

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças

Diagnostic reliability of mental disorders of the International Classification of Diseases - primary care

Ellis D'A Busnello, Leila Tannous, Luciana Gigante, Dinarte Ballester, Maria P Hidalgo, Vilma da Silva, Mário Juruena, Angela Dalmolin (in memoriam) e Gabriela Baldisserotto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental no Brasil, Porto Alegre, RS - Brasil

BUSNELLO Ellis D'A, Leila Tannous, Luciana Gigante, Dinarte Ballester, Maria P Hidalgo, Vilma da Silva, Mário Juruena, Angela Dalmolin (in memoriam) e Gabriela Baldisserotto *Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças* Rev. Saúde Pública, 33 (5), 1999 www.fsp.usp.br/rsp

Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças*

Diagnostic reliability of mental disorders of the International Classification of Diseases - primary care

Ellis D'A Busnello, Leila Tannous, Luciana Gigante, Dinarte Ballester, Maria P Hidalgo, Vilma da Silva, Mário Juruena, Angela Dalmolin (in memoriam) e Gabriela Baldisserotto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental no Brasil, Porto Alegre, RS - Brasil

Descritores

Transtornos mentais, diagnóstico. Classificação Internacional de Doenças. Validade.

Keywords

Mental disorders, diagnosis. International Classification of Diseases. Validity.

Resumo

Objetivo

Avaliar a confiabilidade da versão para teste do capítulo V - "Transtornos Mentais e do Comportamento", da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças, Versão para Cuidados Primários (CID -10 CP), preparado pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Métodos

Durante os meses de setembro e outubro de 1994 foram treinados médicos gerais comunitários (MGC) da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, no uso da citada versão, preparada para teste de campo, conforme o delineamento proposto pela OMS.

Resultados

Os resultados referem-se ao estudo sobre concordância dos diagnósticos atribuídos por 9 duplas de MGC a 440 pacientes de primeira consulta. O Kappa de Cohen para Transtorno de Saúde Mental, presente ou ausente, foi de 0,79 (IC 95%: 0,69 – 0,88).

Conclusão

O uso da CID-10 CP dará maior especificidade às informações e permitirá maior comunicação entre as equipes de saúde em nível de cuidados primários.

Abstract

Introduction

The objective is to evaluate the test version of Chapter V - "Mental and Behavioral Disorders reliability", of the 10th revision of the International Classification of Diseases, Version for Primary Care (ICD -10 PC), prepared by the Division of Mental Health of the World Health Organization (WHO).

Methods

During September and October of 1994, Community General Physicians (CGP) from the Health and Environment Department of the State of Rio Grande do Sul were trained in the use of this version, prepared for the field trial, according to the design proposed by WHO.

Results

The results refer to a study about reliability of diagnosis attributed by 9 pairs of CGP to 460 patients in their first appointments. Cohen's Kappa for Mental Health Disorder, present or absent, was 0,79 (CI 95%: 0,69 - 0,88).

Conclusion

The use of ICD-10 CP will give more specificity to the information and will allow a better communication between health workers at the level of primary care.

INTRODUÇÃO

Está constatado que diferentes psiquiatras num mesmo país e em diferentes países discordam na determinação do diagnóstico psiquiátrico. Tal constatação levou um grupo de pesquisadores, a partir dos anos 60, a realizar estudos internacionais sistematizados, tentando melhor configurar e definir o problema da confiabilidade das categorias diagnósticas em psiquiatria¹⁰.

A confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico traduz-se pelo grau de concordância obtido nos diagnósticos formulados por diferentes clínicos para as mesmas categorias diagnósticas. Uma classificação ideal permitiria a dois clínicos chegar sistematicamente às mesmas categorias diagnósticas, uma vez que teria como atributo ser um instrumento com a capacidade de não variar seus resultados, podendo ser utilizado por diferentes operadores num mesmo ou em distintos momentos¹.

Mobilizados no sentido de determinar as causas das discordâncias e buscar soluções, um grupo de pesquisadores de língua inglesa* concluiu que as diferenças na determinação do diagnóstico psiquiátrico deviam-se principalmente: a) a diferenças de formação dos clínicos de acordo com as diversas escolas psiquiátricas e; b) ao uso de definições mais ou menos abrangentes de um determinado sintoma psiquiátrico⁹.

