

Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão

An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression

Willians Valentini^a, Itzhak Levav^b, Robert Kohn^c, Claudio T Miranda^d, Andrea de Abreu Feijó de Mello^e, Marcelo Feijó de Mello^e e Cássia P Ramos^a

^aServiço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira". Campinas, SP, Brasil. ^bMinistério da Saúde. Jerusalém, Israel. ^cDepartment of Psychiatry and Human Behavior. Brown University Providence, RI, EUA. ^dOrganização Panamericana de Saúde (Opas/OMS). Washington, DC, EUA. ^eUniversidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Cuidados primários de saúde. Depressão, diagnóstico. Depressão, terapia. Educação em saúde. Capacitação. Conhecimentos, atitudes e prática. Médicos de família.

Resumo

Objetivo

Avaliar os resultados da aplicação de programa de treinamento da Organização Mundial de Saúde, voltado para diagnóstico e tratamento da depressão, dirigido a médicos clínicos gerais.

Métodos

Dezessete clínicos e 1.224 pacientes da cidade de Campinas, SP, participaram do estudo. Um mês antes e um após o treinamento, foram avaliados o conhecimento dos médicos, suas atitudes e o atendimento prestado aos pacientes; esses, por sua vez, completaram escalas de auto-avaliação de sintomas depressivos: Zung e um "checklist" para depressão maior do manual para diagnóstico e estatística em saúde mental (DSM-IV/CID-10). A mudança de conhecimento e atitude dos clínicos entre as fases 1 e 2 foi avaliada pelos testes *t* de Student. Mudanças com relação ao conhecimento de cada indivíduo foram mensuradas pelo teste de qui-quadrado de McNemar. As diferenças entre o modo de atender os pacientes entre as duas fases foram determinadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson. A concordância diagnóstica foi analisada utilizando o Kappa, com o intuito de corrigir a concordância ao acaso.

Resultados

O programa mostrou benefícios limitados nessa amostra de clínicos gerais. Não foi capaz de mostrar aumento do conhecimento sobre a depressão e nem quanto à atitude dos médicos com relação a esse transtorno. Não houve modificação no número de casos diagnosticados antes ou após o programa. Existiram algumas evidências com relação à melhora no manejo psicofarmacológico. Aparentemente, o programa tornou os clínicos mais confiantes para o tratamento da depressão, diminuindo o número de encaminhamentos feitos aos profissionais da área de saúde mental. Porém, um baixo poder estatístico não permitiu que os dois últimos achados atingissem significância.

Conclusões

A inclusão de clínicos gerais é um componente central de qualquer iniciativa para melhorar a detecção e o tratamento da depressão, porém faz-se necessário testar melhores métodos de treinamento dos clínicos brasileiros no manejo desta.

Correspondência para/ Correspondence to:

Willians Valentini
Hospital Dr. Cândido Ferreira
Rua Antonio Prado, 430
Caixa Postal 89-2 Sousas
13105-022 Campinas, SP, Brasil
E-mail: wvalentini@dglnet.com.br

Financiado pela World Psychiatry Association, New York, New York-USA e Eli Lilly Foundation, Indianapolis, Indiana-USA.

Recebido em 18/12/2002. Reapresentado em 2/10/2003. Aprovado em 19/2/2004.

Keywords

Primary health care. Depression, therapy. Depression, diagnosis. Health education. Knowledge, attitudes, practice. Training. Physicians, family.

Abstract

Objective

The American Regional Office of the WHO has launched a major initiative to reduce the prevalence of affective disorders region-wide that includes focusing on the primary health care system. This study evaluated the results of an educational training program for Brazilian primary care physicians that measured changes in knowledge, attitudes, and practice.

Methods

A total of 17 primary care physicians and 1,224 patients participated in the study. Physician's knowledge, attitudes, and clinical practice were assessed one-month prior and one-month following the training program. In addition, the patients that visited the clinic during a typical week completed depression symptom self-ratings, including the Zung and a DSM-IV/ICD-10 major depression checklist at both times.

Results

The training program showed limited benefits in this small sample of physicians. The program was unable to demonstrate benefit in improving knowledge about depression and in changing disorder-related attitudes. There were no changes in the diagnostic rates of major depression. There was some evidence to support improvement in psychopharmacological management. The physicians seemed more confident in treating patients, as there was a reduction of referrals to the specialists. Lack of statistical power prevented the latter two findings from reaching statistical significance.

