem

psicoemocional deve ser otimizado. Isto tende a ter efeito benéfico na prática clínica (Sanson-Fisher 1981) e pode ser mais duradouro que simplesmente fazer diagnósticos. Bowman *et al* (1992) conduziram estudo com médicos de família com enfoque nas habilidades de entrevista clínica. Verificaram que as habilidades de entrevista adquiridas se mantiveram durante 18 meses e que algumas até melhoraram, sugerindo que as habilidades melhoram no seguimento por prática diária.

Propiciar que o médico desenvolva algumas habilidades tais como fazer perguntas abertas e diretivas para problemas psicoemocionais é considerado muito importante. Da mesma forma mostrar-se empático, fazendo comentários que demonstram a compreensão do que está sendo dito, e não demonstrar julgamento ou posição crítica (Goldberg 1996; Hodges 2001). Quando estes elementos não são observados, a tendência do paciente em aumentar sua resistência para deixar-se examinar é maior, dificultando toda a atividade clínica (Whewell 1988). Estes problemas são em geral cercados de preconceitos e apresentam alta carga emocional, dificultando sua expressão. Por isso o médico deve estabelecer um vínculo adequado para tornar mais propício a sua comunicação, conseqüentemente possibilitando o diagnóstico, e isto requer capacitação. Médicos residentes em APS nos EUA referem isto como fundamental para se chegar a um diagnóstico e conseqüente tratamento adequado (Goldberg 1996).

Estas constatações simplesmente traduzem um aspecto peculiar da atividade em saúde mental. Tanto o diagnóstico como a evolução do caso em tratamento é baseado completamente nas entrevistas clínicas. Pelo fato de a psiquiatria não dispor de métodos diagnósticos como exames complementares, a relação médico-paciente e as habilidades de comunicação e entrevista são fundamentais.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Utilizar a infraestrutura de informática e telecomunicação à distância já disponibilizada pelo Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul para implantar um programa de sensibilização e capacitação à distância em saúde mental para médicos atuantes nas equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) participantes do referido projeto Telessaúde, a fim de ampliar o atendimento em saúde mental, prioridade elencada em levantamento de demandas realizada com estes profissionais.

Objetivos específicos

- 1.Sistematizar um programa de tele-educação formativa em saúde mental (treinamento, qualificação prática e avaliação de competências de profissionais) direcionado a médicos de ESF, desenvolvendo material impresso e eletrônico adequado para este fim;
- 2.avaliar entre os participantes o grau de satisfação com o programa de capacitação em saúde mental e com cada módulo;
- 3.verificar a melhora de conhecimentos, habilidades e atitudes em saúde mental, assim como a confiança em abordar e tratar transtornos mentais antes e após o programa de capacitação em saúde mental;

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento:

Trata-se de um estudo de intervenção tipo antes-depois.

3.2. Local:

O projeto será desenvolvido e implantado nas instalações do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul: estrutura de informática e comunicação à

distância localizada no prédio da Faculdade de Medicina de UFRGS e a estrutura administrativa localizada no PPG Epidemiologia no prédio da Psicologia da UFRGS.

3.3. Amostra:

Todos os médicos de equipes do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul serão convidados a participar através de uma breve explanação do estudo a ser enviada por email.

3.4. Descrição da intervenção:

A capacitação será oferecida através da plataforma *Moodle* em 8 módulos de frequência semanal, totalizando 8 semanas. Todos os módulos seguirão uma mesma estrutura, como segue:

c.material escrito a ser estudado de forma individual. Duração estimada para execução desta etapa: uma hora;

d.será disponibilizado um fórum para discussão do módulo corrente;

e.videoconferência de 60 minutos de duração a fim de propiciar interação dos participantes com o capacitador, assim como entre os participantes da capacitação, a fim de ser uma oportunidade de discussão. Serão formados 3 grupos de 6 participantes para as videoconferências, visto que a experiência em outros projetos não encoraja muitos pontos em uma mesma videoconferência. Interessante notar que haverá um rodízio dos participantes entre os 3 grupos, ou seja, não serão os mesmos participantes em cada grupo durante todo o período de capacitação.

f.Será solicitado que preencham formulário de satisfação ao final de cada módulo.

Em relação aos tópicos dos módulos, iniciaremos com sensibilização sobre a importância de saúde mental em APS a fim propiciar o conhecimento sobre a extensão e a importância do problema a ser abordado. Além disso, este é um ponto importante para o sucesso de educação médica continuada, propiciando a percepção do médico sobre a necessidade de aprimorar seu conhecimento, habilidades e atitudes em determinada área. Parece ser fundamental para que o médico apresente bons resultados na capacitação a consciência sobre a lacuna entre as suas competências e as que são desejáveis (Mazmanian 2002).

Os próximos dois módulos abordarão técnicas e habilidades em entrevista psiquiátrica, considerado peça-chave em capacitações de saúde mental, conforme discutido na introdução.

Incluindo os demais tópicos, esta será a estrutura do curso:

Módulo 1: Evidências atuais sobre atendimento de saúde mental em APS

Módulo 2: Diagnóstico em psiquiatria

Módulo 3: Habilidades de entrevistador

Módulo 4: Revisão dos principais medicamentos usados em psiquiatria

Módulo 5: Transtornos por abuso e/ou dependência de álcool e/ou drogas

Módulo 6: Transtornos somatoformes e de ansiedade

Módulo 7: Transtornos de humor, avaliação de risco de suicídio e transtornos psicóticos

Módulo 8: a ser definido pelos participantes.

3.5. Desfechos considerados:

O desfecho principal a ser considerado será a mudança nas competências em saúde mental, mais especificamente mudanças nas habilidades, atitudes e

conhecimentos em saúde mental. Como desfecho secundário, avaliaremos a satisfação dos participantes com a capacitação de um forma geral e com cada módulo.

3.6. Logística:

3.6.1. Execução do projeto e coleta de dados:

Todo o processo será realizado via internet, sendo que a avaliação de capacidades em saúde mental será feita através da plataforma *Moodle*, os demais questionários enviados por email e as videoconferências feitas com *Breeze*.

Fase I:

1. Apresentação do processo de capacitação por apresentação *power point*;
2. Preenchimento do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), com dados de identificação, e solicitação de adesão, caso concordem com o TCLE;
3. Preenchimento de questionário sobre atendimento em saúde mental na equipe e treinamento prévio em saúde mental;
4. Avaliação de conhecimentos;
5. Preenchimento de formulários de auto-avaliação de habilidades em saúde mental.

Tempo estimado para fase I: 1 hora e 30 minutos a 2 horas e 10 minutos.

Fase II:

Intervenção.

Tempo estimado para fase II: 2 horas semanais.

Fase III:

1. Preenchimento de formulários de auto-avaliação de habilidades em saúde mental.

2. Avaliação de conhecimentos.

Tempo estimado para fase III: 1 hora a 2 horas.