Surgiram daí tentativas de se obter uma padronização de critérios para formular o diagnóstico psiquiátrico. Os objetivos seriam: a) descrever sintomas psiquiátricos de forma clara e confiável de modo que eles pudessem ser reconhecidos independentemente do idioma e da cultura do psiquiatra e do paciente, e; b) especificar regras de classificação precisas de modo que indivíduos com um dado conjunto de sintomas fossem sempre alocados no mesmo diagnóstico clínico¹⁴.

Nesta linha de trabalho a Organização Mundial da Saúde planejou o Estudo-Piloto Internacional da Esquizofrenia¹⁵. Nove centros em países distribuídos em todos os continentes foram escolhidos e 26 pesquisadores principais receberam ajuda de numerosos técnicos locais.

Constatadas as dificuldades de obter confiabilidade entre clínicos, os psiquiatras americanos empreenderam exemplar esforço para aumentar a confiabilidade das categorias diagnósticas e proporcionar uma linguagem comum entre pesquisadores e profissionais de saúde mental. Baseado em parte em trabalhos prévios, tais como o Research Diagnostic Criteria - RDC¹², e nos critérios de Feighner et al.⁵, elaborados pela equipe da Universidade de Washington, a American Psychiatric Association (APA) lançou em 1980 o III Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais². O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) e seus descendentes DSM-III-R e DSM-IV estabelecem diretrizes diagnósticas sob a forma de critérios operacionais de inclusão e exclusão para a classificação das doenças mentais, numa abordagem descritiva dos sintomas dentro de uma avaliação multiaxial².

A Organização Mundial da Saúde, que na nona Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID) (1975) havia introduzido um glossário para as categorias psiquiátricas, face à disseminação e à consagração do DSM-III, procurou incorporar na sua 10ª revisão os progressos obtidos na utilização de metodologia científica no campo do diagnóstico e da classificação.

Diversas versões do capítulo V – “Transtornos Mentais e do Comportamento” –, da CID-10, foram desenvolvidas em paralelo à versão para uso na atividade clínica (livro azul), a uma versão específica para pesquisa (livro verde), a uma versão multiaxial e a

*1 US-UK Diagnostic Projects.

uma para cuidados primários (CID-10 CP), objeto do presente estudo. Esta versão vem atender a uma necessidade constatada a partir de dados que dão conta que transtornos mentais são comuns em locais de cuidados primários e estão presentes entre 15% e 40% de atendimentos consecutivos^{8,13}.

A fim de testar e refinar este novo modelo de classificação, foi criado um protocolo para teste de campo da CID-10, versão para cuidados primários, abordando as 24 categorias diagnósticas encontradas mais freqüentemente em locais de cuidados primários e que podem ser manejadas com eficácia por médicos gerais comunitários, para ser testado nos diferentes centros de pesquisa associados à OMS.

O Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Pesquisa em Treinamento de Saúde Mental no Brasil, Porto Alegre, habilitou-se a participar da pesquisa motivado pela experiência adquirida na participação em estudos multicêntricos em colaboração com a OMS* e pela existência de uma bem montada rede de atendimento de cuidados primários.**

O teste de campo da CID-10 CP propôs:

a) avaliar a adequação da CID-10 CP na identificação e manejo de vários tipos de transtornos mentais e do comportamento em locais de cuidados primários em diferentes culturas e sistemas de cuidados de saúde;

b) avaliar se o treinamento de médicos gerais comunitários para usar a classificação é fácil e eficiente; e se a classificação é fácil para uso em cuidados primários;

c) avaliar a adequação dos procedimentos descritos nos planos de manejo e promover posteriores modificações da classificação à luz da experiência dos médicos de cuidados primários quando usado no teste de campo;

d) avaliar a confiabilidade entre juízes (médicos de cuidados primários do sistema de saúde ou outros usuários) no uso do sistema classificatório;

e) testar a validade da CID-10 CP, comparando as avaliações feitas por médicos gerais comunitários usando CID-10 CP com as feitas por psiquiatras ou através de entrevistas padronizadas.

No presente artigo estão descritos os objetivos, a metodologia e os resultados obtidos na avaliação da confiabilidade entre juízes (opção IIA) do Teste de Campo da CID-10-CP, efetuada após o treinamento dos médicos gerais comunitários, conforme os objetivos propostos na primeira parte do protocolo. A decisão por tal metodologia levou em conta a grande disponibilidade dos médicos gerais comunitários (MGC) para agir com a mentalidade de trabalho de dupla e a complexidade das propostas alternativas (opção IIB: confiabilidade reteste e opção IIC: validade).