Conclusions

The inclusion of primary care physicians is a central component of any initiative to reduce the treatment gap and lag of depression. However, more effective methods of training Brazilian primary care physicians in the management of major depression need to be tested.

INTRODUÇÃO

Aproximadamente entre 2 e 12% dos indivíduos no Brasil apresentarão depressão no seu ciclo de vida.^{1,2} Esses índices são mais altos entre os pacientes dos serviços de atenção primária. Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) conduzido no Rio de Janeiro em 15 centros de atenção primária à saúde mostrou uma prevalência de 29,5% para os transtornos depressivos.¹⁸ A maioria dos indivíduos com depressão é atendida pelos serviços de atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento de especialistas em saúde mental.⁸

Apesar da depressão ter uma taxa de prevalência relativamente alta nos serviços de atenção primária, seus diagnóstico e tratamento são insuficientes. Os clínicos gerais falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provêm tratamento para apenas um terço deles.⁶ Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado ou é subtratado, observa-se uma pior evolução.¹⁶

Duas barreiras, entre outras, prejudicam a detecção precoce e o tratamento adequado da depressão: a idéia de que a depressão não é uma condição médica que contribui para o retardo na busca de tratamento⁹ e o estigma que envolve os transtornos mentais contri-

bui para diminuir a habilidade do clínico geral em diagnosticar e tratar os transtornos depressivos.^{7,9}

Um estudo conduzido em Campinas para investigar as atitudes, conhecimento, e autoconfiança dos médicos clínicos no diagnóstico e tratamento da depressão encontrou que 42% dos 78 participantes sentiam-se incompetentes em diferenciar depressão de tristeza.⁴ Embora 45% tenham concordado que a depressão é uma condição médica, 47% acreditavam que ela é originária apenas de tragédias e adversidades na vida das pessoas acometidas.

Apesar da necessidade, a efetividade de programas de treinamento para o tratamento da depressão, voltados para clínicos dos serviços de atenção primária, permanece controversa. Vários estudos mostraram incremento na comunicação entre médico e paciente¹¹ e benefícios de curto prazo na adesão a procedimentos padronizados.^{12,17} Um programa educacional bem desenvolvido mostrou redução significativa nos custos, indicando redução nas taxas de: abstenção por doença, internação e suicídio; e aumento do número de prescrições de psicofármacos.¹⁵ Outros estudos, entretanto, não apontaram aumento no número de prescrições de psicofármacos e nas taxas de diagnóstico¹³ ou diminuição nos custos gerados pelo tratamento da depressão.¹⁰

O objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito da aplicação de um programa educacional de treinamento para diagnóstico e tratamento da depressão entre clínicos da rede de atenção primária.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na cidade de Campinas, situada a noroeste do Estado de São Paulo, onde foi aplicado um programa de treinamento da Opas/OMS para diagnóstico e tratamento da depressão desenvolvido para o propósito deste estudo. Avaliaram-se as mudanças no conhecimento, atitudes e no atendimento prestado aos pacientes, incluindo o reconhecimento da depressão. Com população de 969.369 habitantes, o Sistema Único de Saúde (SUS) do município está organizado administrativamente em cinco distritos de saúde: norte, sul, leste, sudoeste e noroeste. As unidades básicas de atendimento somam no total 45 serviços, assim organizados: distrito de saúde norte - oito unidades; distrito de saúde sul - 12 unidades; distrito de saúde leste - oito unidades; distrito de saúde noroeste - sete unidades; distrito de saúde sudoeste - 10 unidades básicas de saúde.

A oferta de cuidados à população atendida pelo SUS ocorre, preferencialmente, nos contextos dessas unidades básicas, que funcionam das 7h até as 21h. Essa rede de assistência assiste cerca de 45% da população.

O estudo foi realizado nos centros de saúde que estavam localizados no distrito de saúde leste da cidade de Campinas, por indicação da Secretaria Municipal desse município. Essa indicação baseou-se no fato de que o processo de organização em distrito seria também favorecido e possivelmente estendido para outros centros de saúde da cidade. Foram realizadas visitas a todos os clínicos que trabalhavam nesses centros de saúde, durante as quais foram apresentados os objetivos e as expectativas do treinamento. Todos os médicos aceitaram participar do treinamento, num total de 17 profissionais. A situação dos centros de saúde que compõem o distrito leste, com relação ao número de profissionais, acesso dos usuários ao atendimento, organização do atendimento e programas que oferece à população não difere do restante dos centros de saúde da rede municipal, sendo uma amostra representativa da cidade de Campinas.

