

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS E REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO¹

Bruno R. Lima²

INTRODUÇÃO

O estudo conjunto da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre "O Registro Triaxial dos Problemas de Saúde: Componentes Físicos, Psicológicos e Sociais dos Contatos na Atenção Primária" (1), do qual participaram sete países —Brasil³, Canadá, Colômbia, Estados Unidos, Malásia, Tailândia e Zâmbia— objetivou a formulação de métodos de avaliação, registro e comunicação dos problemas, para posterior planejamento de intervenções preventivas a nível individual, comunitário e nacional. A colaboração internacional foi intensa (grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde e do National Institute of Mental Health, em Washington, Estados

Unidos da América, em 1979; conferência sobre fatores psicológicos afetando a saúde: avaliação, classificação e utilização, realizada em Bellagio, Itália, em 1981; consultoria informal sobre a preparação de glossários para as categorias de problemas psicológicos e sociais, realizada em Genebra, Suíça, em 1981; encontro de pesquisadores colaboradores, realizado em Washington, Estados Unidos da América, em 1982), resultando na classificação dos problemas psicológicos e sociais e na formulação de seus respectivos glossários. Inicialmente as classificações e os glossários foram testados, usando-se resumos de histórias clínicas (representando problemas típicos, excepcionais e difíceis), redatados a nível local e internacional e, mais tarde, testados com pacientes reais a fim de incorporar esses mecanismos na rotina de registro clínico dos centros. Quando se souber qual a frequência e o significado cultural

¹ Versão condensada do trabalho apresentado no "Terceiro Encontro de Pesquisadores Colaboradores" do Estudo Conjunto da Organização Mundial da Saúde sobre "O Registro Triaxial dos Problemas de Saúde: Componentes Físicos, Psicológicos e Sociais dos Contatos na Atenção Primária", Lusaka, Zâmbia, 23 a 26 de agosto de 1983.

² Johns Hopkins Hospital, Department of Psychiatry. Endereço postal: 600 N Wolf St., Baltimore, MD 21205, EUA.

³ No Brasil a área de estudo é o Sistema de Saúde Comunitária da Unidade Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O autor fez parte da equipe de pesquisa sob a chefia do Dr. Ellis Busnello, Diretor de Pesquisa do centro.

dos problemas registrados poder-se-ão elaborar modelos de intervenção.

O presente trabalho aborda este último aspecto, em relação à classificação triaxial, examinando alguns problemas conceituais e metodológicos de possíveis estratégias preventivas em atenção primária. Como dentro deste contexto seu uso requer uma alteração exploratória de seus objetivos iniciais, isto é, conscientizar o pessoal de saúde sobre problemas psicossociais para a avaliação de intervenções preventivas, este trabalho também sugere alguns procedimentos complementares e/ou alternativos de registro para a consecução desse objetivo de pesquisa e de prestação de serviços.

MORBIDADE NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Os dados produzidos pelo projeto triaxial indicarão os níveis e tipos de morbidade física e psicossocial e sua inter-relação em vários centros de atendimento primário nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mas, mesmo antes de sua obtenção, um rápido exame da literatura mostra quais os problemas com maior probabilidade de serem identificados e registrados nos centros de pesquisa de campo dedicados a esse estudo e, portanto, preveníveis. Vários estudos mostram que a morbidade psicossocial de pacientes sob cuidados primários de saúde situa-se, geralmente, em torno de 15%, tanto nos Estados Unidos da América (2), como nos demais países desenvolvidos (3) e nos países em desenvolvimento (4). Sabe-se, também, que no atendimento primário os quadros psicóticos são os mais raros e os depressivo/ansiosos os mais comuns (5), e que há íntima relação entre os problemas físicos e os psicossociais (6). A utilização de serviços de saúde

geral costuma ser mais elevada entre pacientes com distúrbios mentais (7), embora essa situação tenha sido parcialmente controlada —conquanto não de forma sistemática (8)— com a prestação de serviços de saúde mental eficazmente implementada (9).

Na área social, a pesquisa mostra que os pacientes em serviços de atendimento primário freqüentemente apresentam problemas sérios inter-relacionados com doenças físicas e com psicopatologias (10). Os pacientes sujeitos a transições sociais (11) parecem também correr um risco maior de manifestar problemas emocionais e físicos. Várias tentativas têm sido feitas para identificar, medir e padronizar as unidades de mudança social (12) e a disfunção social (13) face à preocupação de que os distúrbios psicossociais possam passar despercebidos (14). A relação entre problemas sociais e psicológicos precisa ser mais bem esclarecida já que as interpretações das situações observadas variam (15), e os fatores intrapsíquicos e caracterológicos, mais do que a adversidade social, têm sido vistos como responsáveis pelos sintomas neuróticos (16).

Os resultados a serem obtidos pelo uso sistemático da classificação triaxial não somente quantificarão os atuais problemas do atendimento primário como identificarão os perfis de co-morbidade, com conseqüências importantes para uma melhor compreensão dos vários aspectos do processo da doença e para a prestação de serviços.

PREVENÇÃO

Estratégias

Durante muitas décadas pensava-se que se certos fatores predisponentes pudessem ser controlados, certas doenças específicas poderiam ser evitadas. Esse enfoque foi empregado com êxito no manejo de doenças infecciosas e de nutrição, onde existia uma pré-condição claramente identificada e necessária, embora muitas vezes insuficiente. No entanto, muitos transtornos médicos e psiquiátricos não se adaptam a esse paradigma (17). Os conceitos modernos focalizam a atenção em fatores precipitantes relacionados à doença e ao funcionamento mal-adaptativo em geral. Parece improvável que algum processo ou estresse possa ser etiologicamente específico para qualquer doença, pelo menos segundo a classificação atual (18) pois, embora possa aumentar a suscetibilidade à doença, as manifestações clínicas desta maior suscetibilidade não seriam em função do estresse específico. Este enfoque permite um repertório mais amplo de possíveis intervenções preventivas. Além de procurar evitar transtornos mentais específicos, mediante uma menor exposição a venenos, infecções, gens, deficiências nutritivas, traumas e doenças sistêmicas (19), outros mecanismos de adaptação, de caráter mais global, já foram enfatizados visando a aumentar a capacidade de discernimento do doente diminuindo, portanto, sua vulnerabilidade aos vários tipos de estresse.