MÉTODOS

O protocolo para o teste de campo da CID-10, versão para cuidados primários, continha um rascunho da CID-10 CP com 24 fichas onde estavam descritas 24 categorias diagnósticas que fazem parte do elenco de transtornos mentais mais freqüentemente encontrados em locais de cuidados primários^{8,13}. As fichas de 1 a 20 serviam para a identificação e o manejo de 20 transtornos mentais usualmente encontrados em adultos. A ficha 21, para identificar e manejar retardo mental, e as fichas 22, 23 e 24 correspondem a três transtornos mentais que ocorrem na infância. As categorias contempladas são apresentadas na Tabela 1, sob cabeçalhos gerais.

Existia apenas uma ficha para cada categoria. A frente continha as diretrizes para o diagnóstico (principais sintomas, queixas, aspectos diagnósticos, diagnóstico diferencial e terapêutica medicamentosa); o verso continha as orientações para o manejo, o aconselhamento para a família e, se necessário, o encaminhamento para consultoria com outros especialistas. Acompanham as fichas um sistema de apoio que ajuda na tomada de decisão através de uso de índice dos sintomas e fluxogramas***.

Além das 24 categorias, constam mais duas categorias que tornam possível a classificação dos transtornos que não puderem ser classificados entre as categorias listadas: a) Outro transtorno mental; b) Transtorno mental inespecífico.

Participaram da avaliação da confiabilidade entre juízes os MGC que receberam treinamento e que fazem parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e o Serviço de Medicina Geral Comunitária da Unidade Sanitária

*a. Confeção de manual de treinamento para serviços de cuidados primários idealizado pelo Dr. Bruno Russomano de Mendonça Lima em 1981. Contemplava 7 diagnósticos (Field covered): 1. Psicoses Agudas; 2. Psicoses Crônicas; 3. Depressão; 4. Alcoolismo; 5. Chronic Complainers; 6. Epilepsia; 7. Retardo Mental (24).

b. WHO Collaborative Study of Strategies for Extending Mental Health Care, 1979.

c. WHO collaborative Study of Recording Health Problems Triaxially, 1983.

d. A triaxial classification of health problems presenting in primary health care, em 1993 como parte do WHO Project on Recording Health Problems Triaxially: the Physical, Psychological and Social Components of Primary Health Care. Contacts.

** Rede formada pelo Serviço de Medicina Geral Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul e pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

*** Os modelos das fichas da CID-10 CP, fluxogramas, formulários de registros de respostas e informações adicionais podem ser obtidas com os autores.

Tabela 1- Lista das 24 Categorias Diagnósticas do Protocolo do Teste de Campo da CID-10 CP.**Transtorno mental orgânico (F0):**

1. F00 Demência
2. F05 Delírium

Abuso de substâncias psicoativas (F1):

3. F10 Transtornos por uso de álcool
4. F11 Transtornos por uso de drogas
5. F17.1 Uso de tabaco

Transtornos psicóticos (F2)

6. F20 Transtornos psicóticos crônicos
7. F23 Transtornos psicóticos agudos

Transtornos do humor, ansiedade e relacionados ao estresse (F3 e F4):

8. F31 Transtorno bipolar
9. F32 Depressão
10. F40 Transtornos fóbicos
11. F41.0 Transtorno do pânico
12. F41.1 Ansiedade generalizada
13. F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão
14. F43 Transtorno de ajustamento
15. F44 Transtorno dissociativo (histeria de conversão)
16. F45 Queixas somáticas inexplicáveis
17. F48.0 Neurastenia

Transtornos fisiológicos (F5):

18. F50 Transtorno alimentares
19. F51 Transtornos do sono
20. F52 Disfunções sexuais

Retardo mental (F7):

21. F70 Retardo mental

Infância e adolescência (F9):

22. F90 Transtorno hipercinético (Déficit da atenção)
23. F91 Transtorno de conduta
24. F98.0 Enurese

* Mais de um subtítulo de um grande título da CID-10, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas foram condensadas para uso na prática, neste caso na prática geral.

Murialdo da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.

