

A utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica

POR

J. L. PIO ABREU* e M. L. VAZ PATO**

Os autores apresentam uma escala para rastreio e detecção de casos em epidemiologia psiquiátrica, adaptada às condições culturais da população portuguesa. Apresentam ainda exemplos e sugestões quanto à sua utilização.

1. A DETECÇÃO DOS CASOS EM EPI-DEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA

A multiplicidade etiológica em Psiquiatria impõe um cuidado adicional com os estudos epidemiológicos e sua metodologia. Aqui porém se levantam novos problemas relacionados com a difícil delimitação entre o normal e o patológico em saúde mental, a ausência de uma nosografia claramente estabelecida e a morosidade da detecção dos casos em entrevista clínica. Vários investigadores têm abordado recentemente estes problemas, dando origem a uma verdadeira proliferação de entrevistas padronizadas, escalas e questionários para auto e hetero-avaliação, que representam algum avanço mas mostram igualmente a falta de consenso neste campo.

A maior parte destes instrumentos não englobam todos os tipos de patologia psiquiátrica, e aqueles que o fazem são ainda morosos, implicam alguma formação psicopatológica do entrevistador e requerem uma relação na entrevista susceptível de desfazer as barreiras defensivas do entrevistado. 4 deles, traduzidos para português nos nossos serviços, têm sido por nós usados apenas no contexto da entrevista psiquiátrica clínica. A fig. 1 sumariza os dados mais relevantes de cada um deles.

O uso alternativo de um instrumento simples de rastreio, susceptível de diferenciar os casos patológicos numa população geral, tem sido proposto e executado em trabalhos massivos (Langer, 1962, Pio Abreu, 1976). Trata-se de um questionário simples para auto-avaliação mas igualmente susceptível de ser aplicado por um entrevistador se houver dificuldades de leitura.

REGISTO MULTIDIMENSIONAL DE SINTOMAS

DESIGNAÇÃO	TEMPO MÍNIMO DE EXECUÇÃO	QUANTIDADE DE INFORMAÇÃO	REFERÊNCIA
P.S.E.	45 min.	140 sintomas	Wing e col., 1974
S.C.L.	20 min.	37 síndromes	Wing e col., 1974
C.P.R.S.	30 min.	52 sintomas	Asberg e col., 1973
B.P.R.S.	15 min.	18 sintomas	Overall e col., 1978

Fig. 1

O tipo de perguntas sofre pequenas variações mesmo em países de língua diferente (Amiel e Lebigre, 1970, Liebman e col., 1972). Devem ser claras e implicar respostas simples, evitando ainda criar suspeição no entrevistado. Por esta razão contém muitas questões dirigidas mais à saúde física do que mental, acreditando-se que elas podem traduzir uma desarmonia do sistema nervoso vegetativo que ultrapassa em qualidade a reacção normal aos stress (Pio Abreu, 1975), representando um colapso da relação do indivíduo com o meio ambiente, bem como um desarranjo dos seus sistemas de comunicação.

Esta perturbação da homeostase que caracteriza qualquer doença no sentido médico do termo (Laborit, 1973), pode definir a diferença entre o normal e o patológico. No plano do questionário, traduz-se pela tendência a debitar perturbações simultâneas em várias esferas, cada uma das quais poderia, se isolada, estar perturbada num indivíduo normal sem que isso representasse mais do que uma resposta adaptativa ao «stress». Há pois que somar o número de respostas significativas e encontrar o limiar a partir do qual poderemos considerar a existência de doença. Se a escala fosse aplicada a uma população em que, por hipótese, 50% dos

* Especialista de Psiquiatria dos H.U.C.

** Especialista de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid.

indivíduos fossem doentes, seria de esperar uma curva de distribuição bimodal (fig. 2) correspondente à soma das distribuições binomiais de cada uma das sub-populações saudável (A) e doente (B). O limiar diferenciador estaria situado no cruzamento destas curvas, de modo a minimizar os falsos negativos e os falsos positivos.