Esses dois enfoques, a saber: maior interesse nas crises precipitantes,

em vez de nas variáveis evolutivas predisponentes, e maior aceitação das intervenções preventivas, quer gerais quer específicas, permitem entender melhor a abrangência das oportunidades preventivas no atendimento primário. Períodos de mudança biopsicossocial, como fatores precipitantes que levam ao estresse e ao funcionamento mal-adaptativo, passam a ser o momento adequado para o pessoal de saúde intervir (20).

Prevenção integrada

O Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde elaborou, recentemente, um plano de prevenção integrada de doenças não-comunicáveis, orientado para a comunidade, cujo objetivo é lidar com intervenções dirigidas a uma única ou várias doenças, ou com a aplicação de uma estratégia única para a prevenção de várias doenças, de modo a reduzir o número total de mortes prematuras, incapacitações e morbidade, e não apenas as consequências resultantes de uma única doença (21). Seus objetivos específicos são:

□ Elaborar um programa para a promoção de saúde na área de doenças não-comunicáveis e facilitar sua implantação por parte dos serviços médicos e sociais existentes.

□ Elaborar métodos educacionais para ampliar o conhecimento e modificar atitudes e comportamentos que afetem a saúde, permitindo, assim, que as comunidades assumam responsabilidade por sua própria saúde.

□ Fiscalizar a incidência de doenças não-comunicáveis relacionadas ao padrão de vida, mediante a incorporação, na medida do possível, de sistemas de informações adequados aos serviços de saúde existentes, permitindo a compilação, registro e armazenamento das informações necessárias para a avaliação do programa a longo prazo.

□ Encontrar meios para incorporar os programas de controle e prevenção de doenças não-comunicáveis na atenção primária à saúde.

Foi feita a proposta de que se acrescentasse a esse projeto um programa de saúde mental (22) que incluísse os seguintes transtornos: encefalopatia por sarampo, encefalopatia por rubéola, pelagra, neurosífilis congênita, encefalopatia por herpes neonatal, síndrome de Down, síndrome do feto alcoólico, síndrome cerebral iatrogênica, hipertensão com demência por infartos múltiplos, síndrome cerebral traumática, abuso e dependência ao álcool, abuso e dependência a drogas, incapacitação crônica, síndrome cerebral tóxica resultante de exposição ambiental e demência senil. O mapeamento dos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) por seus *loci* de intervenção (comportamento individual, organização de serviços de saúde e política governamental), produz nove células onde podem ser anotadas as ações específicas de saúde. O álcool é usado como exemplo (tabela 1) por ser um conhecido fator de risco para: a síndrome do feto alcoólico, abuso e dependência ao álcool, demência associada ao alcoolismo, incapacitação crônica associada ao abuso, dependência e síndrome cerebral, violência (homicídio, suicídio, assalto, estupro, violência conjugal e de crianças), acidentes (de trânsito, industrial, doméstico), câncer de vários tipos (da boca, língua, faringe, esôfago, fígado), doenças coronárias e muitos outros distúrbios, inclusive cirrose, infiltração hepática, morte súbita e morte por exposição.

Dever-se-ia dar prioridade semelhante à identificação de outros distúrbios e fatores de risco cuja prevenção ou controle trariam vários resultados preventivos. Conforme dito acima, um dos objetivos do projeto é incorporar o conceito de prevenção integrada de doenças

não-comunicáveis a outras intervenções preventivas a nível de atenção primária. Este ponto poderia ser examinado no Estudo Triaxial onde o registro simultâneo dos problemas físicos, psicológicos e sociais oferece as condições naturais para a identificação de intervenções preventivas e sua posterior avaliação. Tabelas semelhantes devem ser criadas para problemas específicos, a fim de que se possam identificar as atividades de saúde a serem adotadas na prevenção primária, secundária e terciária para combater os distúrbios a nível de comportamento individual, de organização de serviços de saúde e/ou de política governamental.

CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL E CLASSIFICAÇÃO TIPOLOGICA

As estratégias preventivas a serem propostas deverão modificar substancialmente as condições existentes na atenção primária, tanto em sua incidência, duração ou nível de incapacitação resultante. Para os objetivos específicos que se pretendem, o processo de intervenção e seus resultados deveriam ser passíveis de registro pela classificação triaxial. Como foi dito acima, esse objetivo desvia-se do propósito inicial destacando, agora, a avaliação das intervenções preventivas. Poder-se-ia argumentar não ser esta a função de um sistema de classificação. No entanto, para poder-se avaliar a eficiência de uma intervenção, é preciso que se possa registrar na classificação o que

TABELA 1. Prevenção e controle de doenças não-comunicáveis: abuso e dependência ao álcool (22)

