

ESTUDO OBSERVACIONAL EXPLORATÓRIO COMPARANDO PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS LEVES/MODERADOS E TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Observational exploratory study comparing patients with minor/moderate and severe mental disorders in a specialized reference outpatient service

Mário Sérgio Ribeiro¹, José Cândido Caldeira Xavier Junior², Tiago Rodrigues Mascarenhas³, Priscila Matthiesen Silva⁴, Eveline Maria Melo Vieira⁵, Camila Vieira Dal-Bianco Lamas⁶, Luiz Cláudio Ribeiro⁷

RESUMO

Poucos são os estudos que realizam comparações entre pacientes com transtornos mentais leves/moderados (TLM) e graves (TMG), em especial na interface nível primário e secundário de atenção à saúde. Trata-se de um estudo observacional no qual se avaliou, prospectivamente, 876 pacientes encaminhados por cinco Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora-MG que compareceram à primeira consulta no serviço especializado de referência em saúde mental da região oeste do referido município (CRRESAM-Oeste). Esses pacientes foram comparados quanto a variáveis demográficas; socioeconômicas; psicopatológicas e interativas; ligadas ao tratamento e aos processos de referências e contra-referências. Análises bivariadas foram realizadas para investigar possíveis associações (p -valores $< 0,05$) entre os TMG e 69 variáveis estudadas. Evidenciaram associações entre TMG e seis variáveis demográficas; três econômicas; 22 psicopatológicas e interativas; e cinco relativas ao tratamento e aos processos de referências e contra-referências. As variáveis analisadas são oriundas dos prontuários clínicos semiestruturados que circulam no Sistema Municipal de Saúde de Juiz de Fora ou foram geradas através de combinações das variáveis ou foram coletadas a partir do formulário de referência ao nível secundário, preenchido pelos técnicos das UBS. Além de constituírem um parâmetro inicial para estudos relativos a comparações

ABSTRACT

Despite the large number of studies discussing the prevalence of psychiatry disorders in the general population, only a few compare patients with minor/moderate disorders with those with more severe ones, chiefly at the primary/secondary level interface. This article compares patients with minor/moderate psychiatric disorders to those with more severe ones, as refers to demographic, socioeconomic, psycho-pathological and treatment variables. This was an observational study, evaluating 876 patients, referred by five primary care units from Juiz de Fora- MG, Brazil, to a first consultation at the mental health secondary service that is a referral center for the western area of the city. Bivariate analyses were performed in order to establish possible associations ($p < 0.05$) between severe mental disorders and 69 variables included in the study. Of the variables, 6 demographic, 3 socioeconomic, 22-psycho-pathological and interactive, and 5 related to treatment or the referral/counter-referral process were associated with severe mental disorders. The variables analyzed came from the semi-structured clinical files of the Juiz de Fora Municipal Health System, were generated from a combination of variables, or were collected from the referral form to the secondary level, filled out by the basic health unit staff. Besides being a baseline for studies comparing patients with severe mental disorders to those with less

¹ Mário Sérgio Ribeiro, médico, Professor Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Doutor em Filosofia, Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas (Lappda-UFJF)

² José Cândido Caldeira Xavier Junior, discente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

³ Tiago Rodrigues Mascarenhas, discente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: tiago_ipanema@yahoo.com.br

⁴ Priscila Matthiesen Silva, discente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁵ Eveline Maria Melo Vieira, discente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁶ Camila Vieira Dal-Bianco Lamas, discente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁷ Luiz Cláudio Ribeiro, professor adjunto do Departamento de Estatística da UFJF, Doutor em Demografia, Laboratório de Estudos Estatísticos na Saúde (LEES-UFJF)

entre grupos de pacientes com TMG e TMLM, os resultados poderão auxiliar profissionais de saúde a melhorar a qualidade do trabalho de assistência à saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Transtornos Mentais; Acesso e Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde mental vêm sendo reformulados em diversos países, com ênfase na desinstitucionalização e no desenvolvimento de serviços com base na comunidade, integrados ao sistema geral de saúde. A Organização Mundial de Saúde¹ ressalta que o tratamento dos transtornos mentais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para que um maior número de pessoas tenha melhor acessibilidade aos serviços, melhorando a atenção e evitando tratamentos inespecíficos ou inapropriados.

Segundo Starfield², a APS é o nível de atenção que, além de oferecer a entrada para todas as necessidades e problemas de saúde, deve coordenar e integrar a assistência fornecida em outros serviços. Informações acerca dos padrões de utilização dos serviços e monitoração de mudanças resultantes da implementação de novas formas de intervenção devem contribuir para um salto qualitativo na avaliação de serviços de saúde mental no modelo da APS.³ Todavia, ainda se identifica uma lacuna entre o que é demonstrado ser eficaz em circunstâncias de pesquisa e sua efetividade na prática de rotina⁴, como também parece acontecer com propostas assistenciais em outras áreas da saúde coletiva.²

Apesar da existência de um grande número de estudos que discutem a elevada prevalência de transtornos psiquiátricos na população em geral, em diferentes países^{1,5-9} e regiões do Brasil¹⁰⁻²⁶, são raros os que abordam essa questão pela perspectiva da APS.^{9,12,17,25,26} Apenas os estudos de Weich *et al.*⁹, que avaliam o tratamento da depressão e de Fortes *et al.*¹⁷, que analisam a prevalência de transtornos mentais, realizam comparações entre pacientes com transtornos leves/moderados e graves.

