

# REFERENCIAR UM DOENTE: QUEM, COMO, QUANDO E PORQUE?\*

## Psiquiatria de Ligação com os Cuidados de Saúde Primários

CLÁUDIO MORAES SARMENTO

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital S. Francisco Xavier. Lisboa

### RESUMO

Após uma revisão teórica dos principais aspectos da psiquiatria de ligação com a clínica geral, efectuamos um estudo descritivo e comparativo de referência de casos por dois centros de saúde para um serviço hospitalar de psiquiatria. Um modelo de psiquiatria de ligação, em curso apenas num dos dois centros, é estudado e o seu impacto no processo de referência de casos é avaliado de acordo com um conjunto de variáveis sócio-demográficas e clínicas. Foi estudada uma amostra de 81 casos referenciados durante um ano por clínicos gerais. Os resultados obtidos permitiram encontrar diferenças (com significância estatística) no processo de referência, entre as duas populações estudadas, em relação: à idade e sexo, à duração total de sintomas, ao grupo de problemas apresentados, à sugestão de consulta de psiquiatria, ao intervalo de tempo entre o primeiro terapeuta e a consulta de psiquiatria, entre o clínico geral como primeiro terapeuta e a consulta de psiquiatria, ao tratamento prévio e ao número total de casos referenciados. São discutidos os resultados encontrados, assim como as suas implicações no desenvolvimento de uma ligação efectiva entre os cuidados primários e secundários em Psiquiatria e Saúde Mental.

### SUMMARY

#### Referral of a patient: Who, how, when and why? Liaison Psychiatry in Primary Care

After a theoretical review of liaison psychiatry, a descriptive and comparative study of all referrals from two General Practitioner's Surgeries to a Hospital Outpatient Clinic is performed. A model of liaison psychiatry in general practice is studied and its impact is comparatively assessed according to some socio-demographic and clinical variables. A sample of 81 referrals to a hospital outpatient clinic by general practitioners was examined. Some differences between the two populations (with statistical significance) are presented: the age and sex influence in the referral process, duration of symptoms, presented problems, suggestion of referral, time between first contact (first healer) and the outpatient referral and between the GP consultation and referral, previous treatment and number of total psychiatric outpatient referrals. The results, their implications and consequences, are considered and discussed for the development of an effective liaison between primary and secondary care.

\* Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de saúde, do Ministério da Saúde pelo P.I. nº 62/95

### INTRODUÇÃO

É o clínico geral / médico de família, de acordo com as directrizes da Organização Mundial de Saúde<sup>1,2</sup>, o terapeuta mais adequado para lidar com a doença psiquiátrica na comunidade.

A grande maioria dos doentes identificados pelos

clínicos gerais com distúrbios emocionais ou doença mental é tratada apenas ao nível dos cuidados de saúde primários, contudo, uma proporção destes doentes é referenciada para cuidados especializados de saúde mental. Os clínicos gerais são, efectivamente, a principal fonte de referência de casos para os serviços de saúde

mental nos países com uma rede de cuidados de saúde primários bem desenvolvida<sup>3</sup>.

Diferentes modelos de ligação à clínica geral têm sido descritos com vantagens e desvantagens específicas. Modelo de substituição (Replacement model), de reforço de referência de casos (Increased throughput model), seguimento directo de casos (Shifted outpatient model), supervisão-consultadoria (Consultation), entre os principais. Estes diferentes modelos parece serem susceptíveis de influenciar o processo de referência de casos<sup>4-7</sup>. Algumas implicações e repercussões de uma articulação efectiva com a clínica geral foram já estudadas por diversos autores com resultados encorajadores<sup>8-10</sup>.

