

# TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PACIENTES HIPERTENSOS: ESTUDO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Common Mental Disorders in hypertensive patients: a study in a primary health care unit at Rio de Janeiro

Cecilia Fiorotti<sup>1</sup>, Jeane Tomazelli<sup>2</sup>, Lucia Malagris<sup>3</sup>

## RESUMO

Estudos indicam associação de transtornos mentais comuns com sexo feminino, baixas renda e escolaridade, alterações de sono e doenças crônicas. Com objetivo de estimar a presença de casos suspeitos de transtorno mental comum em hipertensos, em unidade de atenção primária à saúde, realizou-se estudo descritivo com amostra de 92 hipertensos, utilizando-se o *Questionário de Saúde Geral* de Goldberg na sua versão de 60 itens. A idade média da amostra foi de 59 anos cuja composição foi: 82,6% mulheres; 57,3% com Ensino Fundamental incompleto; 50% hipertensos moderados e 32% de leves; 27,2% com diagnóstico no período de até 5 anos e 35,9% entre os 5 e 10 últimos anos; 40,2% com tratamento iniciado nos últimos 5 anos e 34,8% no período entre os últimos 5 e 10 anos. O índice geral de ocorrência de casos suspeitos de transtornos mentais comuns foi de 29,3%; distúrbios do sono 45,3%; distúrbios psicossomáticos 35,9%; estresse psíquico 19,6%. Os maiores índices do fator geral e dos fatores específicos de transtorno mental comum foram observados entre os participantes de 45 a 54 anos, Ensino Fundamental incompleto, tempo de diagnóstico e de tratamento de até 10 anos. Concluiu-se que a presença de possíveis portadores de transtorno mental comum entre os pacientes hipertensos pode ser maior nas fases iniciais e intermediárias do tratamento e que proporção elevada inicia tratamento tardiamente. Não foi encontrada diferença significativa no que se refere ao sexo e transtornos mentais comuns na amostra estudada. Estudos posteriores com um número maior de participantes são sugeridos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos Mentais. Hipertensão. Transtornos do Sono. Saúde do Homem

## ABSTRACT

Some studies have found an association of common mental disorders with female sex, low income and schooling, sleep disorders and chronic diseases. In order to investigate the presence of common mental disorders in hypertensive subjects seen at primary care facilities, we undertook a descriptive study enrolling 92 hypertensive individuals. The 60-item Goldberg's *General Health Questionnaire* was used. The mean age was 59 years, and 82.6% were female. 57.3% had not completed fundamental education; 50% had moderate hypertension and 32% were mildly hypertensive; 27.2% had been diagnosed in the previous 5 years and 35.9% had been diagnosed 5 to 10 years previously; 40.2% had started treatment in the previous 5 years and 34.8% between 5 and 10 years previously. Common mental disorders were suspected in 29.3%; sleep disorders in 45.3%; psychosomatic disorders in 35.9%; psychic stress in 19.6%. The highest rates of the general factor and specific factors for common mental disorders were found in the 45-54 year-old range, incomplete fundamental education and up to 10 years of diagnosis and treatment. The number of individuals with suspected common mental disorders among the hypertensive population may be greater in the early and intermediate treatment phases, a large proportion starting treatment late. No significant sex difference was found concerning common mental disorders in this sample. Further studies with larger samples are warranted.

**KEY WORDS:** Mental Disorders. Hypertension. Sleep Disorders. Men's health

<sup>1</sup> Cecilia Fiorotti, psicóloga do Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz/RJ, CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ. E-mail: ceciliafiorotti@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup> Jeane Tomazelli, analista controle de câncer da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional do Câncer (CONPREV/INCA)

<sup>3</sup> Lucia Malagris professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ)

## INTRODUÇÃO

Responsáveis por quadros de intenso sofrimento subjetivo e familiar, agravados por atitudes de exclusão e estigmatização, os transtornos mentais vêm ganhando expressão no contexto da carga de doenças (SCHRAMM *et al.*, 2004). Dados referentes ao Brasil, provenientes de um estudo multicêntrico realizado em 2000 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), permitem estimar que 36% da população brasileira sofrerá de transtorno mental em algum momento de sua vida. A demora na identificação e na busca de atendimento profissional, a oferta insuficiente de cuidados especializados e a baixa efetividade dos recursos oferecidos agravam sobremodo o quadro.

Os serviços de atenção primária à saúde têm um papel importante a desempenhar na mudança desse panorama, a ser ainda melhor explorado. Vários estudos reconhecem uma tendência de subestimação, por parte de profissionais de saúde de distintas categorias, dos quadros de sofrimento psíquico, por serem frequentemente expressos através de queixas difusas de referência somática, e não necessariamente psíquica (MARI *et al.*, 1987; SCHRAMM *et al.*, 2004; GOUVEIA *et al.*, 2003; FORTES, 2004; CHRISTENSEN *et al.*, 2003; BOMBANA, 2006), resultando em que apenas os casos de natureza psicótica, mais graves, já cronicados ou com múltiplas complicações, passem a receber alguma atenção em âmbito de atenção especializada em saúde mental. Os quadros de sofrimento psíquico de natureza não psicótica, frequentemente encontrados em comunidades e unidades de saúde não psiquiátricas, incluem queixas de ansiedade, depressão, alterações de sono, fadiga, somatizações. Tais quadros vêm recebendo as denominações de transtornos mentais comuns, distúrbios psiquiátricos menores, transtornos não psicóticos, morbidade psiquiátrica menor (MARI *et al.*, 1987; FORTES, 2004; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; DIAS DA COSTA *et al.*, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; GOMES DA COSTA; LUDERMIR, 2005; LOPES *et al.*, 2003). Heterogêneos quanto à diversidade de queixas, têm em comum a característica de não envolverem comprometimento de senso-percepção e de pensamento, nem se constituírem em motivo principal de procura de atendimento médico, de um modo geral. No presente trabalho, será utilizada a denominação de transtornos mentais comuns.