3.6.2. Instrumentos:

1. No TCLE serão solicitados o nome do profissional, equipe de ESF em que trabalha e contatos. Demais dados de identificação serão obtidos da base de dados do Telessaúde, tais como, sexo, idade, estado civil, ano de conclusão da faculdade, etc. Será enviado por email;
2. Questionário sobre o atendimento em saúde mental na equipe: composto por 14 perguntas acerca do atendimento em saúde mental oferecido na unidade em que trabalha (por exemplo, existência de grupos) e do suporte recebido por serviços de atenção secundária em saúde mental, assim como satisfação com estes no caso de haver. Será enviado por email;
3. Questionário sobre treinamento prévio em saúde mental: composto por 10 perguntas sobre tipo, duração e satisfação de treinamentos formais prévios em saúde mental. Será enviado por email;
4. Questionário com 20 perguntas teóricas com respostas tipo verdadeiro ou falso. Será aplicado antes e depois da intervenção. Para fins de manter o mesmo grau de dificuldade das avaliações nos dois momentos em que serão aplicadas, foram formuladas 40 perguntas sendo que serão selecionadas de forma aleatória 20 perguntas para compor o questionário de antes da capacitação e 20 para o questionários de depois da capacitação. Será feito via Skype para evitar consulta a material bibliográfico e com tempo limitado a vinte minutos;
5. Três casos clínicos filmados simulando atendimento com 3 perguntas por caso. Esta avaliação será feita antes e depois da intervenção;

6. Questionário sobre habilidades em saúde mental: autorrespondido. Composto por duas partes, uma para transtornos mentais comuns e outra para transtorno por uso ou dependência de álcool e/ou drogas. Cada um é composto por 14 perguntas sobre as habilidades do médico em realizar tarefas básicas para o atendimento em saúde mental no nível de APS (por exemplo, se sabe como acompanhar paciente com risco de suicídio) e mais uma pergunta de verificação: "por favor, para esta questão responda 5 (esta é uma questão de verificação)" e "por favor, para esta questão responda 0 (esta é uma questão de verificação)". As respostas são em escala de 10 pontos. Será aplicado antes e depois da intervenção. Será enviado por email;

7. Questionário de avaliação da satisfação do módulo: será aplicado após cada módulo e um geral após a intervenção composto de oito perguntas sobre satisfação geral, qualidade da transmissão e contribuição para prática do profissional. Respostas em escala de 10 pontos. Serão aplicados somente aos médicos do grupo intervenção;

8. Questionário sobre satisfação geral com a capacitação: será aplicado ao final da capacitação. Composto por 11 perguntas sobre a satisfação geral, a mudança de atitude em relação ao manejo de transtornos mentais e a contribuição para a prática diária. As respostas são em escala de 10 pontos.

3.6.3. Variáveis:

Dependentes:

- ▶ avaliação de conhecimentos teórica e prática, habilidades e atitudes em cada módulo da intervenção; satisfação com cada módulo e com a capacitação.

Independentes:

- ▶ Dados demográficos;
- ▶ Treinamento prévio em saúde mental;
- ▶ Suporte de serviços secundários de saúde mental.

3.6.4. Análise estatística:

A análise estatística será descrita de acordo com cada um dos objetivos específicos em que ela se aplique:

1. Os escores médios relativos aos conhecimentos, habilidades e atitudes em saúde mental, bem como a confiança em abordar e tratar transtornos mentais antes e depois da intervenção dos dois grupos serão comparados através de modelos lineares generalizados que serão especificados a partir da distribuição de probabilidade de cada escore;
2. O escore de satisfação com o programa de capacitação em saúde mental será descrito através da média e do desvio-padrão. Para cada item compõe o escore será apresentada a frequência absoluta e relativa das respostas.

O nível de significância adotado será de 5% e os intervalos de confiança de 95%.

O armazenamento e análise dos dados será feito no programa SPSS versão 18.

4. PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS DA PROPOSTA

Testar a efetividade de um programa de sensibilização e capacitação de médicos de APS para questões de saúde mental propiciando ampliação do conhecimento destes profissionais para identificar e oferecer tratamento adequado para portadores de transtornos mentais. Embora estratégias de inserção de saúde mental no atendimento rotineiro de APS sejam recomendadas há alguns anos, são escassas as iniciativas no Brasil para construção e testagem científica destas práticas. Com isso esperamos estar colaborando para oferecer subsídios científicos para os gestores e profissionais de saúde

através de um estudo bem delineado e executado acerca de uma forma de ampliar o atendimento de saúde mental em nível de APS.

Além disto estaremos no decorrer do projeto elaborando conteúdos teóricos sobre conhecimentos básicos em saúde mental para profissionais de APS que serão oferecidos em forma impressa e eletrônica aos interessados. Material bibliográfico deste tipo é muito escasso em nosso país e bastante aquém das necessidades que o tema apresenta. Desta forma esta será uma contribuição importante deste projeto.

Por fim verificaremos os efeitos da intervenção proposta em amostra de usuários das equipes de ESF participantes em termos de diagnóstico estabelecido de transtorno mental.

5. RESULTADOS ESPERADOS

- . Ampliar e qualificar o atendimento da APS em saúde mental das equipes atendidas pelo Telessaúde por meio de processos de sensibilização e capacitação à distância. Melhorar o intercâmbio entre nível primário e secundário/terciário que é pouco funcional na área de saúde mental;
- . Elevar o grau de resolutividade em saúde dentro da ESF, qualificando os serviços prestados e elevando o grau de satisfação dos usuários;
- . Propiciar melhoria em desfechos clínicos, econômicos e sociais nos portadores de transtornos mentais;
- . Contribuir para definição e implementação de soluções de baixo custo em saúde mental (capacitação baseada na Internet) para distribuição a pontos remotos do estado do Rio Grande do Sul;
- . Elaboração de material educativo sobre saúde mental para profissionais de APS;

- . Elevar o grau de resolutividade em saúde dentro da ESF, qualificando os serviços prestados e elevando o grau de satisfação dos usuários;
- . Diminuir custos desnecessários decorrentes da superutilização da estrutura de saúde por portadores de transtornos mentais não identificados e não tratados.

6. QUESTÕES ÉTICAS

Este tipo de estudo apresenta risco baixo de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do estudo está submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Todos os participantes preencherão termo de consentimento livre e esclarecido.