A morbilidade psiquiátrica a nível dos cuidados de saúde primários justifica, por si, o ênfase actual nesta área como objecto de investigação. Sabemos que 14% da população consulta o clínico geral num ano por problemas psiquiátricos<sup>11</sup>, contudo, uma percentagem de 10 - 12% pode ser adicionada, referente à população habitualmente não identificada pelo respectivo médico, mas padecendo igualmente de doença psiquiátrica como principal motivo de consulta<sup>12</sup>. Alguns estudos apontam para valores próximo dos 30% de prevalência de morbilidade psiquiátrica na comunidade<sup>13</sup>, constituindo indubitavelmente um importante problema de Saúde Pública. Um estudo recente efectuado ao nível dos cuidados primários<sup>14</sup>, encontrou distúrbios psicológicos em 24% dos casos.

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas ao nível dos cuidados de saúde primários apresentam valores possivelmente superiores aos descritos nestes estudos prévios<sup>15</sup>. Com efeito, de acordo com os dados do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, as *alterações ansiosas / estados ansiosos* e as *perturbações depressivas* constituem a 3ª e 4ª causas mais frequentes de consulta.

A necessidade de continuidade e de integração de cuidados reforçam a importância destes clínicos, cuja acessibilidade relativamente à comunidade é, sem dúvida, maior quando comparada com os restantes níveis de cuidados.

Não existe actualmente um consenso entre doentes, clínicos gerais / médicos de família e psiquiatras acerca dos critérios de referência de casos. A percepção das necessidades de cada uma das partes envolvidas parece corresponder a diferentes e complexos aspectos<sup>16-19</sup>.

Pouco se sabe acerca das características que determinam a decisão de referenciar um caso. Sabemos que a gravidade dos sintomas constitui o motivo de referência numa pequena percentagem de casos<sup>20</sup>, sendo de igual modo conhecidos alguns dos factores determinantes do processo de referência. Destes, o tipo de serviço prestado a nível hospitalar parece ser considerado como o factor menos importante na decisão de referência<sup>21</sup>.

Foi inclusivamente proposto que cada clínico geral / médico de família possua um limiar de referência de casos individual e específico<sup>22</sup>.

Sendo os clínicos gerais a principal origem de referência de casos para os serviços hospitalares<sup>3</sup> torna-se essencial determinar quais são os doentes mais susceptíveis de serem referenciados, numa perspectiva de rentabilização de recursos e melhor prestação de cuidados.

Pretendemos efectuar um estudo de referência de casos dos cuidados de saúde primários para os cuidados secundários, estabelecendo correlações com um modelo específico de ligação à clínica geral.

## POPULAÇÃO E MÉTODOS

Os objectivos principais deste estudo foram discriminados do seguinte modo:

- Caracterização do tipo de doentes referenciado para cuidados especializados de Psiquiatria e Saúde Mental pelos cuidados de saúde primários, de acordo com as variáveis adiante descritas; estabelecimento de uma comparação entre os dois centros de saúde estudados no que respeita aos casos referenciados (com e sem modelo de ligação-articulação específico), relativamente aos parâmetros adiante descritos; identificação e caracterização da eventual existência de diferentes limiares de referência de casos entre os dois centros e entre cada clínico geral num mesmo centro; avaliação do percurso (tempo decorrido e número de terapeutas) efectuado pelos casos referenciados.

No estudo que nos propomos efectuar, os dois centros estudados foram escolhidos não apenas por apresentarem características semelhantes, em relação a um conjunto de factores que se pretendia controlar, mas também, e especialmente, por permitirem uma apreciação indirecta de um modelo de ligação (ligação-supervisão) aos cuidados de saúde primários em curso desde há vários anos apenas num dos centros (Centro A).

Estes dois centros de saúde, são os únicos prestadores de cuidados primários na comunidade estudada. Serão referidos como Centro A e B.

Estes dois centros apresentam características semelhantes relativamente ao total de população acompanhada, número de clínicos gerais / médicos de família e presença de psiquiatras no respectivo centro.

Num período de seis meses, compreendido entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 1994, foram registados dados referentes a todos os novos pedidos de consulta externa de Psiquiatria no Departamento.

