

Portadores de sofrimento psíquico usuários de uma Unidade Básica de Saúde: caracterização da demanda por diagnósticos e sexo.

UBIRAJARA AMARAL VINHOLES FILHO¹; DÉBORAH SILVEIRA KÖNIG²;
FERNANDA SILVEIRA OCANHA²; MARIANA PLOTTEGHER MACHADO²;
BÁRBARA HEATHER LUTZ³

¹ Universidade Federal de Pelotas – biravinholes_06@yahoo.com.br

² Universidade Federal de Pelotas – deborah_konig@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – fee_ocanha@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – mplotegherm@msn.com

³ Nome da Instituição do Orientador – barbaralutz@msn.com

1. INTRODUÇÃO

O termo “saúde mental” refere-se não somente à ausência de uma enfermidade psíquica, mas sim ao estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de desenvolver seu potencial, arcar com o estresse normal cotidiano, trabalhar produtivamente e de fazer contribuições para sua comunidade¹. Porém, a maior parte dos países, em especial os de terceiro mundo, tem assistência insuficiente em termos de recursos financeiros e humanos¹.

Em nível mundial, estudos de base populacional apontam que 14% dos diagnósticos diz respeito a desordens psíquicas, sendo que, desse número, 75% está em nações não desenvolvidas¹. Em panorama nacional, a prevalência de pelo menos um distúrbio psíquico em adultos foi de 61% em Brasília, 35% em São Paulo e 52% em Porto Alegre^{2,3}. Já em Pelotas, a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores em adultos no ano de 2000 foi 28,5%⁴.

Concomitante a isso, a política de cuidados a indivíduos portadores de distúrbios mentais, embasada na Lei nº 10216, de 6 de Abril de 2001, redireciona o atendimento dessas pessoas para a comunidade, extraíndo-as das instituições manicomiais, priorizando, dessa forma, a recuperação e reintegração psicossocial do indivíduo, possibilitando-lhe acesso a trabalho, lazer, convívio familiar e direitos civis^{2,5}. Para isso, propõe-se uma rede de serviços, a qual inclui Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, entre outros serviços⁵.

Perante essa realidade, muitos profissionais de atenção básica sentem-se despreparados para enfrentar uma realidade com a qual não estão familiarizados, dificultando o acolhimento e o atendimento a esses indivíduos⁶. Ademais, sendo a avaliação e o monitoramento de políticas e programas o que garante sua sustentabilidade e qualidade⁷, a análise desse estudo tem o intuito de possibilitar essas ações, permitindo a melhora do serviço da unidade de saúde analisada.

2. METODOLOGIA

Esse estudo possui delineamento transversal descritivo baseado em serviços de saúde. A base de dados utilizada foi o registro dos atendimentos realizados pelos médicos, médicos residentes e acadêmicos de medicina da Unidade Básica de Saúde (UBS) Areal Leste de Pelotas no período de Fevereiro de 2010 a Junho de 2014. No caso de a uma pessoa ter consultado mais de uma vez, considerou-se apenas o atendimento mais recente. As variáveis estudadas foram: sexo e diagnóstico principal pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os atendimentos inclusos

foram digitados no software EpiData 3.1. Posteriormente, os dados foram analisados no programa Excel a partir das frequências simples de cada variável.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Incluiu-se um total de 5430 indivíduos dos 19.189 atendimentos computados, sendo que 2008 (37%) destes eram homens e 3422 (63%) mulheres. Da totalidade das consultas, 1495 (8%) incluíram diagnósticos da categoria F (Transtornos mentais e comportamentais) segundo a CID-10.

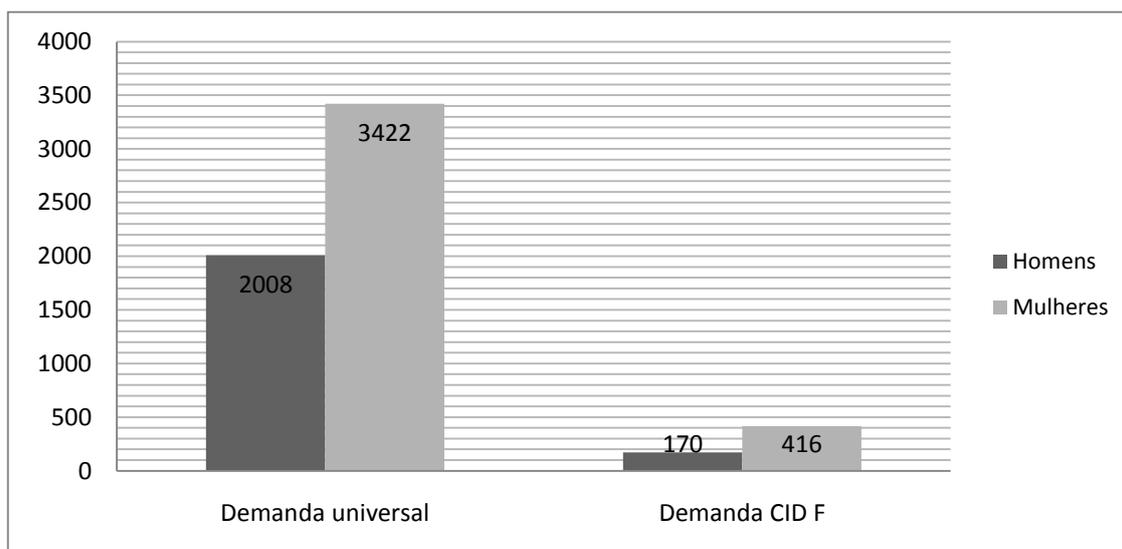
Entre as consultas com diagnóstico de sofrimento psíquico, foram identificados 586 indivíduos. Destes, obteve-se que pessoas do sexo feminino foram mais atendidas e que os transtornos com maior ocorrência foram os de humor (Tabela I). Tais dados têm concordância com a literatura em relação aos resultados discriminados por sexo e diagnóstico⁸.