7. ORÇAMENTO

O orçamento inicial prevê cobrir os seguintes gastos, a serem cobertos pelo orçamento do Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul:

| | |
|--|---|
| Material de consumo: material de escritório (papel, cartuchos de impressão, CDs, outros) | R\$ 4.500,00 |
| Diárias: para coleta de dados de usuários de ESF participantes e para contato presencial com equipes | R\$ 3.500,00 |
| Passagens: deslocamento até equipes de ESF participantes | R\$ 8.000,00 |
| Material bibliográfico: impressão e distribuição de manual sobre saúde mental para profissionais de APS | R\$ 9.000,00 |
| Capacitador: bolsa de doutorado. | R\$ 2.000,00 por mês; total R\$ 30.000,00 (15 meses). |
| Terceiros (pessoa física): bolsas de iniciação científica (n=4) para suporte ao desenvolvimento dos módulos de capacitação e participação nas etapas de apropriação, análise e interpretação dos dados | R\$ 300,00 por mês por bolsista; total R\$ 18.000,00 (4 bolsas, 15 meses) |
| Total: | R\$ 43.000,00 |

O hardware necessário para o estudo são os já utilizados pelo Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul, que são os que seguem.

a. Infraestrutura do polo (instituição de ensino):

1. Infraestrutura com equipamento específico de videoconferência;
2. Infraestrutura com 3 servidores com redundância, dispositivos de backups, e no-breaks (videostreaming, banco de dados, etc);
3. Infraestrutura de teleambulatório para prover 2ª opinião educacional, com 4 microcomputadores multimídia, máquina fotográfica digital, webcam, microfone;
4. Infraestrutura técnica (recursos humanos) – Analista de sistema, operadores, apoio para inserção de material didático;
5. Sistema de tele-educação/ teleassistência.

Infraestrutura por equipe:

1. Conexão à Internet;
2. Microcomputador com sistema operacional, monitor colorido, recurso gráfico, acesso a Internet por banda larga e linha discada, leitor DVD, disco rígido, conexão USB, caixas acústicas e microfones;
3. Webcam para regiões com infraestrutura de ADSL ou banda larga;
4. 1 mesa para computador e 1 cadeira;
5. Impressora.

8. CONTRA-PARTIDA DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Parte dos recursos deste projeto no que tange à utilização de ferramentas de computação e transmissão de dados são financiados pelo Ministério da Saúde através da Organização Pan-Americana da Saúde, sob gestão da Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do Projeto Nacional Telessaúde.

Faculdade de Medicina-UFRGS (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Setor de Atenção Primária do Departamento de Medicina Social)

. Especificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o médico de atenção primária em saúde mental.

. Disponibilidade de equipamentos de videoconferência e linhas de transmissão de alta performance;

. Disponibilidade de laboratório de Informática e infraestrutura de servidores de dados;

. Disponibilidade de Software para implementação de Telemedicina baseada em Internet de banda larga e Internet de linha discada;

. Disponibilidade de sistema para implementar educação à distância por banda estreita e por banda larga (vídeostreaming);

. Disponibilidade de servidor de vídeostreaming;

. Infraestrutura de espaço físico para criação de teleambulatórios;

.Disponibilidade de equipe para apoio em desenvolvimento de material educacional;

.Possibilidade de envolvimento de professores de outras especialidades (pediatria, ginecologia, obstetrícia, medicina preventiva, dermatologia, moléstias infecciosas, etc);

.Possibilidade de envolver outras unidades da Universidade. Exemplo: Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, etc;

9. CRONOGRAMA

| | |
|------------------------------------|---|
| Março de 2009 a fevereiro de 2010: | Revisão bibliográfica e redação do projeto. |
| Março de 2010: | Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS |
| Mai de 2010: | Piloto |
| Mai-junho de 2010: | Contato com as equipes de ESF incluídas no Projeto Nacional Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul para proposta do estudo e adesão. |
| Setembro de 2009 a junho de 2010: | elaboração do material de capacitação. |
| Julho de 2010: | aplicação dos instrumentos pré-treinamento aos participante da intervenção e aos usuários de 18 equipes de ESF a serem escolhidas aleatoriamente. |
| Julho de 2010: | Visita às equipes participantes |
| Agosto-setembro de 2010: | execução do projeto de capacitação. |
| Outubro de 2010: | aplicação dos instrumentos pós-treinamento aos participante da intervenção e aos usuários de 18 equipes de ESF a serem escolhidas aleatoriamente. |
| Novembro-dezembro de 2010: | análise dos dados. |

| | |
|----------------------------|---|
| Janeiro-fevereiro de 2011: | Redação do relatório final e de artigos científicos resultantes do projeto. |
| Março de 2011: | Defesa da tese de doutorado |

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aas IHM. Telemedical work and cooperation. *J Telemed Telecare* 2001; 7: 212–218

Aas MIH. Telemedicine and changes in the distribution of tasks between levels of care. *J Telemed Telecare* 2002; 8(suppl 2):S2:1-2

Adeyemi JD, Jegede RO: Integrating psychiatry into primary care: an experimental model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:277–281

Al-Faris E, Al-Subaie A, Khoja T, Al-Ansary L, Abdul-Raheem F, Al-Hamdan N, et al. Training primary health care physicians in Saudi Arabia to recognize psychiatric illness. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 439-444

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa F, Macinko J, Mendonça CL, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) [Ambulatory Care Sensitive Conditions: elaboration of Brazilian list as tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil)]. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(6):1337-49

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002

Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde [Medical Education and its Relationship to Social Needs in Health]. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29(2):136-46

Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78(1):49-55

Bahhadini K, Yogesan K, Wootton R. Health staff priorities for the future development of telehealth in Western Australia. *Rural Remote Health* 2009; 9(3):1164).

Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford; 1995

Biometrics Research Department – Columbia University. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Disponível em: <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/scid/>. Acesso em 08/08/2008

Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry* 2000; 37:57-72

Bowman FM, Goldberg DP, MILLAR T et al. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Education* 1992; 26: 63-68

Boyle MH, Offord DR, Campbell D, Catlin G, Goering P Lin E, et al. Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey: Methodology. *Can J Psychiatry* 1996;41:549–558

Broers T, Hodgetts G, Batić-Mujanović O, Petrović V, Hasanagić M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47(3):478-84

Brown JB, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE: Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26:39–54

Burns BJ, Burke JD. Improving Mental Health Practices in Primary Care: Findings from Recent Research. *Public Health Reports* 1985; 10(3):294-300

Busnello EA, Pereira MO, Knapp WP, Salgado CA, Tabord JG, Knijnik L, et al.

Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiqui*; 41: 507-12, 1992.

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

Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM: Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 839–846

Canadian Psychiatric Association. Telepsychiatry guidelines and procedures for clinical activities. University of Toronto Psychiatric Outreach Program. Discussion paper. Ottawa: Canadian Psychiatric Association; 2003;

Carr VJ, Faehrmann C, Lewin TJ, Walton JM, Reid AA: Determining the effect that consultation-liaison psychiatry in primary care has on family physicians' psychiatric knowledge and practice. *Psychosomatics* 1997; 38:217–229

Carta MG, Hardoy MC, Kovess V, Dell'Osso L, Carpiniello B. Could health care costs for depression be decreased if the disorder were correctly diagnosed and treated? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(9):490-2.)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use among adolescents and adults – New Hampshire, 1991-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53(8):174-5.