	Legislativo/Governamental	Prestação de Serviços	Com tratamento individual
Nível primário (remoção das causas de uma doença e seus precursores).	Tributação do álcool. Programa de educação sobre alcoolismo e acesso restrito. Penalidades para ofensas cometidas sob influência. Meios de comunicação disseminando consequências dos problemas relacionados ao álcool.	Educação do pessoal de saúde para reconhecer e aceitar o alcoolismo como doença e tratá-lo adequadamente.	Educar o público sobre sinais e sintomas de alcoolismo e sua prevenção. Identificar crianças tímidas e agressivas com 6-7 anos, oferecendo terapia incluindo a família.
Nível secundário (tratamento dos precursores da doença quando a condição ainda for reversível).	Penalizar efetivamente ofensas cometidas quando sob influência. Subvencionar programas para tratamentos médicos relacionados ao alcoolismo. Montar serviços necessários para prestação de serviços.	Triagem de pacientes de alto risco (por ex., jovens, sexo masculino, em acidentes de trânsito). Educação sobre álcool, tratamento, grupos de auto-ajuda, dissulfiram, nutrição adequada, cuidados médicos.	Educação do público sobre informação e tratamento e grupos de auto-ajuda. Reforçar a adesão e tratamento. Técnicas.
Nível terciário (tratar doença clínica para prolongar vida e limitar incapacitação).	Montar cuidados de saúde necessários. Subvenção de programas para tratamentos médicos relacionados ao álcool. Alojamento ou pensão-protetida para pacientes incapacitados pela dependência ao álcool.	Educação sobre álcool, tratamento, grupos de auto-ajuda, dissulfiram, nutrição adequada e cuidados médicos.	Reforçar a adesão e tratamento. Técnicas.

estava presente antes e depois de determinada intervenção. Para atingir esse objetivo, o processo de registro necessita ser reestruturado, o que se discute abaixo.

A atual classificação oferece a dupla possibilidade de se registrar quer “doenças/síndromes” ou “sintomas/sinais”, quer vários tipos de disfunção social. Essa flexibilidade é, evidentemente, muito útil, evitando a crítica formulada contra o uso da definição convencional de caso clínico como o principal critério para a identificação de distúrbios não-psicóticos na comunidade e em atenção primária, por ser excessivamente embasado em psiquiatria hospitalar, por enfatizar doenças e sintomas, e por não valorizar fatores caracterológicos e de funcionamento social (23). No entanto, a classificação triaxial combina os eixos tipológicos e dimensionais (24) sem claramente reconhecer essa dualidade em sua conceitualização e operação. Certos problemas se adaptam ao modelo binário “presente/ausente” (por exemplo: síndrome orgânica cerebral secundária à intoxicação alcoólica), enquanto outros deveriam ser anotados como se fossem categóricos (por exemplo: conflito conjugal) quando uma conceitualização dimensional teria maior valor heurístico (por exemplo: presença de maior ou menor conflito conjugal). Aqui, a classificação e seu processo de codificação (tabelas 2 e 3) tornam difícil a avaliação do impacto de intervenções preventivas. Em atendimento primário lida-se mais com transtornos psicossociais de menor porte, que representam desvios quantitativos da normalidade e para os quais as dimensões de intensidade dos sintomas e subsequente perfil sintomático têm sido vistos como mais adequados (25) do que as categorias individualizadas. Por conseguinte, as categorias conceitualizadas como dimensionais deveriam ser registradas como tal, para que as intervenções visando diminuir sua intensidade, e não a

TABELA 2. Classificação dos problemas psicológicos (1)

00	Nenhum problema psicológico contribuindo para a consulta
01	Sentindo-se ansioso, nervoso ou tenso
02	Sentindo-se deprimido
03	Sentindo-se irritado ou violento
04	Sentindo-se impaciente ou agitado
05	Perturbação de sono
06	Sentindo-se cansado, apático ou distraído
07	Sentindo-se insatisfeito
08	Perturbação da memória ou de concentração
09	Idéias, impulsos ou atos de suicídio
10	Delírios, alucinações ou outros sintomas psicóticos
11	Retraimento social
12	Problemas relacionados a substâncias psicoativas
13	Transtornos de personalidade
14	Problemas sexuais
15	Problemas de alimentação
16	Problemas psicofisiológicos (inclui sintomas físicos exacerbados por fatores psicológicos)
17	Problemas de aprendizado
18	Problemas emocionais na infância
19	Problemas de conduta na infância
20	Condições orgânicas psicóticas
21	Psicoses esquizofrênicas e paranóides
22	Psicoses afetivas
23	Outras psicoses não orgânicas
24	Retardo mental
25	Outros transtornos e sintomas mentais e psicológicos

abolí-las por completo, possam ser registradas, comunicadas e avaliadas, para o que se pode proceder de três maneiras:

□ Desdobrando as grandes unidades dimensionais de observação em unidades categóricas menores, de modo a terem-se “perfis binários” (por exemplo: ao invés de “conflito conjugal” apenas, esta unidade poderia ser subdividida em várias subunidades como “vida sexual”, “brigas físicas”, “brigas verbais”, “ausência”, etc.). Entretanto, devido à escassez de tempo e outros fatores limi-

TABELA 3. Classificação dos problemas sociais (1)

00	Nenhum problema psicológico contribuindo para a consulta
01	Problemas conjugais
02	Problemas entre pais e filhos
03	Rompimento familiar
04	Outros problemas de relacionamento familiar
05	Problemas relacionados ao cuidado de pessoas doentes ou incapacitadas
06	Problemas de habitação
07	Mudança de residência
08	Outros problemas interpessoais não-familiares
09	Isolamento social
10	Problemas financeiros
11	Problemas com o sistema educacional
12	Problemas ocupacionais
13	Problemas legais
14	Circunstâncias pessoais impedindo o acesso aos cuidados de saúde
15	Circunstâncias ambientais prejudiciais à saúde
16	Problemas com origem em práticas sociais ou culturais ou sistemas de crença
17	Outros problemas sociais

tantes em atenção primária à saúde, a identificação de subunidades significativas, bem como seu registro fidedigno, será muito difícil.

□ Anexando a cada problema uma escala dimensional de modo que, além de identificar sua presença, o pessoal de atenção primária possa, rapidamente, registrar sua intensidade. Num modelo visual analógico a colocação de uma marca numa linha, indicando uma graduação de intensidade crescente da esquerda para a direita, alcançaria esse objetivo. Por exemplo, se a linha tivesse 100 mm de comprimento, um valor de 56 seria dado a uma marca que distasse 56 mm da extremidade esquerda.