Este estudo - ao que se sabe, o primeiro com esta abordagem no Brasil - tem como objetivo realizar uma análise preliminar, exploratória, comparando as características (sociodemográficas, psicopatológicas e relativas ao processo de referência e contrarreferência) de pacientes portadores de Transtornos Mentais Leves ou Moderados (TMLM) ou Transtornos Mentais Graves (TMG) encaminhados pelas

severe ones, the results may help to improve the quality of mental health care.

KEY WORDS: Mental Health; Mental Disorders; Health Care Quality; Access and Evaluation; Primary Health Care; Secondary Health Care.

equipes das UBS da chamada Cidade Alta de Juiz de Fora para o serviço secundário de referência (CRRESAM-Oeste).

MATERIAL E MÉTODO

Desenho do estudo e população avaliada

Estudo observacional, no qual se acompanhou, prospectivamente, um total de 1671 pacientes referenciados ao Centro Regional de Referência em Saúde Mental Oeste (CRRESAM-Oeste) do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (SMSM-JF) e que, efetivamente, compareceram ao serviço de saúde mental. De acordo com a data da primeira consulta, os pacientes foram agrupados em quatro períodos: 1º de abril de 2003 a 31 de março de 2004; 1º de abril de 2004 a 31 de março de 2005; 1º de abril de 2005 a 31 de março de 2006; 1º de abril de 2006 a 31 de março de 2007. Foram incluídos no estudo pacientes referenciados pelas UBS de Borboleta, Santos Dumont, São Pedro, Teixeira e Dom Bosco, ainda que o CRRESAM-Oeste tenha recebido pacientes desta UBS apenas até dezembro de 2005. De acordo com os Protocolos de Conduta desenvolvidos para este fim²⁷ as UBS do SMSM-JF deveriam realizar o primeiro atendimento de todos os pacientes de sua área de captação e, quando necessário, encaminhá-los para a equipe de especialistas do CRRESAM. Os diagnósticos foram estabelecidos por psiquiatras do CRRESAM - que incluíam quatro professores de psiquiatria e dois residentes, a cada ano - segundo critérios da CID-10.²⁸ Para este estudo, foram agrupados, conforme tipologia apresentada por Bower e Gilbody²⁹, em: a) TMLM, que incluiu Transtornos de Ansiedade, Episódios ou Transtornos Depressivos Leves e Episódios ou Transtornos Depressivos Moderados (F32.0, F32.1, F33.0, F33.1); e b) TMG, que abrangeu os Transtornos do Grupo F20 (Esquizofrenias e outras psicoses), Episódios Maníacos ou Transtorno Bipolar (F30 e F31), Episódios ou Transtornos Depressivos Graves (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3). Foram excluídos desta análise pacientes com diagnósticos principais de Transtornos Mentais Orgânicos, Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas, com outros diagnósticos de Trans-

tornos do Humor (F32.8, F32.9, F33.4, F33.8, F33.9, F34, F38, F39), com diagnósticos nos grupos F50 a F99 ou que tivessem idade inferior a 18 anos no momento da primeira consulta. Um total de 876 pacientes foram efetivamente incluídos e avaliados: 725 com TMLM e 151 com TMG.

Todos os profissionais de saúde das UBS da área de referência do CRRESAM-Oeste foram preliminarmente capacitados - treinamento formal de curta duração para a realização de hipóteses diagnósticas e definição de referência ou tratamento - e as equipes de cada UBS eram regular e mensalmente supervisionadas por técnicos do serviço secundário de referência com vistas ao aperfeiçoamento contínuo do processo assistencial. Ressalta-se que, no SMSM-JF, espera-se que as UBS encaminhem ao nível secundário os pacientes mais graves, a serem tratados pela equipe especializada; ao final da avaliação, os profissionais do CRRESAM poderiam contrarreferenciar os pacientes para acompanhamento nas UBS ou referenciá-los a programas especiais (PROESAM) de atendimento a grupos diagnósticos específicos.³⁰ As novas tarefas desenvolvidas pelos profissionais do nível secundário implicavam em uma necessária mudança de estilo de prática para concretizar a transformação do estilo de trabalho recomendado por diferentes autores que estudam a assistência à saúde mental^{31,32}, em especial no modelo de Consultoria e Ligação.^{4,33}

Variáveis demográficas e socioeconômicas

As variáveis demográficas e socioeconômicas constam dos prontuários clínicos semiestruturados que circulam no SMSM-JF²⁷ e devem ser preenchidas pelos técnicos das UBS. Para fins de análise, as variáveis quantitativas foram dicotomizadas a partir da média da totalidade dos sujeitos estudados. As variáveis categóricas também foram recodificadas em binárias, agrupando as categorias por semelhança ou de modo a separar os sujeitos da forma mais homogênea e/ou lógica possível.

As variáveis em que se utilizou o cálculo da média foram: “idade em que iniciou os estudos” (“até 7 anos” ou “8 anos ou mais”); “idade em que interrompeu os estudos” (“até 15 anos” ou “16 anos ou mais”); “idade em que se casou pela primeira vez” (“até 22 anos” ou “23 anos ou mais”); “tempo de união” (“até 18 anos” ou “19 anos ou mais”); “número total de filhos” (“até 2 filhos” ou “3 ou mais filhos”).

Variáveis clínicas, ligadas ao tratamento e ao processo de referência e contrarreferência

As variáveis “antecedentes familiares” (psiquiátricos, cardiovasculares, gastro-enterológicos, neurológicos, nu-

tricionais, etc.) foram registradas pela própria equipe da UBS de origem.