Chande G, Lau B, Moore RD. Hazardous alcohol use: a risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43(4):411-7.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160:3278–85

Cornish PA, Church E, Callanan T, Bethune C, Robbins C, Miller R. Rural Interdisciplinary Mental Health Team Building via Satellite: A Demonstration Project.

Telemed J E Health. Volume 9, Number 1, 2003 63-71

Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL: Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16:262–267

Croudace T, Evans J, Harrison G, Sharp DJ, Wilkinson E, Mccan G, et al. Impact of the ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182:20-30

Datasus 2008. Ministério da Saúde. Brasil. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. Sistema de informações sobre mortalidade/MS/SUS/DASIS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 04 de outubro de 2008

Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867–74.

D'Souza R. A pilot study of an educational service for rural mental health practitioners in South Australia using telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2000; 6 (Supplement 1): 187-9

Depression Guideline Panel: Depression in Primary Care: Volume 1. Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline, Number 5. (AHCPR Publication No. 93-0550). Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993; Depression Guideline Panel: Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression. Clinical Practice Guideline, Number 5. (AHCPR Publication No. 93-0551). Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993

Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Statist Q* 1993; 46:52-68

Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* ; 58: 5-10, 1997

Euller J, Broadbent J. Mental health referral role of rural financial counsellors. *Aust J Rural Health* 2006;14(2):79-85

Fúlvio B, Nedel, Maria Rocha, Joaquín Pereira. Anos de vida perdidos por mortalidade: um dos componentes da carga de doenças *Rev. Saúde Pública*; 33(5), 1999

Gask L, Goldberg DP, McGrath G, Millar T. Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of a group teaching. *Med Educ* 1987

Gaskins SE, Badger LW, Gehlbach SH, Coggins DR: Family practice residents' evaluation of a competency-based psychiatry curriculum. *J Med Educ* 1987; 62:41-46

Geller JM. Rural primary care physicians in the provision of mental health services: voices from the plains. *J Rural Health* 1999; 15:326-34

Goldberg D, Gater R. Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff. *British Journal of General Practice*, 1996;46:483-5

Goldberg, D. 1982. The concept of a psychiatric "case" in general practice. *Soc Psychiatry* 17: 61-65

Goldberg, D. P., Steele J. J., and Smith, C.: Teaching psychiatric interview techniques to family doctors. *Acta Psychiat* 1980; *Scand* 62 (suppl. 285): 41-47

Gonçalves^a DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de Desempenho do Self-Report Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: Um Estudo Comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR". *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2): 380-90380-90

Gonçalves^b DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul,

RS, Brasil. Cad Saude Publica 2008;24(7):1641-50.

Gouveia VV, Chaves SSS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A Utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. Psic: Teor e Pesq 2003; 19 (3): 241-8. Gouveia VV, Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB. Medindo a SCV dos médicos no Brasil. J Bras Psiquiatr 2005; 54(4): 298-305.

Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. Ann Fam Med. 2007 Jul-Aug;5(4):336-44

Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med. 1980;10:231-241.

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Services Research 2006; 6:156.

Hays RB, Veitch PC, Cheers B, Crosland L. Why doctors leave rural practice. Australian Journal of Rural Health 1997;5: 198–203

Swanson 1999 Swanson B. Information technology and under-served communities. Journal of Telemedicine and Telecare 1999; 5(Suppl. 2): S2:3–10

Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) [Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST)]. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; vol.50 (2): 199-206.

Hick PL, Mulvey KP, Chander G, Fleishman JA, Josephs JS, Korthuis PT et al. The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. AIDS cares 2007;19(9):1134-40

Hilty DM, Yellowlees PM, Cobb HC, Bourgenois JA, Neufeld JD, Nesbitt TS. Models of telepsychiatry consultation-liaison service to rural primary care. *Psychosomatics* 2006; 47(2): 152-7

Hilty DM, Marks SL, Urness D, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A Review. *Can J Psychiatry* 2004; 49(1): 12-23

Hira AY, Lopes TT, de Mello AN, Filho VO, Zuffo MK, de Deus Lopes R. Establishment of the Brazilian telehealth network for paediatric oncology. *J Telemed Telecare*. 2005;11(Suppl 2):S51-2

Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1579–1586

Hoepfer, E. W., et al.: Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary medical care 1979; *Int J Ment Health* 8: 6-15

Janca A, Gillam D. Development and evaluation of an ICD-10 telepsychiatry training programme in Western Australia. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2002; 8: 120-2

Jones LR, Badger LW, Ficken RP, Leeper JD, Anderson RL: Mental health training of primary care physicians: an outcome study. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18:107–121

Jones LR, Knopke HJ, Parlour RR, Anderson RL: A curriculum for the psychiatric training of family physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 1981; 3:189–198

Katon WJ: The Institute of Medicine “Chasm” Report: implications for depression collaborative-care models. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25:222–229

Kaaya S, Goldberg D, Gask L. Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners. *Med Education* 1992; 26: 138-144;

Kohn R, Saxena S, Levay I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82(11):858-66

Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The Use of Mental Health Services in Ontario: Epidemiologic Findings. *Can J Psychiatry* 1996;41:572–577

Lin EH, Katon WH, Simon GE, Von Kork M, Bush TM, Rutter CM, Saunders KW, Walker EA: Achieving guidelines of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care* 1997; 35:331–332

Lum AWM, Kwok KW, Chong SA. Providing Integrated Mental Health Services in the Singapore Primary Care Setting – the General Practitioner Psychiatric Programme Experience. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:128-31.

Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KF, Eisen AS, Rubin EH, Carney RM, McGill JB. Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997; 59(3):241-50.

Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000; 23(5):618-23.

Lynge I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2004; 63 (Suppl 2):377-83

Maciel CD. Diagnóstico de Dependência de Álcool entre os Pacientes Internados em enfermarias psiquiátricas do Instituto Raul Soares e Hospital Galba Velloso: há subdiagnóstico? [monografia de especialização]. Belo Horizonte: Instituto Raul Soares FHEMIG, 1999.

Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ*. 2000;320:1517–1520

Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening

questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15(3):651-9.

Marks J, Goldberg D, Hillier V. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979; 9: 337-353

Mari JJ et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1987; 21(6):501-7

Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the Physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002; 288(9): 1057-60

McGorry PD. Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(Suppl):145-9.

McLaren P, Mohammedal A, Riley A, Gaughran F. Integrating interactive television-based psychiatric consultation into an urban community mental health service. *J Telemed Telecare* 1999; 5 (Suppl 1):S100-2.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord*; 55: 1-10, 1999

Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Saúde Pública* 2005; 27(2): 131-4

Mendéz EB. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999;

Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(6):435-41).

Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> (acessado em 26/02/2010)

Mitchell JG, Robinson PJ, McEvoy M, Gates J. Telemedicine for the delivery of professional development for health, education and welfare professionals in two remote mining towns. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2001; 7: 174–180).

Neufeld JD, Yellowlees PM, Hilty DM, Cobb H, Bourgeois JA. The e-Mental Health Consultation Service: Providing Enhanced Primary-Care Mental Health Services Through Telemedicine. *Psychosomatics* 2007; 48(2): 135-41

Nicklason, J. H., Donaldson, M. S., and Ott, J. E.: HMO members and clinicians rank health education needs. *Public Health Rep* 1983;98: 222-226

Novaes MA, Barbosa AKP, Araújo KS, Couto JMLA, Araújo G, Sarmiento L. Telehealth in Northeast Brazil: a pilot program for the public sector MEDINFO'2004, Hilton San Francisco USA September 7-11 2004

O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003

Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, et al. One-Year Prevalence of Psychiatric Disorder in Ontarians 15 to 64 Years of Age. *Can J Psychiatry* 1996;41:559-563

Parikh SV, Lin E, Lesage AD. Mental health treatment in Ontario: selected comparisons between the primary care and specialty sectors. *Can J Psychiatry*. 1997 Nov;42(9):929-34

Passamonti M, Pigni M, Fraticelli C, Calori G, Piccinelli M; Varese Group Study of Depression in General Practice. Somatic symptoms and depression in general practice in Italy. *Eur J Gen Pract* 2003;9(2):66-7

Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction of Life Scale. *Psychol Asses* 1993; 5(2): 164-72.

Phongsavan P, Ward JE, Oldenburg BF, Gordon JJ. Mental health care practices and

educational needs of general practitioners. *Medical Journal of Australia* 1995;162(3):139-42

Pothen M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: nature, prevalence and risk factors. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49(2):119-25

Putnam RW, Curry L. Physicians' participation in establishing criteria for hypertension management in the office: Will patient outcomes be improved? *Can Med Assoc J* 1989; 140:806.

Ragan L. Good teaching is good teaching: an emerging set of guiding principles and practices for the design and development of distance education. *Cause/Effect J* 1999;22 (1):1-7

Rutz W, Carlsson P, Von Konorring L, Walinder J. Cost benefit analysis of an education program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:457-464

Rutz W, von Knorring L, Walinder J, Wistedt B: Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82:399-403

Sanson-Fisher R, Fairbairn S, Maguire P. Teaching communication skills to medical students. *Med Educ* 1981; 15: 33.

Sadock BJ, Sadock VA, Cancro R, Edmondson J, Gabbard GO, Grebb JA, Manley Myrl, Pataki CS, Sussman N. Emergency Psychiatric Medicine: Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA, Cancro R, Edmondson J, Gabbard GO, Grebb JA, Manley Myrl, Pataki CS, Sussman N. *Kaplan & Sadock's synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. pp. 913-22

Saltini A, David A, Trentini A, Marchi J, Pioli R. Clinical practice in mental health and educational needs in general practice. *Recenti Prog Med* 2002; 93(7-8):410-5

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, et al. Improving psychiatric interview skills of established GPs: evaluation of a group training course in Italy. *Family Practice* 2003; 20: 363–369

Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(1):18-25

Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C., and Kalton, G.: *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press, London, 1966

Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Evaluation of a routine telepsychiatry service. *J Telemed Telecare* 2001; 7: 90–98

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999; 282(18): 1737-44

Steele K, Wootton R. Primary care telemedicine in the UK. *Br J Gen Pract* 1997;47:4–5

Styra R. The Internet's Impact on the Practice of Psychiatry. *Can J Psychiatry*, 2004. Vol 49 (1): 5-11.

Thompson, C., Kinmonth, A., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., Pickering, R. M., Baker, N. G, Henson, A., Preece, J., Cooper, D. & Campbell, M. J. (2000). Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire depression project randomised controlled trial. *Lancet* 355, 185–191

Thrall JH, Boland G. Telemedicine in practice. *Semin Nucl Med* 1998; 28(2):145-57

Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005; 35(8):1175-84

Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569–72

Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:629-40.

Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12(1):22-33;

Wells KB. The design of partners in care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for Depression in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:20–9).

Whewell PJ, Gore VA, Leach C. Training general practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *J R Coll Gen Pract* 1988 38:259-62

WHO. Mental health in primary care: enhancing treatment and promoting mental health. 2009. Disponível em: <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/ENGLISH%20WMHD09.pdf> (último acesso em 02/03/2010).

WHO Preventing suicide - a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization, 2000.

WHO/Wonca. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organisation, 2008

WHO World Health Report 2001. Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

WHO. Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003

Wittson CL, Affleck DC, Johson V. Two-way television group therapy. *Ment Hosp*

1961; 12:22-3

Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000; 160:1818–23

11.ANEXOS

**ANEXO I: QUESTIONÁRIOS SOBRE CONFIANÇA NA ABORDAGEM EM
SAÚDE MENTAL**

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

2. DADOS SOBRE HABILIDADES EM SAÚDE MENTAL

2.1. “EM RELAÇÃO AO USO ABUSIVO OU DEPENDÊNCIA EM ÁLCOOL OU DROGAS, SINTO-ME CAPACITADO NESTE ASSUNTO”.

. FAVOR RESPONDER ÀS PRÓXIMAS PERGUNTAS UTILIZANDO A ESCALA APRESENTADA, FAZENDO UM X NA COLUNA QUE MELHOR DESCREVE SUA RESPOSTA. A ESCALA VARIA DE ZERO (NÃO ME SINTO NADA CAPACITADO) ATÉ 10 (SINTO-ME TOTALMENTE CAPACITADO).

| No. | Pergunta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 2.1.1 | Anamnese: identificação de risco e abordagem oportunista na consulta do adulto | | | | | | | | | | | |
| 2.1.2 | Anamnese: diagnóstico | | | | | | | | | | | |
| 2.1.3 | Habilidades de comunicação (ex: abordagem para mudança de comportamentos de risco, conflitos familiares, violência doméstica, risco de suicídio) | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4 | Educação em saúde (diminuição de danos, | | | | | | | | | | | |

3.2. “EM RELAÇÃO A TRANSTORNOS MENTAIS MENORES (NEURASTENIA, TRANSTORNOS DO HUMOR, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E TRANSTORNOS DE SOMATIZAÇÃO, SINTO-ME CAPACITADO NESTE ASSUNTO”

. FAVOR RESPONDER ÀS PRÓXIMAS PERGUNTAS UTILIZANDO A ESCALA APRESENTADA, FAZENDO UM X NA COLUNA QUE MELHOR DESCREVE SUA RESPOSTA. A ESCALA VARIA DE ZERO (NÃO ME SINTO NADA CAPACITADO) ATÉ 10 (SINTO-ME TOTALMENTE CAPACITADO).