Sua conceituação percorre uma trajetória marcada por questionamentos, como analisado por Fonseca *et al.* (2008), em importante trabalho de revisão publicado recentemente neste periódico, e por Coutinho *et al.* (1999), Fortes (2004), Maragno *et al.* (2006). Introduzido por Goldberg e Huxley,

o conceito de transtorno mental comum não se remete a uma categoria diagnóstica formalizada pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão, da Organização Mundial de Saúde) ou DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IVª versão, da Associação Psiquiátrica Americana), mas abrange uma diversidade de sintomas que mais frequentemente surgem no âmbito comunitário e de unidades de atenção primária à saúde. “Transtornos comumente encontrados na população e que sinalizam uma interrupção do funcionamento normal” (GOLDBERG & HUXLEY *apud* LUDERMIR, 2000, p. 651). Sem configurar categoria diagnóstica, são expressões de sofrimento psíquico, por vezes incapacitante, que requerem atenção e cuidados. Suas formas de apresentação abrangem desde queixas somáticas difusas, de irritabilidade, esquecimento, insônia, fadiga e dificuldade de concentração, até sintomas de ansiedade e depressão. Quando considerados no âmbito dos serviços gerais de atenção à saúde, observam-se variadas combinações entre essas queixas e sintomas, limites pouco definidos entre síndromes clínicas e um continuum entre respostas “normais” e “desadaptativas” (COUTINHO *et al.*, 1999). Além disso, por serem frequentemente desencadeados por estressores psicológicos, sociais, culturais e doenças físicas (GOLDBERG; GOODYER, 2005), a suposta “remissão espontânea”, evidenciada clinicamente com certa regularidade, pode estar associada a mudanças de configuração do cenário de vida dos sujeitos. Apesar das controvérsias apontadas, não é difícil perceber sua relevância, tanto em âmbito clínico quanto de pesquisa.

Resultados de estudos acerca de sua prevalência variam segundo dados demográficos, contexto, método de pesquisa utilizado e instrumento de investigação. Em estudo clássico realizado em 1987, Mari *et al.* (1987) estimaram que cerca de 50% de pacientes atendidos em três unidades de cuidados primários em São Paulo sofriam de distúrbios de ansiedade e depressão, recebendo atenção apenas de médicos clínicos não especialistas.

Diversos estudos populacionais brasileiros foram recentemente produzidos. Ludermir e Melo Filho (2002), em amostra domiciliar aleatória em Olinda (PE), estimaram a prevalência desses transtornos em 35%. Dias da Costa *et al.* (2002), com adultos entrevistados em Pelotas (RS), obtiveram uma proporção de 28,5%. Gomes da Costa e Ludermir (2005), em comunidade rural de Pernambuco, definiram a prevalência global desses transtornos em 36%. Maragno *et al.* (2006) compararam, segundo cobertura da Estratégia de Saúde da Família, duas áreas periféricas de São Paulo, encontrando uma prevalência geral dos transtornos

mentais comuns em 24,95%, sem diferença significativa entre elas. Bandeira *et al.* (2007), ao pesquisarem usuários do Programa de Saúde da Família no interior de Minas Gerais, estimaram o índice global de transtornos mentais comuns em 37,8%.

Pesquisas com segmentos populacionais específicos também trazem achados interessantes. Lopes *et al.* (2003) avaliaram a ocorrência de transtornos mentais comuns e sua associação com eventos produtores de estresse em funcionários de instituição universitária no Rio de Janeiro. A presença de transtornos mentais comuns encontrada foi de 29%. Cruz *et al.* (2005) encontraram uma prevalência de 37,1% em grupo de puérperas de duas unidades da Estratégia de Saúde da Família em São Paulo (SP). Na cidade de Recife (PE), Cabana *et al.* (2007) obtiveram uma proporção de 32% entre médicos dos serviços de emergência e, aproximadamente, 17% entre médicos dos serviços de unidade de tratamento intensivo e de enfermarias de hospital geral.

