

SANDRO SIMÕES DE ALMEIDA

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PROGRAMA DOCENTE
ASSISTENCIAL**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

SANDRO SIMÕES DE ALMEIDA

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PROGRAMA DOCENTE
ASSISTENCIAL**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Edson José Cardoso
Orientador: Dr. Marco Aurélio Da Ros**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente de agradecer ao meu orientador, Dr. Marco Aurélio Da Ros, pelo apoio, paciência, amizade e pela imprescindível ajuda na elaboração deste trabalho.

À minha amada namorada, Lucyana Medeiros, pelo incentivo, companheirismo, compreensão, dedicação, e amor que me deu durante a realização deste trabalho; sempre presente até nas horas difíceis. À ela devo um agradecimento todo especial.

Agradeço à minha querida prima Anna Augusta de Mattos, pela ajuda, carinho e simpatia que me deu.

Tenho de agradecer também, de forma especial, à minha família, principalmente meus pais, por seu amor, constante preocupação com a minha formação acadêmica, sempre me encorajando e incentivando nos momentos difíceis e reconhecendo as conquistas quando alcançadas. A eles devo todo o meu presente e também os meus sonhos futuros.

DEDICATÓRIA

Dedico não só este trabalho, como toda minha vida acadêmica e as minhas esperanças quanto ao futuro, às pessoas que mais influência tiveram em minha formação e meu caráter: meus pais e minha irmã. Pessoas de um coração enorme, de valores corretos, que sabem e ensinaram-me como respeitar a todos indistintamente. Foram quem sempre acreditei e considerei até hoje os principais incentivadores das minhas pretensões quanto ao futuro. Chegando agora ao final de minha jornada acadêmica, não posso deixar de dedicar a eles este trabalho de conclusão de curso.

Índice

Introdução.....	05
Revisão de Literatura.....	11
Objetivos.....	31
Método.....	32
Resultados.....	33
Discussão.....	37
Conclusões.....	42
Referências.....	44
Normas Adotadas.....	48
Resumo.....	49
Summary.....	51

1 - INTRODUÇÃO

Por sugestão do Ministério da Educação¹, efetuou-se no começo de 1997 uma reforma curricular para aumento da carga horária do Internato Médico; o que originou na implantação do Internato Médico em Saúde Coletiva.

Propôs-se que o Internato em Saúde Coletiva fosse sub-dividido em um turno pela manhã e outro turno à tarde.

Pela manhã os acadêmicos se revezariam entre as 5 áreas da Medicina: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica e Saúde Pública; com duração de aproximadamente 5 semanas em cada área.

Na área de Saúde Pública, as atividades das 5 semanas foram programadas de forma que a cada dia da semana seriam abordados determinados assuntos, como: doenças comuns; casos clínico-comunitários; práticas de educação em saúde; saúde do trabalhador; e diagnóstico de saúde em creches e escolas.

No período da tarde as atividades seriam efetuadas nos Centros de Saúde em quatro dos dias da semana (Segunda-feira, Terça-feira, Quinta-feira e Sexta-feira), para as atividades ambulatoriais; e uma vez por semana (Quarta-feira) no Centro de Ciências da Saúde (UFSC) ou no auditório do Hospital Universitário, onde seriam efetuadas as atividades teóricas.

Nestes períodos da tarde, reservados para os Centros de Saúde, realizariam-se em torno de 5 horas de trabalho diárias (das 13:30 às 18:30), através de grupos de quatro ou cinco acadêmicos por Centro de Saúde.

Estes acadêmicos se dividiriam, em cada Centro de Saúde, rotativamente, em: 2 para atendimento de consultas (mais ou menos 7 por dia, cada acadêmico), 1

ou 2 para acolhimento (triagem) e 1 para atividades extra-posto (visitas domiciliares, grupos terapêuticos, visitas a creches e escolas, etc), sendo que os trabalhos em cada posto seria precedido de territorialização.

Ainda em 1997 foi elaborado o Projeto de Articulação Docente – Assistencial, UFSC – Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis (SSDS), estabelecendo-se assim, com o trabalho conjunto UFSC – Prefeitura, o local onde ocorreria o Internato, e visando, entre outros objetivos:

“Implantar e desenvolver um modelo de formação de recursos humanos na área da saúde, incorporando novas práticas de ensino e prestação de serviços;

Favorecer um movimento de mudança de paradigma do ensino da saúde, formando recursos humanos com uma visão de trabalho multiprofissional, atenção integral à saúde individual e coletiva, contextualização e inserção do indivíduo na sociedade e participação comunitária e facilitando a compreensão do aluno como futuro profissional da saúde...”

O Projeto de Articulação Docente – Assistencial foi dividido em três fases de implantação, e contava para sua viabilização, com a infra estrutura dos Centros de Saúde, assim como do Hospital Universitário (2º e 3º nível de atenção, internação e maternidade).

Na área médica, previa a supervisão de cerca de 50 alunos por 6 médicos supervisores de Medicina Geral Comunitária vinculados ao Hospital Universitário e

1 médico supervisor ligado à SSDS, com carga horária vespertina, nestas unidades de saúde.

Ainda na primeira fase do Projeto, estavam incluídos o treinamento e sensibilização das equipes das unidades e das regionais de saúde para o trabalho docente – assistencial, a contratação de recursos humanos e a organização do sistema de referência e contra-referência.

A segunda fase do Projeto contemplava a implantação, propriamente dita, do Internato Médico em Saúde Comunitária ou Saúde da Família, a articulação do estágio curricular dos Cursos de Enfermagem e de Farmácia, organização do sub-projeto de reciclagem/educação continuada para os profissionais do distrito escola, e o planejamento e construção da Unidade de Saúde – Escola, que comportaria as clínicas especializadas.

Durante o Internato, as atividades seriam registradas pelos próprios discentes na Caderneta de Acompanhamento Acadêmico, um instrumento elaborado pela preceptoria do Departamento de Saúde Pública, para o acompanhamento e avaliação dos acadêmicos e de seus afazeres, que envolveriam atividades como territorialização, procedimentos médicos, cuidados de enfermagem, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e atendimento geral (consultas).

Numa terceira fase, propunha-se a implantação da Residência em Medicina Geral Comunitária e do modelo de reciclagem/educação continuada aos demais profissionais da rede municipal de saúde.

Optou-se também por melhor organizar as atividades, horários, centros de saúde, conteúdo programático, dimensionamento do trabalho, impressão de material, treinamento e contratação de pessoal, para melhor caracterizar o Projeto de Articulação Docente – Assistencial como um modelo, compatível com o

Programa de Saúde da Família, que proporcionasse a visão de Saúde, abrangente e integral, inicialmente proposta.

No internato é solicitado ao aluno que faça um trabalho de conclusão de curso. Optei por fazer na área de Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente em transtornos afetivos (desordens emocionais); porque a área de Saúde Mental tem sido pouco investigada.

As desordens emocionais são descritas como freqüentes no nível primário de atenção, mas pouco identificadas e registradas pelo médico²⁻⁹. Brody *et al.*, e também Craig *et al.* sugerem que fazendo uma anamnese mais minuciosa, e dependendo dos critérios de avaliação, pode-se ter um alto índice de diagnóstico de desordens emocionais^{2,10}.

Os fatores que determinam sua detecção estão relacionados a fatores relativos ao paciente e ao médico atendente. Os fatores relacionados ao paciente estão ligados à natureza da apresentação (as apresentações somáticas são menos identificadas como de origem emocional), intensidade da desordem, antecedente psiquiátrico e freqüência aumentada de consultas num curto período de tempo. Os fatores relacionados ao médico são ligados ao seu interesse em identificar tais problemas, conhecimento clínico e capacidade de detecção (“olhar no olho do paciente”, esclarecer a queixa, evitar o uso de questionários de triagem, fazer mais perguntas abertas, gastar menos tempo falando e interromper pouco, não ter pressa na consulta, mostrar empatia, ser sensível às questões emocionais – verbais e não verbais – do paciente¹⁰).

Dentro dos fatores relacionados aos pacientes os sintomas mais comuns são, principalmente, diminuição do prazer e do interesse pelas coisas (anedonia), distúrbios do sono, agitação psico-motora, baixa auto-estima, estado funcional e bem-estar, nervosismo, dificuldade de concentração, sintomas psicossomáticos,

idéias de suicídio, sentimentos negativos, e mau-humor¹¹. Segundo trabalhos de Brody *et al.* e Carney *et al.*, verifica-se que uma parcela significativa da população usuária do nível primário de atenção é portadora de alguma desordem emocional ou transtorno afetivo^{2,3}.