Tabela 1 – Distribuição da amostra estudada por sexo e diagnóstico pela CID-10. Pelotas, 2014.

Variáveis analisadas	n (%)
Sexo	
Feminino	416(70,98)
Masculino	170(29,02)
Diagnósticos	
F 0-9: Transtornos mentais orgânicos	28 (4,78)
F10-F19: Transtornos devidos ao uso de substância psicoativa	35 (5,97)
F 20-29: Síndromes comportamentais associadas a fatores físicos	41 (7,00)
F30-39: Transtornos do humor	313 (53,41)
F40-48: Transtornos neuróticos e relacionados ao stress	105 (17,92)
F 50-59: Síndrome comportamental associada a disfunção fisiológica	30 (5,12)
F 60-69: Transtorno de personalidade e comportamento do adulto	2 (0,34)
F 70-79: Retardo mental	12 (2,05)
F 80-89: Transtornos de desenvolvimento psicológico	7 (1,19)
F 90-98: Transtorno de comportamento e emocional da criança e do adolescente	13 (2,22)

Contudo, na bibliografia estudada, em um estudo de base populacional, notou-se que a prevalência de qualquer transtorno mental foi estatisticamente igual entre sexos⁸ Em nossos resultados, a prevalência de sofrimento psíquico em homens foi de 8,47%, enquanto que, nas mulheres, foi de 12,16% (gráfico 1). A partir destes dados pode-se problematizar se o que ocorre hoje seja a não acolhida na UBS dos homens com sofrimentos psíquicos, mas sim o amparo de suas consequências, como o sofrimento familiar e comunitário causados, como a violência contra a mulher.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra universal e com sofrimento psíquico por sexo. Pelotas, 2014.



Em estudos de base populacional, a prevalência de violência contra a mulher por parte do parceiro variou de 10% até 69%, sendo que, dessas ocorrências, 3% a 52% ocorreram dentro de um ano⁸. Como consequências dessa situação, muitas vezes as parceiras acabam desenvolvendo quadros neuróticos, alimentares, de humor, de abuso de substâncias e doenças com traços psicossomáticos^{8,9}. Como já exposto, tais quadros – em se tratando dos casos de transtornos de humor e neuróticos – foram, além dos mais presentes em nossos resultados dentre todos os diagnósticos, os mais prevalentes na população feminina e masculina. Contudo, seguindo essas duas subcategorias, as mulheres apresentaram mais síndromes comportamentais associadas à disfunção fisiológica (como transtornos alimentares e de sono), enquanto os homens, mais síndromes comportamentais associadas a fatores físicos (como esquizofrenia e transtornos esquizotípicos). (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de diagnóstico pela CID-10 por sexo. Pelotas, 2014

Diagnóstico	Sexo n(%)	
	Feminino (n=416)	Masculino (n=170)
F 0-9: Transtornos mentais orgânicos	15 (3,61)	13 (7,64)
F10-F19: Transtornos devidos ao uso de substância psicoativa	17 (4,09)	18 (10,59)
F 20-29: Síndromes comportamentais associadas a fatores físicos	13 (3,13)	28 (16,47)
F30-39: Transtornos do humor	262 (62,98)	54 (31,76)
F40-48: Transtornos neuróticos e relacionados ao stress	75 (18,03)	30 (17,65)
F 50-59: Síndrome comportamental associada a disfunção fisiológica	20 (4,81)	10 (5,88)
F 60-69: Transtorno de personalidade e comportamento do adulto	1 (0,24)	1 (0,59)
F 70-79: Retardo mental	6 (1,44)	6 (3,53)
F 80-89: Transtornos de desenvolvimento psicológico	3 (0,72)	4 (2,35)
F 90-98: Transtorno de comportamento	4 (0,96)	9 (5,30)

4. CONCLUSÕES

Ao fim do trabalho, foi possível notar alguns resultados discordantes de outros estudos como a baixa prevalência de diagnósticos de sofrimento psíquico para homens e de uso/abuso de substâncias na população masculina. Dessa forma, mostra-se necessário elucidar o cenário psicossocial dos indivíduos que frequentam a UBS, além de esclarecer se tal perfil está sendo considerado para o diagnóstico e para a decisão terapêutica dos usuários, além de rastrear tais casos na população visando à busca ativa de tal parcela populacional. A partir dessa avaliação pode-se chegar a resultados que visem evitar a medicalização de problemas sociais; a elaboração de programas voltados para essa realidade; e a preparação dos profissionais e acadêmicos para lidar com a conjuntura que se apresenta o sofrimento psíquico na realidade da saúde pública atual de nosso município.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ASSOCIATION. **What is mental health?** Online Q&A, Nova Iorque, 3 de set. 2007. Acessado em 28 jul. 2014. Online, Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/62/en/>.
2. TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; DA SILVA, R. A.; GONÇALVES, H.; SILVA, S. M. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.807-15, 2010.
3. ANDREOLI, S.B.; FILHO, N. A.; COUTINHO, E.S.F.; MARI, J.J. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.5, p.475-83, 2000.
4. DA COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D.P.; MACEDO, S.; DE BRITTO, M.A.P.; FUCHS, S.C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.5, n.2, p.174-184, 2002.
5. BEZERRA, E.; DIMESTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, v.28, n.3, p.632-645, 2008.
6. NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2375-2384, 2007.
7. NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.13, n.3, p.44-57, 2004.
8. ANDRADE, L. H. S. G. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.38, n.2, p.43-54, 2006
9. BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6 n.2, p.471-480, 2001.