O treinamento se desenvolveu em três encontros. O primeiro encontro se destinou à familiarização dos MGC com a CID-10 CP e à aplicação do formulário I. Durante 14 dias os MGC experimentaram a nova classificação e realizaram registros sistematizados sobre a utilidade, facilidade de uso e manejo das fichas. O segundo encontro foi dedicado a solucionar os problemas encontrados no manejo das fichas. A partir daí foram dados 30 dias para utilizar e avaliar a nova classificação. No terceiro encontro promoveu-se um “feedback” entre os MGC e o coordenador com o objetivo de avaliar a adequação da CID-10 CP, e foram repetidos os testes da fase inicial (formulário 2). Um artigo descrevendo os resultados dos formulários 1 e 2 encontra-se no prelo.

Dos 17 MGC do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição que realizaram treinamento, 14 participaram da avaliação da confiabilidade entre juízes, constituindo sete duplas. Do Serviço de Medicina Geral Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo, seis MGC participaram do treinamento e quatro participaram da segunda fase, constituindo duas duplas.

Os pacientes que integraram a pesquisa foram pacientes de primeira consulta, respeitando a ordem de agendamento ou chegada. Segundo estimativas do protocolo da OMS, seriam necessários 500 casos para que se pudesse avaliar a confiabilidade das categorias diagnósticas propostas para serem incluídas na CID-10 CP. Conforme o protocolo, o tempo proposto para obtenção dos casos era de 30 dias.

A avaliação da confiabilidade entre juízes das 24 categorias diagnósticas propostas foi testada durante consultas clínicas específicas, em que os MGC treinados trabalharam em duplas na condução da avaliação e da proposição do tratamento dos pacientes. Na presença dos dois MGC da dupla, o primeiro da dupla conduzia a entrevista. O segundo realizava uma avaliação independente sobre a presença de transtorno mental sem participar ou, de qualquer maneira, influenciar na entrevista. Após a fase inicial da consulta, mas antes do MGC que entrevistava (primeiro da dupla) apresentar sua avaliação e plano de tratamento para o paciente, cada clínico (MGC) registrava sua avaliação do paciente individualmente, no que diz respeito ao sistema de classificação da CID-10 CP, utilizando para isto um formulário especial do protocolo (formulário 3).

Para alcançar o total dos casos necessários para o cálculo da confiabilidade entre juízes, foi previsto um número mínimo de consultas de novos pacientes por dia de atendimento para cada dupla. Quando se atingiu a metade de atendimentos, o segundo da dupla passou a atender os pacientes da demanda como entrevistador e o primeiro passou a ser o observador, sem participar ou interferir na entrevista.

A análise da confiabilidade proposta pelo protocolo do teste de campo da CID 10 CP foi realizada calculando-se o coeficiente Kappa^{4,7} para presença ou não de transtorno mental e para cada categoria diagnóstica presente na lista da CID-10 CP.

RESULTADOS

Decorridos 30 dias para obtenção dos casos, registrou-se a soma de 460 casos. Deste total ocorreram perdas de 5% (20 casos). Entre as causas de perdas foi contabilizado: a desistência de um ou dos dois pesquisadores da dupla, extravio de questionários e erro ou perda no armazenamento do dado durante o processamento.

O número total de casos diagnosticados com a presença de transtorno mental foi 186 (42,3%) e o total de casos diagnosticados em que houve concordância diagnóstica foi 142 (32,3%).

Os resultados do Kappa para transtorno de saúde mental presente ou ausente foi 0,79 (IC 95%: 0,69 – 0,88), indicando uma concordância substancial*. Os resultados do Kappa obtido para os 18 diagnósticos específicos conforme grau de concordância são

* Este resultado diz respeito ao diagnóstico mais importante.

Tabela 2 - Confiabilidade das categorias diagnósticas da CID-10 CP* em um grupo de médicos gerais e comunitários, Porto Alegre, RS, 1995.