Ainda que comparações entre esses achados se tornem arriscadas devido à magnitude da variação dos resultados, as conclusões dos estudos citados invariavelmente apontam associações importantes dos transtornos mentais comuns com os denominados “eventos de vida produtores de estresse” (problemas financeiros graves, agressões físicas sofridas, doença grave, perdas traumáticas, entre outros) (LOPES *et al.*, 2003), com o gênero feminino (FORTES, 2004; DIAS DA COSTA, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; MARI, 1987; ARAÚJO *et al.* 2005; GASPARINI *et al.*, 2006), a baixa renda (WHO/ICPE, 2000; DIAS DA COSTA *et al.*, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; MARI, 1987; ARAÚJO *et al.* 2005), a baixa escolaridade (WHO/ICPE, 2000; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO *et al.*, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2005), o desemprego e o trabalho informal (WHO/ICPE, 2000; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), as alterações de sono (GASPARINI *et al.*, 2006; SOUZA; RODRIGUES DA SILVA, 1998), as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, bronquite crônica e quadros de dor crônica) (DIAS DA COSTA *et al.*, 2002; GASPARINI *et al.*, 2006), idade superior a 65 anos (MARAGNO *et al.*, 2006), o isolamento e o baixo apoio social (FORTES, 2004; GOMES DA COSTA; LUDERMIR, 2002), o ambiente físico desfavorável e outros estressores vinculados ao processo de trabalho (ARAÚJO *et al.*, 2005; GASPARINI *et al.*, 2006; SOUZA; RODRIGUES DA SILVA, 1998), além das várias expressões assumidas pelo fenômeno social da violência (GASPARINI *et al.*, 2006).

Entre os eventos relacionados ao estresse, a hipertensão arterial sistêmica destaca-se como importante problema

de saúde pública. Trabalhos brasileiros (SCHRAMM *et al.*, 2004) situam as doenças cardiovasculares como grupo responsável por expressiva mortalidade no Brasil. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), através das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial estabelecidas em 2006, aponta para uma elevada prevalência de hipertensão na população brasileira, da ordem de 22 a 44%, atribuindo essa importante variação à insuficiência de estudos efetivamente representativos da nossa população.

A associação entre a hipertensão e os assim denominados “fatores psicológicos” parece estabelecida na cultura dos profissionais de saúde e mesmo no senso comum, mas a natureza e a direcionalidade das possíveis inter-relações entre os dois termos são objeto de estudos que revelam resultados nem sempre concordantes, como analisado a seguir.

Em trabalho de revisão de 15 estudos de corte com mais de um ano de seguimento, Rutledge e Hogan (2002) concluíram haver associação significativa entre altos escores nas escalas avaliativas de raiva, ansiedade e depressão e risco aumentado de hipertensão arterial, risco esse comparável àquele determinado pela obesidade e sedentarismo. Rääkkönen *et al.* (2001) haviam alertado, contudo, que a maioria dos estudos investiga as possíveis associações entre avaliações pontuais, seja em relação aos fatores de risco psicológico, com a hipertensão. Em estudo prospectivo com mulheres no climatério e com seguimento de nove anos, esses autores testaram a hipótese de que uma trajetória marcada por episódios de ansiedade e depressão, a par de uma redução do apoio social recebido, estaria associada a um risco aumentado de desenvolvimento de um quadro de hipertensão arterial. Em atenção ao fato de que as condições psicológicas podem sofrer variações importantes no decorrer do tempo, Yan *et al.* (2003) concluíram, em um estudo populacional prospectivo americano, que intensos sentimentos de urgência/impaciência e hostilidade mantêm-se significativamente associados com o risco, em longo prazo (15 anos), de desenvolver hipertensão.

É reconhecido o papel decisivo dos cuidados de atenção primária na abordagem dos quadros de hipertensão, tanto quanto dos transtornos mentais comuns (FONSECA *et al.*, 2008). A escassez de estudos acerca da presença dos transtornos mentais comuns no grupo de hipertensos motivou a realização do presente trabalho. Espera-se, com ele, contribuir para o empenho das equipes de saúde em desenvolver uma escuta diferenciada ao sofrimento psíquico e um manejo sensível e competente de ambas as condições.

## MATERIAL E MÉTODO

### Delineamento

Estudo transversal, descritivo. Amostra de conveniência formada por 92 pacientes, auto-declarados alfabetizados, cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial de uma unidade de cuidados primários à saúde, situada na periferia do município do Rio de Janeiro, área de baixo índice de desenvolvimento social e econômico.

### Instrumentos

Aplicou-se um questionário contendo uma seção relativa a dados sociodemográficos e à história clínica abordando: gênero, idade, escolaridade, tempo transcorrido desde o diagnóstico inicial de hipertensão e tempo transcorrido desde a instituição de tratamento para a hipertensão (segundo informações dos próprios pacientes). Os prontuários foram consultados para identificação da classe de hipertensão, conforme registro do médico assistente.

Foi utilizado também o instrumento QSG-60, *Questionário de Saúde Geral* de Goldberg (PASQUALI *et al.*, 1996), cujo objetivo é o de investigar a presença e estimar a gravidade de transtornos mentais comuns, nas duas últimas semanas, na população geral. A versão utilizada no presente estudo é a adaptação brasileira do referido instrumento realizada por Pasquali e colaboradores, tendo recebido aprovação do Conselho Federal de Psicologia.