□ Usando três quadrados para indicar a intensidade do problema (mínimo, moderado, grave).

O modelo visual analógico torna o registro mais simples, mas é difícil medir-se a distância entre a marca e o extremo da linha. Os quadrados seriados, embora criando, artificialmente, patamares compartimentalizados de intensidade, simplificam o registro e a computação e podem ser de grande proveito. As categorias e perfis dimensionais, indicando a presença e intensidade de sintomas, trariam conseqüências diretas para o tratamento —já que, em certas situações, têm sido considerados mais úteis para prever os resultados de intervenções terapêuticas do que o diagnóstico (26)— e para estudos de avaliação de intervenções preventivas. Se a capacidade operacional da intensidade de um determinado problema deve ser especificada por meio de critérios objetivos ou deixada por conta da avaliação impressionista por parte do pessoal de saúde é assunto sujeito a controvérsias e que precisa ser estudado posteriormente. A lista de problemas físicos também poderia ser submetida a uma reorganização similar.

AValiação

A avaliação da eficácia de determinada intervenção exige ensaios clínicos preliminares utilizando instrumentos que meçam, para uma amostra representativa de pacientes e de acordo com um protocolo de pesquisa, distúrbios psicológicos e de funcionamento social, como o *Present State Examination* (Exame do Estado Atual) (27), para transtornos psiquiátricos, e o *Standardized Social Interview Schedule* (Programa Padronizado de Entrevista Social) (13), para o funcionamento social. Uma vez esses instrumentos tenham determinado a eficácia de uma intervenção específica e medido a mudança que provocam, a intervenção deve ser reproduzida utilizando-se, desta

vez, a classificação triaxial modificada para determinar se ela permite um registro correto tanto dos problemas como de sua evolução. Pode acontecer que a mudança, embora presente e identificada pelo instrumento de pesquisa, seja de pequena magnitude para ser registrável pela classificação triaxial modificada em uso clínico rotineiro, de modo que a fiscalização de um programa preventivo exigiria que se anexasse à classificação um instrumento simples, abrangente e sucinto, cuja validade e fidedignidade estivessem bem estabelecidas em atenção primária à saúde. O *General Health Questionnaire* (Questionário sobre a Saúde Geral) (28), o *Mini-Mental State Examination* (Mini Exame do Estado Mental) (29) e, talvez, o *Psychosocial History Screening Questionnaire* (Questionário para a Triagem da Anamnese Psicossocial) (14) quantificam, respectivamente, a perturbação emocional, o estado cognitivo e o funcionamento social, de forma adequada para a atenção primária.

Os aspectos físicos da doença deveriam receber a mesma atenção, podendo-se empregar instrumentos de registro para avaliar os problemas passíveis de controle por intervenções preventivas.

TREINAMENTO E EDUCAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE

Para que os problemas sejam registrados, as intervenções implantadas e os resultados medidos, é necessário que o pessoal de saúde esteja capacitado a desempenhar uma variedade de atividades relacionadas à saúde mental. Sem o componente educacional, a probabilidade da classificação triaxial, de per si, ter um impacto substancial na atividade clínica do pessoal de saúde é mínima, apesar de

proporcionar maior conscientização quanto aos problemas psicossociais. Podem-se usar várias estratégias para a educação e o treinamento (tais como, aulas, seminários, consultas, elementos de ligação ou "elo" e comunicação informal) que permitirão o diagnóstico correto, o manejo adequado (farmacoterapia, psicoterapia, tratamentos alternativos) e o encaminhamento apropriado ao setor especializado.

Durante os cursos de medicina, as intervenções educativas demonstraram ser eficazes (30) ao melhorar as habilidades para os contatos interpessoais (31) e o modo de fazer a entrevista (32). Também os residentes se têm influenciado positivamente com o treinamento em problemas psicossociais (33). Nos países do terceiro mundo a educação em atenção primária vem sendo desenvolvida com o auxílio de manuais de treinamento, que são bem aceitos e utilizados em programas de treinamento a nível de país (34).

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As várias ações de saúde que o pessoal de atenção primária pode empreender no manejo da morbidade psicossocial são: identificação, consultoria, tratamento (por exemplo, com medicamentos e psicoterapia) e encaminhamento.

Identificação

O uso de um instrumento triaxial trata não apenas de como identificar correta e separadamente os problemas emocionais, sociais e físicos, como também amplia as possibilidades de se ex-

plorar suas associações. Os pacientes que passam por transições psicossociais correm o risco de manifestar vários tipos de distúrbios e deveriam ser, portanto, considerados para a prevenção primária. Um número considerável de transições psicossociais manifesta-se na infância (perda ou separação dos pais, perda do ambiente familiar —por hospitalização, por exemplo); na adolescência (separação dos pais, do lar e da escola); na vida adulta (separação conjugal, gravidez, nascimento de filhos, morte ou doença de filhos, perda de emprego, morte dos pais, migração); e na velhice (aposentadoria, perda de funções físicas, luto, doença ou incapacitação de familiar próximo). No entanto essas transições psicossociais são comuns devendo-se, portanto, estudar os fatores contribuintes adicionais como características que poderão dificultar o manejo adequado de uma dificuldade ou transição psicossocial específica (por exemplo, crises de grande magnitude) ou vulnerabilidade que influencie a reação individual, a despeito da capacidade de lidar com o acontecimento em si (por exemplo, pobreza, muitos filhos pequenos em casa, desemprego) (20).