Quase perfeito		Prev** (%)	Kappa	Intervalo de confiança de 95% para Kappa N=440
F20	Transtornos psicóticos crônicos	1,8	0,89	[0,69 - 0,88]
F10	Transtornos por uso de álcool	4,5	0,88	[0,79 - 0,98]
F17.1	Uso de tabaco	10,0	0,84	[0,75 - 0,94]
Substancial				
F43	Neurastenia	3,9	0,76	[0,67 - 0,85]
F32	Transtorno de ajustamento	5,0	0,69	[0,59 - 0,78]
F40	Depressão	1,1	0,66	[0,57 - 0,75]
F50	Transtornos alimentares	1,1	0,66	[0,57 - 0,75]
F41.1	Ansiedade generalizada	3,9	0,63	[0,54 - 0,73]
Moderado				
F70	Retardo mental	1,1	0,58	[0,49 - 0,67]
F11	Transtornos por uso de drogas	1,1	0,58	[0,49 - 0,67]
F90	Transtorno hipercinético	1,4	0,56	[0,47 - 0,66]
F51	Transtornos do sono	1,6	0,52	[0,43 - 0,62]
F00	Demência	1,4	0,51	[0,42 - 0,60]
F52	Disfunções sexuais	0,2	0,50	[0,42 - 0,58]
F31	Transtorno bipolar	0,2	0,50	[0,40 - 0,59]
F41.2	Transtorno misto de ansiedade e depressão	3,0	0,42	[0,38 - 0,56]
Regular				
F91	Transtorno de conduta	0,2	0,40	[0,31 - 0,49]
F44	Transtorno dissociativo	0,7	0,39	[0,30 - 0,48]
F45	Queixas somáticas inespecíficas	0,9	0,35	[0,25 - 0,44]
	Outro transtorno mental	0,2	0,28	[0,19 - 0,37]

* As categorias diagnósticas em que não houve concordância entre os juízes não aparecem na Tabela.

** Prevalência do transtorno na amostra estudada quando houve concordância entre juízes.

Tabela 3 - Confiabilidade da prescrição de medicamentos psicoativos em um grupo de médicos gerais e comunitários de Porto Alegre, RS, 1994.

Medicamentos	Prevalência*	Kappa	Intervalo de confiança de 95% para Kappa
Antidepressivos	51,2	1,00	[0,40 - 1,40]
Antipsicóticos	14,6	0,81	[0,23 - 1,39]
Tranquilizantes	34,1	0,64	[0,18 - 1,09]
Outros medicamentos	4,9	0,44	[0,14 - 0,74]

* Prevalência da prescrição de medicamentos psicoativos nos 41 casos (22%) em que houve concordância entre os juízes, na amostra estudada. A soma das prevalências foi maior de 100% (104,8%) porque em alguns casos foram prescritos mais de um tipo de medicamento.

Tabela 4 - Interpretação do coeficiente Kappa.*

Valor da estatística Kappa	Poder de concordância
<0,00	Pobre
0,00 a 0,20	Pequeno
0,21 a 0,40	Regular
0,41 a 0,60	Moderado
0,61 a 0,80	Substancial
0,81 a 1,00	Quase perfeito

* Adaptado de Landis and Koch, 1997 (citado por Fleiss⁷, 1981).

apresentados na Tabela 2. Na Tabela 4 são apresentadas as interpretações para os valores de Kappa obtidos no trabalho.

Não foi possível calcular o coeficiente de concordância para os diagnósticos de: transtorno mental inespecífico, enurese (F98.0), distúrbio do pânico (F41.0), distúrbios fóbicos (F40), psicose aguda (F23) e delirium (F05), porque não foram citados ou foram citados apenas por um observador, mostrando concordância nula.

Além das categorias diagnósticas, o formulário 3 continha itens sobre a necessidade ou não de prescrever medicamentos. Em 123 (66%) casos dos 186 diagnosticados com a presença de transtorno mental, houve concordância entre os juízes em não prescrever medicamentos. Em 22 (12%) casos não houve concordância quanto à necessidade de prescrever medicamentos psicoativos, e em 41 (22%) casos houve concordância entre os juízes em prescrever medicamentos psicoativos. O resultado do Kappa para indicação de uso de medicação foi 0,71 (IC 95%: 0,56 – 0,85). Os resultados dos coeficientes Kappa para o tipo de medicação psicoativa são apresentados na Tabela 3. Não foi investigada a razão do uso ou não-uso de medicamentos.

DISCUSSÃO

Embora relativamente recente, a introdução de instrumentos diagnósticos para avaliar casos para fins clínicos e de pesquisa ensejou que diversos estudos se realizassem principalmente em torno dos problemas de confiabilidade e validade desses instrumentos.

Os estudos de confiabilidade realizados por especialistas em psiquiatria buscam, através da comparação entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico operacional, eliminar os elementos que causam diferenças na determinação do diagnóstico em psiquiatria.