Participaram do estudo médicos psiquiatras da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP), os quais receberam o manual e o material para o treinamento dos médicos clínicos.

O módulo de treinamento foi administrado em um dia de seminários conduzidos pelo psiquiatra selecio-

nado da região de Campinas. Os seminários enfocaram: como fazer o diagnóstico, as possibilidades de tratamento, as dosagens dos antidepressivos e os efeitos colaterais dos psicofármacos, assim como discussões de casos clínicos.

A avaliação do programa de treinamento foi feita em duas fases.

Fase 1: Realizada em dois momentos. O primeiro um mês antes da aplicação do programa de treinamento, durante uma semana típica de atendimentos. Todos os pacientes, exceto os da emergência, com mais de 15 anos de idade, preencheram um questionário incluindo dados sociodemográficos, a escala de depressão de Zung,¹⁹ e uma lista de verificação de sintomas que permitia fazer um diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com o DSM-IV e o CID-10. Os médicos, “cegos” às informações dadas pelos pacientes, foram requisitados a relatar a presença de um transtorno psiquiátrico, incluindo a depressão maior. Também foram solicitados a documentar a prescrição de psicotrópicos, os encaminhamentos para um especialista em saúde mental e a provisão de terapia de apoio. Além disso, preencheram um questionário para avaliação das suas atitudes e do seu conhecimento com relação à depressão. O componente de avaliação do conhecimento constou de oito questões de múltipla escolha, baseadas em um caso clínico. A soma das respostas corretas foi utilizada para gerar uma pontuação no teste de conhecimento. Os dez itens de investigação a respeito da atitude dos clínicos estão listados na Tabela 3. As respostas variaram entre “concordo” e “discordo” em uma escala de dez pontos. Foram anotadas informações a respeito das dosagens e tipos de antidepressivos dispensados pela farmácia.

O segundo momento desta fase foi realizado durante o mês seguinte com a participação dos clínicos no programa educacional de treinamento durante os citados seminários. Após, completaram um questionário opinando sobre o programa.

Fase 2: Uma segunda avaliação foi realizada um mês após, usando os mesmos métodos da fase 1.

A mudança de conhecimento e atitude dos clínicos entre as fases 1 e 2 foi avaliada pelos testes *t* de Student. Mudanças com relação ao conhecimento de cada indivíduo foram mensuradas pelo teste de qui-quadrado de McNemar. As diferenças entre o modo de atender os pacientes entre as duas fases foram determinadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson. A concordância diagnóstica foi analisada utilizando o Kappa, com o intuito de corrigir a concordância ao acaso.

RESULTADOS

Dados demográficos e características dos atendimentos

Um total de 17 clínicos (nove homens e oito mulheres) participou do estudo. A média de idade foi 35,2 (dp=8,1) anos. Em média, vinham exercendo a medicina por 7,9 (dp=6,9) anos e estavam trabalhando nos centros de saúde há 4,3 (dp=4,3) anos. Metade deles estavam empregados por dois períodos (oito horas diárias).

Foram avaliados 1.589 pacientes na fase 1 e 2.635 pacientes na fase 2. Houve diferenças quanto ao nível educacional dos pacientes nas duas fases de avaliação, mas não foram encontradas diferenças quanto ao sexo, idade, estado civil ou ocupação (Tabela 1).

Os clínicos gerais relataram que 8,2% (dp=10,6; N=130) das consultas deveriam-se à depressão, e 14,5% (dp=16,0; N=230) dos pacientes vistos receberam o diagnóstico de depressão. Os clínicos declararam ter prescrito antidepressivo para 6,9% (dp=16,5; N=109) deles; 28,3% desses pacientes foram encaminhados (dp=39,3; N=449) para profissionais de saúde mental. Não houve diferenças estatisticamente significativas nas taxas de diagnóstico ou de tratamento da depressão após a aplicação do programa educacional.

Conhecimento e atitudes

Praticamente a totalidade dos clínicos gerais (N=15,

88%) admitiu que a educação recebida na faculdade de medicina não os preparou para fazer o diagnóstico da depressão. Nenhum médico afirmou ter o conhecimento necessário para tratar desse transtorno. Não houve evidência de mudança no conhecimento após o treinamento realizado (fase 1: 5,8±1,4; fase 2: 5,7±1,7, teste *t* pareado =0,15, gl=16, *p*<0,89). Nenhuma das questões a respeito do conhecimento, quando individualmente avaliadas, mostrou diferença estatisticamente significativa, entre as duas fases de avaliações. Ainda, nenhuma resposta nas questões quanto às atitudes dos médicos frente à depressão mostrou diferenças após o programa educacional (Tabela 2).