Conforme Mari, as diferenças de prevalência da ansiedade e depressão entre os estudos na Atenção Primária à Saúde (APS) provavelmente obedecem mais à diversidade de parâmetros e critérios que se aplicaram para definir casos do que a diferenças reais na prevalência¹². A dificuldade para um diagnóstico mais preciso das desordens emocionais surge também quando se quer saber qual o instrumento de classificação apropriado a se usar para o diagnóstico destas desordens¹².

Como aluno da 10^a fase, cursando o Internato em Saúde Coletiva, e desta forma estando em um Centro de Saúde, tive a percepção de que muitas vezes esses sintomas são desconsiderados como importantes para se fazer o diagnóstico do paciente e acompanhar sua evolução, não identificando, então, os sintomas emocionais e psicossomáticos como problema de saúde. No entanto, deveria ser diferente pois segundo Shepherd, M; Cooper, B; Brown, AC *et al.* (apud Mari¹²) o requisito fundamental para a melhora da atenção à saúde mental é fortalecer a formação do médico generalista e não a proliferação de centros especializados. É importante, então, discutir o papel do médico frente ao paciente que chega com uma queixa de saúde, física ou não.

Com estas premissas, de que o registro destas desordens possivelmente estivesse baixo e com a revisão dizendo que deveria ser alto, resolveu-se fazer um trabalho que observasse a frequência com que estas desordens ocorrem nas consultas no Programa Docente-Assistencial (PDA), alertando também para o quanto elas podem ser sub-diagnosticadas. Gostaríamos com este trabalho, ainda, discutir alguns fatores que poderiam influenciar nas características dos transtornos

emocionais que se encontram na APS, da população estudada, e que devem ser manejados nesse nível de atenção.

Faremos a seguir uma descrição mais detalhada dos conceitos de desordens emocionais (transtornos afetivos) mais especificamente sobre a depressão e a ansiedade; de seus critérios de avaliação e de sua epidemiologia, conforme literatura anterior.

2 – REVISÃO DE LITERATURA¹³

2.1 - Depressão

A depressão é caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade ou angústia), redução da energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade. A capacidade de crítica do estado mórbido pode ou não estar preservada. Gravidade e frequência dos sintomas variam muito de um deprimido a outro, podendo ser intermitentes ou predominar lentidão física e mental com inibição e ansiedade, ou ainda intensa agitação psicomotora ou estupor depressivo, com alucinações, idéias deliróides e/ou obnubilação da consciência, no caso da depressão psicótica (Mayer-Gross e cols, 1976; Goodwin e Jamison, 1990).

2.1.1 - *Aparência Geral*

O deprimido parece cansado e preocupado. Mesmo que force o sorriso, tende a manter os olhos abertos, mas com o olhar fixo, triste e melancólico e a testa franzida (ômega melancólico). O corpo tende curvar-se e o cuidado com a aparência é reduzido ou deixa de existir. Em depressões agitadas, o paciente fica inquieto, parece desesperado e aflito.

2.1.2 - Humor e Afetividade

O humor apresenta-se triste ou irritável, caracterizado por sentimentos de angústia, ansiedade, medo, desânimo, insegurança, apatia, desinteresse ou indiferença e perda de sentido das coisas, podendo chegar ao desespero. O direcionamento para o pólo negativo é tão acentuado, que se torna difícil “distrair” o paciente, voltando a prevalecer o sofrimento anterior e a introspecção. Em depressões menos acentuadas, o humor oscila durante o dia, com piora matutina ou vespertina, e o paciente pode ter horas de retorno à normalidade.

A anedonia pode ser parcial ou generalizada. Situações que antes representavam prazer ou lazer deixam de interessar e perdem a graça. O paciente não sente mais paz, alegria ou felicidade, e mesmo tristeza ou mágoa não tem o brilho de antes.

2.1.3 - Cognição e Percepção

Predominam pensamentos de cunho depressivo, hipocondríacos, de culpa e auto-recriminação, pecado, ruína, insuficiência, desvalorização, inferioridade, inutilidade, falta de sentido ou morte. As idéias de suicídio sempre devem ser investigadas e o risco avaliado. Os pacientes podem apenas desejar a morte, ou pensar e mesmo arquitetar o suicídio.

Esses pensamentos ocorrem na forma de ruminções, idéias depressivas mórbidas e recorrentes que impedem a avaliação objetiva de uma situação e que tomam conta do pensamento durante a maior parte do dia. Altera-se a capacidade de exercer crítica, pois os acontecimentos são interpretados de modo depressivo (Rush, 1990). Presente e passado tornam-se motivo e reforço de seu sofrimento, e o

futuro está impregnado pela ausência de planos e perspectivas. Existe uma tendência a justificar os sintomas em função de problemas pelos quais o paciente esteja passando. Surgem medos irracionais e preocupações com as mínimas coisas, pioradas pela indecisão e pela insegurança. Os problemas reais assumem proporções insuportáveis.

Com a lentificação do pensamento as idéias podem ficar confusas, inviabilizando o raciocínio claro. Reduz-se a capacidade de fixação da atenção, com conseqüente diminuição da capacidade de concentração em leituras, televisão, etc. Em função disso e do desinteresse, as informações não são fixadas na memória e o deprimido passa a se queixar de esquecimento.

Alterações sensoperceptivas são raras e ocorrem apenas em deprimidos psicóticos. Alucinações auditivas e cenestésicas e idéias deliróides apresentam temática depressiva e, às vezes, auto-referente. Segundo Ey e cols. (1981), o delírio mais característico da forma melancólica da depressão é o de negação ou Síndrome de Cotard, em que o paciente chega a negar a existência de seus órgãos e/ou de seus familiares, ou pensa que seu corpo está mudando de forma ou se deteriorando.

Vontade ou capacidade de iniciar ou de prosseguir tarefas estão reduzidas ou ausentes, bem como comprometidas pela indecisão. Predominam desânimo e fadigabilidade, mesmo as atividades de rotina requerendo maior esforço. Pode haver dificuldade apenas na iniciação da tarefa: uma vez desencadeada, torna-se possível sua realização.

2.1.4 - *Comportamento e Psicomotricidade*

Uma das alterações principais é a diminuição de energia, a fadigabilidade. Aliada à lentificação psicomotora, a falta de vontade e a apatia causam diminuição

dos movimentos, tendência a ficar deitado e isolamento. Contrapondo-se a essa inibição, pode haver inquietação ou agitação psicomotora, o deprimido não consegue parar quieto, anda de um lado a outro, esfrega as mãos, balança as pernas, mas também não é capaz de realizar atividade produtiva.

2.1.5 - Sintomas Físicos

Os deprimidos podem ter as mais diversas queixas físicas, como cansaço, cefaléias, dores nos membros, lombalgias, dor precordial, no epigástrico, abdominal, obstipação, eructações, falta de ar, “bolo na garganta”, etc. O termo depressão “mascarada” refere-se ao predomínio de sintomatologia física, inclusive insônia e inapetência, em detrimento do humor depressivo, dificultando o diagnóstico diferencial (Rush, 1990). Geralmente, a intensidade e a frequência das dores acompanham as oscilações de piora e melhora da depressão. A dor é descrita como difusa, profunda, acompanhada de intenso sofrimento psíquico, cuja localização pode ser múltipla ou variável no decorrer do tempo.

Queixas somáticas foram observadas em mais de 50% dos deprimidos (Katon e Sullivan, 1990). A somatização parece estar relacionada ao aumento da idade, história familiar e doença física prévia, além de diminuir à medida que se eleva o nível sócio-econômico (Lombardi, 1990). Na gênese da somatização, Goldberg e Bridges (1998) implicaram fatores culturais, tais como inibição cultural contra a experiência do afeto depressivo e falta de vocabulário para expressão emocional. Postularam que em sociedades nas quais a pessoa tende a permanecer submersa no grupo é freqüente a expressão de estresse através da somatização, ao passo que, nas sociedades mais individualistas, ela foi substituída pela “psicologização”.

