
Detecção de distúrbios emocionais pelo médico: impacto do tipo de trabalho médico e do conceito sobre doenças mentais

Detection of emotional disturbances by the physician: impact of the kind of medical work and the concept about mental diseases

Eduardo Iacononi¹

INTRODUÇÃO

A ocorrência de distúrbios mentais fora do Hospital Psiquiátrico já é fato conhecido há quase quatro décadas⁷. Diversos estudos epidemiológicos realizados em muitos países sugerem que cerca de um quarto da população que reside em áreas urbanas apresenta algum tipo de distúrbio mental⁶. Trata-se de indivíduos com quadros de depressão, ansiedade, dependência de álcool e drogas, ou mesmo com problemas psiquiátricos mais graves como a esquizofrenia ou outros psicóticos. Além disso é tão marcante o impacto dos distúrbios mentais na qualidade de vida desses indivíduos e de seus familiares, que a chamada Saúde Mental é hoje considerada como uma das prioridades no planejamento das medidas de Saúde Pública e Preventiva^{4,8}.

Qualquer forma de intervenção ou de tratamento dos distúrbios mentais tem necessariamente de passar antes pelo processo de detecção. De um modo geral, não é possível intervir sobre aquilo que não foi detectado. Os procedimentos envolvidos na detecção dos distúrbios mentais são múltiplos e complexos. Por exemplo, um indivíduo com idéias delirantes de grandeza e que diz ser capaz de voar pode achar que não tem nenhum problema de saúde, enquanto as pessoas ao seu redor facilmente concluem que há algo de errado com o seu funcionamento mental. Com grande probabilidade, esse indivíduo terá algum tipo de contato com os serviços de saúde mental. Já o mesmo não ocorre para pessoas com idéias ou atitudes menos bizarras, como aquelas que têm sintomas somáticos acompanhando quadros depressivos ou de ansiedade. Muitas vezes essas pessoas detectam um problema de saúde, mas não de saúde mental: vão procurar os serviços gerais de atendimento à saúde, como os centros de saúde, pronto-socorros, ambulatórios

médicos (sem citar outros recursos existentes na comunidade como farmacêuticos, benzedeiras, entre outros).

É aqui que os profissionais que trabalham nos serviços de saúde têm um papel fundamental. Quando estes são capazes de detectar adequadamente a presença de distúrbios mentais em seus clientes, estes distúrbios podem, em princípio, receber a devida atenção, serem tratados, e até mesmo deixar de existir. No entanto, essa não é a regra. Os profissionais de saúde, em média, detectam entre metade e um terço dos distúrbios mentais que seus clientes apresentam. Os médicos que trabalham nos serviços gerais de atendimento são peças-chave do processo de detecção. Os médicos, no modelo de saúde atual, são os profissionais que acabam decidindo que recursos oferecer aos pacientes, quando e como. No caso dos distúrbios mentais, se não ocorre detecção por parte do médico, provavelmente o paciente não receberá a atenção adequada.

A seguir, um relato de alguns dados obtidos em uma pesquisa realizada na rede básica de saúde da cidade de São Paulo³, que teve como principais objetivos conhecer com maiores detalhes que fatores ligados aos médicos influenciam o grau de detecção dos distúrbios mentais.

MATERIAL E MÉTODOS

Amostragem

Para se obter a amostra de médicos e de pacientes neste estudo, optou-se por uma seleção aleatória de todos os Postos de Assistência Médica (PAM) da Secretaria de Higiene da Prefeitura da Cidade de São Paulo, estratificados por regiões de urbanização da cidade. Nos PAM assim selecionados, todos os médicos responsáveis pelo atendimento de adultos foram convidados a participar do estudo. Para cada um destes

⁽¹⁾ PhD, MRCPsych, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

médicos, no mínimo 20 pacientes por médico foram entrevistados, após consentimento.

Instrumentos

Escala de Avaliação Médica: trata-se de uma escala simples e de fácil utilização, e que causa muito pouca interferência na rotina de atendimento do médico. No final de cada consulta, o médico, nesta escala, indica a sua impressão quanto à presença e à intensidade de distúrbio emocional no paciente que acabou de atender. Tudo o que o médico tem de fazer é marcar uma das seguintes alternativas: distúrbio emocional ausente, subclínico, leve, moderado, ou severo. Esta escala (conhecida como escala de 5 pontos) foi usada em quase todos os estudos sobre detecção de distúrbios emocionais pelo clínico geral². Na análise das anotações dos médicos, a alternativa '*distúrbio emocional ausente*' permaneceu inalterada, enquanto as demais alternativas foram agrupadas como '*distúrbio emocional presente*'.

Tipo de Trabalho Médico: os médicos anotavam, de maneira padronizada, se exerciam atividade médica em outro local além do PAM; em caso positivo, indicavam em que outros locais também trabalhavam como médicos. As alternativas eram: Estado; Prefeitura; INAMPS; Medicina de Grupo; Medicina do Trabalho; Hospital-Escola; Consultório Particular; e, se outros, especificar. Os médicos respondiam a esse item após o término da coleta de dados com os paciente.