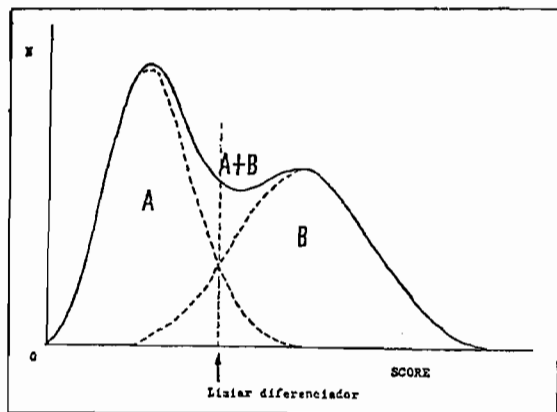


Fig. 2

2. ESCALA DE RASTREIO EM SAÚDE MENTAL

Desde 1974 iniciámos alguns trabalhos com estes questionários, em princípio traduzidos, mas desde logo constatando a necessidade de lhes introduzir grandes modificações de modo a adaptá-los às

características culturais da população portuguesa. A escala resultante tem sido submetida a várias modificações (Pio Abreu, 1975, Pio Abreu e col., 1978, Pio Abreu e Vaz Pato, 1980) com os objectivos de (1) tornar as perguntas mais simples e compreensíveis, (2) não criar suspeição no entrevistado, (3) incluir a detecção de psicóticos, (4) excluir a detecção de casos orgânicos puros e (5) minimizar as influências devidas às diferenças de sexo. A versão mais recente foi aferida em amostras da população geral (132 elementos) e de doentes psiquiátricos (100 elementos) (Pio Abreu e Vaz Pato, 1980). Todas as perguntas que se mantiveram na versão actual (v. apêndice) discriminam as populações, em cada um dos sexos, a um nível estatisticamente significativo (χ^2 , $p < 0,05$ na pergunta 13 no sexo masculino e na pergunta 15 no sexo feminino, $p < 0,01$ nas restantes perguntas), e apresentam uma correlação teste — reteste igualmente significativa em 32 elementos (r , $p < 0,05$ na pergunta n.º 9 e $p < 0,01$ nas restantes perguntas). Quando a amostra de doentes é sub-dividida em grupos nosológicos — 26 perturbações psicóticas, 19 reactivas e 55 afectivas — existe uma homogeneidade inter-grupo na frequência das respostas, com excepção de 3 delas (χ^2 , $p < 0,01$ nas perguntas n.ºs 1, 3 e 9) que são menos referidas pelos psicóticos.

A fig. 3 mostra a distribuição dos scores nas várias populações, com vista a encontrar o limiar diferenciador. Este situa-se entre 5 e 6 para o sexo masculino e 6 e 7 para o sexo feminino.