Após terem sido identificadas e quantificadas as principais origens de referência de doentes, estudaram-se os casos enviados pelos clínicos gerais / médicos de família.

Procurou-se ainda, ao identificar cada médico de família referenciador de casos, determinar diferenças eventualmente existentes entre os diferentes clínicos relativamente ao número total de casos referenciados, isto é, total de doentes enviados por cada clínico geral.

Foram consideradas: Variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil, classe social) e outras variáveis, nomeadamente - diagnóstico (ICD10), duração dos sintomas até à primeira procura de ajuda, tempo decorrido entre o início dos sintomas e a referência do caso, tempo decorrido entre a consulta do clínico geral e a referência do caso, nº de terapeutas entre o início dos sintomas e a referência do caso, tipo de tratamento efectuado antes da referência, quem sugere a consulta, motivo do pedido.

Os instrumentos utilizados foram: o modelo conceptualizado para o estudo *Pathways to Care*; o ICD-10

*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision* e o teste de Graffar.

Procurou-se determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis aplicando testes de hipóteses.

## RESULTADOS

Pudemos constatar que os clínicos gerais são, efectivamente, a principal fonte de referência de casos para o Serviço de Psiquiatria (36,3% -89 casos).

A percentagem encontrada de casos referenciados pelos cuidados de saúde primários – 36,3% – engloba 8 casos referenciados por clínicos gerais que não trabalhavam em qualquer dos dois centros analisados mas que acompanhavam doentes que residiam no subsector da equipa. Os dados referentes a estes casos não foram considerados para o presente estudo.

Os 81 casos estudados distribuem-se do seguinte modo: Centro A (com modelo de ligação) - 28 casos, Centro B - 53 casos

Em relação ao sexo, verifica-se que o sexo feminino em ambos os centros é preferencialmente referenciado. As razões dos sexos encontradas (feminino/masculino) foram 1,55:1 no Centro A e 1,65:1 no Centro B.

Em relação aos dois centros verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

A média das idades das populações é nos casos referenciados pelo Centro A 38.1 anos (SD- 17.8) e nos casos referenciados pelo Centro B 43.1 anos (SD - 19.0).

No Centro A pertencer ao grupo etário <35 anos e ser do sexo masculino são condições que aumentam a probabilidade de ser referenciado ( $\alpha < 0.05$ ).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras relativamente à classe social (Graffar) e ao estado civil.

Em relação à sugestão de consulta de psiquiatria (Figura 1) existe uma grande proporção de casos no Centro B cuja referência foi sugerida por *outros* (sem ser o doente ou o terapeuta prévio) as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p=0,04780021$ ). Não se tendo verificado existirem diferenças entre os sexos.

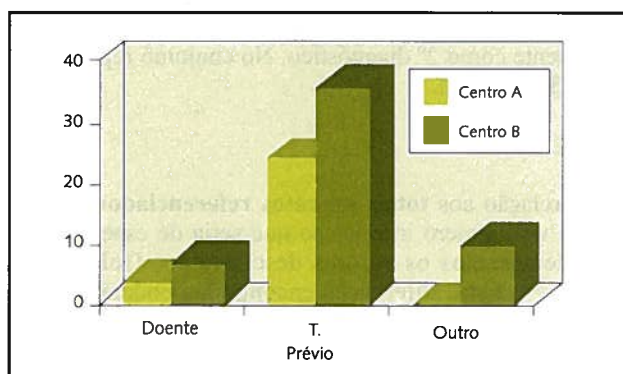


Fig. 1 – Sugestão de consulta

Procurámos caracterizar o número total de casos referenciados por clínico geral / médico de família com o objectivo de identificar padrões de referência diferentes. Pudemos assim verificar que existe uma maior variação no centro B relativamente ao centro A. Enquanto no centro A o número de casos referenciados por clínico geral para o Serviço de Psiquiatria variou entre 0 e 6, no centro B a variação foi entre 0 e 11. Esta variação aumenta para 1-9 no centro A e para 1-14 no centro B caso se considerem os casos referenciados para os psiquiatras dos respectivos centros de saúde.