Desde a década de 1980, são realizados estudos acerca de instrumentos que permitam a detecção e caracterização de perfis nosológicos dos transtornos mentais comuns presentes em unidades gerais de saúde e em comunidades (FORTES, 2004). De acordo com a autora citada, dois grandes grupos de instrumentos podem ser identificados: escalas de avaliação, voltadas para rastreamento, e entrevistas psiquiátricas padronizadas, cujo objetivo é o de estabelecer o perfil nosológico dos entrevistados. As escalas de avaliação permitem conhecer a proporção dos prováveis portadores de transtornos mentais comuns na população investigada, de aplicação simples e facilidade de manejo por parte de profissionais e pesquisadores não especialistas em saúde mental, exigência habitual das entrevistas psiquiátricas padronizadas. As versões mais extensas das escalas de avaliação comprovadamente multifatoriais agregam, ainda, a vantagem de permitir a detecção diferenciada de alguns subgrupos sindrômicos, sem exigir um estudo completo do perfil nosológico (*Ibidem*), como é o caso do GHQ-60 utilizado no presente estudo e apresentado a seguir.

Goldberg destaca-se entre os autores dedicados ao estudo dos transtornos mentais comuns, tendo-se tornado referência obrigatória na área. Vários trabalhos de sua autoria são citados, em parceria com numerosos colaboradores. Encontram-se referências de estudos realizados por ele, desde a década de 1970, acerca da construção de um instrumento de identificação de casos potenciais e avaliação dos transtornos não psicóticos, o *General Health Questionnaire* - GHQ (GOLDBERG; GOODYEAR, 2005, PASQUALI *et al.*, 1996, FORTES, 2004, NOGUEIRA *et al.*, 2007, LOPES *et al.*, 2003, MARI, 1987, COSTA; LUDERMIR, 2005, LUDERMIR; MELO FILHO, 2002) entre outros. O *General Health Questionnaire* (GHQ), ou *Questionário de Saúde Geral* (QSG), é um questionário sobre sintomas não psicóticos, autoaplicável, originalmente constituído por 60 itens. Outras versões resumidas do mesmo instrumento foram criadas, com 30 e 12 itens, sendo essa última (GHQ-12 ou QSG-12) um instrumento muito utilizado em pesquisas nacionais e internacionais (NOGUEIRA *et al.*, 2007), ao lado do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), este último preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso em unidades de atenção primária à saúde (MARI, 1987, MARAGNO *et al.*, 2006, NOGUEIRA; LOPES, 2007, LOPES *et al.*, 2003). Vale observar que o QSG-12 e o SRQ-20 revelaram-se questionários unifatoriais (GOUVEIA *et al.*, 2003), aplicados quando se objetiva conhecer a prevalência geral de suspeitos de transtornos mentais comuns na população estudada. Por outro lado, a versão original de 60 itens do QSG-60, apesar das dificuldades acarretadas por sua maior extensão, é reconhecida como instrumento multifatorial, permitindo estimar o grau de desvio do estado atual de saúde psíquica do sujeito em comparação com o habitual (fator geral). Cinco fatores específicos podem ser também avaliados, ainda que significativamente correlacionados, mantendo-se a consistência interna em níveis considerados satisfatórios (*Ibidem*), referidos a sintomas, sentimentos e pensamentos de qualidade não psicótica relacionados a depressão, ansiedade, inadequação social e sintomas físicos inespecíficos (PASQUALI *et al.*, 1996).

O QSG-60 é um questionário multifatorial, autopreenchível, com respostas em escala Likert, com pontuações variando de 1 a 4, em que 1 se refere à percepção de ausência do sintoma representado em cada item, durante o período de tempo considerado, e 4, à percepção de presença intensa do mesmo. Os 60 itens abordam sentimentos recentes de apreensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e baixa autoconfiança. Configuram-se, desse modo, 5 fatores específicos, assim nomeados

e distribuídos: “estresse psicológico” (13 itens), “desejo de morte” (8 itens), “desconfiança no desempenho” (17 itens), “distúrbios do sono” (6 itens), “distúrbios psicossomáticos” (10 itens) e um “fator de saúde geral” (soma dos itens anteriores acrescida de itens específicos, totalizando 60 itens). Os escores brutos em cada um dos fatores foram obtidos pela soma dos valores da escala Likert (1-4 pontos), atribuídos aos respectivos itens. Os escores sintomáticos resultaram da divisão dos escores brutos pelo número de itens que compunham cada fator. A consulta às tabelas do manual permitiu a classificação dos escores sintomáticos segundo os percentis da sua distribuição. Os casos considerados positivos, ou seja, indicativos de prováveis transtornos mentais comuns, foram aqueles classificados nos percentis iguais ou superiores a 90.

### Procedimentos operacionais e éticos

Obtidos o consentimento da direção da unidade de saúde em questão e a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS, protocolo de pesquisa nº. 20/05), os dados foram coletados entre pacientes cadastrados no Programa de Hipertensão. Estes foram abordados aleatoriamente na secretaria do referido programa, pela primeira autora do presente estudo ou por duas estagiárias do 10º período do curso de Psicologia, previamente treinadas.

Informados acerca dos objetivos do estudo, aqueles que se considerassem aptos a ler e compreender um texto, naquele momento, foram convidados a colaborar. Caso aceitassem, eram direcionados a uma sala ventilada, com iluminação adequada e especificamente destinada à investigação, nas dependências da própria unidade de saúde. Após leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos foram administrados.

