

Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil

Daniel Maffasioli Gonçalves ¹
Flavio Kapczinski ^{2,3}

Abstract

Among the ten leading causes of disability-adjusted life years, seven are mental disorders. Primary health care centers are crucial to public mental health policies, according to the World Health Organization. This study aimed to verify the prevalence of mental disorders among individuals seeking care at the referral center for a Family Health Program (FHP) team in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil, and the influence of psychiatric diagnosis on utilization of the health system. Of the 754 participants, 51.1% had a psychiatric diagnosis. Subjects with a psychiatric diagnosis showed significantly higher use of the health system in the previous 12 months. Mental disorders have a negative impact on well-being and quality of life, besides increasing the use of health resources due to untreated symptoms and because mental disorders contribute negatively to the prognosis of non-psychiatric medical conditions. These results show the importance of including mental health care in the FHP in Brazil.

Family Health Program; Mental Disorders; Primary Health Care; Mental Health

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

² Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

³ Laboratório de Psiquiatria Molecular, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência

D. M. Gonçalves
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Rua 28 de Outubro 662,
Santa Cruz do Sul, RS
96815-710, Brasil.
danielmgpoa@yahoo.com.br

Introdução

Estudos recentes têm demonstrado altas prevalências de transtornos mentais na população, com estimativas de 12,2% a 48,6% ao longo da vida ¹. Infelizmente, grande parte destes pacientes não tem seu diagnóstico reconhecido e por isto não são tratados. Estima-se que em torno de 55% dos pacientes com depressão maior atendidos em nível primário não são diagnosticados, sendo este percentual de 77% quando se trata de transtorno de ansiedade generalizada. Entre os principais motivos para o não reconhecimento dos transtornos mentais está a maior probabilidade de esses pacientes relatarem apenas sintomas somáticos quando em consulta, e a dificuldade do corpo médico em reconhecer estes sintomas como indicativos de transtorno mental ^{2,3,4}.

A lacuna entre demanda e oferta de assistência em saúde mental (isto é, o percentual de indivíduos afetados que necessitam atendimento e não recebem) é robusta. Uma revisão sistemática de 37 estudos demonstrou que a estimativa média para essa lacuna é de 32,2% para esquizofrenia e outras psicoses não-afetivas, 50% a 56% para transtornos depressivos e de ansiedade e 78,1% para abuso e dependência de álcool ⁵. Os dados para países em desenvolvimento são escassos, embora sugere-se que esta lacuna seja ainda maior. Em Belize, por exemplo, um estudo demonstrou índices de 63%, 89% e 99% para pa-

cientes com esquizofrenia, transtornos do humor e transtornos de ansiedade, respectivamente ⁶.

Os prejuízos decorrentes desses transtornos quando não tratados são inúmeros, disseminados em vários aspectos da vida do indivíduo: sofrimento psíquico e somático, discriminação, isolamento social, interrupções nas atividades acadêmicas e laborais, abuso de álcool e drogas, suicídios, homicídios, auto e hetero-agressões, baixo rendimento ocupacional e acadêmico e aumento de mortalidade, são alguns exemplos. Em relação à qualidade de vida, vários estudos têm demonstrado que esses transtornos têm impacto negativo importante sobre esta medida de saúde, impacto maior que outras condições médicas crônicas não-psiquiátricas ^{7,8}.

O estudo *Global Disease Burden*, que avaliou as 130 doenças mais prevalentes no mundo, concluiu que sete entre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade são transtornos mentais, sendo depressão maior a primeira causa ⁴. Além disso, demonstrou que transtornos neuropsiquiátricos são responsáveis por 33% do somatório de anos vividos com incapacidade no mundo ⁴.

Também é preciso mencionar a chamada sobrecarga indefinida (*undefined burden*) dos transtornos mentais, ou seja, os custos econômicos decorrentes destes para as famílias, comunidades e países ^{1,9}. Vários estudos têm demonstrado que a presença desses transtornos representam aumento significativo dos gastos em saúde pública por aumento na utilização de recursos de saúde. Dois motivos são apontados para esse evento: uso inadequado pela ausência de um diagnóstico correto, provocando a superutilização de tratamentos paliativos, exames e consultas a especialistas ^{10,11,12,13}; e pacientes com comorbidades médicas não-psiquiátricas tendem a aderir menos ao tratamento quando apresentam algum transtorno mental, com conseqüente diminuição da efetividade de ações interventivas terapêuticas ^{10,14,15,16}.

Considerando as evidências acima, o último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre saúde mental propõe que o eixo do atendimento nesta área seja direcionado para centros de atendimento primário, com o propósito de atuar em uma maior parcela da população ^{1,5}. No Brasil, isso indubitavelmente implica a inclusão desse tema nas ações do Programa Saúde da Família (PSF), que tem se consolidado como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde em todo o país. Baseado na intervenção precoce, prevenção e educação em saúde, trabalha utilizando-se de uma abordagem multidisciplinar e integrada à comunidade que atende. Tem apresentado elevada resolutividade

no Brasil por meio da busca ativa de casos, trabalho em equipe e facilitação do acesso da população aos serviços de saúde. É importante que as equipes de PSF estejam atentas aos aspectos da saúde mental da população atendida, a fim de que efetivamente apliquem a abordagem biopsicossocial a que se propõem ¹⁷.

Para trabalharmos nesse sentido, é necessário dispor de informação adequada para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar. Para conhecer essa realidade precisamos incentivar e aprimorar estudos epidemiológicos na área, cujos resultados orientam a direção e extensão do uso adequado dos recursos ¹⁸. Entretanto tais estudos no Brasil ainda são escassos, muito aquém das necessidades de um país de dimensões continentais e de tantas diversidades como o nosso ¹⁹.

O objetivo deste trabalho é estimar a prevalência de transtornos mentais em pacientes que buscam atendimento na unidade de referência de um PSF de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Como objetivo secundário investigamos possível associação entre maior utilização de recursos da saúde, como consultas e exames, por indivíduos com diagnóstico psiquiátrico.

Metodologia

Delineamento

Trata-se de um estudo transversal conduzido em uma unidade de assistência básica em saúde, mais especificamente no centro de referência de uma da equipe de PSF do Município de Santa Cruz do Sul (localizado na zona central do Estado do Rio Grande do Sul). O trabalho consistiu em entrevista psiquiátrica padronizada utilizando-se o instrumento SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*) ²⁰, aplicada por psiquiatra para fins de diagnóstico, e coleta de dados sócio-demográficos e sobre uso de recursos de saúde usando-se questionários auto-respondidos.

Santa Cruz do Sul foi pioneira na implantação de equipes de PSF no Rio Grande do Sul, e atualmente possui um sistema bem organizado, com oito equipes de PSF que atendem a aproximadamente um quarto da população do município, ou seja, 25 mil pessoas. Esse município, assim como a região a que pertence (Vale do Rio Pardo), tem despertado atenção pela discrepância verificada em relação ao coeficiente de mortalidade por suicídios observado nos últimos anos em relação às médias nacional e estadual. Enquanto a média de suicídios no ano de 2001 calculada para todo o Brasil foi de 4,5/100 mil, e para o Estado do

Rio Grande do Sul de 9,5/100 mil, Santa Cruz do Sul registrou coeficiente de 21/100 mil. Esta incidência que tem variado de 19 a 21/100 mil vem se repetindo nos últimos anos ²¹. Uma classificação de mortalidade utilizada correntemente determina que coeficientes de mortalidade menores que 5/100 mil são considerados baixos, entre 5 e 15 médios, entre 15 e 30 altos e os maiores de 30 muito altos ²². Segundo esse critério a mortalidade por suicídio no Brasil é considerada baixa, no Rio Grande do Sul média e em Santa Cruz do Sul alta.

Amostra

Foi escolhida por conveniência uma unidade entre as oito unidades de referência das equipes de PSF existentes no município. A unidade de PSF escolhida atende a uma população da zona periférica urbana do município constituída por 2.800 pessoas, sendo 1.740 com idade superior a 14 anos. Trata-se basicamente de pessoas em situação sócio-econômica desfavorável. Todos os moradores da área que procuraram a referida unidade para atendimento médico no período de 1º de março a 30 de junho de 2006 foram convidados a participar. Nesta amostra estão incluídos indivíduos que buscavam atendimento por situações agudas assim como os que participavam de grupos de educação em saúde por condições crônicas, pré-natal e puericultura (acompanhantes).

Foram considerados critérios de inclusão indivíduos maiores de 14 anos que procuravam atendimento na unidade e ser morador da área. Utilizou-se como critério de exclusão apenas a presença de comprometimento físico ou mental que impossibilitasse a participação, basicamente surdez, retardo mental e demência, diagnosticados previamente.

Para fins de inclusão na análise final foram considerados os indivíduos que efetivamente participaram das duas etapas. Do total de 885 entrevistas psiquiátricas, 754 foram consideradas na análise, com perda de 14,81% por questionários respondidos inadequadamente ou não respondidos.

Instrumentos

- **Questionário sobre dados sócio-demográficos e uso de recursos da saúde**

Trata-se de um questionário auto-respondido composto por oito perguntas sobre dados demográficos, uma pergunta sobre presença de doença crônica em tratamento, e se esta doença é hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus (condições prioritárias no atendimento

dos PSFs), uma pergunta sobre uso semanal de medicamentos para dor, quatro sobre utilização de recursos de saúde nos últimos 12 meses e uma sobre espera por algum tipo de atendimento e/ou serviço de saúde.

- **Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-IV-TR)**

O SCID-IV-TR ²⁰ é um instrumento aplicado na forma de entrevista estruturada para diagnóstico psiquiátrico, de acordo com os critérios definidos pelo DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) ²³. Deve ser aplicado por clínico treinado e familiarizado com o mesmo. Trata-se de um instrumento amplamente usado em pesquisas na área de saúde mental. É dividido em seis módulos: episódios de humor (A), episódios psicóticos (B), transtornos psicóticos (C), transtornos de humor (D), transtornos por abuso de substâncias (E) e transtornos de ansiedade, alimentares e somatoformes (F). Consideramos caso de transtorno mental todo indivíduo que preenchesse critérios para um ou mais transtornos diagnosticáveis usando-se o SCID-IV-TR com atividade nos últimos trinta dias anteriores à entrevista.

Aspectos éticos

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo de acordo com as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à análise da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul.

Análise estatística

Os dados foram compilados no programa SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) com dupla digitação, posterior *validate* e limpeza do banco de dados. As análises foram realizadas no mesmo programa. Foram considerados casos positivos de transtornos mentais os indivíduos que apresentaram sintomas que preenchessem critérios para algum transtorno diagnosticado por meio do SCID-IV-TR nos últimos trinta dias anteriores à entrevista.

As médias aritméticas e desvios-padrão (DP) foram calculados para todos os dados contínuos da amostra. Frequências foram calculadas para todas as variáveis qualitativas. A análise de significância estatística para verificar diferenças entre o grupo de indivíduos com resultado positivo na aplicação do SCID-IV-TR e do grupo com resultado negativo em relação à utilização de recursos

da saúde foi feita usando-se o teste qui-quadrado. Uma segunda análise de significância foi feita controlando para presença de doença crônica. O intervalo considerado foi de 95% de confiança (IC95%). Foram consideradas significantes $p < 0,05$ e o intervalo de confiança que não incluísse a unidade.

Resultados

Conforme está apresentado na Tabela 1, dos 754 indivíduos que foram incluídos na análise final, 69,4% (523) eram do sexo feminino e a idade média foi de 37,96 anos (DP = 15,55). Das características demográficas sobre escolaridade, destacamos a média de anos de escolaridade, que foi de 6,37 (DP = 3,93); o percentual de analfabetos, 10,5% (78); e o total de indivíduos com o primeiro grau incompleto, 468 (62,9%). Em relação à renda familiar, 19,9% (143) recebiam até um salário mínimo e 94,6% (681) até três. Esses dados demonstram que trata-se de uma amostra de baixo nível sócio-econômico.

Os resultados da aplicação do SCID-IV-TR demonstraram que 51,1% (IC95%: 47,5-54,7) (385) eram portadores de um ou mais diagnóstico(s) psiquiátrico(s). Os três diagnósticos mais comuns foram transtorno depressivo maior (17,6%; IC95%: 15,0-20,5), transtorno de ansiedade generalizada (11,5%; IC95%: 9,4-14,0) e distímia (11,3%; IC95%: 9,2-13,8). As prevalências de cada transtorno mental em relação ao total da amostra analisada estão apresentadas na Tabela 2.

Duzentos e quarenta indivíduos (38,7%) declararam ser portadores de alguma doença crônica em tratamento. Cento e vinte e dois (19,7%) relataram ser portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica (condições médicas prioritárias na atuação do PSF no Brasil). Destes, 70 (57,38%) tiveram diagnóstico positivo para um ou mais transtornos mentais.

Em relação à utilização de recursos da saúde, a amostra total foi dividida em dois grupos de acordo com a presença de diagnóstico psiquiátrico avaliado usando-se o SCID-IV-TR, sendo testada a existência de diferença significativa entre os dois grupos. Conforme apresentado na Tabela 3, é possível verificar que houve significância para maior número de consultas a clínicos gerais e/ou médico do PSF (médico de família), assim como para consultas a especialistas e em emergências e utilização mais freqüente de estrutura de saúde para realização de exames. Também houve diferença significativa para maior uso de medicamentos para dor pelo menos uma vez por semana e para estar na condição de espera para algum tipo de serviço de saúde (psiquiatra/Cen-

Tabela 1

Características da amostra.		
	n	%
Sexo (N = 754)		
Masculino	231	30,6
Feminino	523	69,4
Etnia (N = 746)		
Negro	113	15,1
Branco	458	61,4
Pardo	175	23,5
Situação conjugal (N = 722)		
Solteiro	170	23,5
Casado *	426	59,1
Separado/Divorciado	63	8,7
Viúvo	63	8,7
Escolaridade (N = 744)		
Analfabeto	78	10,5
Primeiro grau incompleto	468	62,9
Primeiro grau completo	97	13,1
Segundo grau incompleto	54	7,3
Segundo grau completo	37	5
Superior incompleto	10	1,2
Ocupação (N = 698)		
Estudantes	73	10,5
Empregos formais	114	16,3
Trabalhadores autônomos	44	6,3
Safristas **	180	25,8
Desempregados	98	14,0
Em benefício-saúde		
Aposentados		
Por invalidez	43	6,1
Por tempo de serviço	21	3,2
Pensionistas	15	2,1
Donas-de-casa	62	8,8
Renda familiar (N = 720) ***		
Até R\$ 300,00	143	19,9
R\$ 300,00-R\$ 900,00	538	74,7
R\$ 900,00-R\$ 1.500,00	31	4,2
R\$ 1.500,00-R\$ 3.000,00	4	0,6
Mais de R\$ 3.000,00	4	0,6
Doença crônica (N = 620)		
Total	240	38,7
Hipertensão arterial sistêmica/ Diabetes mellitus	122	19,7

Nota: idade (N = 754, média = 37,96 ± 15,55); anos de escolaridade (N = 749, média = 6,37 ± 3,93).

* Consideramos casados todos com casamento formalizado (civil ou religioso) ou união estável por mais de um ano;

** Modalidade de trabalho característico da região, onde os indivíduos são contratados temporariamente todos os anos para trabalhar na colheita e processamento de fumo da safra;

*** Valor do salário mínimo na época do delineamento do projeto: R\$ 300,00 (trezentos Reais).

Tabela 2

Prevalência de transtornos mentais nos últimos trinta dias por tipo e grupo de transtorno (N = 754).

	Prevalência em relação ao total		IC95%
	n	%	
Tipo de transtorno			
Transtorno depressivo maior	133	17,6	15,0-20,5
Distímia	85	11,3	9,2-13,8
Transtorno bipolar	40	5,3	3,9-7,2
Transtorno bipolar tipo I	11	1,5	0,8-2,7
Transtorno bipolar tipo II	29	3,8	2,6-5,5
Transtorno de ansiedade generalizada	87	11,5	9,4-14,0
Fobia social	71	9,4	7,6-11,9
Transtorno do pânico	47	6,2	4,6-8,2
Agorafobia	9	1,2	0,6-2,3
Transtorno obsessivo compulsivo	6	0,8	0,3-1,8
Transtorno de estresse pós-traumático	24	3,2	2,1-5,4
Abuso/Dependência de álcool	47	6,2	4,6-8,2
Abuso/Dependência de substâncias	16	2,1	1,7-3,5
Esquizofrenia	4	0,5	0,1-1,4
Transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar	3	0,4	0,1-1,3
Transtorno somatoforme indiferenciado	18	2,4	1,5-3,8
Hipocondria	3	0,4	0,1-1,3
Grupo de transtorno			
Qualquer transtorno do humor	258	34,2	30,8-37,7
Qualquer transtorno de ansiedade	168	22,3	19,4-25,5
Abuso/Dependência de álcool e/ou drogas	47	6,2	4,6-8,2
Transtorno psicótico	7	0,9	0,4-1,9
Transtorno somatoforme	21	2,8	1,8-4,3

tros de Atenção Psicossocial – CAPS, outras especialidades não-psicológicas, cirurgia/exames/internação). Todas essas diferenças mantiveram-se estatisticamente significativas após controle para presença de doença crônica em tratamento.

Discussão

Os principais achados deste trabalho são a alta prevalência (51,1%; IC95%: 47,5-54,7) de transtornos mentais entre os indivíduos que procuraram assistência no centro de atendimento primário avaliado e a maior utilização de recursos de saúde relatada por este grupo de indivíduos. Os diagnósticos mais frequentes foram transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada e distímia, o que é esperado visto serem estas três condições as mais prevalentes na população ¹.

Na revisão de literatura que realizamos não localizamos um estudo conduzido no Bra-

sil cujas prevalências tenham sido obtidas por meio de entrevista psiquiátrica (considerada padrão-ouro). Em todos foram utilizados questionários de rastreamento, porém isto não impede que comparemos os resultados. Dois estudos realizados na década de 1980 em centros de atendimento primário de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e São Paulo também mostraram prevalências de aproximadamente 50% ^{24,25}. Em pesquisas de outros países, as prevalências encontradas variam de 26% a 50%: por exemplo, 50% na Dinamarca ²⁶, 49,3% na Groenlândia ²⁷, 42% na Bélgica ²⁸, 33,9% no sul da Índia ²⁹ e 26% na Bósnia ³⁰.

Embora não se possa afirmar com certeza quais sejam as razões para as variações verificadas nas prevalências, alguns pontos precisam ser considerados: as variações podem dever-se a questões culturais, étnicas e religiosas das amostras estudadas, como já foi demonstrado interferir nos levantamentos epidemiológicos em psiquiatria ¹; o instrumento utilizado para estimar

Tabela 3

Freqüência de utilização de recursos de saúde nos últimos 12 meses e atendimento em espera distribuída de acordo com presença de diagnóstico psiquiátrico (com teste de significância).

	Toda a amostra		Indivíduos com diagnóstico		Indivíduos sem diagnóstico	
	n	%	n	%	n	%
Consultas a clínicos gerais (N = 748) *						
Nenhuma	164	21,9	60	15,7	104	28,4
1	132	17,6	51	13,4	81	22,1
2-5	243	32,5	132	34,6	111	30,3
5-10	126	16,8	82	21,5	44	12,0
Mais de 10	83	11,1	57	14,9	26	7,1
Consultas a especialistas (N = 739) **						
Nenhuma	451	61,0	198	52,7	253	69,7
1	144	19,5	78	20,7	66	18,2
2-5	95	12,9	65	17,3	30	8,3
5-10	49	6,6	35	9,3	14	3,9
Consultas em emergência (N = 736) ***						
Nenhuma	307	41,7	113	30,0	194	54,0
1	184	25,0	90	23,9	94	26,2
2-5	163	22,1	107	28,4	56	15,6
Mais de 5	82	11,1	67	17,8	15	4,2
Quantas vezes realizou exames (N = 745) #						
Nenhuma	231	31,0	86	22,7	154	39,6
1	208	27,9	97	25,6	111	30,3
2-5	210	28,2	132	34,8	78	21,3
Mais de 5	96	12,9	64	16,9	32	8,7
Atendimento em espera (N = 736) ##						
Nada	537	73,0	252	66,7	285	79,6
Psiquiatra/CAPS	58	7,9	41	10,8	17	4,7
Outra especialidade	73	9,9	47	12,4	26	7,3
Cirurgia/Exames/Internação	68	9,2	38	10,1	30	8,4
Uso de medicamentos por pelo menos uma vez por semana (N = 737) ###						
Sim	339	46,0	236	62,9	103	28,5
Não	398	54,0	139	37,1	259	71,5

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial.

* Teste de significância: qui-quadrado = 88,159(4), $p < 0,001$; qui-quadrado controlado para presença de doença crônica = 11,727(4), $p = 0,019$;

** Teste de significância: qui-quadrado = 29,382(3), $p < 0,001$; qui-quadrado controlado para presença de doença crônica = 7,896(3), $p = 0,048$;

*** Teste de significância: qui-quadrado = 69,993(3), $p < 0,001$; qui-quadrado controlado para presença de doença crônica = 38,228(3), $p < 0,001$;

Teste de significância: qui-quadrado = 40,349(3), $p < 0,001$; qui-quadrado controlado para presença de doença crônica = 14,590(3), $p = 0,002$;

Teste de significância: qui-quadrado = 18,411(3), $p < 0,001$; qui-quadrado controlado para presença de doença crônica = 13,351(3), $p = 0,004$;

Teste de significância: qui-quadrado = 88,159(1), $p < 0,001$; qui-quadrado controlado para presença de doença crônica = 45,727(1), $p < 0,001$.

as prevalências pode influenciar nos resultados, especialmente quando se utilizam instrumentos de rastreamento diferentes, que apresentam sensibilidade e especificidade também diferentes; as variações podem ser reais e não decorrentes de vieses³¹. Considerando este último item, é importante destacar que existem evidências apontando para associação de transtornos mentais, particularmente os de humor, ansiedade e somatização, com situação sócio-econômica desfavorável, como é o caso desta amostra avaliada^{32,33}. Além disso, estudos têm demonstrado que nos países da América Latina as prevalências de transtornos mentais são maiores que em outros países³⁴, o que está de acordo com os resultados de nosso estudo e dos dois trabalhos brasileiros anteriormente citados.

A alta prevalência dessas condições, associada ao considerável impacto negativo que causam em termos de funcionalidade e qualidade de vida nos seus portadores e familiares, justificam a necessidade de se investir em programas de saúde mental dentro do contexto do atendimento primário, que é a porta de entrada do sistema de saúde, conforme propõe a OMS⁴. Especificamente em relação ao PSF parece ser de fundamental importância que o tema saúde mental seja colocado entre as suas prioridades. Ao incluir estratégias de intervenção preventivas e terapêuticas em saúde mental, assim como as existentes atualmente para pacientes com diabetes e hipertensão arterial, o PSF estará avançando no sentido de atingir seus objetivos de garantia de acesso ao atendimento necessário para portadores de condições médicas prevalentes, e melhoria do bem-estar e qualidade de vida das comunidades que atende.

Além disso, programas de saúde mental inseridos no trabalho dos PSF podem ter implicações em outras estratégias de intervenção³⁵, como puericultura ao identificar e tratar casos de depressão pós-parto. Já existem estudos demonstrando que transtornos depressivos configuram importante fator de risco e fator prognóstico para doença arterial coronariana³⁶. Depressão confere 1,5 a 2 vezes mais chances para início de doença arterial coronariana em indivíduos saudáveis, e 1,5 a 2,5 vezes mais morbidade e mortalidade em pacientes com doença arterial coronariana estabelecida³⁷. Transtornos mentais também têm papel importante na não-adesão a tratamentos médicos. Pacientes deprimidos têm três vezes mais chances de não cumprir regimes medicamentosos do que os não deprimidos¹⁴. Isso significa que pacientes diabéticos deprimidos, por exemplo, têm mais chances de não aderir à dieta, têm hiperglicemias mais freqüentemente, maior incapacidade e maiores gastos em saú-

de do que diabéticos não deprimidos, o mesmo ocorrendo entre pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. Tratar depressão e ansiedade em diabéticos e cardiopatas significa melhora não apenas em desfechos mentais mas também físicos^{15,16,38}. Importa ressaltar que neste estudo, entre os 122 pacientes que relataram ser portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica, 70 (57,38%) tinham também um ou mais transtornos mentais diagnosticados durante a pesquisa.

Outra questão importante refere-se à superutilização de recursos da saúde em todos os níveis que transtornos mentais não diagnosticados e não tratados causam. Esse fato decorre principalmente dos sintomas do(s) transtorno(s) em atividade e das suas conseqüências já mencionadas, assim como pelo impacto negativo em outras condições médicas não-psiquiátricas. Essa é também uma prerrogativa do PSF, ou seja, de aumentar a resolutividade e efetividade dos limitados recursos de saúde existentes. Em nosso estudo verificamos que indivíduos com diagnóstico positivo de um ou mais transtornos mentais apresentaram maior número de consultas a clínicos gerais e/ou médicos do PSF (médicos de família), a especialistas e em emergência nos últimos 12 meses, assim como utilização mais freqüente de estrutura de saúde para realização de exames nos últimos 12 meses e percentual significativamente maior de indivíduos aguardando agendamento para algum tipo de serviço de saúde (psiquiatra/CAPS, outras especialidades, cirurgia/exames/internação) que os sem diagnóstico, mesmo após controle para presença de doença crônica em tratamento.

Um estudo italiano³⁹ analisou o uso de serviços de saúde por três grupos de pacientes: deprimidos não diagnosticados, pacientes com doenças somáticas crônicas e sujeitos saudáveis. Concluiu que deprimidos não diagnosticados usam mais recursos de saúde que os outros dois grupos, especialmente medicamentos e hospitalizações por qualquer causa. Ou seja, pacientes deprimidos não tratados acarretam aumento dos custos diretos em saúde. Os autores afirmam que transtornos depressivos deveriam ser considerados questão prioritária de saúde pública e destinação de recursos³⁹. Outros estudos apontam para essas mesmas conclusões, ou seja, que a melhora na detecção de transtornos mentais em atendimento primário, especialmente os mais prevalentes como transtornos de humor e de ansiedade, podem incorrer em diminuição da procura por atendimento médico e da utilização de recursos em saúde^{40,41,42}.

Além disso houve significativamente maior freqüência de indivíduos que usam pelo menos

uma vez por semana medicamentos para dor. A dor crônica é uma condição incapacitante, muitas vezes relacionada a transtornos mentais. Causa prejuízos em nível individual (sofrimento, baixa produtividade, faltas ao trabalho) e público (uma das maiores causas de busca por atendimento médico). Uma pesquisa analisou 5.447 indivíduos em 15 centros de estudo da Ásia, África, Europa e Américas examinando a relação entre bem-estar e dor. Aqueles com dor persistente apresentavam quatro vezes mais chances de ter transtornos de ansiedade ou depressivos, em todos os locais estudados ⁴³. A busca de atendimento médico por sintomas dolorosos decorrentes de transtornos mentais torna ainda mais difícil o reconhecimento do transtorno primário e conseqüentemente a utilização dos recursos de saúde por esses pacientes aumenta, pois a causa primária não é diagnosticada. Quando transtornos mentais são acompanhados por sintomas dolorosos, a utilização de recursos de saúde e a queda no funcionamento diário tendem a ser mais proeminentes ⁴⁴.

Feitas essas considerações sobre a importância dos transtornos mentais em termos de saúde pública, em especial para a organização dos PSF, fica a pergunta: como atuar nessa realidade a fim de se responder a essas demandas?

As funções nesse nível de atendimento em relação à saúde mental abrangem a identificação dos casos, intervenção precoce, disponibilização de medicamentos básicos, intervenções psicossociais, encaminhamento dos casos complexos a especialistas, promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais ^{4,45}. Esse sistema requer a redefinição dos papéis dos profissionais das equipes de atendimento. Estes passam a ter a responsabilidade adicional de identificar e manejar transtornos mentais na comunidade, assim como atuar na promoção de saúde mental.

Entre as funções descritas, parece consensual que o primeiro passo seja o aprimoramento da detecção de casos, preferencialmente por meio de medidas simples e efetivas, como pela utilização de questionários de rastreamento de rápida e fácil execução. Como uma boa alternativa temos o SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire 20 Items*) proposto por Harding et al. ⁴⁶ e validado no Brasil ⁴⁷. Trata-se de um questionário com sensibilidade de 85,5% e especificidade de 88,5% para detecção de transtornos mentais não-psicóticos (transtornos de humor, ansiedade e somatização), conforme a última avaliação de desempenho do instrumento no Brasil, quando foram computadas também as cinco questões para rastreamento de transtornos por abuso de álcool, com sensibilidade e especificidade de 68,2% e 94,1%, respectivamente ⁴⁸.

Entretanto a simples detecção de casos não é suficiente, pois o diagnóstico somente se reflete em benefícios quando seguido de um tratamento adequado. Este parece ser o maior desafio na atualidade: desenvolver e testar programas de intervenção coletiva em saúde mental a fim de se conhecer sua efetividade no contexto brasileiro. Algumas pesquisas em outros países e somente uma no Brasil (pelo nosso conhecimento) conduziram e apresentaram os resultados de estudos com tais objetivos.

Um trabalho conduzido em Campinas (São Paulo), avaliou 17 clínicos e 1.224 pacientes um mês antes e depois do treinamento da OMS para diagnóstico e tratamento de depressão. O programa mostrou limitados benefícios nesse estudo, pois não foi capaz de aumentar o conhecimento nem melhorar a atitude dos médicos avaliados quanto à depressão. Também não houve modificação no número de casos diagnosticados. Porém ocorreu alguma melhora no manejo farmacológico. Concluem que apesar dos resultados desfavoráveis, novas formas de intervenção deveriam ser testadas visto a relevância do tema ⁴⁹.

Por outro lado, outros estudos demonstraram resultados benéficos. Um, realizado no Reino Unido com 106 pacientes deprimidos atendidos por clínicos gerais em centros de atendimento primário, demonstrou que após oito semanas de tratamento com antidepressivos houve melhora significativa da depressão com conseqüente aumento em 24 das 25 facetas da escala de qualidade de vida utilizada (*World Health Organization Quality of Life – WHOQoL-100*), exceto para dependência de medicamentos, o que é esperado pela natureza do estudo e da condição tratada ⁵⁰.

No Chile, dois trabalhos clínicos randomizados estudaram também em centros de atendimento primário a efetividade de programas estruturados de intervenção *versus* tratamento usual. No primeiro, 240 mulheres com depressão maior, de três centros de atendimento primário de Santiago, foram alocadas para intervenção constituída de grupos psicoeducacionais e seguimento sistemático *versus* tratamento usual. Ao final do sexto mês, 70% dos pacientes do grupo intervenção haviam se recuperado (escore na Escala Hamilton de Depressão menor que 8) contra 30% dos pacientes do grupo controle ⁵¹. No segundo, 230 mulheres com depressão pós-parto foram alocadas para uma intervenção psicoeducacional em grupo associada à farmacoterapia e auxílio para aderência farmacológica ou para tratamento usual. A Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburg foi aplicada no terceiro e sexto meses após a randomização. No terceiro

mês houve diferença significativa em favor do grupo intervenção, sendo que esta diferença se manteve no sexto mês porém de forma não significativa⁵². Ambos os estudos concluem que intervenções estruturadas para tratamento de condições psiquiátricas prevalentes como depressão podem ser efetivas nas comunidades em situação sócio-econômica desfavorável, apesar das privações e limitações existentes.

Como sugestão para futuras pesquisas a serem conduzidas no Brasil ressaltamos: estudos de aprimoramento dos instrumentos de triagem de transtornos mentais; novos estudos comunitários e em nível de atendimento primário sobre prevalência de transtornos mentais, assim como de identificação de fatores de risco e grupos de risco para estes transtornos; e implementação de estudos sobre efetividade de programas de intervenção em saúde mental coletiva.

Limitações

O fato de a população estudada apresentar baixa variabilidade nas características sócio-demográficas, predominância de pessoas em situação sócio-econômica desfavorável e estar delimitada a uma região da zona periférica urbana de uma única cidade devem ser considerados, pois restringem a capacidade de generalização dos resultados para outras populações. Outra limitação importante do estudo foi a realização da coleta de dados em duas etapas, o que ocasionou a perda de 14,81% dos participantes. Apesar de a coleta de dados sócio-demográficos e outras informações idealmente devesse ser feita por meio de entrevista face a face simultaneamente à entrevista psiquiátrica, as condições logísticas, especialmente de pessoal, não possibilitaram esta que seria a melhor opção.

Resumo

Entre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade no mundo, sete são transtornos mentais. Centros de atendimento primário são fundamentais para as políticas de saúde mental, conforme a Organização Mundial da Saúde. Este estudo tem por objetivo verificar a prevalência de transtornos mentais entre indivíduos que buscaram atendimento médico na unidade de referência de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, e verificar a influência de diagnóstico psiquiátrico na utilização de recursos da saúde. Dos 754 indivíduos que participaram do estudo, 51,1% (IC95%: 47,5-54,7) foram diagnosticados como portadores de diagnóstico psiquiátrico, sendo que estes utilizaram de forma significativamente mais freqüente recursos da saúde nos últimos 12 meses. Transtornos mentais representam impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar dos portadores, assim como aumento de uso dos recursos da saúde por sintomas não tratados e por ser fator de mau prognóstico para outras doenças não-psiquiátricas. Esses resultados reforçam a necessidade da inclusão efetiva do tema saúde mental nas metas e intervenções dos PSFs no Brasil.

Programa Saúde da Família; Transtornos Mentais; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental

Colaboradores

D. M. Gonçalves contribuiu na elaboração e delineamento do projeto, pesquisa de campo, análise de dados e redação do artigo. F. Kapczinski colaborou na supervisão e orientação de todas as etapas da pesquisa e de produção do artigo.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000; 78:413-25.
2. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999; 55:1-10.
3. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:5-10.
4. World Health Organization. The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82:858-66.
6. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry* 2000; 37: 57-72.
7. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 1991; 52:911-9.
8. Nöel PH, Williams Jr. JW, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med* 2004; 2:555-62.
9. Halfin A. Depression: the benefits of early and appropriate treatment. *Am J Manag Care* 2007; 13(Suppl 4):S92-7.
10. Shvartzman P, Weiner Z, Vardy D, Friger M, Sherf M, Biderman A. Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23:18-25.
11. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289:3135-44.
12. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:903-10.
13. Passamonti M, Pigni M, Fraticelli C, Calori G, Piccinelli M; Varese Group Study of Depression in General Practice. Somatic symptoms and depression in general practice in Italy. *Eur J Gen Pract* 2003; 9:66-7.
14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med* 2000; 160:2101-7.
15. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160:3278-85.
16. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000; 160:1818-23.
17. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1639-48.
18. Fúlvio B, Bedel MR, Pereira J. Anos de vida perdidos por mortalidade: um dos componentes da carga de doenças. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:461-9.
19. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997; 171:524-9.
20. Biometrics Research Department, Columbia University. Structured clinical interview for DSM disorders (SCID). <http://cpmnet.columbia.edu/dept/scid/> (acessado em 09/Jul/2007).
21. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico dos suicídios. Brasil e regiões, 1996-2002. <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/suicidios.pdf> (acessado em 09/Jul/2007).
22. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q* 1993; 46:52-68.
23. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2002.
24. Busnello ED, Lima BR, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. *J Bras Psiquiatr* 1983; 32:207-10.
25. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:501-7.
26. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 35:1175-84.
27. Lynge I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2004; 63(Suppl 2):377-83.
28. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78:49-55.
29. Pothan M, Kuruvilla A, Philip K, Joseph A, Jacob KS. Common mental disorders among primary care attenders in Vellore, South India: nature, prevalence and risk factors. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49:119-25.
30. Broers T, Hodgetts G, Batiaë-Mujanoviæ O, Petroviæ V, Hasanagiæ M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47:478-84.
31. Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, Ustün TB. Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol Med* 2002; 32:585-94.
32. Liem R, Liem J. Social class and mental illness reconsidered: the role of economic stress and social support. *J Health Soc Behav* 1978; 19:139-56.

33. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1641-50.
34. Araya R. The growing public health importance of common mental disorders. The forgotten reality of the less developed world. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2000; 9:241-8.
35. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370:859-77.
36. Fisch HU, Laederach-Hofmann K. Diagnosis and therapy of depression in the heart disease patient. *Ther Umsch* 2003; 60:703-7.
37. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med* 2004; 66:305-15.
38. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000; 23:618-23.
39. Carta MG, Hardoy MC, Kovess V, Dell'Osso L, Carpiello B. Could health care costs for depression be decreased if the disorder were correctly diagnosed and treated? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:490-2.
40. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:22-33.
41. Wells KB. The design of partners in care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:20-9.
42. Bebbington PE, Brugha TS, Meltzer H, Jenkins R, Ceresa C, Farrel M, et al. Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychol Med* 2000; 30:1369-76.
43. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998; 280:147-51.
44. Greenberg PE, Leong SA, Birnbaum HG, Robinson RL. The economic burden of depression with painful symptoms. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl 7):17-23.
45. Funk M, Drew N, Grigg M, Saraceno B, Asare JB, Kutcher S, et al. Human resources and training in mental health. Geneva: World Health Organization; 2005.
46. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10:231-41.
47. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15:651-9.
48. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski FP. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:380-90.
49. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AAF, Mello MF, et al. An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:522-8.
50. Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* 2001; 178:261-7.
51. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361:995-100.
52. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370:1629-37.

Recebido em 10/Jul/2007

Versão final reapresentada em 25/Fev/2008

Aprovado em 28/Fev/2008