Relativamente ao número de clínicos gerais referenciadores de casos (para o serviço de psiquiatria), houve mais clínicos gerais do Centro A a referenciar casos apesar do número total ser relativamente restrito (15 clínicos gerais referenciando 28 casos). No Centro B, menos clínicos gerais (12) referenciaram quase o dobro dos casos - 53.

Um aspecto curioso foi a aparente preferência de referência para os diferentes modelos de prestação de cuidados nos dois centros. Ou seja, os clínicos gerais que mais casos referenciaram para o serviço de psiquiatria referenciaram menos para os psiquiatras que trabalhavam nos centros de saúde e por sua vez os clínicos gerais que mais casos referenciaram para os psiquiatras dos centros de saúde referenciaram menos para o Serviço de Psiquiatria.

Apresentam-se no *Quadro 1* o grupo de problemas apresentados

Quadro 1 – Problemas Apresentados

	Centro A	Centro B
Ansiedade	13	6
Depressão	10	28
Alt. comp./ ab. subst./prob. fam.	10	13
Outros	1	9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>56</b>

De referir que cada doente poderia apresentar um ou mais problemas, motivo porque os totais apresentados não correspondem ao total de casos referenciado por cada centro.

A parcela *Outros* engloba, alterações psicóticas, dificuldades escolares, pedidos de declarações, queixas físicas, etc.

No que se refere à existência de terapêutica psicofarmacológica prévia, 64,3% dos doentes do Centro A, contra 37,7% dos doentes do Centro B, são referenciados já medicados.

Relativamente à quantificação da duração total dos sintomas, isto é o intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a referência para a consulta de psiquiatria, para facilidade de comparação agrupámos os dados em três classes (0-3 meses, 4-12 meses e > 12 meses).

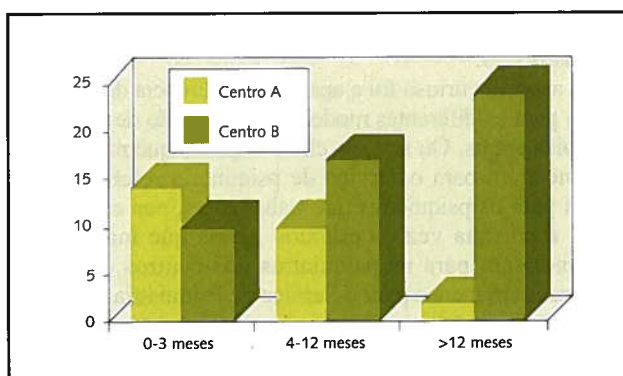
Os totais apresentados não correspondem aos totais de casos referenciados por não haver informação em relação a 2 casos no Centro A e a 2 casos no Centro B.

Os dois centros apresentam uma situação inversa em relação à duração dos sintomas. Assim a maioria dos

casos referenciados pelo Centro A apresenta sintomas até há 3 meses (53,9%) e apenas 2 casos (7,6%) apresentavam sintomas há mais de 12 meses. No Centro B a maior parte dos casos apresentava sintomas há mais de 12 meses. Apenas 10 casos (19,6%) apresentavam sintomas há menos de 3 meses (*Quadro II / Figura 2*).

*Quadro II* – Duração dos Sintomas

	Centro A	Centro B
0-3 meses	14	10
4-12 meses	10	17
> 12 meses	2	24
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>51</b>



*Figura 2* – Duração dos sintomas

Estas diferenças na duração total de sintomas mantêm-se quando se analisam as diferenças entre os sexos

No Centro B os doentes são referenciados mais tarde e o sexo masculino apresenta um atraso na referência maior ( $p=0,00070681$ ).