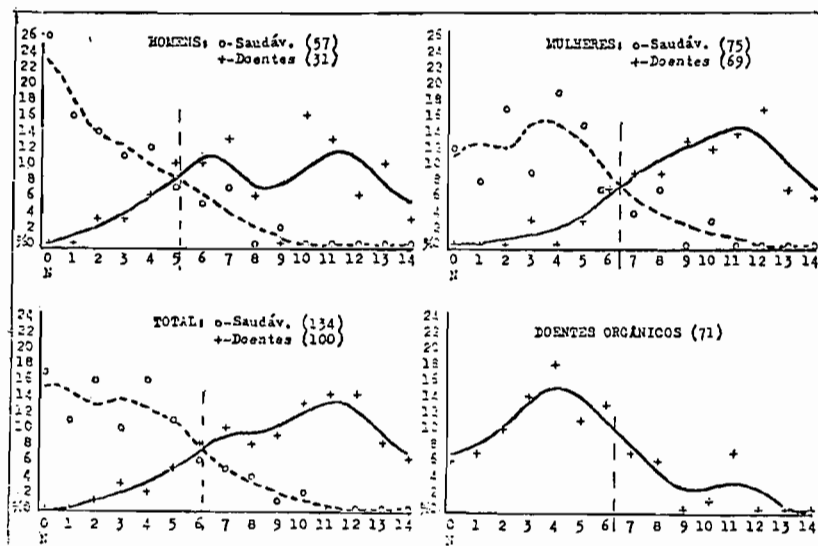


Fig. 3

Em 71 doentes orgânicos ambulatoriais, encontra-se, conforme se esperava, uma distribuição bimodal em que os valores superiores correspondem a doenças psicossomáticas. Cada uma das outras distribuições não é, contudo, binomial, denotando a existência de anomalias. Estas podem resultar de uma (ainda) insuficiente capacidade para detectar os casos psicóticos, mas sobretudo da falsificação defensiva das respostas por vários elementos de ambas as populações. Com vista a obviar estes problemas foi introduzida uma escala de falsidade, para o que se aproveitaram as respostas debitadas por menos de 10% dos indivíduos da população geral, bem como 2 perguntas introduzidas de novo. Pensamos que um número de respostas improváveis superior a 4, será o suficiente para invalidar, os resultados do questionário, considerando o caso suspeito. A versão actual da escala (Escala do Rastreio em Saúde Mental — ER/80) é apresentada em apêndice.

3. APLICAÇÕES DA ESCALA

O uso da escala de rastreio é compatível com qualquer tipo de trabalho, incluindo aqueles em

que se pretenda a identificação qualitativa dos casos. Nesta eventualidade, os casos tornados suspeitos pela escala de rastreio devem ser avaliados em entrevista clínica com ou sem a ajuda dos instrumentos referidos anteriormente. Mas em boa parte dos trabalhos pode ser suficiente a passagem da escala de rastreio, ocasionalmente associada a outros inquéritos. Foi assim que as versões anteriores têm sido utilizadas (Keating e col., 1978, Reis Marques e col., 1978, Pinto Gouveia e col., 1980). Alguns destes trabalhos permitiram a detecção de alguns factores patogénicos, incluindo o tipo de ocupação dos tempos livres e o modo, bem como a demora, da deslocação de casa para o trabalho. Pôde-se também demonstrar a necessidade de encontrar um tipo de trabalho adequado à personalidade do trabalhador (Ponciano e col., 1978). O estudo comparativo de várias sub-populações, como a dos emigrantes (Freitas e col., 1980) ou de outras comunidades, de doentes neurológicos (Pio Abreu e col., 1978) ou de consultas de outras especialidades, incluindo Clínica Geral, pode ainda fornecer dados interessantes.

A obtenção desses dados fica assim ao alcance dos técnicos de saúde sem que se torne necessário um treino psiquiátrico complexo.

Summary

The authors present a portuguese adaptation of a self-rating scale for detection of cases in psychiatric epidemiology. They give examples and suggestions about its use.

BIBLIOGRAFIA

- AMIEL, R., LEBIGRE, F. (1970) — *Un Nouveau Test Rapide pour l'Appreciation de la Santé Mentale* — «Annales Med Psychol.», I, 4: 565-589.
- ASBERG, M., PERRIS, C., SCHALLING, D., SEDVAL, G. (1978) — *The CPRS — Development and Applications of a Psychiatric Rating Scale* — «Acta Psychiat. Scand.», suppl. 27.
- FREITAS, J. F., PONCIANO, E., REIS MARQUES, A., MENDES, M. L. P., VAZ SERRA, A. (1980) — *Os Emigrantes nas Comunidades* — «Psiquiatria Clínica», 1, 3: 189-193.
- KEATING, M. L., VAZ PATO, M. L., VILAR, A., PENA, B. (1978) — *Trabalho Feminino e Saúde Mental* — Comunicação ao VII Congresso Mundial de Psiquiatria Social, Lisboa.
- LABORIT, H. (1973) — «Les Comportements», III Ed., Masson, Paris.
- LANGHER, (1962) — *A Twenty Two Item Screening Score of Psychiatric Symptoms Indicating impairment* — «Journal of Health and Human Behaviour», 3: 269-273.
- LIEBMAN, K. O., LINDENTHAL, J. J., MYERS, J. K. (1972) — *Toward the Identification of Symptoms Associated with the Onset of Psychological Impairment* — «Acta Psychiat. Scand.», 48, 6: 455-461.
- OVERALL, GORDMANN (1978) — «The Compact form of the B.P.R.S.», in Fann, Karacan e Pokorny (Eds.), *Phenomenology and Treatment of Schizophrenia*, Spectrum Publications Inc.
- PIO ABREU, J. L. (1975) — *Problemas do Rastreio em Saúde Mental*, Comunicação ao III Colóquio Luso-Espanhol de Medicina no Trabalho, Figueira da Foz.
- PIO ABREU, J. L. (1976) — *Metodologia Epidemiológica* — in «Comunicações do I Congresso Nacional de Psiquiatria Social», Ed. Ciba-Geigy: 275-284.
- PIO ABREU, J. L., CUNHA, L., OLIVEIRA, C. R., LEITÃO, C. (1978) — *Núcleos da Base e Envelhecimento*, Comunicação ao II Encontro Nacional de Gerontopsiquiatria, Lisboa.
- PIO ABREU, J. L., VAZ PATO, M. L. (1980) — *Condições e instrumentos para uma epidemiologia psiquiátrica*, Comunicação ao I Encontro Nacional sobre o Ambulatório em Saúde Mental, Setúbal (para publicação).