Ocorre diminuição da libido, aumento ou redução de peso, diminuição ou aumento do apetite. A maioria dos deprimidos sofre de insônia, que pode ser inicial, intermediária e/ou terminal. Esta última é típica de depressões endógenas; a primeira é menos freqüente, ocorrendo principalmente em quadros ansiosos. O paciente acorda cansado, o sono não é repousante. Ao redor de 15% dos pacientes podem ter hipersonia (Goodwin e Jamison, 1990).

2.1.6 - Como medir depressão?

A elaboração do diagnóstico de depressão e a mensuração da gravidade dos sintomas da doença são tarefas diferentes. Na primeira situação, o investigador ou o clínico tem como principal objetivo determinar a presença ou a ausência, em um dado paciente, de um conjunto de características clínicas (presença e padrão de sintomas, duração dos mesmos e curso), que é considerado descritivo daquela condição.

Para tanto, utiliza-se de entrevista clínica, que pode ser livre, semi-estruturada ou estruturada. Já na segunda situação, o propósito é estimar quantitativamente a gravidade dos sintomas de um paciente previamente diagnosticado com depressão.

A avaliação dos sintomas é de fato muito importante não só no sentido do acompanhamento ou da evolução da resposta em estudos sobre a eficácia das intervenções terapêuticas. A avaliação dos sintomas, no caso da depressão, é imprescindível para a elaboração do diagnóstico por mais operacionalizado que estejam os critérios diagnósticos, tais como o DSM-IV (APA, 1994) ou a CID-10 (OMS, 1992). Assim, as escalas de avaliação da depressão ajudam na avaliação dos

sintomas e na elaboração do próprio diagnóstico, além de auxiliarem o acompanhamento do paciente e o resultado dos tratamentos.

2.1.7 - Epidemiologia

Hoje em dia, os transtornos de humor são relativamente fáceis de tratar, mas a maioria dos deprimidos sequer procura atendimento médico, e metade dos que o fazem busca tratamento inicial com clínicos gerais e de outras especialidades; a outra metade é dividida entre os que fazem psicoterapia e os que são atendidos pelo psiquiatra para tratamento específico (Freedman, citado por Paprocki, 1990). Alguns autores chegam a afirmar que a depressão é o problema clínico mais comum que os médicos de atenção primária são chamados a diagnosticar e tratar (Katon e Sullivan, 1990), levando-se em conta o alto índice de co-morbidade (entre 20 e 45%) com doenças sistêmicas crônicas, incapacitantes, como câncer, doenças neurológicas, cardiopatias, artrite reumatóide e outras. A questão torna-se problemática porque o clínico não diagnostica nem metade dos transtornos de humor, e isto se agrava em nosso meio (Caetano e Stela, 1990). Além disso, verificou-se (McCombs e cols., 1990) que somente 3,5% dos casos diagnosticados foram adequadamente tratados, ao passo que 45% nunca receberam doses mínimas eficazes de antidepressivos.

Além do sofrimento que causam os transtornos de humor, são considerados potencialmente letais, caso não sejam tratados de forma adequada aumentando o risco de suicídio (Clayton, 1985) e de doenças cardiovasculares (Jefferson, 1983; Dalack e Roose, 1990). Segundo revisão de Clayton (1985), 30 a 70% das pessoas que cometem suicídio sofrem de depressão, e ao redor de 15% dos deprimidos, e ao redor de 15% dos deprimidos se suicidam (Guze e Robins, 1970). Mesmo antes do

aparecimento dos antidepressivos, estudo amplo de Malzberg (citado por Dalack e Roose, 1990) já evidenciara que 40% das mortes nos deprimidos eram por doenças cardíacas, oito vezes mais que na população geral; Jefferson (1983) verificou que há significativamente menos mortes por infarto do miocárdio e por suicídio em pacientes tratados de forma adequada do que nos inadequadamente tratados.

Os sintomas depressivos manifestam-se com uma freqüência três vezes maior na população adolescente e adulta jovem quando comparados com a população infantil ou adulta (Kashani *et al.*, 1987; Joshi e Scott, 1988; Horwath *et al.*, 1992). Os sintomas mais freqüentes são semelhantes aos observados no adulto: crises de choro, oscilações do humor, fadiga, isolamento social, perda do interesse, alterações no sono e no apetite, irritabilidade e ideação suicida. Entretanto, observam-se outras manifestações mais características dessa etapa da vida, tais como alterações de conduta (diminuição das atividades diárias, negativismo e comportamento anti-social), perda da auto-estima, ansiedade e déficits cognitivos (Kashani *et al.*, 1989; Flemming e Offord, 1990; Escrivá, 1992). Dentre os principais fatores predisponentes implicados nas manifestações depressivas dessa faixa etária, estão os relacionados ao ambiente familiar e social. Os principais fatores de risco envolvidos são: violência dentro do lar, perda de um dos pais, problemas psiquiátricos em um ou ambos os pais, outros eventos estressantes de vida e baixo nível socioeconômico (Flemming e Offord, 1990; Garrison *et al.*, 1992; Puig-Antich *et al.*, 1993).

Por outro lado, bom desempenho escolar e relacionamento social adequado parecem desempenhar um efeito protetor contra a presença de sintomas depressivos nessa faixa etária (Rae-Grant *et al.*, 1989). A prevalência de sintomas depressivos entre os adolescentes varia de 15% a 50% (Flemming e Offord, 1990); 1% a 7% desses desenvolveriam quadros de depressão maior ou distímia (Garrison *et al.*,

1989; Ehrenberg *et al.*, 1990). Esses sintomas são mais freqüentes no início da vida adulta e no gênero feminino (Kashani *et al.*, 1989; Burke *et al.*, 1991).

A presença desses sintomas durante a adolescência implicaria um risco aumentado de quadros depressivos na idade adulta, além de aumentar as chances de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (Swanson *et al.*, 1992).

2.1.8 - Incidência e Prevalência

As complicações dos transtornos de humor tornam-se mais graves na medida em que levantamentos epidemiológicos amplos, recentes, apontam para uma prevalência ao longo da vida de 1,2% para transtorno bipolar, de 4,4% para transtorno depressivo maior (equivalente à depressão unipolar) e de 3,1% para distímia, segundo os critérios do DSM-III (APA 1980). Na Suécia, Rorsman e cols. (1990) verificaram que a incidência do primeiro episódio depressivo era de 4,3 por 1000 pessoas ao ano em homens e de 7,6 por 1000 pessoas ao ano em mulheres, fornecendo uma probabilidade cumulativa de ocorrência do primeiro episódio depressivo até os 70 anos de 27% em homens e de 45% em mulheres. Em revisão recente, Katon e Sullivan (1990) mostraram que o índice de prevalência para transtorno depressivo maior aumenta para 4,8% a 9,2% em nível de atenção médica primária e para 22% a 33% em pacientes médico-cirúrgicos internados.

2.2 - Ansiedade

A ansiedade é uma emoção normal, universal do ser humano, que ocorre quando se antecipa uma situação de perigo. Pode ser benéfica, pois conduz a uma mobilização e preparo para melhor enfrentar esses momentos. Torna-se patológica quando muito intensa ou desproporcional ao estímulo que a originou, ou quando surge sem que haja um motivo para isso. É acompanhada, então, de sintomas físicos originados principalmente do sistema nervoso autônomo e compromete o desempenho e bem-estar da pessoa por ela acometida.

Os transtornos de ansiedade possuem enorme importância para o clínico geral, sendo uma das condições mais comuns que se apresentam nos consultórios e nas clínicas de atenção primária. Não apenas o chamado transtorno de ansiedade generalizada (como se verá abaixo), mas as crises de pânico, as fobias (entre elas a fobia social) e o transtorno obsessivo-compulsivo são condições em que os pacientes recorrem, em primeiro lugar, ao clínico geral. Muitas vezes estes transtornos podem ser tratados, de forma eficaz, pelo generalista; não é sempre que se torna necessário encaminhar estes pacientes ao psiquiatra. Por outro lado, algumas destas condições, em especial o transtorno obsessivo-compulsivo, podem requerer cuidados muito específicos, que escapam à atuação do clínico, requerendo intervenções como a terapia comportamental-cognitiva e o manejo especializado de certas medicações.