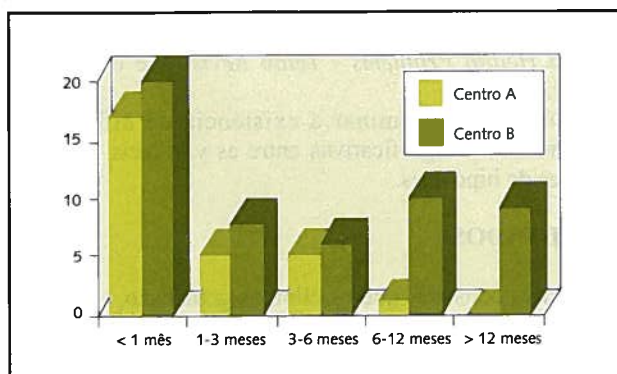
Procurámos quantificar o intervalo de tempo entre a procura de ajuda em relação ao primeiro terapeuta (quase sempre o clínico geral / médico de família) e a referência para a consulta de especialidade no hospital (*quadro III / Figura 3*).

*Quadro III* – Intervalo 1º Terapeuta - Consulta de Psiquiatria

	Centro A	Centro B
< 1 mês	17	20
1-3 meses	5	8
3-6 meses	5	6
6-12 meses	1	10
> 12 meses	0	9
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>53</b>

Procurámos verificar ainda o mesmo intervalo de tempo para os casos em que o clínico geral foi o primeiro terapeuta (tempo de acompanhamento nos cuidados de saúde primários). Excluimos assim, 6 casos referenciados pelo Centro A (21,4%) e 8 do Centro B (15,1%). *Quadro IV*.

As diferenças encontradas resultaram dos casos em que o clínico geral foi o primeira terapeuta ( $p=0,0452$ ).



*Figura 3* – Intervalo 1º Ter. - C. Psiq.

*Quadro IV* – Intervalo de Tempo - Clínico Geral como 1º Terapeuta e Consulta de Psiquiatria

	Centro A	Centro B
< 1 mês	14	15
1-3 meses	3	7
3-6 meses	4	6
6-12 meses	1	8
> 12 meses	0	9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>45</b>

Da análise detalhada do quadro podemos verificar que os casos do Centro A são referenciados mais rapidamente (77,2% até 3 meses) em relação ao Centro B (48,9% até 3 meses).

Os grupos diagnósticos mais referenciados em cada um dos centros foram os grupos F40-F48 (Distúrbios Neuróticos, relacionados com o *Stress* e Somatoformes) e F30-F39 (Distúrbios do Humor). Dentro destes grupos diagnósticos foram predominantes nos dois centros os Distúrbios de Adaptação (F43) e os Distúrbios Depressivos Recorrentes (F33), representando em conjunto 69% dos casos referenciados.

O 3º grupo diagnóstico mais frequente corresponde no conjunto dos dois centros ao grupo F10-F19 (Distúrbios de Comportamento e Mentais resultantes de uso de Substâncias Psicoactivas) com 9,5% dos casos referenciados.

Todos os outros diagnósticos corresponderam a pequenas percentagens do total, com a excepção dos Distúrbios de Personalidade (F60-F69) que apesar de não terem consistido em motivo directo de referência existiam principalmente como 2º diagnóstico. No conjunto representaram 8,3% do total.

## DISCUSSÃO

Em relação aos **totais de casos referenciados** encontrámos um número inferior ao que seria de esperar caso considerássemos os valores descritos por Goldberg e Huxley<sup>23</sup>. Estas diferenças encontradas podem corresponder a uma utilização diferente dos serviços pela nossa população, corresponder a diferentes valores de morbidade ou a atitudes diferentes entre os clínicos gerais relativamente à referência para Psiquiatria.