### Análise dos Dados

Foi realizada análise descritiva dos resultados. Calculou-se a ocorrência de prováveis portadores de transtornos mentais comuns, assim como de cada um dos fatores considerados no QSG-60. Utilizou-se o software SPSS para análise dos dados.

## RESULTADOS

As características dos 92 participantes do presente estudo encontram-se demonstradas na Tabela 1. Quanto

às variáveis sociodemográficas, a amostra de hipertensos foi composta predominantemente por mulheres (82,6%). A idade média foi de 59 anos, variando de 26 a 80 anos (desvio padrão de 11,4), 41,3% com 65 anos ou mais. A idade média das mulheres foi menor (52 anos) que dos homens (62 anos). Com relação à escolaridade, 57,3% tinham Ensino Fundamental incompleto, 27% Fundamental completo e 15,7% Médio e Superior. Convém ressaltar que pacientes analfabetos não participaram do estudo devido ao fato de que o instrumento QSG 60 exige que o mesmo seja autoaplicado.

Quanto às variáveis da história clínica relacionada à hipertensão, a análise da distribuição dos sujeitos pelo tempo de diagnóstico da doença levou à verificação de que 27,2% deles declararam ter conhecimento do mesmo, no período de até cinco anos e 35,9%, no intervalo de 5 a 10 anos. Em relação à distribuição pelo tempo de tratamento, 40,2% dos pacientes se declararam em tratamento no período de até cinco anos, enquanto 34,8% apontaram o período compreendido entre 5 e 10 anos. Vale destacar que a porcentagem de homens que informaram estar em tratamento no período de 5 a 10 anos foi de 43,8% e de mulheres, 32,9%, conforme pode ser observado na tabela 1. Das pessoas que declararam ter o diagnóstico há 5 anos, todas informaram estar em tratamento nesse mesmo período. Dentre aquelas que informaram ter o diagnóstico no período de 5 a 10 anos, 18% declararam ter iniciado o tratamento há menos de 5 anos, enquanto 27,7% das pessoas que informaram ter o diagnóstico no período de 11 a 20 anos iniciaram o tratamento há menos de 10 anos. Entre as pessoas que informaram ter o diagnóstico há mais de 20 anos, 37,5% iniciaram o tratamento há 10 anos. Embora não tenha sido possível identificar, em um terço dos prontuários, o grau de hipertensão atribuído pelo médico responsável pelo acompanhamento dos pacientes, observou-se que metade dos 62 classificados era formada por hipertensos moderados e 32,3% por hipertensos leves. Na faixa etária 45-54 anos, 56,3% eram hipertensos leves enquanto nas faixas etárias 55 a 64 e mais de 65 anos a maior proporção de pessoas era portadora de hipertensão moderada, 60% e 51,9% respectivamente.

Os resultados do QSG-60 permitiram constatar que 27 sujeitos alcançaram escores totais (“fator geral de saúde”) iguais ou superiores ao percentil 90, o que permite estimar a presença de casos suspeitos de transtornos mentais comuns na amostra estudada em 29,3%.

Além do fator geral de saúde, o QSG-60 tem a grande vantagem de permitir estimar a ocorrência de prováveis portadores de transtornos em cada um dos cinco fatores específicos analisados pelo instrumento. Em ordem decres-

cente de valores, os índices encontrados foram: 45,3% para distúrbio do sono, 35,9% para distúrbio psicossomático, 19,6% para estresse psíquico, 16,3 % para desconfiança no desempenho e 8,7% para desejo de morte. A Tabela 2 mostra a frequência, segundo sexo, de transtorno mental comum e dos três fatores específicos que apresentaram maior índice, ou seja, distúrbios do sono e psicossomáticos e, por último, estresse psíquico.

**Tabela 1** - Distribuição dos hipertensos segundo sexo nas variáveis sociodemográficas e de história clínica, Rio de Janeiro, RJ, 2005

Faixa etária (92)	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
24 a 44 anos	0	0	8	10,5	8	8,7
45 - 54 anos	5	31,2	23	30,3	28	30,4
55 a 64 anos	4	25,0	14	18,4	18	19,6
mais de 65 anos	7	43,8	31	40,8	38	41,3
<b>Escolaridade (89)</b>						
fundamental incompleto	8	50,0	43	58,9	51	57,3
fundamental completo	4	25,0	20	27,4	24	27,0
médio e superior	4	25,0	10	13,7	14	15,7
<b>Grau de hipertensão (62)</b>						
leve	4	28,6	16	33,3	20	32,3
moderado	5	35,7	26	54,2	31	50,0
severo	5	35,7	6	12,5	11	17,7
<b>Tempo diagnóstico (92)</b>						
até 5 anos	6	37,5	19	25,0	25	27,2
5 a 10 anos	6	37,5	27	35,5	33	35,9
11 a 20 anos	2	12,5	16	21,1	18	19,6
mais de 20 anos	2	12,5	14	18,4	16	17,4
<b>Tempo tratamento (92)</b>						
até 5 anos	6	37,5	31	40,8	37	40,2
5 a 10 anos	7	43,8	25	32,9	32	34,8
11 a 20 anos	1	6,3	12	15,8	13	14,1
mais de 20 anos	2	12,5	8	10,5	10	10,9