As variáveis “psicopatológicas” e “interativas” resultam do exame psiquiátrico; as variáveis ditas interativas correspondem a aspectos da relação especialista-paciente - tais como confiabilidade das informações, forma com que relata seus problemas, motivação para tratamento, etc. - incluídos no roteiro semiestruturado utilizado no SMSM-JF.²⁷

As diferentes atitudes dos pacientes frente ao examinador (cooperativa, desconfiada, inibida/tímida, resistência ativa ou resistência passiva, etc.) são preenchidas, no formulário semiestruturado, sob a forma “sim” ou “não”. A forma como as demais variáveis foram reagrupadas está demonstrado no Quadro 1.

As variáveis “técnico responsável pelo encaminhamento”, “tipo de tratamento”, “situação de tratamento” e “tempo de permanência no CRRESAM” foram as únicas preenchidas pela equipe de pesquisa, a partir da leitura dos prontuários.

A variável “técnico responsável pelo encaminhamento” foi preenchida considerando-se os profissionais da UBS que assinavam o prontuário semiestruturado utilizado para a referência de cada paciente (médico, enfermeiro e/ou assistente social); para as análises, a variável foi recodificada em “apenas médico” ou “outras possibilidades”.

O “tipo de tratamento” foi registrado como “apenas avaliação/orientação”, “apenas simbólico”, “apenas farmacológico” e “simbólico e farmacológico”. Tais registros foram recodificados e duas variáveis foram trabalhadas no estudo: “utilização de tratamento simbólico” (“sim” ou “não”) e “apenas tratamento farmacológico” (“sim” ou “não”; aqui, a resposta “não” inclui as possibilidades de intervenção exclusivamente simbólica, a combinação de tratamento simbólico com farmacológico e também procedimentos de avaliação/orientação dos pacientes).

Foi considerado como “abandono de tratamento” quando, após comparecer à primeira consulta no serviço secundário, o paciente não retornava para a continuidade do tratamento até o final do mês de maio consecutivo a cada período estudado, independente do tempo de permanência em tratamento no período. Pacientes na situação de “não-abandono de tratamento” correspondem àqueles que permaneceram em atendimento no CRRESAM, foram encaminhados ao PROESAM ou contrarreferenciados às UBS de origem dentro do período considerado. A fim de adequar a avaliação ao padrão assistencial estabelecido pelos Protocolos de Conduta do SMSM-JF²⁷ - que estabelecem que os pacientes devem ter sua avaliação realizada pela equipe de especialistas de referência em um período de até 60 dias -, o registro da

“situação no SMSM-JF” dos pacientes que se mantinham em tratamento foi realizado dois meses após o término de cada período de 12 meses do estudo e a variável “tempo de permanência no CRRESAM” foi criada com duas categorias: “até 60 dias” e “mais que 60 dias”.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com o auxílio do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 14). A análise bivariada foi utilizada para investigar possíveis associações entre as 69 variáveis estudadas - demográficas, socioeconômicas, clínicas e ligadas ao tratamento - e o diagnóstico de TMG. Com o objetivo de não limitar o estudo por quaisquer critérios a priori, procedeu-se ao cruzamento entre todas as variáveis que compunham o banco de dados com os grupos diagnósticos definidos, utilizando-se as recodificações binárias acima descritas. Para aumentar a confiabilidade dos resultados, não foram considerados os cruzamentos que resultaram em menos de 9 sujeitos em qualquer casela. Os p-valores foram considerados estatisticamente significantes quando menores ou iguais a 0,05 pelo Teste Qui-quadrado (χ^2) ou pelo Teste de Fischer, quando indicado. Nos quadros 2, 3 e 4 estão apresentados apenas os resultados que atingiram plena significância estatística. A Razão de Prevalência foi verificada para os TMG e avaliada quanto à primeira categoria de resposta para cada variável, a qual está expressa nos quadros de resultados.

RESULTADOS

Descrição da amostra

O grupo de pacientes incluídos neste estudo constituiu-se, em sua maioria, de pessoas do sexo feminino (73,2 %); com idade entre 30 e 59 anos (72,7%); identificadas como de cor branca (74,1%); casadas ou vivendo em relação conjugal estável (56,6%); que referiram ter filho (80,5%); que se diziam católicas (70,7%); que frequentavam o culto religioso (73,3%); de baixa escolaridade (73,3% com até Ensino Fundamental completo); que dependiam economicamente de alguém (62,4%); com renda pessoal de até 1 salário mínimo (64,0%); e renda familiar menor ou igual a 3 salários mínimos (80,4%); 65,5% dos pacientes não trabalhavam (incluindo desempregados ou recebendo benefício trabalhista) e apenas 51,1% eram naturais de Juiz e Fora - apesar de que todos os referenciados deviam residir na cidade, uma vez que se trata da análise de um serviço municipal de saúde.