Um estudo efectuado, entre nós, de morbilidade psiquiátrica a este nível<sup>15</sup> aponta para valores elevados. De igual modo, os dados do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul confirmam a elevada proporção de casos que apresentam problemas de saúde mental como motivo de consulta em clínica geral (23,6%). Parece assim haver uma atitude diferente em relação à referenciação.

Relativamente ao número total de casos referenciados encontrámos uma grande variação entre cada centro e entre clínicos gerais no mesmo centro, o que pode apontar para a existência de comportamentos ou atitudes diferentes relativamente à referenciação de casos.

As diferenças encontradas, quer em relação aos totais de casos referenciados por cada centro para o Departamento (referenciando o Centro B quase o dobro dos casos do Centro A), quer à maior variação inter-individual registada no Centro B apontam para a existência de diferenças nos limiares de referenciação de cada clínico geral, diferenças nas atitudes relativamente aos cuidados secundários (tipo de resposta pretendida) e nos factores implicados na decisão de referenciação, eventualmente reflexo do tipo de ligação existente com os cuidados secundários.

Foram os clínicos gerais que estiveram mais regularmente envolvidos na actividade de ligação no Centro A aqueles que referenciaram, tendencialmente, para o Serviço de Psiquiatria, o que revela uma preferência por este modelo de prestação de cuidados (em relação aos psiquiatras dos centros de saúde).

Apesar de não se poder estabelecer uma relação de causa-efeito, os valores encontrados apontam para uma possível influência do modelo de ligação-articulação em estudo no padrão de referenciação de casos. Com efeito, é o Centro A que tem desde há vários anos uma actividade de ligação com os cuidados de psiquiatria aquele que referencia menos casos e que apresenta uma menor variação inter-individual nos totais de casos referenciados.

Estudando algumas das **características sócio-demográficas** dos doentes referenciados encontramos alguns resultados que merecem uns breves comentários. Assim em relação ao sexo, estado civil e classe social (de acordo com o índice de Graffar) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as amostras. Esta homogeneidade das amostras era desejável no sentido de poderem ser comparados e estudados outros factores susceptíveis de influenciar o processo de referenciação.

Apresentando as freguesias estudadas, semelhanças em termos demográficos e socio-económicos, tendo ambos os centros de saúde áreas degradadas e desfavorecidas em termos sociais e económicos, estes factores não deverão contribuir para as diferenças encontradas nos casos referenciados.

Encontrámos na nossa amostra uma elevada proporção de doentes vivendo sozinhos (divorciados e viúvos), 18% no Centro A e 14% no Centro B, o que pode corresponder a um menor suporte social, contribuindo para uma maior vulnerabilidade à doença mental<sup>24</sup>. De igual modo, a confirmação e diagnóstico de casos pelos clínicos gerais é

mais provável nos indivíduos que vivem sós<sup>21,25</sup>. A predominância das classes sociais 3 e 4 nas duas amostras enquadra-se nos resultados de vários estudos prévios<sup>24</sup>.

A **sugestão de consulta de psiquiatria (referenciação)** foi muito diferente nos dois sexos. Nos dois centros a decisão foi maioritariamente do clínico geral, mas o papel de terceiros (principalmente de familiares) na decisão do processo de referenciação foi importante no Centro B. Um estudo europeu recente<sup>26</sup> confirma que em Portugal a decisão compete em grande parte ao médico, havendo uma reduzida influência do doente. A maior proporção de casos referenciados pelo clínico geral no Centro A pode reflectir uma maior percepção das necessidades do doente e da família.

O grupo de **problemas apresentados** correspondeu aos diagnósticos mais frequentes. Com efeito, 62,6% apresentava *Depressão* ou *Ansiedade* como motivo principal da referenciação.

Em relação ao **tipo de tratamento prévio**, a maior proporção de doentes referenciados que estavam medicados no centro A parece indicar uma maior capacidade de manejo dos psicofármacos.