Potokar e Nutt (2000) chamam a atenção, em serviços médicos gerais, para a distinção entre crises de pânico e ataques cardíacos em pacientes com dor torácica ("Chest pain: panic attack or heart disease?"). Todas essas referências enfatizam a importância, para o clínico, dos estados de ansiedade, seu reconhecimento e diagnóstico diferencial com outras condições.

2.2.1 - Transtorno do pânico/agorafobia:

O transtorno do pânico (TP) é uma síndrome caracterizada pela recorrência de ataques de ansiedade (ou angústia) com manifestações corporais intensas: crises súbitas, espontâneas, de grande mal-estar e sensação de morte iminente, com sinais e sintomas autonômicos (palpitações, falta de ar, tonturas, parestesias, sudorese etc.), medo e sentimentos de irrealidade (desrealização e despersonalização). Esses sintomas caracteristicamente atingem seu ápice em cerca de dez minutos, constituindo-se em crises paroxísticas. As crises de pânico, frequentemente, associam-se à agorafobia.

O termo agorafobia, nesse contexto, deve ser entendido de forma mais ampla que seu significado etimológico, abrangendo não só o medo de espaços abertos, mas também de multidões e de locais de onde a pessoa não possa sair rapidamente e procurar um lugar em que se sinta segura e protegida. Muitas vezes a agorafobia e o comportamento de esquiva associado (medo de sair de casa, de entrar em locais com muita gente, de viajar sozinho etc.) são secundários à repetição das crises de pânico.

Durante as crises de pânico podem ocorrer taquicardia transitória e elevação moderada da pressão arterial sistólica. Embora alguns estudos tenham sugerido ser mais comum a presença de prolapso de valva mitral e doenças da tireóide entre os pacientes com transtorno de pânico, outros estudos não confirmaram diferenças na prevalência.

Não há achados laboratoriais patognomônicos do TP. Alguns pacientes mostram sinais de alcalose respiratória compensada (diminuição dos níveis de CO₂ e de bicarbonato com pH quase normal).

Além de ocorrerem como condição primária, no transtorno de pânico, as crises de pânico (CP) podem aparecer em um número muito grande de condições psiquiátricas, como em transtornos fóbicos, quadros depressivos, intoxicações por drogas e síndromes de abstinência. Nos transtornos fóbicos primários, as crises de pânico se limitam a situações específicas, sendo, por exemplo, precipitados pela exposição a determinados animais (fobia específica); ou estar em lugares fechados (claustrofobia); ou em situações temidas, como falar em público (caso da fobia social). Estes ataques são evocados por situações específicas e devem ser diferenciados dos ataques espontâneos, não desencadeados por ativadores situacionais.

Quando as crises de pânico ocorrem de forma espontânea e recorrente, levando a intensa preocupação com sua repetição e supostas conseqüências (medo de morrer, de sofrer um ataque cardíaco ou AVC etc.) fala-se em transtorno do pânico. O TP freqüentemente leva a comportamentos fóbicos secundários: medo de sair na rua desacompanhado, medo de usar transportes coletivos, de atravessar pontes, de estar no meio de uma multidão ou retido no tráfego etc. Todas essas situações têm como denominador comum o medo de passar mal e não ter como se evadir ou ser prontamente atendido (agorafobia).

2.2.2 - Complicações e comorbidade:

As complicações mais freqüentes do transtorno do pânico são a esquia fóbica de situações como sair sozinho, utilizar transporte coletivo etc., chegando à agorafobia propriamente dita em 30% a 40% dos casos. Estados depressivos se associam ao TP em 40% a 80% dos pacientes, algumas vezes precedendo as crises de pânico. Estados de desmoralização (sentimentos de auto-desvalorização e

desamparó) usualmente derivam das limitações que as crises de pânico impõem aos pacientes.

O abuso e a dependência de álcool e drogas também são bastante prevalentes entre os pacientes com transtorno do pânico, algumas vezes sendo utilizados como uma espécie de auto-medicação. O uso inadequado de benzodiazepínicos e sedativo-hipnóticos se constitui em outra complicação freqüente.

2.2.3 - Transtorno de ansiedade generalizada:

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é também muito comum, ocorrendo em até 2% a 3% da população (estatísticas norte-americanas). Os sintomas principais do TAG são expectativa apreensiva, inquietude, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular, alterações do sono (dificuldades para conciliar o sono, sono insatisfatório). O diagnóstico requer que os sintomas sejam clinicamente significativos, perturbando o funcionamento social ou profissional da pessoa afetada.

O TAG freqüentemente ocorre associado a outros transtornos de ansiedade (por exemplo, transtorno do pânico) e também associado à depressão. Nestes casos, o tratamento destas condições deve ter precedência em relação ao TAG e, freqüentemente, já alivia muito a ansiedade generalizada.

2.2.4 - Fobia social:

A fobia social, embora se constitua em transtorno psiquiátrico bastante comum (1% a 2% da população) e limitante, com freqüência não é diagnosticada, nem corretamente tratada. Caracteriza-se a fobia social pelo medo intenso e

persistente de situações sociais ou de situações onde o desempenho da pessoa possa ser alvo de atenção ou avaliação. A pessoa teme comportar-se de forma humilhante ou embaraçosa ou, ainda, demonstrar sinais de ansiedade.

Estas situações passam a ser evitadas ou enfrentadas com intenso sofrimento, apesar de a pessoa reconhecer que o seu medo é excessivo e inapropriado. Os medos mais comuns, na fobia social, consistem em: falar em público, comer em público, escrever na frente dos outros, usar lavatórios públicos e ser observado (ou estar no centro das atenções). O medo de ser avaliado negativamente é a principal característica cognitiva da fobia social. Frequentemente as pessoas com fobia social têm, associadamente, a timidez e a esquiva social como características de personalidade ("personalidade evitadora").

2.2.5 - Transtorno obsessivo-compulsivo:

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) se caracteriza pela ocorrência de obsessões e compulsões que limitam a vida da pessoa, causam grande sofrimento subjetivo e interferem com suas atividades sociais e de trabalho.

Obsessões são idéias, impulsos ou imagens que se impõem de forma intrusiva à consciência, contra a vontade da pessoa, causando ansiedade ou sofrimento. Embora reconhecidas como produtos de sua própria mente, as obsessões têm conteúdos que a pessoa considera inapropriados ou assustadores, lutando para se livrar deles ou suprimi-los. As obsessões mais comuns são as de agressão (por exemplo, medo de ferir uma criança ou causar um acidente), de contaminação (por exemplo, ser contaminado ao tocar objetos), de dúvidas (por exemplo, se fechou ou não a porta, o gás, as torneiras), de conteúdo sexual (por

exemplo, imagens intrusivas de cunho pornográfico, ou homossexual, contra a vontade da pessoa) e de ordem/simetria.

As compulsões consistem em comportamentos (lavar, ordenar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar repetir palavras silenciosamente) realizados com a finalidade de diminuir a ansiedade ou de prevenir eventos catastróficos. Geralmente as compulsões são realizadas de forma ritualística, como uma resposta às obsessões, reparando ou anulando seus efeitos. Um paciente, por exemplo, poderá aliviar o sofrimento causado por obsessões de blasfêmia contando até 100, cada vez que o pensamento ocorre; ou poderá aliviar o medo de contaminação lavando repetidamente as mãos, até feri-las.

Estudos epidemiológicos recentes estimam que o TOC tem prevalência muito maior do que antes se pensava, atingindo taxas de 2% a 3% da população (para o tempo de vida). A doença ocorre igualmente em ambos os sexos, iniciando-se mais precocemente entre os homens. O início ocorre, mais freqüentemente, na infância e adolescência ou, ainda, no adulto jovem. Podem ocorrer casos de início tardio. Cerca de 20% a 30% dos pacientes com TOC referem a ocorrência de tiques (no presente ou no passado) e 5% a 7% apresentam, concomitantemente, a síndrome de Tourette (tiques motores e vocais). Dentre os portadores de síndrome de Tourette, 35% a 50% têm transtorno obsessivo-compulsivo.

Estudam-se atualmente vários outros transtornos e comportamentos, considerados como integrantes do "espectro" do TOC: transtornos do controle dos impulsos (exemplo: tricotilomania), síndrome de Tourette, bulimia, jogo "compulsivo" etc. Sua relação com o TOC, no entanto, ainda requer maiores estudos.

Para podermos ter uma idéia mais sintética dos sintomas e sinais associados aos transtornos de ansiedade resumiu-se esquematicamente, conforme o Quadro 1.