As características sociodemográficas e as relacionadas ao exercício da medicina, como idade, sexo, anos de exercício da medicina ou tempo prévio de trabalho no centro de saúde, não se relacionaram com o nível de conhecimento quanto à depressão. Durante o seguimento, apesar de não terem sido notadas diferenças nas atitudes dos médicos quanto ao sexo, as médicas declararam dificuldade em distinguir tristeza de depressão (*t*=3,01, gl=14, *p*<0,01). Um maior número de médicas também relatou acreditar que antidepressivos deviam ser prescritos unicamente por psiquiatras (*t*=2,47, gl=14, *p*<0,03). Na primeira avaliação, os médicos mais jovens acreditavam mais na eficácia dos antidepressivos (*r*=0,52, *p*<0,03). Após o treinamento, passaram a atribuir à psicoterapia um importante papel no tratamento da depressão (*r*=0,52, *p*<0,04).

Os clínicos apontaram como principal razão da dificuldade de fazer o diagnóstico da depressão a es-

Tabela 1 – Diferenças entre as características sociodemográficas dos pacientes nas fases 1 e 2 do estudo.

Variável	Fase 1 (%)	Fase 2 (%)	Qui-quadrado	gl	p
Sexo					
Masculino	35,7	33,2	0,80	1	0,37
Estado civil					
Solteiro	22,2	20,0	3,61	5	0,61
Casado	47,0	49,8			
Amigado	6,8	5,2			
Viúvo	13,9	15,3			
Separado	5,8	4,9			
Divorciado	4,2	4,9			
Educação					
Nenhuma	13,9	12,3	21,51	4	0,0001
1-4 anos	32,1	41,6			
5-8 anos	31,2	27,7			
9-12 anos	21,2	14,8			
≥13 anos	1,5	3,6			
Ocupação profissional					
Semi-profissional	1,9	2,7	7,45	8	0,49
Administrativo	4,4	3,0			
Manual com treino	10,9	12,8			
Manual sem treino	14,9	15,3			
Estudante	49,4	50,1			
Outras	1,7	1,7			
Aposentado	1,0	0,3			
Desempregado	12,4	12,0			
	3,4	2,2			
Idade	média (dp) 48,4±17,9	média (dp) 48,8±17,4	teste t -0,37	gl 1.222	P 0,71

Fase 1: Antes do programa de treinamento. Fase 2: Após o programa de treinamento.
GL: Graus de liberdade.

Tabela 2 – Diferença nas atitudes frente à depressão, avaliadas através do questionário de auto-avaliação dos clínicos gerais usando médias e desvios-padrão, resultados dos testes *t* pareados.

Item	Fase 1	Fase 2	Teste t	gl	p
É fácil diferenciar um paciente triste de um paciente deprimido	4,1±2,6	5,3±2,6	-1,39	15	0,184
A depressão é a maneira com a qual as pessoas fracas enfrentam os problemas da vida	1,9±1,6	1,9±1,9	0,00	15	1,000
Eu me sinto confortável em lidar com os problemas dos pacientes com depressão	4,6±1,7	5,5±2,3	-1,70	15	0,110
A depressão reflete uma característica da personalidade do paciente que não é fácil de modificar	3,2±2,6	3,0±2,6	-0,242	14	0,812
É difícil trabalhar com pacientes deprimidos	5,4±2,7	5,4±2,5	-0,00	15	1,000
É gratificante investir um tempo em pacientes deprimidos	6,7±2,0	6,9±1,5	-4,73	15	0,643
A psicoterapia não tem relação alguma com o tratamento da depressão	2,6±1,6	2,6±2,8	0,00	15	1,000
Os antidepressivos têm resultados positivos no tratamento de pacientes com depressão	6,6±2,2	7,6±1,5	-1,52	15	0,149
A psicoterapia para pacientes deprimidos deve ser feita apenas pelo especialista	7,5±2,9	6,6±3,3	-1,32	15	0,206
É melhor que um paciente que necessite de antidepressivos seja tratado por um psiquiatra	3,9±2,6	5,1±2,5	-1,60	15	0,131

cashez de tempo no atendimento aos pacientes com problemas emocionais. Na fase 1 do estudo, 47% dos clínicos destacaram a falta de tempo e na fase 2, 40%.