Quadro 1 - Reagrupamento das variáveis

Variável	Categorias de resposta	Reagrupamentos
Estado civil	1- Solteiro 2- Casado/ amigado 3- Separado 4- Viúvo	1- Solteiro/separado/viúvo 2- Casado/amigado
Escolaridade	1- Analfabeto 2- 1º grau incompleto 3- 1º grau completo 4- 2º grau incompleto 5- 2º grau completo 6- 3º grau incompleto 7- 3º gr au completo 8- Pós -graduando	1- Baixa escolaridade: Até 1º grau incompleto 2- Alta escolaridade: A partir de primeiro grau completo
Renda Pessoal	1- nenhuma 2- Menor que um salário mínimo 3- Um salário mínimo 4- Mais de 1 até 3 salários mínimos 5- Mais de 3 até 6 salários mínimos 6- Mais de 6 até 10 salários mínimos 7- Mais de 10 até 20 salários mínimos 8- Mais de 20 salários mínimos	1- Até um salário mínimo 2- Um salário mínimo ou mais
Renda Familiar	1- nenhuma 2- Menor que um salário mínimo 3- Um salário mínimo 4- Mais de 1 até 3 salários mínimos 5- Mais de 3 até 6 salários mínimos 6- Mais de 6 até 10 salários mínimos 7- Mais de 10 até 20 salários mínimos 8- Mais de 20 salários mínimos	1- Menor ou Igual a 1 salário mínimo 2- Acima de um salário mínimo
Religião	1- Católica 2- Protestante 3- Evangélica 4- Espírita 5- Muçulmana 6- Outra	1- Católica 2- Outras
Cor	1- Branca 2- Negra 3- Amarela 4- Vermelha 5- Mista	1- Branca 2- Outras
Naturalidade*	Questão aberta (o questionário não prevê categoria s)	1- Natural de Juiz de Fora 2- Natural de outras cidades
Tipo de Trabalho*		1- Comércio e Serviços 2- Diferente de comércio e serviços
Capacidade de "orientação do paciente" (tempo, lugar e pessoa) / sua condição de "memória" (fixação imediata, fixação curto prazo, passado recente e passado remoto);	1- Bom 2- Prejudicado 3- Duvidoso 4- Sem condições de avaliar	1- Boa 2- Prejudicada
Atenção / pensamento (produção, curso e conteúdo) / consciência / senso - percepção	1- Sem alteração significativa 2- Com alterações significativas 3- Duvidoso 4- Sem condições de avaliar	1- Sem alteração significativa 2- Com alterações significativas
Inteligência / controle de impulso/tolerância às frustrações / confiabilidade das in formações insight / motivação para tratamento	1- Alto 2- Mediano 3- Baixo 4- Duvidoso 5- Sem condições de avaliar	1- Alto 2- Baixo
A forma como o paciente tende a relatar seus problemas	1- Adequada 2- Exagerada 3- Atenuada 4- Duvidosa 5- Sem condições de avaliar	1- Adequada 2- Exagerada / Atenuada
Disposição básica da afetividade	1- Com alterações significativas 2- Sem alterações significativas 3- Duvidoso 4- Sem condições de avaliar	1- Com alterações significativas 2- Sem alterações significativas
Estabilidade da afetividade	1- Estável 2- Instável 3- Duvidoso 4- Sem condições de avaliar	1- Estável 2- Instável
Adequação da afetividade	1- Adequada 2- Inadequada 3- Duvidoso 4- Sem condições de avaliar	1- Adequada 2- Inadequada
Relação da afetividade	1- Vital/Endógena 2- Fantástica/Imaginária 3- Real/Atual 4- Duvidoso 5- Sem condições de avaliar	1- Real/Atual e Fantástica/Imaginária 2- Vital/Endógena

* Questões abertas: o questionário não prevê categorias

A frequência relativa dos dois grupos de Transtornos Mentais aqui considerados (TMLM ou TMG) não se modificou de forma significativa ao longo dos períodos considerados. A participação dos TMG variou de um mínimo de 15,8% no primeiro período a um máximo de 18,4% no terceiro período do estudo ($p=0,885$, dados não apresentados). A seguir, são apresentados os resultados relativos às categorias de variáveis independentes que se associaram de forma estatisticamente significativa aos TMG.

Características sociodemográficas

O Quadro 2 sintetiza os resultados relativos às características sociodemográficas.

Quadro 2 - Percentuais de resposta dos sujeitos em tratamento no nível secundário por TMLM e TMG para variáveis sociodemográficas

VARIÁVEL	TMLM (%)	TMG (%)	SUJEITOS (n) *	P-VALOR	Razão de Prevalência (IC 95%)
Sexo Masculino	22,6	47,0	876	0,000	2,421 (1,825 - 3,211)
Estado civil Solteiro/separado/viúvo	40,9	56,2	752	0,002	1,677 (1,207 - 2,329)
Não mora com o cônjuge	44,0	60,6	626	0,003	1,773 (1,209 - 2,601)
Não tem filhos?	18,0	28,0	707	0,016	1,606 (1,100 - 2,346)
Não frequenta culto religioso?	24,1	41,7	577	0,001	1,962 (1,325 - 2,905)
Interrompeu os estudos com 16 anos ou mais	37,5	51,9	387	0,046	1,648 (1,006 - 2,698)
Não trabalha	61,8	81,8	557	0,000	2,424 (1,451 - 4,049)
Não trabalha na Profissão	46,0	67,5	523	0,000	2,153 (1,379 - 3,360)
Não é arrimo de família	62,6	74,4	541	0,046	1,608 (0,998 - 2,591)

* relativo aos dados efetivamente registrados

Exame Psicopatológico e Características Interativas

Dentre as características interativas e relativas ao exame psicopatológico, vinte se associaram negativamente à presença de TMG (Quadro 3).

Variáveis relativas ao processo de tratamento, referência e contrarreferência

A participação relativa dos TMG dentre os pacientes referenciados ao nível secundário pelas UBS variou de 14,8% (UBS de Santos Dumont e Teixeiras) a 37,9% (UBS de São Pedro), de forma estatisticamente significativa ($p=0,019$). Conforme apresentado no Quadro 4, para outras quatro variáveis foram evidenciadas diferenças significantes.