QUADRO 1. Sintomas e sinais relacionados à ansiedade

Autonômicos: taquicardia, taquipnéia, sensação de falta de ar, sudorese, boca seca, náusea, micção freqüente, dificuldade para engolir, mal-estar abdominal, arrepios de frio, ondas de calor, vasoconstricção, aumento de peristaltismo (diarréia), piloereção e midríase.

Hiperventilação: parestesias, tontura, vertigem, dor ou pressão no peito, desrealização e despersonalização.

Tensão muscular: sensação de tensão, dificuldade para relaxar, tremores, dores diversas e inespecíficas, contraturas.

Comportamento: inquietação (movimenta as mãos, pernas, investiga o ambiente, anda de um lado para outro), esquiva (evita situações que desencadeiam a ansiedade ou o medo), reage assustado a pequenos estímulos, insônia e irritação.

Psíquicos: tensão, nervosismo, apreensão, sensação de que algo horrível vai acontecer, mal-estar indefinido, insegurança e dificuldade de concentração.

Como as manifestações objetivas da ansiedade são inespecíficas, ocorrendo de forma semelhante em emoções diversas como ira, expectativa, medo, excitação ou mesmo após exercícios, somente podemos saber que alguém está ansioso por dedução, ou questionando-o e comparando sua resposta com nossas próprias experiências e conceito de ansiedade. Disso resulta não podermos ter certeza da existência de uma emoção equivalente em outras espécies de animais, dificultando, por exemplo, o desenvolvimento de modelos experimentais de ansiedade.

A ansiedade pode se manifestar de forma episódica, fásica ou tônica. Como foi citado anteriormente, reforçamos que ela pode estar associada a determinados eventos, situações ou objetos (chamada *situacional* ou específica), ou, ainda, ocorrer de forma aparentemente imotiva (chamada *espontânea* ou livre-flutuante). No período em que ocorre, fala-se em *estado ansioso*.

Um estado ansioso pode ser considerado normal ou patológico. Essa é uma decisão arbitrária e subjetiva de quem avalia. Em geral, o observador leva em conta o contexto e os possíveis desencadeantes, além das características individuais do sujeito, para determinar se as manifestações ansiosas são desproporcionais em intensidade, duração e interferência com o desempenho ou frequência com que ocorrem. Assim, uma reação ansiosa pode ser considerada normal ou patológica até certo ponto independente de suas manifestações, conforme o observador e as circunstâncias.

2.2.6 - Como medir ansiedade?

Como vimos, o termo ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória levando à hiperventilação e suas conseqüências, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico.

Algumas escalas tentam cobrir todos esses aspectos da ansiedade, mas a maioria enfatiza um ou outro. Quando uma determinada escala for escolhida para medir a ansiedade, deve-se ter em conta quais aspectos a escala em questão estará medindo. Existem escalas que medem a ansiedade normal e escalas que medem a ansiedade patológica. Uma outra distinção importante está entre escalas ou instrumentos com finalidade diagnóstica e escalas de quantificação de intensidade ou gravidade em sujeitos já diagnosticados, utilizadas para avaliação de tratamentos.

A interpretação dos resultados pode ser muito diferente se uma escala ou outra for utilizada. É necessário dispor-se das informações básicas a respeito dos

valores normativos em diferentes grupos (idade, sexo, grupo étnico, presença ou não de diagnóstico) e sensibilidade da escala a mudanças. Porém, em muitos estudos a escolha das escalas é feita aleatoriamente, sem qualquer referência ao que se pretende medir e às propriedades psicométricas das escalas utilizadas.

Numerosos esforços têm sido feitos na tentativa de definir operacionalmente e avaliar o construto ansiedade. Segundo Keedwell e Snaith (1996), as escalas de ansiedade medem vários aspectos que podem ser agrupados de acordo com os seguintes tópicos:

Humor: a experiência de uma sensação de medo não associado a nenhuma situação ou circunstância específica; a apreensão em relação a alguma catástrofe possível ou não identificada;

Cognição: preocupação com a possibilidade de ocorrência de algum evento adverso a si próprio ou a outros; pensamentos persistentes de inadequação ou de incapacidade de executar adequadamente suas tarefas;

Comportamento: inquietação, ou seja, incapacidade de se manter quieto e relaxado mais do que alguns minutos, andando de um lado para o outro, apertando as mãos ou outros movimentos repetitivos sem finalidade;

Estado de hiperalerta: aumento da vigilância, exploração do ambiente, resposta aumentada a estímulos (sustos), dificuldade de adormecer (não devida à inquietação ou à preocupação);

Sintomas somáticos: sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas conseqüências, tais como espasmo muscular e dor (sem outra causa conhecida), tremor; manifestações somáticas de, p.ex., hiperatividade do sistema nervoso autônomo (taquicardia, sudorese, aumento da frequência urinária);

Outros: esta categoria residual pode incluir estados como despersonalização, baixa concentração e esquecimento, bem como sintomas que se referem a um desconforto, não necessariamente específico de ansiedade.

2.2.7 - Epidemiologia e Relevância

Em estudo de morbidade psiquiátrica de adultos realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, Almeida Filho e cols. (1992) encontraram os transtornos ansiosos em primeiro lugar entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, constituindo o principal problema de saúde mental das regiões urbanas brasileiras, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Estimativas de prevalência global dos transtornos ansiosos em três cidades brasileiras (%)

	Brasília	São Paulo	Porto Alegre
Transtornos ansiosos (incluindo transtorno de pânico)	17,6	10,6	9,6
Transtornos fóbicos	16,7	7,6	14,1
Transtorno obsessivo-compulsivo	0,7	—	2,1

O trabalho de Almeida Filho e cols. mostra que os transtornos ansiosos são, também, os que mais apresentam demanda potencial para os serviços de saúde, estando em primeiro lugar na amostra de Brasília (12% da população tanto para ansiedade como para fobias) e em São Paulo (7% para ansiedade e 5% para as

fobias). Em Porto Alegre, estão em segundo lugar, após o alcoolismo, mas com prevalência de demanda de 5 e 7%.

Os transtornos ansiosos são mais encontrados em mulheres, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Estimativas por gênero de prevalência dos transtornos ansiosos no Brasil (1992) (%)^{*}

	<i>Brasília</i>		<i>São Paulo</i>		<i>Porto Alegre</i>	
	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>
Transtornos ansiosos	13,6	21,6	7,3	13,9	5,2	14
Transtornos fóbicos	10,8	22,7	4,9	10,4	7,7	20,5

^{*} Almeida Filho e cols. 1992.

Os dados mencionados têm importância fundamental para os planejadores dos programas de assistência psiquiátrica, pois apontam claramente para que direção os serviços de atendimento devem se estruturar.

O estudo mais recente e detalhado da prevalência de transtornos ansiosos na população geral, feito nos Estados Unidos sob o patrocínio do seu Instituto Nacional de Saúde Mental, é conhecido pela sigla ECA (*Epidemiological Catchment Area*). Seus resultados indicam uma prevalência geral de transtornos ansiosos de 8,9%, se considerado o período de 6 meses, e de 14,6%, se considerada a vida toda. Alguns exemplos mais específicos mostram a dimensão do problema. Por exemplo, para o transtorno de pânico, ela está entre 0,6 e 1,2%; para o

transtorno de ansiedade generalizada, entre 2,5 e 6,4%; para a agorafobia, entre 2,5 e 5,8%; e para fobias específicas, entre 6,3 e 10%.

Estima-se, a partir dos dados do ECA, que 20% dos atendimentos de saúde mental sejam diretamente relacionados aos ataques de pânico. Em um dado momento, estima-se que pelo menos 20% da população apresentam sintomas ansiosos importantes. Em um ano, um clínico geral deverá atender consultas motivadas por transtornos ansiosos em 12% das mulheres e cerca de 6% dos homens que o consultarem. Isso corresponde a 68% das patologias psiquiátricas que ele atenderá nesse período, representando, também, 40% dos casos atendidos em um ambulatório de Psiquiatria.