| No. | Pergunta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 3.1.1 | Anamnese: identificação de risco e abordagem oportunista na consulta do adulto | | | | | | | | | | | |
| 3.1.2 | Anamnese: diagnóstico | | | | | | | | | | | |
| 3.1.3 | Habilidades de comunicação (ex: abordagem para comportamentos de risco, dependência, conflitos familiares, violência doméstica, risco de suicídio) | | | | | | | | | | | |
| 3.1.4 | Educação em saúde (informações acerca da evolução e tratamento do transtorno) | | | | | | | | | | | |
| 3.1.5 | Indicação de tratamento farmacológico | | | | | | | | | | | |
| 3.1.6 | Identificação de efeitos colaterais de medicamentos prescritos | | | | | | | | | | | |
| 3.1.7 | Abordagem familiar | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3.1.8 | Exames complementares (indicação e interpretação) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.9 | Abordagem comunitária e intersetorial (A.A., assistência social, instituições religiosas, associações e outros recursos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.10 | Por favor, para esta questão responda 0 (esta é uma questão de verificação) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.11 | Acompanhamento: evolução dos sintomas e resposta a tratamento instituído por você ou seu serviço de referência em saúde mental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.12 | Acompanhamento: identificação de complicações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.13 | Acompanhamento: avaliação de risco de suicídio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.14 | Acompanhamento: quando encaminhar a outro profissional de sua unidade ou a serviço especializado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.15 | Acompanhamento: quando indicar internação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FINAL DO QUESTIONÁRIO: OBRIGADO PELO PREENCHIMENTO.

ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS TEÓRICOS

RESPONDA VERDADEIRO (V) OU FALSO (F)

1. Sintoma é um indício de doença que o próprio paciente sente e relata. Por outro lado, sinal é um indício de doença objetivo e que pode ser verificado diretamente por terceiros. Para a realização do exame do estado mental de um paciente, devemos nos basear fundamentalmente nos sinais observados, deixando os sintomas para a avaliação subjetiva.
2. O raciocínio diagnóstico para transtornos psiquiátricos no atendimento em atenção primária à saúde, assim como em qualquer nível, não pode seguir o mesmo raciocínio usado para doenças não-psiquiátricas. No primeiro caso devemos focar prioritariamente os conflitos internos e fatores estressores do paciente, e no segundo caso devemos estabelecer antes de mais nada o diagnóstico para determinar um plano terapêutico.
3. A grande maioria dos transtornos psiquiátricos podem ser divididos em dois tipos quanto à etiologia: endógenos, quando o transtorno eclode como um fenômeno puramente biológico, independente de fatores ambientais e conflitos internos, como esquizofrenia; e psicogênicos, onde o transtorno surge como manifestação sintomática de conflitos internos, em alguns casos secundários a situações estressoras externas, como transtorno de somatização
4. Já na primeira abordagem em paciente com sintomas psicoemocionais, devemos fazer sugestões diretas sobre novas atitudes e novas formas de encarar a realidade.
5. Pacientes com transtornos mentais são em geral prolixos e portanto as entrevistas iniciais precisam ser conduzidas por perguntas diretas e fechadas.
6. As metanálises sobre os antidepressivos disponíveis no mercado para tratamento de depressão não demonstram superioridade de qualquer antidepressivo em relação aos outros, com exceção dos tricíclicos que parecem ser mais adequados para casos de

depressão grave. A escolha de um antidepressivo baseia-se essencialmente no seu perfil de efeitos colaterais e nas condições de acesso do paciente à medicação

7. O uso de tricíclicos, especialmente imipramina, está contra-indicado em gestantes com depressão grave pelo risco de má formações e em mães que estejam amamentando.

8. As principais indicações de amitriptilina são depressão maior, enurese noturna, fibromialgia, dor na neuropatia herpética, dor na neuropatia diabética e profilaxia de cefaléias. A dose média para depressão é de 150mg por dia e para dores em geral é de 25 a 100mg por dia.

9. O lítio é considerado medicamento de primeira escolha no tratamento do transtorno bipolar. Para seu uso é fundamental a avaliação da função hepática, pois se esta estiver prejudicada o risco de intoxicação por problemas na metabolização é grande.

10. Considerando que os antidepressivos são divididos em classes de acordo com seu principal mecanismo de ação em nível de neurotransmissores, quando iniciamos um antidepressivo de uma classe, por exemplo fluoxetina que é um inibidor da recaptação de serotonina, e este não for eficaz após uma tentativa adequada em termos de tempo e dosagem do medicamento, está indicada a troca, porém é muito improvável que o paciente responda a outro antidepressivo da mesma classe.

11. Paciente masculino de 50 anos com hipertensão arterial de difícil controle refere uso abusivo de álcool. Durante a entrevista percebe-se que é dependente de álcool há quase 10 anos e tenta-se demonstrar os prejuízos decorrentes do uso abusivo. Entretanto o paciente não se percebe como alguém cujo consumo de álcool seja abusivo e esteja, muito provavelmente, causando dificuldades no controle da sua pressão arterial. Mesmo assim devemos logo dirigir todo o foco da consulta para um plano terapêutico.

12. A síndrome de dependência de álcool em geral inicia em 6 a 36 horas após a última dose, com duração de até 7 a 10 dias. Em alguns casos a intensidade é a mesma durante

todo o período e em outros vai piorando nas primeiras 48 a 72 horas. Para evitar ou pelo menos atenuar tais sintomas devemos usar algum benzodiazepínico como diazepam em doses a serem estabelecidas de acordo com a evolução dos sintomas de abstinência.

13. Entre os transtornos mentais mais comuns na prática clínica em atenção primária está a neurastenia, caracterizada por excitabilidade mental, preocupação excessiva, cansaço, insônia, dificuldades em manter a atividade intelectual e cognitiva, problemas de memória e pensamento ineficiente e improdutivo, entre outros sintomas.

14. A primeira opção farmacológica para a grande maioria dos transtornos ansiosos é antidepressivo e primeira opção de terapia de suporte é a exposição gradual ao que causa ansiedade.

15. Paciente masculino de 45 anos com infarto agudo do miocárdio há 2 meses apresenta-se com diagnóstico de episódio depressivo muito grave. Sugere-se que pacientes pós-infarto agudo do miocárdio em depressão apresentem melhores desfechos quando a patologia mental é tratada. Desta forma está indicado o uso de imipramina (antidepressivo tricíclico) devido à gravidade da depressão.

16. Paciente feminino de 35 anos vem à consulta com queixas compatíveis com episódio depressivo grave e risco de suicídio. Durante coleta de dados sobre a história do paciente, verificamos a presença de um episódio maníaco. Devido à gravidade do quadro depressivo a melhor opção terapêutica é iniciar imediatamente um antidepressivo aumentando as doses logo que possível.