Quadro 3 - Percentuais de resposta dos sujeitos em tratamento no nível secundário por TMLM e TMG para variáveis psicopatológicas e interativas

VARIÁVEL	TMLM (%)	TMG (%)	SUJEITOS (n)	P-VALOR	Razão de Prevalência (IC 95%)
Atitude Geral: Não cooperativa	11,7	31,9	748	0,000	2,573 (1,901 - 3,482)
Atitude Geral: Resistência Passiva	2,3	7,4	748	0,002	2,413 (1,464 - 3,977)
Atitude Geral: Desconfiada	3,9	15,6	748	0,000	2,878 (2,018 - 4,103)
Atitude Geral: inibida/Tímida	7,0	13,3	748	0,015	1,733 (1,137 - 2,641)
Orientação: Tempo Prejudicada	1,8	16,9	747	0,000	4,407 (3,274 - 5,933)
Memória Prejudicada: Fixação Imediata	3,1	20,2	734	0,000	3,960 (2,888 - 5,429)
Memória Prejudicada: Fixação Curto Prazo	3,3	20,2	724	0,000	3,810 (2,771 - 5,239)
Memória Prejudicada: Passado Recente	2,0	17,4	731	0,000	4,442 (3,241 - 6,088)
Memória Prejudicada: Passado Remoto	2,0	11,6	731	0,000	3,548 (2,387 - 5,273)
Atenção Alterada	2,4	22,6	748	0,000	4,550 (3,463 - 5,978)
Afetividade Inadequada	17,4	35,7	723	0,000	2,140 (1,559 - 2,938)
Afetividade: Relação Vital/Endógena	17,8	34,8	732	0,000	2,069 (1,474 - 2,905)
Pensamento com alterações de Produção	2,5	18,0	713	0,000	4,019 (2,914 - 5,545)
Pensamento com alterações de Curso	4,8	26,2	709	0,000	3,846 (2,836 - 5,215)
Pensamento com alterações de Conteúdo	43,3	62,0	716	0,000	1,867 (1,351 - 2,581)
Sensopercepção com alterações	5,9	22,0	737	0,000	2,974 (2,134 - 4,145)
Baixa Inteligência	23,6	70,0	201	0,000	4,733 (2,596 - 8,773)
Baixo controle de Impulso / Tolerância às Frustrações	42,6	77,5	230	0,000	3,629 (1,810 - 7,276)
Baixo insight	32,2	70,0	325	0,000	3,455 (2,180 - 5,477)
Baixa confiabilidade das informações	4,9	20,3	330	0,000	2,980 (1,884 - 4,715)
Tende a Relatar seus Problemas de forma Exagerada/Atenuada	22,9	40,0	694	0,000	1,933 (1,374 - 2,719)
Alta motivação para o tratamento	5,4	23,4	362	0,000	3,269 (2,092 - 5,106)

Quadro 4 - Características relativas ao tratamento e aos processos de referências e contrarreferências

VARIÁVEL	TMLM (%)	TMG (%)	SUJEITOS (n)	P-VALOR	Razão de Prevalência (IC 95%)
Encaminhamento apenas por médico	24,8	35,2	775	0,016	1,513 (1,082 - 2,117)
Não abandonou	70,0	82,9	663	0,005	1,863 (1,188 - 2,923)
Situação no SMSM -JF PROESAM *	27,8	69,3	522	0,000	4,045 (2,758 - 5,934)
Tempo de permanência menor ou igual a 60 dias	52,3	64,7	760	0,009	1,529 (1,104 - 2,118)

*Situação no SMSM-JF corresponde à referência a programas superespecializados (PROESAM), permanência em atendimento no CRRESAM ou contrarreferência à UBS de origem.

DISCUSSÃO

O modelo de Consultoria-Ligação^{4,33}, adotado pelo SMSM-JF, estimula a comunicação entre os profissionais especialistas e equipe de ABS; sua utilização deveria resultar, ao longo do tempo, numa redução relativa do número de referências de pacientes com TMLM e aumento das referências de usuários com TMG.^{2,30} A rigor, observou-se que o percentual relativo dos TMG teve um discreto crescimento entre o primeiro e o terceiro período, com ligeira queda no último período do estudo. Deve-se considerar que o período abrangido por esta pesquisa se sobrepôs às mudanças no quadro político do município, com todas as expectativas levantadas durante a campanha eleitoral de 2004 (que coincidiu com o segundo período avaliado) e com a entrada da nova equipe gestora, que imprimiu importante mudança na dinâmica assistencial do município, privilegiando o modelo CAPS - de demanda direta - em detrimento das ações básicas e referenciadas do antigo SMSM-JF. Desde novembro de 2006, foram definitivamente interrompidos os contatos regulares de supervisão *in loco* das equipes das UBS pelos profissionais do CRRESAM-Oeste, o que pode ter contribuído para a mudança na curva de referências.

Características sociodemográficas

Poucos pesquisadores avaliaram as diferenças entre grupos de pacientes com TMLM e TMG; em geral, os estudos abordam separadamente as características de grupos de pacientes com TMLM ou com TMG. Fortes *et al.*¹⁷, utilizando pontos de corte para cada grupo de transtornos mentais, frente ao Questionário Geral de Saúde (*General Health Questionnaire*), concluíram que a prevalência de “transtornos mentais comuns” entre pacientes atendidos em uma UBS da cidade de Petrópolis (RJ) era de 56% e a prevalência de pacientes com “transtornos mentais de severa intensidade” era de 37%, sem indicarem possíveis associações entre aspectos demográficos e cada grupo diagnóstico.