No que se refere à **duração total dos sintomas**, isto é, o intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira procura de ajuda (quase sempre ao clínico geral) verifica-se existirem diferenças acentuadas entre os dois centros, sendo os resultados quase inversos. O motivo que leva os doentes a terem padrões de utilização dos serviços díspares permanece por explicar. Uma hipótese seria a existência de diferenças estruturais e de organização dos serviços (com menores tempos de espera por exemplo) no Centro A que permitiriam uma maior acessibilidade e utilização mais eficaz dos serviços. Diferenças na qualidade da relação terapêutica estabelecida previamente podem, de igual modo, condicionar diferentes padrões de utilização.

Em relação ao **intervalo de tempo decorrido entre a primeira procura de ajuda e a referenciação para a especialidade**, os valores encontrados correspondem aos descritos em diversos estudos<sup>21, 27, 28</sup> sendo o sexo masculino e os doentes mais jovens (idade < 35 anos) preferencialmente referenciados.

Sabemos que a ligação entre a Psiquiatria e a Clínica Geral contribui para uma diminuição do estigma, ainda associado à doença mental. Estes clínicos gerais mais facilmente referenciam os casos, seja por uma melhor percepção das necessidades, por um maior conhecimento dos cuidados prestados, por uma melhor capacidade diagnóstica, ou por outros motivos. Com efeito, é geralmente descrito que a actividade de ligação, num modelo próximo do efectuado, aumenta a capacidade diagnóstica e as perícias globais dos clínicos gerais envolvidos<sup>7</sup>.

As **categorias diagnósticas** encontradas no nosso estudo correspondem mais à população que é acompanhada ao nível dos cuidados primários, pelos clínicos gerais. De referir que os distúrbios de personalidade corresponderam a 7,4% do total. Estes resultados estão mais próximo dos encontrados por Strathdee et al. (1990)<sup>29</sup> - 67% e 9% de distúrbios neuróticos e de personalidade, respectivamente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece ser evidente que a decisão de referência de casos é alvo de grande variabilidade entre os clínicos gerais de um mesmo centro e de centros diferentes.

Uma questão importante, que permanece por esclarecer, é sabermos até que ponto os clínicos gerais que referenciam mais doentes estão a referenciar mais do que o necessário, ou pelo contrário são os clínicos gerais que referenciam menos que estão a travar o acesso a cuidados especializados a doentes que eventualmente beneficiariam destes.

Pudemos verificar que, apesar das limitações inerentes a um estudo com estas características e desta dimensão, o tipo de cuidados prestados e o modelo de organização dos mesmos pode influenciar os padrões de referência de casos para os serviços especializados.

Estudos posteriores são necessários no sentido de esclarecer, não apenas acerca da persistência dos resultados encontrados, mas também com o objectivo de desenvolver novos modelos de ligação à clínica geral, mais adequados às necessidades e às expectativas dos doentes e técnicos envolvidos.

Só com um conhecimento aprofundado do complexo processo de referência será possível compreender as motivações determinantes do mesmo. Para isto é necessário o estudo dos casos referenciados, dos não referenciados, dos resultados e dos respectivos custos, não apenas para o serviço mas também para a comunidade.

Foi nossa intenção reforçar a colaboração com a Clínica Geral, valorizando o papel dos clínicos gerais em relação aos cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental.

Este estudo, assim o desejamos, poderá contribuir para aprofundamento da ligação com os cuidados de saúde primários.

## AGRADECIMENTOS

Ao colega Caldas de Almeida pelo estímulo e supervisão.

A todos os elementos da minha Equipa pela disponibilidade que permitiu a colheita da informação clínica.

Ao colega C. M. Moraes Sarmiento pelo tratamento estatístico dos dados.