**Tabela 2** - Distribuição da amostra segundo sexo e índice de transtorno mental comum, distúrbio do sono, distúrbio psicossomático e estresse psíquico, Rio de Janeiro, 2005

Sexo	N	com transtorno mental comum	sem transtorno mental comum	P
		nº %	nº %	
feminino	76	23 30,3	53 69,7	p*=0,90
masculino	16	4 25,0	12 75,0	
		com distúrbios sono	sem distúrbios sono	
feminino	76	34 44,7	42 55,3	p*=0,80
masculino	16	6 37,5	10 62,5	
		com distúrbios psicossomáticos	sem distúrbios psicossomáticos	
feminino	76	27 35,5	49 64,5	p*=0,89
masculino	16	6 37,5	10 62,5	
		com estresse psíquico	sem estresse psíquico	
feminino	76	16 21,0	60 79,0	p*=0,66
masculino	16	2 12,5	14 87,5	

\*  $\chi^2$  com correção de Yates

A análise desses dados permite verificar que as diferenças entre os quatro fatores de maior índice não foram estatisticamente significantes para a variável sexo.

A Tabela 3 permite analisar, no conjunto de hipertensos (n=62) acometidos pelos quatro transtornos referidos, a distribuição segundo variáveis sociodemográficas e de história clínica. Os quatro transtornos considerados foram detectados com maior frequência em sujeitos na faixa etária de 45 a 54 anos (variação de 36 a 50%), com Ensino Fundamental incompleto (51 a 66%), que informaram ter tido conhecimento do diagnóstico entre os 5 e 10 últimos anos (29 a 38%) e com tempo de tratamento de até 5 anos (38 a 57%). Em referência à amostra do presente estudo, os dados sugerem uma possível relação inversa quanto à ocorrência desses transtornos com as variáveis de escolaridade e de história clínica. A perda de cerca de 30% de registros da variável grau de hipertensão inviabiliza a análise da distribuição da presença dos quatro fatores considerados. Entretanto, vale comentar que os 16 sujeitos, com grau de hipertensão identificado e acometidos por transtornos mentais comuns, eram predominantemente hipertensos leves (50%) ou moderados (43,8%).

**Tabela 3** - Distribuição proporcional de transtorno mental comum (TMC), distúrbio do sono, distúrbio psicossomático e estresse psíquico segundo variáveis sociodemográficas e de história clínica na amostra estudada, Rio de Janeiro, 2005

	tmc n = 27	distúrbio sono n = 40	distúrbio psicossomático n = 33	estresse psíquico n = 18
<b>Faixa Etária</b>				
24 a 44 anos	14,8	10,0	12,1	11,1
45-54 anos	40,7	40,0	36,4	50,0
55 a 64 anos	14,8	17,5	18,2	16,7
mais de 65 anos	29,7	32,5	33,3	22,2
<b>Escolaridade</b>				
fundamental incompleto	51,9	55,0	54,5	66,7
fundamental completo	37,0	30,0	30,3	22,2
médio e superior	11,1	12,5	15,2	11,1
<b>Tempo de diagnóstico</b>				
até 5 anos	29,6	20,0	33,3	16,7
5 a 10 anos	29,6	30,0	33,3	38,9
11 a 20 anos	22,2	17,5	15,2	27,8
mais de 21 anos	18,5	22,5	18,2	16,7
<b>Tempo de tratamento</b>				
até 5 anos	51,9	45,0	57,6	38,9
5 a 10 anos	22,2	30,0	24,2	33,3
11 a 20 anos	18,5	12,5	12,1	22,2
mais 21 anos	7,4	12,5	6,1	5,6
<b>Grau de hipertensão*</b>				
leve	n =16			
moderado	50,0			
severo	43,8			
	6,2			

\* missing = 30 (n não permite análise por fatores específicos)

## DISCUSSÃO

As características do grupo estudado são compatíveis com o perfil dos usuários dos serviços de saúde, formados em sua grande maioria por mulheres e de baixa escolaridade. O maior número de portadores de hipertensão severa se encontrou entre aqueles indivíduos de idade mais avançada. O fato de o estudo revelar que uma proporção elevada de participantes (36%) iniciou o tratamento da hipertensão decorridos dez anos do diagnóstico parece revelar resultados ainda insatisfatórios dos trabalhos de educação em saúde na detecção e instituição precoces do tratamento. A possibilidade de transtornos mentais comuns colaborarem com esse quadro como fatores agravantes, comprometendo a adesão ao tratamento, mereceria ser investigada em estudos ulteriores.

Como importante limitação do presente estudo, destaca-se a exigência inerente ao próprio instrumento QSG de que os sujeitos a ele submetidos sejam alfabetizados, o que restringe o alcance dos resultados. Esta exigência deve-se ao fato de que o instrumento deve ser autoaplicável, segundo instruções do manual. Formas de investigação apropriadas para essa parcela da população local devem ser desenvolvidas para que a análise possa refletir de fato a condição mental da população atendida nessa unidade de atenção básica. Logo, os resultados aqui encontrados não são passíveis de generalização, já que na população estudada existe grande parcela de analfabetos. Convém citar estudo realizado por Raupp (2007) que comparou duas experiências em serviços de atenção primária à saúde e encontrou 10% de analfabetismo em uma unidade de Porto Alegre e 8% em unidade de Montevidéu.