O registro triaxial cobre muitas dessas áreas e a identificação desses estados transicionais deveria alertar o pessoal de saúde para o maior risco a que determinado paciente ou família possa estar sujeito. Poder-se-ia facilitar a comunicação empregando fichas de problemas. Outra alternativa seria o pessoal de saúde fazer uma anotação no prontuário do paciente quando observasse que este estivesse vivenciando estresses psicossociais com os quais, provavelmente, não conseguiria lidar eficazmente, predispondo-o, talvez, à depressão ou ao alcoolismo. Poder-se-ia usar um índice de morbidade social para identificar, avaliar e comunicar à equipe de saúde a gravidade do problema e a tarefa a ser empreendida. Este índice tornaria possível revisar grupos de

pacientes necessitando de atenção especial como, por exemplo, o pai ou a mãe que por razões diversas passa a ser o único responsável pela criação dos filhos, ou pessoas idosas vivendo sozinhas, de modo que os programas de tratamento e de controle possam ser bem formulados (20).

Os pacientes que tentam o suicídio também oferecem uma oportunidade importante para a prevenção na atenção primária, já que dois terços dos pacientes envolvidos em atos parasuicidas haviam consultado seu médico de clínica geral um mês antes do ato (20). A literatura sobre atenção primária, porém, não dá destaque a este problema. Embora o suicídio seja um evento raro na prática da clínica diária, seus fatores de risco abrangem os eixos biológico (por exemplo, doenças físicas, especialmente as crônicas e incapacitantes), psicológico (como depressão e alcoolismo) e social (como desemprego, isolamento, velhice) (35), de modo que o pessoal de saúde, ao avaliar sistematicamente os aspectos físicos e psicossociais de seus pacientes, e ao registrá-los triaxialmente, terá mais oportunidades de identificar os pacientes com risco de tentar ou de cometer suicídio e, portanto, de poder intervir (36).

Por último, deve-se observar que as morbidades física e psicossocial tendem a coexistir e que os problemas de saúde mental predisõem à doença física, diminuindo a expectativa de vida (37). Assim sendo, a presença de transtornos psiquiátricos e problemas psicossociais deveria alertar o pessoal de saúde para a potencial vulnerabilidade de seus pacientes.

Consultoria

O setor de saúde mental pode e deve ter um grande impacto na prevenção da morbidade psicossocial em atenção primária, obedecendo a um modelo de ligação ou “elo”. Já houve propostas para vários modelos integrativos (38) bem como recomendações (39) para se chegar a uma integração e coordenação dos serviços. No entanto, ainda não se deu a devida atenção à possibilidade de registrar essas intervenções de “elo”, que no momento não são anotadas na papelada do paciente, porque o “elo” entre o pessoal de atenção primária e o supervisor de saúde mental não obedece a um formato definido que permita o registro dessa interação e o acompanhamento das recomendações feitas. Para o pessoal de saúde desempenhar adequadamente suas tarefas no campo da saúde mental, é mister que haja o elemento de “elo”, e este deve ser encarado como um ingrediente essencial para a prestação de serviços primários de saúde. Num modelo de “elo” a delegação de responsabilidade, por parte do setor especializado à rede de atenção primária, tem de vir acompanhada de supervisão a fim de assegurar sua qualidade. Portanto, como as atividades do pessoal de atenção primária incluem a prestação de serviços diretos e consultoria com o especialista em saúde mental, deveria existir um registro de ambos os processos para que possa emergir um quadro completo de suas tarefas. Já foi proposta uma classificação processual em atenção primária mas não para as atividades específicas de consulta e de “elo” (40). O registro sistemático dos eventos indiscutivelmente úteis exerceria maior pressão para que houvesse pagamento para esse serviço de “elo”, cuja ausência

tem sido denunciada como um dos maiores empecilhos para uma cooperação eficiente entre o setor de atenção primária e o de psiquiatria num hospital de atendimento geral (41). O serviço de consultoria do Hospital Mount Sinai, de Nova Iorque (42), se utiliza de um banco de dados computadorizado que permite avaliar a prestação de serviços e os aspectos educativos do programa. Dever-se-ia, agora, pensar em ampliar seu escopo adaptando-o a uma função de “elo”, em forma simplificada, que seja aceitável por instituições interessadas, financeiramente viável para comunidades menos afluentes e adaptado para a atenção primária.

Tratamento

Medicação psicotrópica. Existe uma preocupação de que na clínica geral se estejam usando medicações psicotrópicas em excesso (43) e de forma inadequada (44), pois “os distúrbios mentais parecem ter substituído a dor como razão para o medicamento” (45). Em outros casos, esses medicamentos não estão sendo receitados o suficiente (46), especialmente os antidepressivos (47), pois existem pacientes que se beneficiariam deste tratamento mas que não o recebem em quantidade suficiente, talvez pelo fato de vários parâmetros físicos e psicossociais estarem envolvidos na decisão sobre a receita (48). Portanto, o certo seria uma intervenção médica mais limitada e de melhor qualidade para garantir o uso responsável das drogas psicotrópicas (49).

O registro sistemático e simultâneo de sintomas psicológicos e de problemas sociais produzirá dados muito interessantes. Com pacientes ambulatoriais deprimidos, a medicação antidepressiva tem induzido e mantido remissões e a psicoterapia tem produzido melhor adaptação social, justificando, assim, o tratamento combinado (50). Efeitos

semelhantes, e evidenciáveis em vários eixos, poderão ser rapidamente identificados pelo uso sistemático da classificação de problemas psicológicos e sociais. Além disso, entre os pacientes que recebem medicação psicotrópica, especialmente as benzodiazepinas para doenças cardiovasculares, tem-se encontrado problemas físicos em proporções significativas (51). O registro simultâneo do eixo físico abrange esta área da co-morbidade, de modo que dados a serem produzidos pela utilização da classificação triaxial terão um impacto importante na avaliação dos hábitos prescritivos dos médicos de família e poderão explicar melhor as diferenças observadas entre esses profissionais e os psiquiatras (52).