## BIBLIOGRAFIA

- WHO Psychiatry and primary medical care., Copenhaga: World Health Organization 1973.
- WHO First - contact mental health care. Report on a WHO Meeting. Tampere: World Health Organization 1983.
- GATER R, DE ALMEIDA E SOUSA R, CARAVEO J et al: The pathways to psychiatric care: a cross cultural study. *Psychological Medicine* 1991; 21: 761-774.
- MITCHELL A R K: Psychiatrists in primary health care settings. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 371-379.
- TYRER P: The Hive System: A Model for a Psychiatric Service. *British Journal of Psychiatry* 1985; 146: 571-575.
- BROWN R M A, STRATHDEE G, CHRISTIE- BROWN J R W E ROBINSON P H: A comparison of Referrals to Primary-Care and Hospital Out-patient Clinics. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 168-163.
- CREED F E MARKS B: Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic models. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989; 39: 514-517.
- TYRER P: Psychiatric clinics in general practice: an extension of community care. *British Journal of Psychiatry* 1984; 145: 9-14.
- WILLIAMS P, BALESTRIERI M: Psychiatric clinics in general practice- do they reduce admissions? *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 67.
- SENNFELT J: Mental Health Care in the Primary Health Care Settings- The Portuguese Experience. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1992; Vol. 10; 1: 29-33.
- SHEPHERD M, COOPER B, BROWN A C, KALTON G: Psychiatric illness in general practice. Oxford: Oxford University Press; 1966.
- GOLDBERG D P E BALACKWELL B: Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 1970; 2: 439-443.
- REGIER D, MYERS J, KRAMER M E ROBBINS L: The NIMH Epidemiologic catchment Area (ECA) Program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry* 1988; 41: 934-941.
- ÜSTON T E SARTORIUS N: Mental Illness in General Health Care - An International Study. West Sussex: John Wiley 1995.
- CALDAS DE ALMEIDA J M, CARVALHO A, RIBEIRO A, SALDANHA R, MORAIS L E CAPELA A: Morbilidade psiquiátrica em clínica geral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1993; vol 11; 3: 37-43.
- KESSEL W I N: Who ought to see a psychiatrist? *Lancet* 1963; i, 1092-1095
- SHEPHERD M: Who should treat mental disorders? *Lancet* 1982; i: 1173-1175
- GRACE F J E ARMSTRONG D: Referral to Hospital: Perceptions of Patients, General Practitioners and Consultants About Necessity and Suitability of Referral. *Family Practice* 1987; Vol. 4; 3: 170-175.
- WILKINSON G: I don't want to see a psychiatrist. *British Medical Journal* 1988; 279: 1144-1145.
- KAESER A C E COOPER B: The psychiatric patient, the general practitioner and the out-patient clinic: an operational study and a review. *Psychological Medicine* 1971; 1: 312-325.
- GOLDBERG D P E HUXLEY P: Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. Londres: Tavistock Publications 1980.
- CUMMINS R O, JARMAN B, WHITE P M: Do general practitioners have different 'referral thresholds'? *British Medical Journal* 1981; 282: 1037-1039.
- GOLDBERG D E HUXLEY P: Common Mental disorders. A bio-social model. Londres: Tavistock/ Routledge 1992.
- BROWN G W, HARRIS T: Social origins of depression. Londres:Tavistock 1978.
- MARKS J N, GOLDBERG D P, HILLIER V F: Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological medicine* 1979; 9: 337-353.
- SA A B, JORDÃO J G: Estudo europeu sobre referência em cuidados de saúde primários. I- Dados de referência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1993;10: 238-244.
- GARDINER A Q, PETERSON J, HALL J D: A Survey of General Practitioner's referrals to a Psychiatric Out-Patient Service. *British Journal of psychiatry* 1974; 124: 536-541.
- WILKINSON G: Referrals from general practitioners to psychiatrists and paramedical mental health professionals. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 72-76.
- STRATHDEE G, KING M, ARAYA A E LEWIS S: A standardised assessment of patients referred to primary care and hospital psychiatric clinics. *Psychological Medicine* 1990; 20: 219-224.