Outras razões apontadas foram: educação limitada sobre a doença, estigma e sintomas somáticos e vegetativos manifestados pelos pacientes com depressão.

Mudanças no atendimento médico

Enquanto os clínicos diagnosticaram depressão em 12 a 14% dos pacientes nas duas fases do estudo (Tabela 3), 23% dos pacientes referiram sintomas compatíveis com o diagnóstico de depressão nas auto-avaliações, usando um dos três critérios diagnósticos. As taxas de diagnóstico de depressão (feito pelos clínicos) não mudaram antes e após o programa de treinamento. Porém, os pacientes referiram na escala de Zung valores estatisticamente diferentes nas duas fases. A taxa de diagnóstico dos clínicos caiu 2% da fase 1 para fase 2, enquanto as medidas de auto-avaliação dos pacientes mostraram um aumento de 2,9% nos casos de depressão, de acordo com os critérios do DSM-IV.

Após o programa de treinamento, os pacientes diagnosticados como deprimidos foram em menor número encaminhados para os profissionais de saúde mental do que na fase 1 do estudo (22,9% na fase 1 contra 14,3% na fase 2). Observou-se uma tendência ao aumento no número de prescrições de antidepressivos

na fase 2 (12,0% na fase 1 contra 23,4% na fase 2; qui-quadrado 3,55, gl=1, $p<0,06$), porém não houve mudanças significativas quanto à terapia de apoio (21,7% contra 27,3%). O uso de benzodiazepínicos entre os deprimidos caiu, mas não significativamente (20,5% contra 10,4%; qui-quadrado =3,09, gl=1, $p<0,08$). O mesmo se observou em relação à taxa daqueles que recebiam benzodiazepínicos não acompanhados por antidepressivos, mas não significativamente (16,9% contra 9,1%; qui-quadrado =2,12, gl=1, $p<0,15$).

A maioria dos participantes achou o treinamento útil e mostrou-se satisfeita (76,5%). A maior parte dos participantes admitiu que participaria novamente (94,1%); todos recomendariam o treinamento a um colega; e 88,2% o utilizariam para o treinamento de outros médicos. A maioria dos clínicos (87,4%) achou que sua habilidade para tratar os pacientes deprimidos cresceu.

DISCUSSÃO

O programa educacional não teve um resultado positivo quanto à capacitação para realização do diagnóstico da depressão maior. A concordância foi baixa entre os diagnósticos feitos pelos médicos e as medidas de auto-avaliação dos pacientes.

O uso de antidepressivos aumentou da fase 1 para

Tabela 3 - Taxas de diagnóstico de depressão de acordo com os médicos e com as auto-avaliações dos pacientes.

Critério diagnóstico	Fase 1	Fase 2	Mudança	Qui-quadrado (gl=1)	p
Médicos	14,1	12,1	-2,0	1,04	0,308
Pacientes					
DSM-IV	23,9	26,8	2,9	1,29	0,255
CID-10 leve	8,3	7,4	-0,9	0,36	0,551
CID-10 moderado	18,3	17,6	-0,7	0,10	0,751
CID-10 severo	16,3	18,1	1,8	0,70	0,402
Zung leve	42,3	48,0	5,7	4,09	0,043
Zung moderado	42,1	35,0	-7,1	6,59	0,010
Zung severo	7,6	4,6	-3,0	5,08	0,024

DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística em saúde mental.

fase 2 e o uso de benzodiazepínicos caiu. A diminuição no número de encaminhamentos para os profissionais de saúde mental é um indicador de que os clínicos adquiriram mais confiança na capacidade de tratar os pacientes com depressão. Porém, nenhum desses achados atingiu significância estatística. O tamanho da amostra (17 clínicos) não permitiu alcançar um poder estatístico suficiente. Os participantes declararam claramente que o programa educacional foi benéfico. Talvez a incapacidade para medir uma mudança significativa no conhecimento se deva ao uso de um instrumento de avaliação com apenas oito questões.

O presente estudo teve limitações, além da citada quanto ao tamanho da amostra de clínicos gerais. A mudança nos cuidados fornecidos aos pacientes foi avaliada por meio de dois pontos cruzados no tempo. Esse tipo de mensuração permite avaliar o aumento nas taxas de diagnósticos clínicos e os hábitos de prescrição e encaminhamento, mas não fornece dados longitudinais a respeito de mudanças no manejo de pacientes com depressão.