Esta área de estudo indica que o perfil dos medicamentos receitados e da morbidade física e psicossocial em atenção primária, quando registrados sistematicamente pela classificação triaxial, poderão produzir interessantes associações entre problemas físicos, psicológicos e sociais e o subsequente tratamento psicofarmacológico.

Tratamento psicológico. A avaliação sistemática de intervenções psicoterapêuticas, por parte do pessoal de atenção primária, levando em consideração as limitações e dificuldades de um centro de atenção primária à saúde, não tem recebido a devida atenção. No entanto, essa atitude omissa não reflete a potencial eficácia dessas intervenções e, numa recente revisão da literatura sobre pacientes hospitalizados por problemas cardíacos, verificou-se que as intervenções psicológicas, ainda que mínimas, associam-se a uma melhor e mais rápida recuperação, quando comparadas a nenhuma intervenção (53).

A maior parte das estratégias psicoterapêuticas evoluíram do modelo da psicanálise clássica, de tratamento prolongado e intenso. Houve tentativas

de manter a intensidade e de abreviar significativamente a duração (54) mas não houve difusão de protocolos de pesquisa sobre o impacto de uma psicoterapia de apoio de baixa intensidade, mas protraída, a cargo do médico de família. O setor de atenção primária, ao assumir a responsabilidade longitudinal, integral e personalizada pelo tratamento do paciente, e ao coordenar os serviços médicos especializados e sociais, passou a desfrutar de uma perspectiva que facilita o estudo do problema.

A escassez de tempo, por sua vez, é considerada como uma grande dificuldade e deveria ser melhor investigada já que uma entrevista breve não precisa ser apressada (55). O trabalhador em atenção primária não é nem um “psicoterapeuta *manqué*” (irrealizado) nem um “especialista irrealizado” (56); seu esquema de referência, sendo consideravelmente diferente do de seus colegas especialistas, permite-lhe uma melhor compreensão dos aspectos familiares e sociais do paciente, de seus antecedentes e problemas atuais e dá-lhe, além disso, a oportunidade de acompanhar esses aspectos longitudinalmente, por períodos de tempo bastante prolongados, e de lidar com problemas de natureza médica e psicossocial. Um *aide-mémoire* foi preparado para utilizar ao máximo o chamado “potencial excepcional de cada consulta na medicina de família” (57), onde são assinaladas quatro áreas: 1) manejo dos problemas correntes, 2) modificação e utilização dos serviços de saúde, 3) atendimento continuado dos problemas de saúde y 4) promoção da saúde no momento certo.

Existem oportunidades semelhantes para a promoção da saúde mental e para lidar com os problemas psicossociais. Estes serão maximizados se fatores que prognostiquem os resultados positivos de psicoterapia de consultório (58) puderem ser identificados para o problema, o paciente, o pessoal de saúde e para sua interação.

Torna-se necessário registrar as mudanças decorrentes dessas intervenções, e a classificação triaxial satisfaz essa exigência logística permitindo que intervenções psicológicas possam ser avaliadas simultaneamente quanto ao seu impacto nas áreas física, psicológica e social do paciente.

Encaminhamento. O nível de responsabilidade que o pessoal de atenção primária deve ter ao lidar com problemas psicossociais depende de vários aspectos tais como: prática local, disponibilidade de serviços de apoio e canais de encaminhamento. Há quem se preocupe de que uma maior conscientização sobre os problemas psicossociais resulte num maior número de encaminhamentos para os setores especializados (o “elo” servindo somente para facilitar o processo), ou numa maior frustração por parte do pessoal de atenção primária que poderá sentir-se impotente para lidar com os problemas psicossociais que venha a identificar. Entretanto, nos países desenvolvidos, considera-se que revitalizar o papel do médico de família na prestação dos serviços de saúde mental é uma estratégia extremamente importante. Nos países em desenvolvimento a proporção de psiquiatras para a população geral é de um

para um milhão (59) e, para uma prevalência de transtornos mentais graves, avaliada em 1% da população geral (60), haveria um psiquiatra para 5 000 pacientes no Senegal e um para 50 000 na Etiópia (61), tornando o encaminhamento uma alternativa impraticável e irrealizável.

Porém, quando o encaminhamento for viável, a classificação triaxial permitirá uma análise do inter-relacionamento entre os problemas físicos e psicossociais, face ao processo de encaminhamento (62, 63), e ajudará a esclarecer se o médico de família encaminha aqueles pacientes que considera irão se beneficiar com o tratamento psiquiátrico ou se encaminha os pacientes complicados, desagradáveis ou que não lhe tragam recompensa (64). Dever-se-ia, igualmente, estudar o encaminhamento ao setor médico especializado já que o nível de problemas psicossociais influencia, de forma substancial, a decisão de encaminhar ou não esses pacientes.

A relação entre problemas físicos, psicológicos e sociais no processo de encaminhamento de um paciente para o setor especializado poderia ser abordada através da análise dos dados a serem produzidos pela utilização clínica rotineira da classificação triaxial.

CONCLUSÃO

A nível de atenção primária, o inter-relacionamento íntimo entre os problemas físicos, psicológicos e sociais na predisposição, desencadeamento e evolução da doença, bem como no processo de prestação de serviços, exige que o registro de saúde, para ser apropriado, seja feito triaxialmente. O uso sistemático da classificação triaxial, proposta para a rotina clínica da atenção primária, produzirá uma riqueza de dados que

permitirá tanto um melhor entendimento sobre os tipos e a magnitude dos problemas existentes a esse nível de prestação de serviços como a obtenção de perfis de co-morbidade, ampliando as estratégias de tratamento e de intervenções preventivas.