- PINTO GOUVEIA, J., PONCIANO, E., RELVAS, J. S. (1980) — *Saúde Mental na Empresa: Resultados de um Inquérito Epidemiológico Realizado numa Empresa Vidreira* — «Psiquiatria Clínica», 1, 1: 57-65.
- PONCIANO, E., RELVAS, J. S., PIO ABREU, J. L. (1978) — *Dimensões da Personalidade e Adaptação ao Trabalho*, Comunicação ao VII Congresso Mundial de Psiquiatria Social, Lisboa.
- REIS MARQUES, A., LAMEIRAS, I., FREITAS, J. F., VILHENA, F., CUNHA OLIVEIRA, J. A. (1978) — *Relação no Trabalho e Saúde Mental numa Empresa de Grandes Dimensões*, Comunicação ao VII Congresso Mundial de Psiquiatria Social, Lisboa (a aguardar publicação).
- WING, J. K., COOPEN, J. E., SARTORIUS, N. (1974) — «Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms», Cambridge University Press.

APÊNDICE

Escala de Rastreio em Saúde Mental (ER/80).

E.R./80 Nome:	Idade:	Habilitações Profissão:	Data.../.../... Sexo.....
As perguntas seguintes dizem respeito ao modo como se tem sentido nos últimos tempos. Responda a todas elas, sublinhando a resposta com que esteja mais de acordo.			
1. Tem tido dores de cabeça?			— Muitas vezes + — Poucas vezes — Nunca F
2. Tem-se sentido enjoado ou mal disposto?			— Muitas vezes + — Poucas vezes — Nunca
3. Quando está adoentado procura sempre o médico?			— Sim F — Não
4. Tem-se sentido muito nervoso ou irritado?			— Muitas vezes + — Poucas vezes — Nunca F
5. Tem-se sentido satisfeito, ou triste?			— Satisfeito F — Normal — Triste +
6. Que tal tem andado a sua memória? ,			— Boa — Regular — Má +
7. Tem tido a sensação de ter a cabeça pesada			— Sim + — Raramente — Não
8. Tem a sensação de que tudo , tudo lhe corre mal			— Sim + — Não
9. Custa-lhe adedir sobre pequenas coisas do dia-a-dia			— Sim + — Raramente — Não
10. Consegue dormir sem dificuldade?			— Sim — Quase sempre — Não +
11. Tem-se preocupado por tudo e por nada?			— Sim + — Não
12. Custa-lhe prestar atenção a uma conversa ou programa de rádio?			— Sim + — Não
13. Acha que as pessoas o têm tratado de um modo diferente?			— Sim + — Não
14. Existe alguma pessoa de quem não goste?			— Sim — Não F
15. Está melhor quando está sózinho?			— Sim + — Não
16. Acontecem-lhe coisas estranhas ou sem explicação?			— Sim + — Não

Score: 1 ponto por cada (+). Limiar: S. Feminino 6/7; S. Masculino 5/6
Falsidade: 1 ponto por cada (F). Limiar 3/4

Fig. 4