Desde o aparecimento, divulgação e disseminação das atuais classificações diagnósticas, DSM-III, seus descendentes (DSM-III-R e DSM-IV) e CID-10 – que introduziram modificações substanciais no seu formato e conteúdo na busca de melhorar a confiabilidade de suas categorias diagnósticas – tem-se desenvolvido estudos locais que melhor definam nossas dificuldades particulares, respeitando as diferenças culturais em relação ao diagnóstico dos transtornos mentais. A realização desse tipo de estudo aplicado à rede de serviços primários é inédita no Brasil.

Todo o esforço de desenvolver este tipo de estudo no Brasil justifica-se por sua grande população e pela necessidade já constatada de extensão dos cuidados de saúde mental³. A importância do progresso nesta área é ainda maior quando a realização deste tipo de estudo é aplicada a populações clínicas de áreas comunitárias geograficamente definidas, representativas de estratos sociais típicos, atendidas por equipes primárias de saúde e por médicos gerais.

O Kappa geral obtido na questão que identifica a presença ou não de transtorno mental é substancial e sugere que o treinamento realizado na parte I do protocolo atingiu os objetivos propostos, confirmando resultados obtidos em outros locais*. A prevalência do transtorno, por si só, não se mostrou um bom preditor do Kappa, explicando aproximadamente 20% dos achados [coeficiente de correlação entre prevalência e Kappa igual a 0,20 com intervalo de confiança de 95% de -0,20 a 0,55 (6)].

Quase perfeito: os diagnósticos em que o Kappa deu quase perfeito são relacionados a transtornos em que os sinais e sintomas são de mais fácil identificação pelos médicos gerais comunitários. Exceto pela introdução do diagnóstico de uso de tabaco como

transtorno mental, os outros dois já fazem parte da rotina de atendimento dos médicos de cuidados primários. O entendimento do abuso e da dependência da nicotina como transtorno mental facilita a abordagem deste comportamento, ainda visto como culturalmente aceito e não como doença.

Substancial: das categorias diagnósticas que obtiveram Kappa substancial – neurastenia, transtorno de ajustamento, depressão, transtornos alimentares e ansiedade generalizada, com exceção a transtornos alimentares – os demais são transtornos sempre assumidos como de origem mental. Na prática geral são dificilmente identificáveis, especialmente a neurastenia, diagnóstico pouco usual até na clínica psiquiátrica corrente. No que se refere aos transtornos alimentares, categorias psiquiátricas recentemente melhor definidas e valorizadas, considera-se a sua identificação fácil. Como problema de saúde sua abordagem está ainda prejudicada por mecanismos de negação socioculturalmente enraizados. Mesmo para a obesidade, freqüente em classes pobres e entre pessoas de raça negra, a abordagem médica não é devidamente valorizada pela sua aceitação social.

Moderado: somando-se as categorias diagnósticas que obtiveram concordância moderada com as que conseguiram concordância substancial e quase perfeita, totalizou-se 2/3 dos 24 problemas do CID-10 CP para adultos e crianças. Considerando que foram vistos 440 casos, é possível que dentre eles muitos dos diagnósticos contidos na CID-10 CP estivessem representados, traduzindo a possibilidade e viabilidade de os MGC invadirem áreas prioritárias de atendimento até então pouco exploradas. A extensão de transtornos mentais que entram no elenco dos que obtiveram Kappa moderado é importante tanto pela variedade quanto pela intensidade dos prejuízos causados no funcionamento dos indivíduos, como o retardo mental, o uso de drogas, as demências e o transtorno bipolar. É importante também a identificação dos transtornos do sono e das disfunções sexuais, pelo prejuízo à qualidade de vida e ao sofrimento que acarretam. A hiperatividade por déficit de atenção é o primeiro problema que afeta as crianças a ser mais facilmente identificado. Chama a atenção que, em contraste com a dependência da nicotina e do álcool, o uso de outras drogas seja identificado com menor fidelidade, o que parece ter relação com uma dificuldade ainda corrente de não tornar sistemático o

* Conforme resultados preliminares obtidos com a avaliação da confiabilidade nas cidades de Kathmandu, Lucknow, México, São Paulo, Shanghai, cuja soma dos Kappa individuais foi de 0,68 (WHO – informal consultation on the results of the ICD-10 Primary Health Care Fields Trials, July:16-19, 1995).

interrogatório de tal tipo de problema e a uma tendência do usuário de esconder sua dependência.