RESUMO

Neste trabalho o autor analisa a utilização do registro triaxial, que emprega o registro simultâneo dos problemas físicos, psicológicos e sociais, nos centros de atendimento primário para a determinação dos tipos e níveis de morbidade física e psicossocial, e defende a tese de que esse registro poderá ser mais bem utilizado se for reestruturado de modo a facilitar o reconhecimento da dualidade —tipologia/dimensionamento—, em sua conceitualização e operação. Esse novo formato permitiria uma melhor quantificação dos casos e dos perfis de co-morbidade e facilitaria as intervenções preventivas a nível de atenção primária. □

AGRADECIMENTOS

O autor agradece aos Drs. E. Gruenberg e T. Sluss, pelo material sobre prevenção integrada de doenças não-comunicáveis, e aos Drs. E. Busnello e P. McHugh, pelo continuado apoio que lhe têm dado em sua participação neste projeto.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial da Saúde. Recording health problems triaxially: The physical, psychological, and social components of primary health care contacts. Relatório do Segundo Encontro de Pesquisadores Colaboradores. Washington, DC, 26 a 29 de julho de 1982.
- 2 Regier, D. A., Goldberg, I. D. e Taube, C. A. The "de facto" US mental health services system. *Arch Gen Psychiatry* 35:685-693, 1978.
- 3 Shepherd, M. et al. *Psychiatric Illness in General Practice*. Nova Iorque, Oxford University Press, 1981.
- 4 Climent, C. E. et al. Mental health in primary health care. *WHO Chron* 34:231-236, 1980.
- 5 Harding, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med* 10:231-241, 1980.
- 6 Eastwood, M. R. e Trevelyan, M. H. Relationship between physical and psychiatric disorder. *Psychol Med* 2:363-372, 1972.
- 7 Hankin, J. R. et al. Use of general medical services by persons with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 39:225-231, 1982.
- 8 McHugh, J. P. et al. Relationships between mental health treatment and medical utilization among low-income Mexican-American patients: some preliminary findings. *Med Care* 15:439-444, 1977.
- 9 Jones, K. R. e Vischi, T. R. Impact of alcohol, drug abuse, and mental health treatment on medical care utilization. *Med Care* 17, Suppl, 1979.
- 10 Andrews, G. et al. The relation of social factors to physical and psychiatric illness. *Am J Epidemiol* 108:27-35, 1978.
- 11 Parkes, C. M. Psycho-social transitions: A field for study. *Soc Sci Med* 5:101-115, 1971.
- 12 Holmes, T. H. e Rahe, R. H. The social readjustment rating scale. *J Psychol Res* 11:213-218, 1967.
- 13 Clare, A. W. e Cairns, V. E. Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychol Med* 8:589-604, 1978.

- 14 Thompson, T. L. *et al.* Underrecognition of patients' psychosocial distress in a university hospital medical clinic. *Am J Psychiatry* 140:158-161, 1983.
- 15 Kedward, H. B. e Sylph, J. The social correlates of chronic neurotic disorder. *Soc Psychiatry* 9:91-98, 1974.
- 16 Henderson, S. Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *Br J Psychiatry* 138:391-398, 1981.
- 17 Bloom, B. L. Prevention of mental disorders: recent advances in theory and practice. *Community Ment Health J* 15:179-191, 1979.
- 18 Cassel, J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 104:107-123, 1976.
- 19 American Public Health Association. *Mental Disorders. A Guide to Control Methods*. Nova Iorque, American Public Health Association, 1962.
- 20 Royal College of General Practitioners. Prevention of psychiatric disorders in general practice. Relatório de uma sub-comissão da Royal College of General Practitioners' Working Party on Prevention, 1981.
- 21 Organização Mundial da Saúde. An integrated programme for the prevention of noncommunicable diseases. Relatório de uma reunião realizada em Kaunas, Lituânia, URSS, 16 a 20 de novembro de 1981.
- 22 Gruenberg, E. M. e Sluss, T. K. The WHO perspective on prevention of mental disorder. In: *136th Meeting of the American Psychiatric Association*, Nova Iorque, 30 de abril a 6 de maio de 1983.
- 23 Busnello, E. *et al.* Psychiatric and psychosocial issues in Vila São José do Murialdo setting in Brazil. In: *Proceedings of the WHO/ADAMHA International Conference on Classification and Diagnosis of Mental Disorders, Alcohol and Drug-Related Problems*, Copenhagen, Dinamarca, 1982 (no prelo).
- 24 Mezzich, J. E. Patterns and issues in multiaxial psychiatric diagnosis. *Psychol Med* 9:125-137, 1979.
- 25 Ingham, J. G. e Miller, P. M. C. C. The concept of prevalence applied to psychiatric disorders and symptoms. *Psychol Med* 6:217-225, 1976.
- 26 Williams, P. Deciding how to treat — the relevance of psychiatric diagnosis. *Psychol Med* 9:179-186, 1979.
- 27 Wing, J. K. *et al.* *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge, Massachusetts, Cambridge University Press, 1974.
- 28 Goldberg, D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Londres, Oxford University Press, 1972.
- 29 Folstein, M. F. *et al.* Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12:189-198, 1975.
- 30 Welsh, R. J. *et al.* Teaching primary care psychiatry to medical students: a program and its results. *J Med Educ* 55:135-137, 1980.
- 31 Pacoe, L. V. *et al.* Training medical students in interpersonal relationship skills. *J Med Educ* 51:743-750, 1976.
- 32 Scott, N. C. *et al.* Changes in interviewing styles of medical students. *J Med Educ* 50:1124-1126, 1975.
- 33 Jones, L. R. *et al.* A curriculum for the psychiatric training of family physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 3:189-198, 1981.
- 34 Lima, B. R. ed. *Manual de Treinamento em Cuidados Primários de Saúde Mental*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, 1981.
- 35 Renick, H. L. P. Suicide. In: Kaplan, H. I. *et al.* *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1980, Vol II, Capítulo 29.1, pp. 2085-2098.
- 36 Sletten, I. W. e Barton, J. L. Suicidal patients in the emergency room: a guide for evaluation and disposition. *Hosp Community Psychiatry* 30:407-411, 1979.
- 37 Vaillant, G. E. Natural history of male psychological health. Effects of mental health on physical health. *N Engl J Med* 301:1249-1254, 1979.
- 38 Borus, J. F. Neighborhood Health Centers as providers of primary mental health care. *N Engl J Med* 295:140-145, 1976.