No presente estudo, observou-se que o diagnóstico TMG correlacionou-se fortemente com o sexo masculino (0,000). Num estudo realizado pelo *WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology*¹ em sete países - USA, Canadá, Turquia, Alemanha, México, Holanda, Brasil - identificou-se que a presença de transtornos mentais estaria estatisticamente associada ao sexo feminino apenas em três países (Holanda, Turquia e USA). Wang *et al.*^{8,9}, em trabalho realizado em 17 países - Nigéria, África do Sul, Colômbia, México, USA, Japão, Nova Zelândia, China, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Ucrânia, Israel,

Líbano - por meio de inquéritos domiciliares, observaram que pacientes do sexo feminino tendem a procurar tratamento em números relativos mais elevados que os homens, ainda que os homens tenham maior probabilidade de serem referenciados ao nível secundário. Jacobi *et al.*⁵ apresentando os resultados da primeiro inquérito nacional alemão - o *German National Health Interview and Examination Survey* -, concluíram que mulheres têm maior risco de apresentar transtornos de humor, de ansiedade e somatoforme. Araya *et al.*³⁴ utilizando entrevistas domiciliares realizadas na grande Santiago, identificaram que transtorno mentais comuns (common mental disorders) eram significativamente mais prevalentes em mulheres que em homens.

Weich *et al.*⁹ em estudo realizado em estabelecimentos de atenção primária no Reino Unido, compararam as características dos pacientes com episódios depressivos leves e moderados com aqueles que apresentaram episódios depressivos severos e observaram que o episódio depressivo severo estaria estatisticamente associado ao sexo feminino.

Em um estudo caso-controle, por meio de inquérito domiciliar realizado em São Paulo, Brasília e Porto Alegre - no qual classificaram os transtornos encontrados de acordo com o DSM - III, por meio do questionário Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos - os autores identificaram que o sexo feminino estaria significativamente associado aos quadros de ansiedade, fobia ou somato-dissociativos - mesmo após ajuste das variáveis de acordo com a idade -, e que este risco se tornaria ainda maior entre mulheres acima de 30 anos^{10,15,16,19}, em inquérito domiciliar realizado em Pelotas com a utilização do Self Report Questionnaire Report (SQR-20), também identificaram relação estatisticamente significativa entre a presença de Transtorno Psiquiátrico Menor e o sexo feminino, associação que se fortalece com a idade. Andrade *et al.*¹¹ - em estudo com desenho semelhante realizado em São Paulo, com a utilização do CIDI - referiam que, ao controlar a idade, a probabilidade de ter ao menos um diagnóstico de transtorno mental ao longo da vida é a mesma para homens e mulheres; no entanto, caso se exclua a dependência de tabaco, a chance das mulheres aumentaria para 1,5. Costa *et al.*¹⁴, em inquérito domiciliar realizado na cidade de Pelotas, identificaram correlação estatística entre distúrbios psiquiátricos menores e o sexo feminino. Maragno *et al.*²², por meio de entrevistas domiciliares realizadas em áreas periféricas de São Paulo, também identificaram que a presença de transtornos mentais comuns estaria correlacionada ao sexo feminino, correlação essa que se manteve após análise multivariada.

Bandeira *et al.*¹² numa avaliação de amostra pré-selecionada de pacientes com indicativo prévio de dificuldades

psicológicas, atendidos por equipes do PSF de uma cidade do interior de Minas Gerais, registraram uma correlação entre pontuações mais elevadas na maioria das subescalas da Escala de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e o sexo masculino, o que parece reforçar a hipótese de que a população masculina que busca atendimento em saúde mental tenda a apresentar problemas de maior gravidade clínica.

No presente trabalho, verificou-se correlação entre transtorno mental grave e não ter relação conjugal estável, ou seja, ser solteiro, separado ou viúvo ($p = 0,002$). Araya *et al.*³⁴ ao estudarem apenas transtornos mentais comuns, identificaram correlação entre estar separado e tais diagnósticos. Coutinho *et al.*¹⁵ evidenciaram maior risco para morbidade psiquiátrica menor para os casados com baixo nível de escolaridade. Jacobi *et al.* (2004) observaram que nunca ter sido casado, ser separado, divorciado ou viúvo são características que aumentariam substancialmente a chance de diagnóstico psiquiátrico, exceto para transtornos somatoformes. Maragno *et al.*²² por meio de análise multivariada, identificaram que os casados possuíam menor prevalência de transtorno mental comum. Em seu estudo de revisão, Lima¹⁸ referiu que quadros depressivos seriam mais comuns entre pessoas divorciadas ou separadas que entre solteiros e casados; a viuvez teria destaque como situação associada à alta ocorrência de depressão. Weich *et al.*⁹ identificaram associação entre episódio depressivo severo e ser solteiro. No estudo de Lima *et al.*¹⁹, identificou-se que solteiros apresentariam a mais baixa prevalência relativa de transtorno psiquiátrico menor que as demais categorias de estado conjugal, ao passo que os viúvos foram os que, relativamente, mais apresentaram tais transtornos. Em seu estudo de revisão, Lima¹⁸ referiu que quadros depressivos seriam mais comuns entre pessoas divorciadas ou separadas que entre solteiros e casados; a viuvez teria destaque como situação associada à alta ocorrência de depressão. Weich *et al.* (2007) identificaram associação entre episódio depressivo severo e ser solteiro.

Enquanto observou-se aqui correlação entre apresentar TMG e não ter filhos ($p = 0,016$), mas não entre o número de filhos ($p = 0,183$) e o diagnóstico de TMG, Coutinho *et al.*¹⁵ observaram aumento na ocorrência de morbidade psiquiátrica menor na presença de três ou mais filhos menores de 14 anos.