Regular: o transtorno de conduta é o segundo problema que afeta crianças, a ser identificado com um Kappa quase moderado, sugerindo uma possível melhor identificação por parte dos médicos de cuidados primários, de problemas que ocorrem predominantemente na infância. Os transtornos dissociativos e as queixas somáticas inespecíficas são sabidamente capazes de confundir os observadores. Entretanto, a possibilidade de ocultarem problemas graves (transtornos factícios, por exemplo), ou ainda mais, problemas de simulação, despertam preocupação no sentido de serem mais privilegiados no treinamento de médicos gerais e de especialistas não psiquiatras. É compreensível que a categoria "outro transtorno mental", por ser residual e específica, tenha obtido uma concordância regular, já que não é só mais dificilmente captada, como também mais dificilmente identificada pelo entrevistador.

Medicamentos

A confiabilidade obtida quanto à necessidade de uso de medicação é substancial, sugerindo que os casos tenham sido adequadamente diagnosticados. Observa-se que a prescrição que obteve melhor confiabilidade entre os juízes é a indicada para casos mais graves e mais facilmente identificados, o que sugere ter sido o treinamento adequado tanto no que se refere à identificação quanto ao manejo. Já a medicação efetiva, mas inespecífica, como tranquilizantes, obteve Kappa menor. Caso tenham sido prescritos para problemas psiquiátricos menores e por curto espaço de tempo, manejo adequado em nível de cuidados primários, mas opcional para diferentes profissionais, a baixa fidedignidade ficaria explicada. Como se poderia esperar o uso de outros medicamentos, resultou ser menos fidedigno, o que também se pode compreender como decorrente da

diferença de opção e de treinamento que recebem os médicos em nível de cuidados primários.

Espera-se que o aperfeiçoamento da capacidade de julgamento dos médicos gerais comunitários com relação ao diagnóstico dos transtornos mentais, mediante a criação de um instrumento simplificado que os auxilie na sua determinação e que busque a homogeneização da nomenclatura, beneficie o atendimento adequado da clientela. O uso da CID-10 CP tornará as informações mais específicas e possibilitará melhor comunicação entre os membros das equipes de saúde em nível de cuidados primários, facilitando a necessária continuidade do atendimento, com repercussão no planejamento dos diversos serviços de atendimento em toda sua extensão.

Dentro do conjunto de instrumentos de diagnóstico e classificação, projetados pela OMS, a versão destinada a ser usada em serviços de cuidados primários é do maior interesse para os planejadores, executores e avaliadores dos serviços de saúde, pensados como uma organização destinada a prover cuidados integrais, contínuos, personalizados e participativos, de forma sistemática, descentralizada e hierarquizada.

AGRADECIMENTOS

Aos Serviços de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e da Unidade Sanitária Murialdo, pelas facilidades concedidas para realização do teste de campo por sua proposta de trabalho. Aos médicos gerais comunitários representados pelo Dr. Sérgio Sirena e Dra. Carmem Fernandes do Grupo Hospitalar Conceição e Dr. Paulo Picarelli e Dr. Renato Breda da Unidade Sanitária Murialdo. Aos então alunos do curso de graduação em medicina da Fundação Faculdade Ciências Médicas de Porto Alegre: Luciana Ambros Cardoso, Ricardo Tavares e Maurício Silveira Santos pelo trabalho de armazenamento e processamento dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia moderna*. Salvador: Coopmed; 1992.
2. American Psychiatric Association. *DSM-III: manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*. Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1986.
3. Busnello ED et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr* 1992;41:507-12.
4. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37-47.
5. Feighner J P et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
6. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons; 1981.

7. Fleiss JL et al. Quantification of agreement in multiple psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:186-71.
8. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders - a biosocial model*. London: Routledge; 1992.
9. Kendell et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists *Arch Gen Psychiatry* 1971;125:123-30.
10. Mezzich JE, von-Cranach M. *International classification in psychiatry: unity and diversity*. New York: Cambridge University Press; 1988.
11. Organização Mundial da Saúde: Divisão de Saúde Mental. *Protocolo para teste de campo da CID-10 versão para cuidados primários (CID-10 CP)*. Geneva; 1993.
12. Pull CB et al. Les critères diagnostiques en psychiatrie: historique, état actuel et perspectives d'avenir. Paris: Masson; 1986.
13. Regier D et al. The facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiological catchment area prospective. 1. Year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:85-94.
14. Wing JK et al. *The measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for PSE and CATEGO Program*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
15. World Health Organization. *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: WHO; 1973. v. 1.