Além de sua alta prevalência, os transtornos ansiosos são responsáveis por parte significativa dos atendimentos e gastos de serviços de saúde, representando, por isso, importante problema médio-social. Sua dimensão e o fato de que a maioria das pessoas acometidas por esses transtornos não os identificam de forma correta e não procuram diretamente os especialistas, mas sim os serviços de atenção primária de saúde, tornam o seu conhecimento e o treinamento adequado no manejo dos quadros mais acessíveis um imperativo na formação geral dos médicos e demais profissionais de saúde.

O diagnóstico sindrômico aliado ao conhecimento de suas bases biológicas e características psicossociais, bem como a familiaridade com as principais técnicas e indicações *terapêuticas* permitirão ao médico atender com eficiência essa significativa parcela da população. As atitudes de apenas descartar outras patologias somáticas e dispensar o paciente ou encaminhá-lo a serviços especializados, que em nosso meio são ainda muito precários, passarão a ocorrer menos em função do melhor atendimento.

3 - OBJETIVOS

- 3.1 – Observar a frequência com que a ansiedade e a depressão são registradas como motivos de consulta no Internato em Saúde Coletiva e comparar os resultados com a literatura.
- 3.2 – Descrever a frequência em relação ao sexo, auto-percepção de saúde e encaminhamento dado ao paciente.

4 - MÉTODO

4.1 – População de Estudo: Pacientes que foram atendidos em consulta médica no Programa Docente Assistencial PMF-UFSC, durante os meses de Fevereiro a Junho de 1998, às segundas, terças, quintas e sextas-feiras no período vespertino.

4.2 – Delineamento: Estudo de caráter observacional, descritivo, de corte transversal.

A base de dados utilizada neste trabalho foi montada pelo então acadêmico Aurélio Piccoli Crivelli em seu Trabalho de Conclusão de Curso¹, a partir dos registros do Arquivo de Acompanhamento Didático-Pedagógico, pelos acadêmicos da 10^a fase do Internato em Saúde Coletiva do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. A forma de consulta, registro e supervisão dos acadêmicos é descrita em trabalhos anteriores¹⁻¹⁴.

As variáveis estudadas neste trabalho foram: *sexo, motivo da consulta, auto-avaliação de saúde*, e os encaminhamentos dados. A variável *auto-avaliação de saúde* está registrada na base de dados conforme o relato do paciente na consulta (ex: “mais ou menos”, “tensa”, “muito bem”); para permitir sua análise, adequaram-se essas respostas às categorias bom/ótimo, regular e ruim/péssimo, através de critério de avaliação de saúde, não-formal adotado pelo próprio acadêmico.

5 - RESULTADOS

Nos arquivos do banco de dados foram registradas 6506 consultas. Em algumas delas, campos referentes a variáveis estudadas aqui, não foram preenchidos, e então, não foram computadas para o estudo final deste trabalho.

Na tabela I encontramos a frequência de atendimentos registrados por centro de saúde.

TABELA I – Atendimentos realizados por Centros de Saúde do Programa Docente-Assistencial PMF-UFSC, 1º semestre de 1998.

Centro de Saúde	Nº Absoluto	Percentual
Rio Tavares	1.860	28,6
Costeira do Pirajubaé	974	15,0
Itacorubi	1.167	17,9
Saco Grande	1.300	20,0
Lagoa da Conceição	1.204	18,5
Total	6.505	100,0

Fonte: Trabalho de conclusão de curso de Crivelli, AP – 1998.

Podemos observar que não se conseguiu uma proporcionalidade no número de atendimentos registrados por centro de saúde, sendo que o centro onde se efetuou o maior número de registros foi o do Rio Tavares, e aquele onde se encontrou o menor número foi o da Costeira do Pirajubaé.

Do total de 6506 atendimentos efetuados nos Centro de Saúde, 4804 (73,8%) foram de pacientes do sexo feminino, e 1702 (26,2%) foram do sexo masculino.

Observou-se que 140 pacientes tiveram a ansiedade ou a depressão como motivo principal, secundário ou terciário de consulta; sendo que destes, 73% foram por ansiedade e 27% por depressão. Porém, se considerarmos apenas como motivo principal, houve 67 consultas por ansiedade ou depressão; sendo 47 consultas por ansiedade e 20 consultas por depressão. Em duas vezes o mesmo paciente apresentou ansiedade e depressão como motivo da consulta. Somadas as consultas por ansiedade ou depressão, elas aparecem em 2,2% das consultas e representam 1,6% de todos os motivos de consulta registrados (Tabela II).

Tabela II – Frequência da ansiedade e da depressão como motivo de consulta. Centros de Saúde do Programa Docente-Assistencial PMF-UFSC, 1º semestre de 1998.

Motivo	Qualquer Motivo		Motivo Principal	
	Nº Absoluto	Percentual	Nº Absoluto	Percentual
Ansiedade	103	1,2	47	0,7
Depressão	39	0,4	20	0,3
Outros	8.546	98,4	6.436	99,0
Total	8.688	100,0	6.503	100,0

Fonte: Trabalho de conclusão de curso de Crivelli, AP – 1998.

Dos pacientes que consultaram por ansiedade ou depressão, 115 (85%) eram do sexo feminino, enquanto 21 (15%) eram do sexo masculino.

Os encaminhamentos dados em relação às consultas por ansiedade ou depressão são representados na Tabela III.

Tabela III – Encaminhamentos dados aos pacientes registrados para ansiedade ou depressão. Centros de Saúde do Programa Docente-Assistencial PMF-UFSC, 1º semestre de 1998.

Encaminhamentos	Nº Absoluto	Percentual
NAPS	03	10
Psicologia	09	30
Psiquiatria	03	10
Outros	15	50
Total	30	100

Fonte: Trabalho de conclusão de curso de Crivelli, AP – 1998.

Dos 140 pacientes com desordem emocional (ansiedade ou depressão) como motivo principal de consulta, 94 deles foram questionados quanto a auto-avaliação de seu estado de saúde (Tabela IV).

Tabela IV – Frequência dos estados de saúde conforme auto-avaliação dos pacientes com ansiedade ou depressão. Centros de Saúde do Programa Docente-Assistencial PMF-UFSC, 1º semestre de 1998.

Estado de saúde	Nº Absoluto	Percentual
Bom / Ótimo	39	41
Regular	29	31
Ruim / Péssimo	26	28
Total	94	100

Fonte: Trabalho de conclusão de curso de Crivelli, AP – 1998.

Na tabela V encontramos a frequência das desordens emocionais (ansiedade e depressão) como motivo de consulta, por centro de saúde.

Tabela V – Frequência das desordens emocionais por centro de saúde. Centros de Saúde do Programa Docente-Assistencial PMF-UFSC, 1º semestre de 1998.

Centro de Saúde	Nº Absoluto	Percentual
Rio Tavares	40	29
Costeira do Pirajubaé	16	11
Itacorubi	09	06
Saco Grande	47	34
Lagoa da Conceição	28	20
Total	140	100

Fonte: Trabalho de conclusão de curso de Crivelli, AP – 1998.

E finalmente, na tabela VI, vemos o número de consultas por Centro de Saúde, pelo número correspondente de pacientes com desordem emocional.

Tabela VI – Frequência do número de consultas de cada Centro de Saúde pelo número correspondente de pacientes com desordem emocional. Centros de Saúde do Programa Docente-Assistencial PMF-UFSC, 1º semestre de 1998.

Centro de Saúde	Nº de consultas	Nº pact. c/ desordem	Percentual
Rio Tavares	1860	40	2,15
Cost. Pirajubaé	974	16	1,64
Itacorubi	1167	09	0,77
Saco Grande	1300	47	3,61
Lagoa Conceição	1204	28	2,32

Fonte: Trabalho de conclusão de curso de Crivelli, AP – 1998.

6 - DISCUSSÃO

Na tabela I observamos que a freqüência no número de atendimentos não é equivalente para os centros de saúde no Programa Docente Assistencial, encontrando-se um maior número de atendimentos no CS-I Rio Tavares (28,6%), estando a freqüência das consultas dos outros centros de saúde também distribuídas de forma desproporcionada.

Após verificarmos que das 6505 consultas analisadas, sendo 142 delas registradas como ansiedade ou depressão como motivo de consulta, ou seja, apenas 2,2% do total geral de consultas, a freqüência foi bastante baixa se comparada com outros estudos¹².

Mari, JJ¹² encontrou em suas revisões sobre a morbidade psiquiátrica em centros de APS uma prevalência entre 11 e 32% em 2/3 desses estudos.