17. Idosos com sintomas depressivos e déficits de memória progressivos e graves podem ter como diagnóstico apenas depressão, também conhecida em idosos como pseudodemência.

18. Delírios persecutórios com alucinações auditivas e desorganização do pensamento são sintomas patognomônicos de esquizofrenia paranóide.

19. Apatia, anedonia, letargia, lentidão de pensamento, humor e afeto planos (que não oscilam conforme as circunstâncias externas) dando a impressão de que não há sentimentos não são critérios diagnósticos de esquizofrenia. São efeitos colaterais de antipsicóticos.

20. Em transtornos depressivos o humor será sempre deprimido. Quando houver humor disfórico (leia-se humor irritável) outro diagnóstico é mais provável.

ANEXO III: QUESTIONÁRIO SOBRE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

E

TREINAMENTO PRÉVIO EM SAÚDE MENTAL

Caro colega,

Estamos iniciando as atividades do curso de Capacitação em Saúde Mental, uma das atividades integrantes do Projeto Nacional Telessaúde do Núcleo Rio Grande do Sul, financiado pelo Ministério da Saúde/OPAS/CNPq.

Visando atender melhor aos interesses dos profissionais que estão atuando nas Equipes, e também as necessidades do curso, solicitamos sua colaboração respondendo as informações em anexo. Ao final da capacitação será solicitado que responda novamente a algumas questões. Desejamos que este curso auxilie sua prática e contribua para a sua formação profissional.

Bom trabalho,

Equipe do Projeto Telessaúde 2

QUESTIONÁRIO SOBRE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL E
TREINAMENTO PRÉVIO EM SAÚDE MENTAL

1. DADOS SOBRE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA SUA EQUIPE






1.1. Existe algum tipo de trabalho específico para portadores de transtornos mentais, como grupo educativo, dia específico para agendamento de consultas para portadores de transtornos mentais, etc? () Sim () Não; SE SIM, QUAL? _____

2. DADOS SOBRE APOIO E ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE MENTAL






2.1. Sua equipe conta com um profissional permanente para consultoria em saúde mental?

Sim SE SIM, QUAL? Não; SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 2.2;

2.1.1. Você está satisfeito com a disponibilidade dessa consultoria?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
|  <input type="checkbox"/> A |  <input type="checkbox"/> B |  <input type="checkbox"/> C |  <input type="checkbox"/> D |  <input type="checkbox"/> E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |

2.1.2. Você está satisfeito com a atuação dessa consultoria?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
|  <input type="checkbox"/> A |  <input type="checkbox"/> B |  <input type="checkbox"/> C |  <input type="checkbox"/> D |  <input type="checkbox"/> E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |

2.2. Sua equipe conta com um serviço de referência em saúde mental? Sim SE SIM, QUAL? Não; SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 3;

2.2.1 Você considera que este serviço de referência está articulado com o cotidiano da equipe, com um canal de comunicação permanente? Sim Não

2.2.2. Você considera que este serviço de referência está disponível de forma adequada para as necessidades da equipe? Sim Não

2.2.3. Este serviço de referência está disponível nas situações de emergência?






Sim Não

2.2.4. Este serviço de referência provê sua equipe sobre informações acerca do atendimento e evolução dos usuários referenciados? Sim Não






2.2.5. Você considera que o tempo médio entre a referência feita na equipe até o atendimento no serviço de referência está adequado? Sim Não

2.2.6. Poderia estimar o tempo entre a referência feita na equipe até o atendimento no serviço de referência?

2.2.7. Você está satisfeito com o atendimento prestado por este serviço de referência?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
|  <input type="checkbox"/> A |  <input type="checkbox"/> B |  <input type="checkbox"/> C |  <input type="checkbox"/> D |  <input type="checkbox"/> E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |

2.2.8. Você está satisfeito com a relação/comunicação existente entre sua equipe e este serviço de referência?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
|  <input type="checkbox"/> A |  <input type="checkbox"/> B |  <input type="checkbox"/> C |  <input type="checkbox"/> D |  <input type="checkbox"/> E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |

2.2.9. Este serviço de referência já ofereceu capacitação em saúde mental? () Sim ()

Não






2.2.10. Este serviço de referência realiza encontros regulares para discussão dos casos?

() Sim () Não

3. DADOS SOBRE TREINAMENTO PRÉVIO EM SAÚDE MENTAL

3.1. Você recebeu algum treinamento específico em saúde mental durante sua formação profissional? () Sim () Não; SE NÃO, PULE PARA 3.2;

3.1.1 Você se considera satisfeito com este treinamento?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |






3.1.2. Você considera que este treinamento deveria ter sido mais abrangente? () Sim ()

Não

3.1.3. Baseado no treinamento em saúde mental que você recebeu durante sua formação profissional você se sente em condições de identificar, aconselhar e tratar/encaminhar adequadamente portadores de transtorno mentais? () Sim () Não

3.2. Você recebeu algum treinamento específico em saúde mental durante o curso introdutório para trabalhar em ESF? () Sim () Não; SE NÃO, PULE PARA 3.3.

3.2.1 Você se considera satisfeito com este treinamento?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | PÉSSIMO |

3.2.2. Você considera que este treinamento deveria ter sido mais abrangente?

Sim Não.

3.3. Você sente necessidade de capacitações em saúde mental? Sim Não

3.4. Sua equipe já recebeu material de treinamento oficial (do seu serviço de referência em saúde mental, da sua secretaria de saúde, do Ministério da Saúde, ou outro órgão oficial) sobre saúde mental? Sim Não SE NÃO, FIM DO QUESTIONÁRIO.

3.4.1. Que instância enviou este material (PODE RESPONDER MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: CAPS

SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: OUTRO. QUAL?

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE






() OUTROS. QUAL?

OBRIGADO PELO PREENCHIMENTO!






FAVOR RESPONDE À FICHA DE AVALIAÇÃO, NO LINK FICHA DE AVALIAÇÃO.

**ANEXO IV: QUESTIONÁRIO SOBRE A SATISFAÇÃO COM A
CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**






1.1) Como você classificaria sua satisfação geral com a capacitação?

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

1.2) Como você classificaria sua satisfação com o material escrito oferecido para trabalhar previamente aos módulos durante a capacitação?






| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

1.3) Como você classificaria sua satisfação com as videoconferências?






| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

QUALIDADE DA TRANSMISSÃO:






2.1) Como você classificaria o sinal de áudio?