No estudo aqui apresentado, não se evidenciou diferença estatística entre TMG e os grupos etários analisados ($p = 0,350$). Weich *et al.*⁹ observaram que pacientes que tiveram episódio depressivo leve/moderado possuíam média de idade significativamente superior àquela dos pacientes com transtorno depressivo grave. Inquéritos domiciliares tam-

bém têm revelado correlações entre idade e certos grupos de transtornos mentais. Araya *et al.*³⁴ encontraram maior prevalência de transtornos mentais comuns no grupo de pessoas com idade entre 25 e 39 anos, correlação que se manteve mesmo após análise multivariada. Costa *et al.*¹⁴ verificaram associação estatística entre transtornos psiquiátricos menores e idade superior a 50 anos, com tendência de aumento linear da prevalência com a idade. Coutinho *et al.*¹⁶ identificou que o sexo feminino estava associado ao maior risco de morbidade psiquiátrica menor e que este aumentava quando a idade era superior a trinta anos.

Diferentemente de alguns inquéritos populacionais, o presente estudo não encontrou relação entre TMG e grau de escolaridade ($p = 0,938$, dado não apresentado nos quadros), apesar de os pacientes que interromperam seus estudos com idade abaixo da média de interrupção da totalidade dos sujeitos terem apresentado, de forma significativa, uma maior taxa de TMG ($p = 0,046$). Araya *et al.*³⁴ encontraram associação estatística entre transtornos mentais comuns e baixa escolaridade. Maragno *et al.*²² também identificaram uma relação linear inversa entre prevalência de transtorno mental comum e grau de escolaridade. Da mesma forma, Lima *et al.*¹⁸ observaram que quanto menor a escolaridade maior a prevalência de transtorno psiquiátrico menor; condição ratificada pelo *WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology*, que verificou maior prevalência de transtornos mentais entre indivíduos com menores níveis educacionais em seis dos sete países estudados.¹

Ludermir e Melo-Filho²⁰ em inquérito domiciliar realizado em Olinda, verificaram que ser analfabeto, ter baixa escolaridade, possuir precárias condições de moradia e médio acesso a bens duráveis foram características associadas aos transtornos mentais comuns; todavia, ao se ajustarem essas variáveis entre si e quanto ao sexo, idade e situação conjugal, apenas o nível de escolaridade e a condição de moradia permaneceram associadas aos transtornos mentais comuns.

Quanto à situação de trabalho, foi observado que o diagnóstico de TMG se associou negativamente ao exercício de atividade laboral ($p = 0,000$) e se associou de forma positiva ao fato de não trabalhar na profissão ($p = 0,000$); por sua vez Weich *et al.*⁹ identificaram associação estatística entre estar desempregado e apresentar episódio depressivo grave. No estudo do grupo da Organização Mundial de Saúde¹, registraram-se menores taxas de prevalência de transtornos mentais entre os indivíduos empregados em cinco dos sete países pesquisados. Ludermir e Melo-Filho²⁰ verificaram que, mesmo após análise multivariada, o diagnóstico de transtorno mental comum se associou à condição de traba-

lhador informalmente inserido no processo produtivo, de desempregado e de possuir renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo. Boff *et al.*¹³ verificaram, por meio de análise do banco de dados do INSS acerca de todos os benefícios concedidos em Porto Alegre em 1998, que os transtornos mentais seriam a segunda causa de concessão de benefícios auxílio-doença, sendo a “depressão neu-rótica” o diagnóstico mais frequente entre as condições subjacentes à concessão de auxílio. Por sua vez, Mykletun *et al.*³⁵ utilizando dados acerca de saúde física e mental de noruegueses, verificaram que indivíduos que apresentam transtorno depressivo ou de ansiedade possuem maior risco de receberem benefício de tipo auxílio doença que indivíduos sem transtornos psiquiátricos.

Não foi aqui identificada relação entre TMG e salário pessoal e renda familiar (respectivamente $p=0,848$ e $p=0,949$; dados não apresentados); no entanto, foi encontrada correlação entre não ser arrimo de família e TMG ($p=0,046$). Por sua vez, Costa *et al.*¹⁴ encontraram associação entre baixa renda familiar e maior prevalência de “distúrbios psiquiátricos menores”, enquanto que Lima *et al.*¹⁹ e Maragno *et al.*²² identificaram que quanto menor a renda *per capita* familiar maior seria o risco de se desenvolver um “transtorno mental comum”. Weich *et al.*⁹ constataram que pacientes com história de episódios depressivo leve/moderado apresentariam situação financeira “boa/confortável” em comparação com pacientes com história de episódios depressivos graves.

Características psicopatológicas e do tratamento

De forma coerente com os achados clínicos esperados, os resultados refletiram as diferenças psicopatológicas entre pacientes com TMLM e TMG, o que reforça a qualidade dos dados estudados. Um achado que merece comentário é o fato de que o grupo de pacientes com TMG, para o qual se identificou uma associação positiva à alta motivação para o tratamento, foi o que, também de forma significativa, menos abandonou o tratamento. Este resultado pode ser interpretado como resultado de uma abordagem mais cuidadosa, tanto pelos profissionais quanto pelos familiares, destes sujeitos com maiores necessidades de cuidado, mas também pode remeter à possibilidade de que pacientes com quadros de menor gravidade não tenham, de fato, maior motivação e empenho em se manter em tratamento prolongado nos serviços secundários.

A associação de encaminhamento de pacientes com TMG ao PROESAM e de contrarreferência dos pacientes com TMLM às UBS refletem a adequação dos profissionais

do nível secundário à proposta de trabalho do SMSM-JF, afirmação que é reforçada pelo fato de os pacientes com TMG terem sido aqueles que menos permaneceram no CRRESAM ($p=0,009$). Por outro lado, sugere que os profissionais das UBS estejam ainda encaminhando, de forma excessiva, pacientes com TMLM, que não necessitam do atendimento especializado. Nos limites deste estudo, não se pode, todavia, descartar a hipótese de que os pacientes diagnosticados com TMLM, de fato, necessitariam de avaliação especializada no momento de sua referência.