Katon e Sullivan (apud Neto, MRL¹³) encontraram um alto índice (entre 20 e 45%) de co-morbidade dos transtornos afetivos com doenças sistêmicas crônicas e/ou incapacitantes.

Em trabalho de Caetano e Stela (apud Neto, MRL¹³), estes observaram que nem metade dos transtornos afetivos são diagnosticados pelo clínico.

Rorsman e cols. (apud Neto, MRL¹³) verificaram que a probabilidade de ocorrência do primeiro episódio depressivo até os 70 anos é de 27% em homens e 45% em mulheres.

Em estudos de Almeida Filho e cols. (apud Neto, MRL¹³) estes mostram que os transtornos ansiosos estão em primeiro lugar entre os diagnósticos psiquiátricos das regiões urbanas brasileiras.

Pergunta-se então qual a importância em efetuar-se um adequado manejo da saúde mental dentro da atenção primária?

Podemos citar três tipos de fatores – conceituais, políticos e epidemiológicos – que salientam a importância da saúde mental na formulação e execução de políticas de saúde pública na América Latina¹⁵:

1. O reconhecimento da saúde mental por parte da OMS (Organização Mundial de Saúde) em sua célebre frase: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades”.
2. A formulação de políticas sanitárias adequadas para fazer frente aos transtornos psico-sociais, neurológicos e mentais e reduzir seu risco. Esta formulação foi feita na 39ª Assembléia Mundial da Saúde, que foi aceita pelos Estados Membros da OMS, onde nas Américas sublinhou-se que estas medidas deveriam ser adequadas conforme o contexto regional.
3. Uma avaliação epidemiológica dos transtornos mentais atuais e futuros para tomar-se decisões adequadas quanto à distribuição dos recursos, habitualmente limitados.

Revisto por Craig, TKJ e Boardman, AP¹⁰, em 1993 o relatório de desenvolvimento global do Banco Mundial estimou que os problemas com saúde mental produzem 8% da carga global de doença, uma taxa maior que a estimada para tuberculose, câncer, ou doença do coração, afetando principalmente mulheres. Segundo estes, as pessoas com desordens mentais consultam com mais frequência do que outros pacientes, e além disso um quarto das consultas é atribuído a morbidade psiquiátrica. Todas estas considerações são importantes motivos para se ter um cuidado maior por parte de médicos e acadêmicos dentro do Programa Docente Assistencial, em diagnosticar-se desordens emocionais nestes centros de saúde; visto que o registro destes diagnósticos é baixíssimo se comparado com

registros de prevalência em outros estudos²⁻⁹. Como foi afirmado¹⁰, um maior interesse em ouvir os pacientes, deixando estes contarem suas angústias, observar a forma não-verbal com que se expressam, estar atento a seus sentimentos e emoções, um maior conhecimento clínico a respeito das desordens emocionais, demonstrar empatia para com os pacientes, provavelmente contribuiriam sobremaneira na identificação destas afecções.

Foi verificado no estudo que as únicas desordens emocionais registradas pelos acadêmicos foram justamente ansiedade ou depressão. Isso é compatível com outros estudos, que dizem que as desordens emocionais mais comuns na saúde pública são depressão e desordem da ansiedade generalizada¹⁰. Porém há que se considerar que muitos pacientes com outros tipos de desordens emocionais procuram os centros de APS do Programa Docente Assistencial por outros motivos que não sejam consulta médica (por ex.: solicitação de renovação ou prescrição de receita de medicamento psiquiátrico) e acabam não sendo registrados nos outros tipos de desordens emocionais.

Segundo o que observamos nos resultados, as mulheres são imensamente mais registradas como tendo ansiedade ou depressão do que os homens, inclusive também, corresponde às mulheres a imensa maioria dos atendimentos nos Centros de Saúde. Algumas coisas podem ser consideradas a este respeito. Em vários trabalhos anteriores¹⁶⁻²⁰ observou-se que as mulheres procuram muito mais os serviços de unidades básicas de saúde que os homens. Duncan, BB e Mengue, SS²¹ também registraram em seu estudo que 70% das consultas em ambulatórios de atenção primária são efetuados por mulheres. O que provavelmente explicaria um maior diagnóstico de depressão e ansiedade nas mulheres, ou seja, não que elas sofram mais destas desordens que os homens.

Porém Almeida e cols. (apud Neto, MRL¹³) afirmam de forma diferente, ou seja, que os transtornos ansiosos são realmente mais encontrados nas mulheres do que nos homens. Assim também como Rorsman e cols. (apud Neto, MRL¹³) que afirmam que as mulheres sofrem mais de depressão que os homens.

Vale salientar também que os atendimentos efetuados pelos acadêmicos no Programa Docente Assistencial eram efetuados dentro do horário comercial, e sendo que a população usuária dos centros de saúde é mais pobre²², e ainda que estas famílias têm o homem como a figura principal que precisa trabalhar fora de casa para garantir o sustento, com as mulheres ficando como “donas de casa”, aqueles não teriam tempo disponível para procurarem os centros de saúde do Programa Docente Assistencial. Enquanto que as mulheres, como sendo “do lar”, teriam mais tempo disponível para procurarem o serviço. Além do que o Programa Docente Assistencial dispõe de atividades específicas para as mulheres, que são as consultas de pré-natal e consultas de colpocitologia oncótica, os quais poderiam influenciar nestes resultados. De qualquer forma o predomínio das mulheres na procura aos ambulatorios de atenção primária está de acordo com registros anteriores.

Quanto aos encaminhamentos dados aos pacientes, observamos que uma boa parcela deles foram encaminhados para o serviço de Psicologia (30%), ou para o NAPS – Núcleo de Apoio Psico-social da Secretaria Municipal da Saúde (10%), ou para o serviço de Psiquiatria. Observação esta que salienta a importância do atendimento primário como forma de triagem de encaminhamentos das desordens emocionais, caso seja necessário.

Dos pacientes indagados quanto a auto-avaliação de seu estado de saúde, encontramos que uma boa parcela, ou seja, 40% deles se enquadram na categoria “bom/ótimo”. Isto é no mínimo interessante, pois apesar de terem recebido o

diagnóstico de ansiedade ou depressão, estes pacientes talvez não dêem tanta importância a estes sintomas. Nos faz pensar também o quanto estes pacientes consideram que a ansiedade ou a depressão possa afetar suas vidas.

A finalidade principal de observar-se a frequência da ansiedade e da depressão como motivos de consulta na população em questão, à qual se prestam serviços na atenção primária, foi o de colaborar para a identificação de como estas podem ser pouco diagnosticadas pelo acadêmico e pelo médico, pouco registradas mesmo após sua identificação, e o quanto os dados disponíveis podem ser insuficientes para um bom comparativo com a literatura.

Um fator que devemos levar em conta é que a carga horária de Saúde Mental no currículo médico da UFSC é de apenas 162 horas (72h para Psicologia Médica e 90h para Psiquiatria) contra 8380 horas do curso todo¹; podendo isto então prejudicar sobremaneira a formação do acadêmico a respeito de Saúde Mental e influenciar negativamente na detecção dessas morbidades.

Considerando então estes pontos, deveria haver uma maior conscientização dos médicos e acadêmicos em registrar estas desordens para efetuar-se um maior e melhor controle epidemiológico, dentro do Programa Docente Assistencial. Desta forma poder-se-ia conhecer melhor a prevalência atual destas desordens para preparar-se programas adequados de prevenção e controle destes problemas; e assim, além de ter-se uma avaliação mais profunda para a tomada de decisões quanto à distribuição de recursos nestes centros de saúde.

7 - CONCLUSÕES

Depressão e ansiedade são patologias muito frequentes entre os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, conforme literatura anterior. Porém vimos que a frequência com que a ansiedade e a depressão são registradas como motivos de consulta no Internato em Saúde Coletiva é muito baixa se comparada com estudos anteriores. Isto nos levou a crer que existiu uma provável deficiência dos acadêmicos (considerando a formação deficiente destes, em Saúde Mental no curso de Medicina da UFSC) e médicos do Programa Docente Assistencial em coletar os dados referentes à ansiedade e depressão, uma vez que a prevalência esperada destas desordens é muito mais alta na atenção primária à saúde, conforme comparado com outros estudos. Conclui-se, então, que os dados disponíveis muito provavelmente indicam um sub-registro desses problemas no Programa Docente-Assistencial.