A ocorrência de casos suspeitos de transtornos mentais comuns encontrados na amostra foi de 29,3%. Os dois fatores que mais contribuíram para esse resultado foram, em ordem de importância, os “distúrbios do sono” (45,3%) e “distúrbios psicossomáticos” (35,9%). Foram encontrados poucos trabalhos que lançaram mão do mesmo instrumento, QSG-60. Cerchiari *et al.* (2005) chegaram ao índice de 25% entre estudantes universitários, valor muito aproximado ao presente estudo. Apesar de a hipertensão ser comumente associada a fatores psicológicos, não foi encontrada uma prevalência de transtornos mentais comuns maior do que entre universitários. Bandeira *et al.* (2007) concluíram sua investigação entre usuários do Programa de Saúde da Família com índice global de 37,8%. O resultado maior deve-se talvez ao fato de que esses participantes eram já identificados como possíveis portadores de transtornos psíquicos pelos membros das equipes de Saúde da Família. Quanto aos fatores específicos, os índices encontrados pelo

presente estudo revelam-se maiores do que os encontrados pelos autores anteriormente referidos em distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos, os dois fatores que mais contribuíram para o índice geral de prováveis portadores de transtornos mentais comuns.

São escassos os estudos sobre transtornos mentais comuns associados a doenças crônicas. Dois trabalhos merecem destaque. Dias da Costa *et al.* (2002), em estudo populacional, mostram associação de transtorno mental comum com diabetes, hipertensão e asma, sem chegarem a discriminar os resultados próprios de cada doença. Uma importante contribuição é trazida por Nogueira *et al.* (2007) ao demonstrarem a associação entre autorrelato de diagnóstico médico de asma e transtorno mental comum entre funcionários de instituição universitária, com ocorrência de 39,7%. Nossos resultados estão em concordância com esses autores, que também encontraram um índice maior entre os indivíduos com menos de 10 anos de diagnóstico e tratamento. Tais fatos parecem sugerir um percurso adaptativo a algumas doenças crônicas, dentre elas asma e hipertensão, a partir desse intervalo de tempo, o que poderá ser verificado em estudos longitudinais.

A identificação e manejo de transtornos mentais comuns por profissionais de saúde de atenção primária, não identificados com uma perspectiva restritiva de saúde mental, revestem-se, portanto, de uma inegável importância. Segundo Kisely *et al.* (2006), os pacientes de cuidados primários de saúde têm maior probabilidade de apresentarem quadros mentais mistos, compostos por sintomas depressivos combinados aos de ansiedade e somatizações, do que síndromes isoladas. Investigando a duração de sintomas de transtornos mentais comuns não tratados, concluem que o desfecho e a resposta para o tratamento instituído são inversamente proporcionais à sua cronicidade, ou seja, quanto mais prolongados os sintomas, pior a resposta à intervenção. Além disso, alertam também que a inadequação do tratamento pode levar à persistência do sintoma. Na direção inversa da medicalização como resposta estereotipada, a colaboração entre profissionais de saúde mental e de atenção primária pode, em muito, contribuir para evitar esses desfechos. A Estratégia de Saúde da Família vem possibilitando discussões promissoras quanto à atuação dos profissionais de saúde mental, especialmente psicólogos, através dos recém criados NASF (Núcleos de Atenção à Saúde da Família, possíveis sucedâneos das equipes matriciais) (BRASIL, 2008a), no trabalho de apoio e de referência às equipes de saúde da família nas ações de saúde mental.

Convém aqui enfatizar a questão da ocorrência de casos suspeitos de transtornos mentais comuns de acordo com o

sexo. Embora não tenha sido encontrada diferença significativa, observou-se uma porcentagem maior de homens com distúrbios psicossomáticos. É possível que caso o estudo incluísse um maior número de participantes esse resultado ficasse mais claro. De todo modo, é importante reforçar a relevância da discussão sobre aspectos de saúde próprios desse segmento populacional. A concepção de somatização como resultado de defesa psíquica, objeto de investigações em psicossomática psicanalítica (FERRAZ; VOLICH, 1997), tem implicações importantes para a área de saúde coletiva. Trabalhos recentes (LAURENTI *et al.*, 2005; BRAZ, 2005) mostram que os homens são aqueles que demandam com menor frequência os serviços de saúde, enquanto se observa que a mortalidade entre eles é maior em quase todas as idades e grupos de causa, cerca de 40% a mais do que as mulheres (BRASIL, 2008c). Além disso, passam por um tempo médio de internação maior do que as mulheres, possivelmente devido ao fato de buscarem ajuda em fases mais avançadas das doenças. Estudo intitulado “Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde”, realizado pelo Ministério da Saúde, datado de novembro de 2008, que tem como objetivo traçar um perfil de mortalidade do brasileiro, enfatiza que a mortalidade nos homens associada a transtornos mentais aumentou 225%. Segundo este documento, a maior causa de morte entre os homens é de doenças isquêmicas do coração, seguida de doenças cerebrovasculares. Para as mulheres, a principal causa é de doenças cerebrovasculares, seguidas de doenças isquêmicas do coração. Sabe-se que essas doenças estão diretamente relacionadas ao estilo de vida e, muitas vezes, se associam a transtornos mentais (DIAS DA COSTA *et al.*, 2002). A vulnerabilidade por sexo a esses agravos, aqui incluídos os distúrbios psicossomáticos, ainda está por merecer maior atenção.