- 39 Organización Pan Americana da Saúde. La integración de los componentes psicosociales en la atención primaria de salud. Relatório de um grupo de trabalho. Washington, DC, 31 de março a 4 de abril de 1980.
- 40 Tindall, H. L. *et al.* The NAPCRG process classification for primary care. *J Fam Pract* 12:309-318, 1981.
- 41 Hales, R. E. e Fink, P. J. A modest proposal for consultation/liason psychiatry in the 1980's. *Am J Psychiatry* 139:1015-1021, 1982.
- 42 Taintor, Z. *et al.* Recording psychiatric consultations. A preliminary report. *Gen Hosp Psychiatry* 1:139-149, 1979.
- 43 Parish, P. A. The prescribing of psychotropic drugs in general practice. *J R Coll Gen Pract* 21, Suppl 4, 1971.
- 44 Johnson, D. A. W. A study of the use of antidepressant medication in general practice. *Br J Psychiatry* 125:186-192, 1974.
- 45 Blackwell, B. Psychotropic drugs in use today. The role of diazepam in medical practice. *JAMA* 225:1637-1641, 1973.
- 46 Dunlop, D. The use and abuse of psychotropic drugs. *In: Proc R Soc Med* 63:1279-1282, 1970.
- 47 Johnson, D. A. W. Treatment of depression in general practice. *Br J Med* 2:18-20, 1973.
- 48 Raynes, N. V. Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations. *Psychol Med* 9:671-679, 1979.
- 49 Parish, P. A. The use of psychotropic drugs in general practice. *In: Clare, A. W. e Lader, M. Psychiatry and General Practice.* Nova Iorque, Academic Press, 1982.
- 50 Weissman, M. M. *et al.* Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 30:771-778, 1974.
- 51 Williams, P. Physical ill-health and psychotropic drug prescription — a review. *Psychol Med* 8:683-693, 1978.
- 52 Ketaj, R. M. e Hull, A. L. Tricyclic antidepressant prescribing habits: a comparison of family physicians and psychiatrists. *J Fam Pract* 7:1011-1014, 1978.
- 53 Mumford, E. *et al.* The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* 72:142-151, 1982.
- 54 Sifneos, P. E. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis.* Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1972.
- 55 Blackwell, B. e Goldberg, D. P. Psychiatric interviews in general practice. *Br Med J* 4:99-101, 1968.
- 56 Shepherd, M. Psychiatric research and primary care in Britain — past, present and future. *Psychol Med* 12:493-499, 1982.
- 57 Stott, N. C. H. e Davis, R. H. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract* 29:201-205, 1970.
- 58 Conroe, R. M. *et al.* A systematic approach to brief psychological intervention in the primary care setting. *J Fam Pract* 7:1137-1142, 1978.
- 59 Bagadia, V. N. Mental health care and its problems in India. *Int Soc Sci J* 25:512-531, 1973.
- 60 Organização Mundial da Saúde. *Organization of Mental Health Services in Developing Countries.* XVI relatório da Comissão de Especialistas em Saúde Mental. Genebra, 1975. Série de Relatórios Técnicos 564.
- 61 Harding, T. W. Psychiatry in rural-agrarian societies. *Psychiatr Ann* 8:302-310, 1978.
- 62 Carey, K. e Kogan, W. S. Exploration of factors influencing physician decisions to refer patients for mental health service. *Med Care* 9:55-66, 1971.
- 63 Gardiner, A. Q. *et al.* A survey of general practitioners' referrals to a psychiatric out-patient service. *Br J Psychiatry* 124:536-541, 1974.
- 64 Williams, P. e Clare, A. eds. *Psychosocial Disorders in General Practice.* Nova Iorque, Academic Press, 1979, p. 136.

SUMMARY

PREVENTIVE MEASURES AND THE TRIAXIAL REGISTRATION OF HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY CARE

In this paper the author examines the use of the triaxial record, which concurrently records the physical, psychological and social problems, in primary care centers for determination of the types and levels of physical and psychosocial morbidity, and ar-

gues that this record could be put to better use if it were conceptually and operationally restructured so as to facilitate the detection of the two separate quantities—the typology and magnitude of morbidities. This new format would permit better quantification of the cases and profiles of concurrent morbidities and facilitate preventive action at the primary care level.

Actividades académicas sobre salud pública

Las instituciones o personas relacionadas con la organización de cursos, seminarios, congresos, simposios y toda clase de actividades académicas en el campo de la salud pública y disciplinas afines pueden encontrar útil la promoción de las mismas por conducto del *Boletín de la OSP*. Los interesados deben remitir a la sede de la ops la información más completa posible, con gran anticipación: tres meses como mínimo. Se debe incluir el nombre, lugar y fecha de la reunión; instituciones que la organizan o respaldan; temario completo; ponentes u oradores; objetivos, público al que va dirigida; detalles sobre la presentación de trabajos y acerca de la manera de inscribirse; forma como está estructurada la reunión; nombre, domicilio y número telefónico de la persona encargada de la organización y a la que se puede recurrir en demanda de mayores detalles. La dirección postal es: Organización Panamericana de la Salud, Boletín de la OSP (HBI/ES), 525 Twenty-third St., NW, Washington, DC 20037, EUA.