Ainda que dados semelhantes não tenham sido encontrados na literatura, é relevante a constatação de que pacientes referenciados apenas por médicos tenham sido significativamente associados ($p=0,016$) aos TMG; tal achado pode tanto indicar a correta percepção, por parte dos médicos, da maior gravidade dos problemas dos pacientes por eles referenciados quanto, ao contrário, uma maior tendência de profissionais não-médicos das equipes das UBS estarem referenciando pacientes que não necessitariam de tal conduta, reforçando a afirmação ao final do parágrafo anterior. Uma terceira alternativa seria a de que, dentro das próprias UBS, exista uma tendência dos TMG serem atendidos preferencialmente pelos médicos.

De todo modo, observou-se uma significativa diferença na participação relativa de pacientes com TMG dentre os sujeitos referenciados por diferentes UBS (de 14,8% a 37,9%). Uma vez que as evidências indicam que os TMG não sofrem relevantes variações em contextos sociais distintos, esta diferença de 2,56 para mais de referências de TMG por parte dos profissionais da UBS de São Pedro pode sugerir que o padrão de referências destes profissionais esteja mais próximo do ideal.

CONCLUSÃO

Em princípio, os resultados deste estudo têm limitada capacidade de generalização, uma vez que devem ser interpretados à luz do processo de trabalho no modelo de consultoria-ligação, conforme adotado pelo SMSM-JF. Todavia, permitem evidenciar que pacientes com TMG são, efetivamente, diferenciáveis dos pacientes com TMLM não somente quanto a aspectos clínicos como também quanto a características sociodemográficas e econômicas. Para além das características específicas de cada grupo de transtornos - que podem ou não justificar sua referência para tratamento no nível secundário -, os resultados acima apresentados parecem indicar que as equipes básicas de saúde e a equipe especializada envolvidas neste estudo estejam - ao menos de forma parcial, e com diferenças

entre as UBS - oferecendo, a cada grupo de pacientes, abordagens diferenciadas, relativamente coerentes com suas necessidades. Além de se constituírem num parâmetro inicial para estudos relativos a comparações entre grupos de pacientes com TMG e TMLM, os resultados poderão ainda auxiliar aos profissionais de saúde a aumentar a efetividade do trabalho de assistência à saúde mental no modelo de consultoria-ligação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organ. 2000;78(4):413-26.
2. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Almeida JMC, Xavier MA. Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. Acta Med Port. 1995; 8:119-31.
4. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. Gen Hosp Psychiatry. 2002; 24(2):63-70.
5. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004 May; 34(4):597-611.
6. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007; 370(9590):851-8.
7. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of mental health services in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6):629-40.
8. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, *et al.* Use of Mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007; 370:841-50.
9. Weich S, Nazareth I, Morgan L, King M. Treatment of depression in primary care. Br J Psychiatry. 2007; 191:164-9.
10. Almeida-Filho N, Mari Jde J, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentre study of psychiatric morbidity, Methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry. 1997 Dec; 171:524-9.
11. Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. Rev Psiquiatr Clín. 1999; 26(5):257-61.
12. Bandeira M, Freitas LC, Carvalho-Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do programa de saúde da família. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(1):41-7.
13. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. Rev Saúde Pública. 2002; 36(3):337-42.
14. Costa JSD, Meneses AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, Fuchs SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5(2):164-73.
15. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal de três áreas urbanas no Brasil. Rev Psiquiatr Clín. 1999; 26(5):246-56.
16. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ, Rodrigues LC. Gender and minor psychiatric morbidity: results of case-control study in a developing country. Int J Psychiatry Med. 1999; 29(2):197-208.
17. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(1):32-7.
18. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):1-5.
19. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. Rev Psiquiatr Clin. 1999; 26(5):218-24.

20. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(2):213-21.
21. Mari JJ. Morbilidad Psiquiátrica em Centros de Atención Primaria. *Bol Ofic Sanit Panam*. 1988; 104(2):171-81.
22. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1639-48.
23. Pelisoli CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005; 27(3):270-7.
24. Porcu M, Previdelli ITS, Larini MCF, Mazaro MM, Dias TGC, Oliveira VF. Prevalência de transtornos mentais em pacientes atendidos no ambulatório da residência médica de psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá. *Acta Sci Health Scien*. 2007; 29(2):145-9.
25. Ribeiro MS, Alves MJM, Silva PM, Vieira EMM. Concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção à saúde mental. *Rev APS*. 2008; 11(2):126-35.
26. Ribeiro MS, Alves MJM. Comparação da Assistência em Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde com e sem Equipe do Programa de Saúde da Família. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009; 31(1):40-50.
27. Ribeiro MS, editor. *Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora*. Juiz de Fora: SUS; 2000.
28. World Health Organization. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
29. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *Brit Med J*. 2005; 330:839-42.
30. Ribeiro MS, Heckert U. Universidade e o cuidado à saúde: o “caso” do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HU-UFJF. *Rev Saúde DF*. 2005; 16(1/2):35-47.
31. Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Can J Psychiatry*. 1998; 43(8):801-10.
32. Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 1998 May-Aug; 7(2):120-6.
33. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:6-11.
34. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:228-33.
35. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aarø LE, Prince M. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(8):1412-8.

Submissão: julho de 2009

Aprovação: março de 2010