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

2.2) Como você classificaria o sinal visual?






| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

2.3) Como você classificaria a velocidade de sinal (rapidez com que o sinal de áudio e voz chegou até você)?






| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

•CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA:

3.1) Como você avalia a utilidade prática do conteúdo trabalhado nesta capacitação para sua atividade diária?






| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

3.2) Você recomendaria a um colega que participasse da mesma capacitação?






| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
|---|---|---|--|---|

| | | | |
|-----------|-----|---------|------|
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM |
| PÉSSIMO | | | |

4. Você faria novamente uma capacitação semelhante?

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

5. Em relação ao tempo total da capacitação, qual sua avaliação?

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  () A |  () B |  () C |  () D |  () E |
| MUITO BOM | BOM | REGULAR | RUIM | |
| PÉSSIMO | | | | |

6) Quais são suas sugestões para melhorar este módulo?

—

—

—

7) Comentários que você gostaria de fazer:

—

—

ANEXO V: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Estamos convidando-o a participar do projeto "Capacitação em Saúde Mental à distância para médicos de Estratégia de Saúde da Família (ESF)", coordenado pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com financiamento do Ministério da Saúde/CNPQ/OPAS.

Por favor leia atentamente as informações abaixo e, no caso de aceitar participar da pesquisa nos termos apresentados, solicitamos sua assinatura ao final do TCLE.

•Objetivos:

Geral:

Avaliar a efetividade de um programa de intervenção educacional à distância para capacitação teórica e prática de médicos da ESF em temas de saúde mental com ênfase nas competências para a entrevista psiquiátrica e na identificação e tratamento de portadores de transtornos mentais.

Específicos:

Sistematizar um programa de tele-educação formativa em saúde mental (treinamento, qualificação prática e avaliação de competências de profissionais) direcionado a médicos de ESF, desenvolvendo material impresso e eletrônico adequado para este fim; verificar a melhora de conhecimentos, habilidades e atitudes em saúde mental, assim como a confiança em abordar e tratar transtornos mentais antes e após o programa de capacitação em saúde mental;

avaliar entre os participantes o grau de satisfação com o programa de capacitação em saúde mental e com cada módulo.

2. Metodologia:

A capacitação será oferecida através da plataforma *Moodle* em 8 módulos de frequência semanal, totalizando 8 semanas. Todos os módulos seguirão uma mesma estrutura, como segue:

material escrito a ser estudado de forma individual. Duração estimada para execução desta etapa: uma hora;

será disponibilizado um fórum para discussão do módulo corrente;

videoconferência de 60 minutos de duração a fim de propiciar interação dos participantes com o capacitador, assim como entre os participantes da capacitação, a fim de ser uma oportunidade de discussão. Serão formados 3 grupos de 6 participantes para as videoconferências, visto que a experiência em outros projetos não encoraja muitos pontos em uma mesma videoconferência. Interessante notar que haverá um rodízio dos participantes entre os 3 grupos, ou seja, não serão os mesmos participantes em cada grupo durante todo o período de capacitação.

Será solicitado que preencham formulário de satisfação ao final de cada módulo.

Os tópicos de cada módulo são os seguintes:

Módulo 1: Evidências atuais sobre atendimento de saúde mental em APS

Módulo 2: Diagnóstico em psiquiatria

Módulo 3: Habilidades de entrevistador

Módulo 4: Revisão dos principais medicamentos usados em psiquiatria

Módulo 5: Transtornos por abuso e/ou dependência de álcool e/ou drogas

Módulo 6: Transtornos somatoformes e de ansiedade

Módulo 7: Transtornos de humor, avaliação de risco de suicídio e transtornos psicóticos

Módulo 8: a ser definido pelos participantes.

3. Execução do projeto e coleta de dados:

Todo o processo será realizado via internet, sendo que a avaliação de capacidades em saúde mental será feita através da plataforma *Moodle*, os demais questionários enviados por email e as videoconferências feitas com *Breeze*.

Fase I:

1. Apresentação do processo de capacitação por apresentação *power point*;
2. Preenchimento do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), com dados de identificação, e solicitação de adesão, caso concordem com o TCLE;
3. Preenchimento de questionário sobre atendimento em saúde mental na equipe e treinamento prévio em saúde mental;
4. Avaliação de conhecimentos. Será realizado em duas fases. Na primeira, será solicitado que respondam a um questionário com 20 perguntas sobre saúde mental através de teleconferência via Skype. Na segunda, será solicitado que assistam a 3 casos clínicos e respondam a 3 perguntas por caso, tudo via email;
5. Preenchimento de formulários de auto-avaliação de habilidades que serão aplicados

antes e depois da capacitação.

Tempo estimado para fase I: 1 hora e 30 minutos a 2 horas e 10 minutos.

Fase II:

Intervenção.

Tempo estimado para fase II: 2 horas semanais.

Fase III:

1. Preenchimento de formulários de auto-avaliação de habilidades em saúde mental;

2. Avaliação de conhecimentos. Será realizado em duas fases. Na primeira, será solicitado que respondam a um questionário com 20 perguntas sobre saúde mental através de teleconferência via Skype. Na segunda, será solicitado que assistam a 3 casos clínicos e respondam a 3 perguntas por caso, tudo via email.

Tempo estimado para fase III: 1 hora a 2 horas.

4. Riscos:

Este estudo é considerado sem risco para a saúde pois não há qualquer tipo de intervenção com riscos.

5. Assistência durante a pesquisa:

Os coordenadores da pesquisa estarão à disposição para ajudar no entendimento e abordagem de casos em que os profissionais tiverem dificuldades de manejo durante a realização do curso através de consultorias por vídeo e por texto.

6. Confidencialidade:

Todas as informações que você prestar não serão divulgadas de forma individual e serão conhecidas apenas pela equipe responsável pelo curso, preservando totalmente sua privacidade.

7. Outros:

Para participação nesta pesquisa, não existe pagamento e nenhum outro tipo de compensação financeira aos participantes e também nada será destes cobrado.

Caso tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável Profa Suzi Camey pelo telefone (51) 9918.4878, com o doutorando Daniel Maffasioli Gonçalves pelo telefone (51) 9308.5183 e com o Comitê

de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308.3629.

Eu, _____
_____, fui informado dos objetivos especificados acima e da justificativa deste curso, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre cada procedimento no qual estarei envolvido. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

8. Dados de identificação:

1. Nome completo:

1. E-mail: _____

1. Identificação da equipe (Nome do PSF: Ex : PSF Borges de Medeiros):

—

1. Município:

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Nome

Local e data:

_____, _____ de _____ de _____

—

Pesquisadora responsável: Prof. Suzi Camey.

9.2. ANEXO II: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 18155

Título: CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA MÉDICOS DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIA TELEMEDICINA

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

SUZI ALVES CAMEY - coordenador desde 01/05/2010

ERNO HARZHEIM - coordenador desde 01/05/2010

DANIEL MAFFASIOLI GONÇALVES - pesquisador desde 01/05/2010

O mesmo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs, em reunião realizada em 08/07/2010 - Sala de Reuniões do Gabinete do Reitor (Ex Salão Vermelho) - Prédio Reitoria, 6º andar, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 8 de Julho de 2010

P/ JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética