

*Prevalência do transtorno depressivo nos pacientes atendidos pelo Programa Saúde da Família.**

Prevalence of depressive disorder in patients treated by the family health program

Modesto Leite Rolim Neto¹, Vera Maria da Rocha², Valéria Macambira Guedes³.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência do transtorno depressivo nos pacientes atendidos por duas equipes da saúde da família, no período de 2003 a 2004.

MÉTODOS: Foram entrevistados 382 pacientes, sendo 224 mulheres e 158 homens, com idade média variando entre 15 a 65 anos. Os pacientes foram encaminhados à avaliação a partir das unidades de atenção básica a saúde do município de Aparecida, na Paraíba durante o período de 01 ano de investigação. Os pacientes encaminhados foram informados do estudo, e seguiu-se a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os 382 pacientes encaminhados foram submetidos à entrevista médica e psicológica. Foi aplicada a Escala de Hamilton para a avaliação da depressão (HAMD-21 itens).

RESULTADOS: Dos 382 pacientes submetidos à consulta médica 259 (67,8%) tiveram o diagnóstico de transtorno psiquiátrico, sendo que 146 pacientes (56,37%) com diagnóstico de transtorno depressivo moderado, 15 pacientes (5,79%) com transtorno depressivo maior, 96 pacientes (37,06%) com transtorno bipolar e 02 pacientes (0,78%) com outras psicopatologias. Dos 259 pacientes diagnósticos com transtorno psiquiátrico 186 (71,8%) eram mulheres, na faixa etária de 28 a 69 anos. Na anamnese e exame clínico evidenciou-se indícios de história pregressa tanto de transtorno mental como de episódios prévios de depressão em 56 (21,6%) dos pacientes.

CONCLUSÃO: Partindo da pactuação do Programa Saúde da Família que prevê uma média de 1,3 consultas/habitantes/ano, observamos a prevalência de 2% de casos confirmados de transtorno depressivo nas consultas realizadas em um ano.

DESCRITORES: Programa Saúde da Família. Transtorno Depressivo. Prevalência.

*Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

¹ Doutorando em Ciências da Saúde pelo Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Rua Pe. Rolim, 299, Centro - Cajazeiras, PB, 58900-000 - E-mail: modestoleiterolim@bol.com.br

² Professora Doutora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Médica e Pós-Graduanda em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

PURPOSE: Evaluate the prevalence of depressive disorder in patients treated by two family health teams, between 2003 and 2004.

METHODS: Three hundred and eighty-two patients were interviewed (224 women and 158 men), with ages varying between 15 and 65 years. The patients were referred for evaluation from the primary health care units in the city of Aparecida, in the state of Paraíba, Brazil, during a 1-year study period. The patients signed an informed consent form and were subsequently submitted to a medical and psychological interview. Hamilton's scale was applied for evaluating depression (HAMD-21 ITEMS).

RESULTS: Of the 382 patients submitted to medical consultation, 259 (67.8%) were diagnosed with psychiatric disorder, with 146 of these (53.37%) diagnosed with moderate depressive disorder, 15 patients (5.79%) with more severe depressive disorder, 96 patients (37.06%) with bipolar disorder and 2 patients (0.78%) with other psychopathologies. Of the 259 patients diagnosed with psychiatric disorder, 186 (71.8%) were women in the 28-69 year age group. Anamnesis and clinical examination showed indications of a previous history of both mental disorder and episodes of depression in 56 (21.6%) of the patients.

CONCLUSION: The PSF (Family Health Program) estimates an average of 1.3 consultations/inhabitant/year, we observed a prevalence of 2% of confirmed cases of depressive disorder in the medical consultations performed in one year.

KEY WORDS: Family Health Program. Depressive Disorder. Prevalence.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o aumento considerável no diagnóstico de transtorno depressivo assinalou sua alta prevalência figurando como um problema de saúde pública⁽¹⁾. 450 milhões de pessoas atualmente, em todo mundo sofrem de algum tipo de transtorno psiquiátrico, neurobiológico ou problemas psicossociais⁽²⁻⁵⁾. A depressão, enquanto transtorno mental, ocupa o status de principal causa de incapacitação, sendo responsável por 12% do total de afastamentos de atividades laborativas e educacionais⁽⁵⁾. No Brasil, a prevalência encontrada por estudos anteriores situou-se em torno de 15,5%, sendo que na rede de atenção primária a saúde esta foi de 10,4% do total de atendimentos pactuados/ano⁽²⁾.

Considerando estudos epidemiológicos, a depressão pode ser vista como um dos mais prevalentes transtornos psiquiátricos na população geral⁽⁶⁻⁸⁾. Esta realidade produz um significativo impacto na qualidade de vida dos pacientes

portadores e, assinala a vital importância do reconhecimento dos fatores de risco, do diagnóstico, da patologia, do tratamento e acompanhamento adequados, até que haja sua remissão, bem como a prevenção das recidivas.

No contato direto com a população e com objetivo de promoção e prevenção da saúde, encontram-se as equipes do PSF (Programa Saúde da Família). Este contato direto e contínuo deve estar adequadamente capacitado a prevenir, detectar e referenciar os casos diagnosticados ou suspeitos para a Unidade de Saúde Mental.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência do transtorno depressivo nos pacientes atendidos por duas equipes da saúde da família, no período de 2003 a 2004.

MÉTODOS

Foram entrevistados 382 pacientes, sendo 224 mulheres e 158 homens, com idade média variando entre 15 a 65 anos. Estes pacientes foram

encaminhados à avaliação a partir das unidades de atenção básica a saúde do município de Aparecida, na Paraíba, durante o período de 01(um) ano de investigação.

Os pacientes encaminhados foram informados do estudo em desenvolvimento, e seguiu-se a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação e utilização dos dados na referida investigação (antes e após a coleta dos dados).

Os 382 pacientes encaminhados foram submetidos à entrevista médica e psicológica. Aqueles que preencheram os critérios diagnósticos de transtorno depressivo do DSM-IV, seguiram acompanhamento da equipe multidisciplinar.

No seguimento dos pacientes com diagnóstico confirmado, foi aplicada a Escala de Hamilton para a avaliação da depressão (HAMD-21 itens)⁽⁹⁾. Os resultados obtidos nortearam a conduta médica e o acompanhamento psicológico.

RESULTADOS

Dos 382 pacientes submetidos à consulta médica 259 (67,8%) tiveram o diagnóstico de transtorno psiquiátrico, sendo que 146 pacientes (56,37%) com diagnóstico de transtorno depressivo moderado, 15 pacientes (5,79%) com transtorno depressivo maior, 96 pacientes (37,06%) com transtorno bipolar e 02 pacientes (0,78%) com outras psicopatologias.

Dos 259 pacientes diagnosticados como portadores de patologias psiquiátricas encaminhados para atendimento da equipe multidisciplinar 186 pacientes (71,81%) vinham em uso rotineiro de benzodiazepínicos, dentre eles o mais freqüente fora o diazepam 10mg (52,68%), lorazepam 2mg (27,41%) e outros (19,91%). Estes pacientes, percebiam-se como portadores de alguma patologia denominada de “doente dos nervos” e esta terapêutica era a única utilizada até então. A referida prescrição não ocasionava melhora no

quadro clínico dos pacientes, o que gerava ansiedade, medo e deteriorização clínica.

Com relação à qualidade de vida observamos comprometimento crítico com relação aos aspectos psicossociais (relacionamento familiar, educacional e profissional). Consta-se que a história natural da doença depressiva associada a uma terapêutica, tanto farmacológica quanto a ausência do acompanhamento psicológico, tem êxito negativo e torna a doença longa, dolorosa e fecunda no que diz respeito às complicações dos quadros psiquiátricos.

Dos 259 pacientes diagnósticos com transtorno psiquiátrico 186 (71.8%) eram mulheres, na faixa etária de 28 a 69 anos, 73 pacientes (28,2%) eram homens na mesma faixa etária, confirmando a literatura na qual afirma o transtorno depressivo em pacientes do sexo feminino. Os pacientes que vinham sendo medicados com benzodiazepínicos não mostraram diferença em relação aos não tratados anteriormente, evidenciando uma inadequação terapêutica no que diz respeito a esta classe farmacológica⁽¹⁰⁾.

Naqueles pacientes que pertenciam à zona rural percebemos como possíveis fatores agravantes ou desencadeantes o estado de pobreza e ausência de perspectiva de futuro, baixo nível educacional. É importante frisar que para os pacientes nordestinos que vivem na zona rural a terra tem um significado além do material, as secas, são também “secas humanas”, isto é, os pacientes parecem ter um ciclo emocional relacionado ao “ciclo da terra”. Estes mesmos pacientes por precárias condições sócio, econômicas e educacionais também têm maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento, seja farmacológico ou a terapêutica psicológica. Essa dificuldade de acesso é agravada pela crença na “loucura”.

Ao longo deste trabalho, em diversas oportunidades, nos deparamos com o fantasma da loucura. Ao longo da história da humanidade os transtornos psiquiátricos tem sido denominados,

tratados e acompanhados de uma variedade imensa de maneiras até a atual revolução psiquiátrica e desinstitucionalização dos pacientes. Entretanto, ainda encontram-se arraigados nas representações da população em forma geral o conceito de quaisquer alterações emocionais ou comportamentais seriam chamados imediatamente de loucura, este estigma dificulta o acesso e o tratamento, e na maior parte das vezes é colocada pelos próprios pacientes e familiares. Foi observada a real necessidade de esclarecer a população sobre loucura e sanidade, introduzindo lentamente novos modelos de ação e novas representações sociais do conceito de louco e loucura.

O DSM-IV reconhece a expressão dos nervos como um termo comum para o sofrimento emocional entre latinos⁽³⁾. Esta inclusão apenas serve para ligar a cultura ao diagnóstico, mas “doença dos nervos” não é uma entidade nosológica e sim, ponto de partida para o diagnóstico de agravo psiquiátrico presente ou não. Percebemos nas entrevistas com os pacientes uma forte ligação com o termo doença dos nervos a ponto de gerar conflito com o diagnóstico dado a partir deste estudo. Tornou-se necessário esclarecer que doença dos nervos é um termo cultural e não médico. Embora aquele esteja freqüentemente presente em consultas na atenção básica, como tentativa de esclarecimento para pacientes que possivelmente tenham transtorno psiquiátrico. Houve então a necessidade de uma explicação clara, lógica e acessível do que seja doente dos nervos, paciente com depressão ou transtorno bipolar^(11, 12).

Percebemos que a inquietação por acompanhamento, diagnóstico e tratamento não era apenas da equipe de estudo, fazia parte dos anseios desta população um esclarecimento sobre seus próprios e sentimentos e diferenças que observavam entre si e outrem, especialmente no que se refere às mulheres.

Dos pacientes diagnosticados, na anamnese e exame clínico evidenciou-se indícios de historia

pregressa tanto de transtorno mental como de episódios prévios de depressão em 56 (21,6%) deles, sem entretanto, evidenciar tratamentos anteriores. Encontramos também como possíveis fatores de risco comportamento introspectivo, ansiedade, tabagismo, hábito ingestivo de álcool, sentir-se moralmente ou fisicamente agredido, conflitos com os pais, convívio com comportamentos violentos (que vão desde da violência do esquecimento a física) e o que chamamos “ciclo da terra”. A depressão unipolar ocorreu freqüentemente em pacientes que não tinham relações interpessoais íntimas, isto é, o casamento pareceu ser fator protetor⁽¹⁰⁾.

Na entrevista clínica verificou-se como sintomas mais freqüentes desânimo em 154 pacientes (59,4%), tristeza sem justificativa aparente em 203 pacientes (78,3%), choro freqüente em 86 pacientes (33,2%), dificuldade de organizar pensamentos em 185 pacientes (71,4%) e sintomas somáticos (cefaléias, tonturas, fadiga, palpitações, desmaios) em 209 pacientes (80,6%) e insônia e outros distúrbios do sono em 94 pacientes (36,2%).

Durante o acompanhamento foi aplicada à escala de Hamilton (HAM-21 itens) a qual usamos também para avaliarmos a evolução dos pacientes. Na abordagem inicial todos os pacientes diagnosticados clinicamente tinham escore (>9), seguiu-se avaliação periódica com redução dos escores naqueles que apresentavam boa adesão ao tratamento e eficaz acompanhamento psicológico. Mesmo nos pacientes onde houve necessidade de substituição da medicação ou mudança na abordagem psicoterápica, os escores demonstraram melhora quando as alterações foram efetuadas.

A revisão bibliográfica que antecedeu o desenrolar deste estudo mostrou os inibidores de recaptção da serotonina como melhor terapêutica para os transtornos depressivos e no transtorno bipolar (no episódico hipomaníaco), demos preferência a utilizar a fluoxetina na dose mínima diária de 20mg, paroxetina na dose mínima de

20mg e em alguns casos, da velaflaxina na dose de 75 mg dia, sob supervisão médica⁽¹³⁾. Foram utilizados também benzodiazepínicos como o Alprazolam (0,5 a 1mg), Clonazepam (0,5 e 2mg). Frisa-se que aqueles pacientes diagnósticos em crise de mania, foi utilizado carbonato de lítio como recomenda a bibliografia médica.

Dos pacientes acompanhados 10 (3,86%) apresentaram ideação suicida e 04 (1,54%) chegaram à tentativa real do ato. Estes receberam maior atenção clínica e psicológica, adequação farmacologia além de acompanhamento rigoroso. É nosso prazer mencionar que não houve êxito letal em nenhuma das tentativas. Não houve nenhuma hospitalização de caráter psiquiátrico no decorrer deste estudo.

CONCLUSÃO

Partindo da pactuação do Programa Saúde da Família que prevê em média 1,3 consultas/habitantes/ano, observamos a prevalência de 2% de casos confirmados de transtorno depressivo/hipomania das consultas realizadas pelas equipes em um ano. Esta prevalência é esperada nos estudos populacionais. Esta confirmação nos conduz a (re)afirmar a importância do transtorno depressivo como sendo um problema de saúde pública, não devendo ser negligenciado nem mesmo nas cidades de pequena população ou naquelas em que haja população rural significativa. Este estudo abre uma perspectiva para se rever e estudar melhor a relação dos pacientes da zona rural com o transtorno depressivo e o "ciclo da terra". Sendo este achado ainda não descrito, justificamos como sendo este estudo um dos primeiros a avaliar pessoas em tais condições.

Ao final do estudo dos 259 pacientes, 183 pacientes (70,6%) estavam em remissão clínica, porém todos permaneciam em terapêutica farmacológica e terapêutica psicológica. O objetivo deste estudo fora alcançado, mas foi criado na cidade de Aparecida, um núcleo de acompa-

nhamento de pacientes portadores de agravos psiquiátricos, que se tornou responsável pelo acompanhamento dos pacientes diagnosticados já em tratamento e por diagnósticos e tratamentos futuros, tendo ficado então a população local bem assistida e com relativa segurança.

REFERÊNCIAS

1. Moreno DH, Soares MBM. Diagnósticos e Tratamento: Elementos de apoio: depressão. São Paulo: Lemos Editorial; 2003.
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
3. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes médicas; 1995.
4. World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalence's and correlates of mental disorders. Bulletin WHO 2000; 78:413-26,
5. Baptista MN. Suicídio e depressão: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara; 2004.
6. Almeida Filho N, Mary JJ, Coutinho E. Estudo Multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). Revista ABP-APAL 1992; 14:93-104,
7. Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG. Depression in the workplace: effects on short-term disability. Health Aff 1999; 18:163-71,
8. Judd LJ, Paulus MP, Wells KB. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and

major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry* 1996;153:1411-7.

9. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56.

10. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

11. Jacques MG, Wanderley C, (orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes; 2002.

12. Costa JF. *Psicoterapia e doença dos nervos*. In: Costa, JF. *Psicanálise e contexto cultural*. Rio de Janeiro: Campus; 1989. p. 17-39.

13. Thompson C, Peveler RC, Stephenson D. Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in a primary care: a randomized comparison of fluoxetine and a tricyclic antidepressant. *Am J Psychiatry* 2000;157:338-343.