O aumento no número de diagnósticos foi medido pela análise da taxa dos diagnósticos feitos pelos clínicos contra a taxa de diagnósticos fornecida pelas auto-avaliações dos pacientes quanto a seus próprios sintomas. Teria sido mais adequada a comparação dos diagnósticos dos clínicos contra uma entrevista diagnóstica estruturada. Entretanto, isso não foi possível devido ao grande número de pacientes incluídos e as limitações dos centros de saúde. O estudo foi limitado a um único seguimento, um mês após um breve programa de treinamento. Não ficou claro se um programa de treinamento mais extenso teria alcançado benefícios e se esses se manteriam ao longo do tempo.

Estudos que examinaram a manutenção do benefício de programas educacionais ao longo do tempo tiveram resultados negativos e recomendaram re-treinamento periódico,^{12,17} embora não exista evidência na literatura que sustente o benefício de treinamentos adicionais. As iniciativas mais promissoras incluíram treinamento e ensino para os médicos com a finalidade de promover a detecção e o manejo con-

tínuo da depressão. Programas que incluíram educação para o paciente com diagnóstico de depressão visando maior adesão ao tratamento,¹⁴ que treinaram algum especialista na sua prática diária em detectar depressão,¹⁹ que promoveram interconsultas psiquiátricas em resposta às necessidades dos clínicos nos níveis de atenção primária,³ e aqueles onde os clínicos usaram algum instrumento de detecção da doença⁵ sempre se mostraram benéficos. Esses achados não são sempre replicáveis em áreas carentes, onde os recursos são escassos, principalmente com relação aos serviços de saúde mental. Nesses locais, os clínicos são insuficientes e a disponibilidade de atendimentos psiquiátricos é praticamente inexistente.

O programa de treinamento da Opas/OMS não foi eficaz em aumentar o conhecimento a respeito da depressão e nem em mudar as atitudes dos clínicos gerais sobre a doença. Os resultados do presente estudo indicam que os clínicos da rede primária de saúde não diagnosticam e não tratam a depressão de modo apropriado. Tais conclusões são baseadas também na observação das altas taxas de prescrição de benzodiazepínicos e baixas taxas de prescrição de antidepressivos realizadas na fase 1 do estudo. Isso sugere que os prejuízos causados pela depressão não serão reduzidos se os clínicos da rede de atenção primária não receberem um melhor treinamento. Frequentemente, esses profissionais da rede de atenção primária à saúde aprenderam sobre temas relativos à psicologia e psicopatologia em situações clínicas muito distantes da prática de seu dia-a-dia. Na realidade, a maioria dos médicos no Brasil, e frequentemente em outros países, é treinada em hospitais e ambulatórios psiquiátricos, onde os problemas dos pacientes são totalmente diferentes daqueles encontrados na prática diária do centro de saúde.

Talvez, além de tentar re-treinar médicos, seja o momento de reavaliar o treinamento em psiquiatria dentro do currículo médico. Uma maior ligação entre serviços psiquiátricos e de atenção primária também pode facilitar o tratamento, treinando enfermeiras na detecção desses transtornos e ensinando o público sobre os sintomas da doença.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
2. Andrade LHSG de, Lollo CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* 1999;26:257-61.

3. Bodlund O, Andersson SO, Mallon L. Effects of consulting psychiatrist in primary care. 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety depression. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:153-7.
4. Botega NJ, Silveira GM. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:230-7.
5. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV 3rd, Williams JB. Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. *Arch Intern Med* 1998;158:2469-675.
6. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hospital Psychiatry* 1995;17:3-12.
7. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behavior? *Psychol Med* 2000;30:413-9.
8. Hans-Ulrich W, Holsboer F, Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 26):23-8.
9. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Pollitt P, Jacomb PA, Christensen H, Jiao Z. Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:468-73.
10. Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J, Thompson C. Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences. *Br J Gen Pract* 2001;51:911-3.
11. Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993;8:318-24.
12. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, von Korff M, Bush TM, Rutter CM et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care* 1997;35:831-42.
13. Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Intern Med* 2001;16:614-9.
14. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QUEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med* 2001;16:143-9.
15. Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:457-64.
16. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997;43:105-19.
17. Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, van der Meer K, Van OS TW, van den Brink RH et al. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med* 1999;29:833-45.
18. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995.
19. Wells KB, Sherbourne C, Sheoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.