Verificamos também que dentre esta população detectada como tendo ansiedade ou depressão, esta é predominantemente do sexo feminino; têm em sua maioria (41%) uma boa/ótima auto-avaliação de saúde; e que metade destes tiveram encaminhamentos, a princípio, adequados para serviços relacionados com o manejo de desordens emocionais.

Concluiu-se também que uma correta avaliação dessas manifestações evitará os dois inconvenientes extremos: supervalorização desses estados, com a conseqüente patologização e medicalização de situações vivenciais próprias da existência humana; ou o descuido na percepção de situações de grande padecimento que podem ser amenizadas; evitando conseqüências maiores²³.

Os profissionais envolvidos no atendimento à nível de Atenção Primária à Saúde das pessoas com ansiedade e depressão, devem ter noção de que essas expressam em suas queixas as dificuldades diante dos limites do ser humano, a inconformidade com as frustrações intrínsecas à existência. Todos trazem latente o anseio por compreensão e completude. Sabedores de nossa idêntica situação existencial, podemos oferecer-lhes uma aproximação empática, capaz de promover alívio e estimular o desejo de cura.

Desta forma cientes de nossas limitações, poderemos também valorizar e favorecer os meios naturais de promoção da saúde, tanto no nível individual como no contexto comunitário.

8 – REFERÊNCIAS

1. Crivelli, AP. Avaliação do internato em saúde coletiva 98/1 [trabalho de conclusão de conclusão do curso de medicina UFSC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 41p.
2. Brody, DS, Hahn, SR, Spitzer, RL, Kroenke, K, Linzer, M, de Gruy III, FV, *et al.* Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. *Arch Intern Med* 1998 Dec.;158 (22): 2469-75. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)
3. Carney, PA, Dietrich, AJ, Eliassen, MS, Owen, M, Badger, LW. Recognizing and managing depression in primary care: a standardized patient study. *J Fam Pract* 1999 Dec.; 48 (12): 965-72. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)
4. Goldberg, ID, Babigian, HM, Locke, BA, Rosen, EM. Role of non-psychiatrist physicians in the delivery of mental health services: implications from three studies. *Public Health Rep* 1978; 92-240. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)
5. Goldberg, DP, Blackwell, B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1970; 2: 439-3. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)

6. Goldberg, DP. Training family physicians in mental health skills. Implications of recent research findings. *In: Mental Health Services in Primary Care Settings: Report of a Conference, Santa Fe, 2-3 April 1979.* Washington, DC: US Government Printing Office, 1980: 70-87.
7. Jameson, J, Schuman, LJ, Young, WW. The effects of out-patient psychiatric utilization on the cost of providing third-party coverage. *Med Care* 1978; 16: 383-9. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)
8. Jones, RL, Badger, LW, Ficken, RP, Leeper, JD, Anderson, RL. Inside the hidden mental health network. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 287-3. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)
9. Posse, M, Hällström, T. Depressive disorders among somatizing patients in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1998 Sep; 98 (3): 187-92. (Online). Available: <http://www.gateway.ovid.com> (Jan. 15, 2000)
10. Craig, TKJ, Boardman, AP. Common mental health problems in primary care. *Student BMJ* 1998 Feb.; 6: 17-20.
11. Moffic, HS, Paykel, ES. Depression in medical in-patients. *Br J Psychiatry* 1975; 126: 346-3.
12. Mari, JJ. Morbilidad psiquiatrica en centros de atencion primaria. *Bol of Sanit Panam* 1988; 104 (2): 171-9.

13. Neto, MRL, Motta, T, Wang, Y, Elkis, H. Transtornos do Humor. Transtornos Ansiosos. *In:* Neto, MRL, org. *Psiquiatria Básica*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
14. Pereira, JD. Acolhimento: estudo do perfil da população usuária do distrito docente assistencial UFSC-PMF, dos principais motivos de procura e encaminhamentos dados [trabalho de conclusão do curso de medicina UFSC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999: 33p.
15. Levav, I, Lima, BR, Lennon, MS, Kramer, M, González, R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol of Sanit Panam* 1989; 107 (3): 197-219.
16. Dalmaso, ASW. Pronto-atendimento e atividades programáticas. *In:* Schraiber, LB, org. *Programação em saúde hoje*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1994 p. 150-64.
17. Dalmaso, ASW, Sala, A, Senna, D M. Adscrição e recepção da clientela. *In:* Schraiber, L B, org. *Programação em saúde hoje*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1994 p. 195-208.
18. Pereira, MG. Variáveis relativas às pessoas. *In:* Pereira, MG, org. *Epidemiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995 p. 189-217.
19. Ferreira, MA. Perfil do paciente hipertenso atendido no distrito docente assistencial UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

- [trabalho de conclusão do curso de medicina UFSC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999: 37p.
20. Osellame, R. Perfil do paciente ambulatorial [trabalho de conclusão de curso em medicina UFSC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999: 20p.
21. Duncan, BB, Mengue, SS. Aspectos das condições de saúde na população brasileira. *In*: Duncan, BB, org. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
22. Carvalho, SR, Campos, GWS. Reforma dos modelos de atenção à saúde: acolhimento e organização de equipe de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG, 1998 (mimeo).
23. Heckert, U, Stroppa, ALPC, Monteiro, AB, Ribeiro, MS. Ansiedade e Depressão em Atenção Primária. *Rev. A P S* jul. – nov. 2000; (6): 31-6.

NORMAS ADOTADAS

Foram adotadas para a realização deste trabalho as normas segundo a apostila: *Normatização para os trabalhos de conclusão de curso de graduação em Medicina - resolução n.º 001/99 do colegiado do curso de graduação em Medicina da Universidade de Santa Catarina - segunda edição.*

RESUMO

Objetivos: Observar a frequência com que a ansiedade e a depressão são registradas como motivos de consulta no Internato em Saúde Coletiva e comparar os resultados com a literatura; descrever a frequência em relação ao sexo, autopercepção de saúde e encaminhamento dado ao paciente.

Método: Estudo de caráter observacional, descritivo, de corte transversal, onde foram estudadas variáveis retiradas da base de dados já montada.

Resultados: Encontrou-se 140 pacientes que tiveram a ansiedade ou a depressão como motivo principal, secundário ou terciário de consulta; sendo que destes, 73% foram por ansiedade e 27% por depressão. Apenas como motivo principal, teve-se 67 consultas, sendo 47 por ansiedade e 20 por depressão. Somadas as consultas, elas aparecem em 2,2% das consultas, e representam 1,6% de todos os motivos registrados.

Os pacientes que consultaram por ansiedade ou depressão eram em sua grande maioria do sexo feminino (85%). Metade dos encaminhamentos dados foram para Psicologia (30%), NAPS (10%) e Psiquiatria (10%). A maioria dos pacientes com ansiedade ou depressão teve uma auto-avaliação de saúde em boa/ótima (41%).

Conclusões: A frequência com que a ansiedade e a depressão são registradas no Internato em Saúde Coletiva é muito baixa se comparada com estudo anteriores, indicando, provavelmente, um subregistro desses problemas no PDA.

SUMMARY

Objective: Watch the frequency that anxiety and depression are registered as reasons of consult at boarding school in primary health care and compare the results with the literature, describe the frequency concerning sex, self-perception of health and guiding given to the patient.

Method: Study of observational character, descriptive, crosscut, where variables taken from the existent database were studied.

Results: 140 patients were found that had anxiety or depression as main reason, secondary or tertiary of consult; which 73% had been there because of anxiety and 27% because of depression. As for main reason, there were 67 consults, being 47 because of anxiety and 20 because of depression. Consults added, they appear in 2,2% of consults, and represent 1,6% of all the registered reasons.

The patients which consulted because of anxiety or depression were most of female sex (85%). Half of guidings given were for Psychology (30%), NAPS (10%) and Psychiatry (10%). Mostly of patients with anxiety or depression had self-perception of health as good/excellent (41%).

Conclusions: The frequency which anxiety and depression are registered at boarding school in primary health care is very low if compared with previously studies, meaning, a subregister of these problems at the PDA.

TCC
UFSC
SP
0041

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0041

Autor: Almeida, Sandro Si

Título: Ansiedade e depressão no program



972810112

Ac. 254119

Ex.1 UFSC BSCCSM