Pode-se concluir que o presente estudo, embora não seja passível de generalização devido ao número limitado de participantes e por não incluir analfabetos, pode se constituir em uma contribuição para o conhecimento da população estudada e servir de base para novos estudos na área.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. *et al.* Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg/Berlin, v. 37, p. 316-325, July. 2002.
- ARAÚJO, T.M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico, **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n.3, p.337-48, jul/set.2005.
- BANDEIRA, M. *et al.* Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n.1, p.41-47, 2007.
- BOMBANA, J.A. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a Psiquiatria e a Clínica Médica, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.55, n. 4, p.308-12, 2006 (artigo de revisão).
- BRASIL. Ministério da Saúde.2008a.Portaria GM/MS nº. 154 de 25 de janeiro de 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=42123](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=42123)>. Acesso em: 16 out. 2008.
- BRASIL. DATASUS. 2008b. Dados Sistema de Informação de Mortalidade, disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 16 out. 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2008c). Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/anexos/Perfil%20da%20mortalidade%20no%20Brasil%202007%20-%20MS.pdf>. Acesso em 17 de março de 2009.
- BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 97-104, Jan./Mar. 2005.
- CABANA, M.C.F.L. *et al.* Transtornos mentais comuns médicos e seu cotidiano de trabalho, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.1, p.33-40, 2007.
- CERCHIARI, E.A.N. *et al.* Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários, **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.10, n. 3, p.413-20, Sept./Dec. 2005.
- CHRISTENSEN, K.S. *et al.* Screening for common mental disorders in primary care — who will benefit? **Journal of Psychosomatic Research**, New York, 55:118 (abstract), 2003.



COUTINHO, E.S.F. *et al.* Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil, **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 26(5), set-out 1999. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>. Acesso em 20 de abril de 2009.

CRUZ, E.B.S. *et al.* Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família, **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p.181-88, Apr. 2005.

DIAS DA COSTA, J.D. *et al.* Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.5, n. 2, p.164-73, Aug.2002.

FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (org) **Psicossoma, psicossomática psicanalítica**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FONSECA, M.L.G. *et al.* Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul/set.2008.

FORTES S, **Transtornos mentais comuns na atenção primária** - formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em Unidades de Saúde da Família de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 165 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

GASPARINI, S.M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2679-91, dez. 2006.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. The origins and course of common mental disorders, London: Routledge, 2005

GOMES DA COSTA, A.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.73-79, Jan/Feb.2005.

GOUVEIA, V.V. *et al.* A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.19, n.3, p.241-48, Sept./Dec. 2003.

KISELY, S. *et al.* Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes, **British Journal of Psychiatry**, London, v.189, p.79-80, July. 2006.

LAURENTI, R. *et al.* Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.35-46, Jan./Mar.2005.

LOPES, C.S. *et al.* Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p.1713-20, Nov./Dec. 2003.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 647-659, Jul. - Set. 2000

LUDERMIR, A.B. e MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p.213-21, Apr. 2002.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo PSF no município de São Paulo, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1639-48, Aug. 2006.

MARI, J.J. *et al.* Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 6, p.501-07, Dec. 1987.

MARI, J.J. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo, **Social Psychiatry**, New York, v.22, p.129-38, Sep.1987.

NOGUEIRA, K.T. *et al.* Auto-relato de diagnóstico médico de asma e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p.1633-1639, July. 2007.

PASQUALI, L. *et al.* **QSG Questionário de Saúde Geral de Goldberg** (adaptação brasileira), São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996

RÄIKKÖNEN, K. *et al.* Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women, **Hypertension**, Mississipi, v.38, p.798-802, Oct. 2001.

- RAUPP, B. (2007) Planejamento Participativo em Serviços de Atenção Primária à Saúde estudo comparativo de duas experiências: Porto Alegre e Montevideu. **Rev de APS**, Juiz de Fora, v.10, n2, 2007. Disponível em <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n2/09planejamento.pdf>. Acesso em 17 de março de 2009.
- RUTLEDGE, T.; HOGAN, B.E. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development, **Psychosomatic Medicine**, Florida, v. 64, p.758-766, Sep-Oct.2002.
- SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, Oct./Dec. 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.89, n.3, p. e24-e79, 2007.
- SOUZA, M.F.M.; RODRIGUES DA SILVA, G. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 50-8, Feb. 1998.
- YAN, L.L. *et al.* Psychosocial factors and risk of hypertension. **JAMA**, Chicago, v. 290, p. 16, p.2138-2148, Oct. 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION / International Consortium in Psychiatric Epidemiology, Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneve, v. 78, n. 4, 2000, p. 413-426. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2560724&blobtype=pdf> Acesso em 23 jul. 2009

---

Submissão: dezembro de 2008

Aprovação: maio de 2009

---