Conceitos sobre Doença Mental: traduzido a partir do modelo descrito por GOLDBERG et. al.⁵, este questionário é composto por 40 afirmações relacionadas a conceitos que médicos têm sobre doença mental. Elas são precedidas pela seguinte sentença: "Na sua prática médica você considera que um(a) paciente apresenta algum tipo de distúrbio mental quando...". As 40 afirmações representam cinco tipos de conceitos de distúrbio mental. Após cada uma delas, pede-se para que o médico assinale, com um SIM ou com um NÃO se concorda ou não concorda com a afirmação. Os cinco tipos de conceitos de distúrbio mental, com alguns exemplos de afirmações, podem ser vistos:

Exemplos de itens do questionário de conceitos sobre doença mental.

Na sua prática médica você considera que um(a) paciente apresenta algum tipo de distúrbio mental quando...

sintomas psiquiátricos maiores

- ...ouve vozes que gozem de si próprio.
- ...ouve seu pensamento sendo falado alto.
- ...vê coisas que os outros não vêem.

...sente que seus pensamentos estão sendo controlados.

sintomas psiquiátricos menores

- ...tem crises de choro.
- ...se sente sob constante tensão.
- ...se sente sem esperanças.
- ...perde o sono às custas de preocupação.

problemas sociais

- ...tem dificuldades em arrumar emprego.
- ...não cuida de sua saúde e da saúde de seus filhos.
- ...está constantemente em dívida.

sintomas somáticos sem explicação

- ...tem queixas somáticas sem base orgânica.
- ...tem queixas somáticas em várias partes do corpo.
- ...já passou por vários médicos com a mesma queixa.
- ...retorna às consultas sempre com a mesma queixa.

problemas durante a consulta

- ...se recusa a seguir as prescrições.
- ...fala muito durante a consulta.
- ...grita com o médico durante a consulta.

Um escore baixo nesta escala indica que o médico possui um limiar alto para detectar distúrbios emocionais nos seu paciente. Os médicos respondiam a esse questionário juntamente com as perguntas acerca do tipo de trabalho médico.

Análise

Todos os dados coletados neste estudo foram codificados e transportados para leitura digital. Para a sua análise estatística, utilizou-se o programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS)⁹ e também o "Generalized Linear Interactive Modelling" (GLIM)¹, sendo este último para a regressão logística múltipla. Sendo esta uma análise de cunho exploratório, optou-se pelo nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

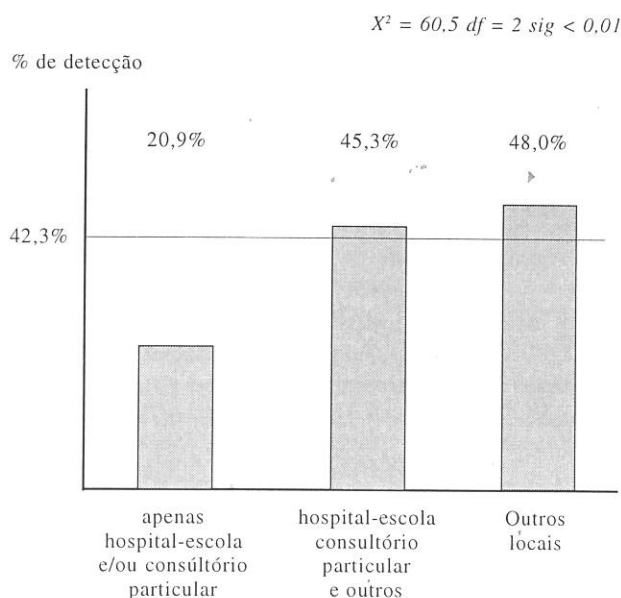
A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 1987. O processo de seleção aleatória acima descrito identificou 67 médicos

trabalhando como generalistas e atendendo pacientes adultos em 36 Postos de Assistência Médica da cidade de São Paulo. Todos estes médicos foram convidados a participar do estudo, sendo que 63 (94,1%) aceitaram. As recusas se deveram a: uma licença por motivo de doença, duas licenças por maternidade, e uma em férias anuais antes de entregar pedido de demissão. Nesse grupo de médicos, 59,0% eram homens; a média de idade foi de 35 anos, sendo que o mais novo tinha 26 anos e o mais velho 57 (90,0% contava com menos de 42 anos). Em média, eles trabalharam na rede básica nos últimos 2 anos e meio. Os 63 médicos anotaram a sua avaliação de 1461 pacientes. Como um todo, os médicos consideraram que 42,3% dos seus pacientes apresentavam algum tipo de distúrbio emocional.

Tipo de Trabalho Médico

Com a exceção de um médico, todos os demais exerciam trabalho médico em mais de um local, além do Posto de Assistência Médica onde foram entrevistados; 40,0% dos médicos tinham apenas mais um local de trabalho; outros 40,0% tinham mais dois locais de trabalho; 17,0% tinham mais três trabalhos, e 3,0% (2 médicos) trabalhavam em mais quatro outros locais além do local onde foram entrevistados. Os médicos neste estudo tinham, em média, 1,7 locais de trabalho. Para facilitar a compreensão do impacto do tipo de trabalho médico na detecção de distúrbios emocionais, essas características dos médicos foram dispostas em três grupos. A taxa de detecção dos distúrbios emocionais de cada um desses grupos pode ser vista na Figura 1.

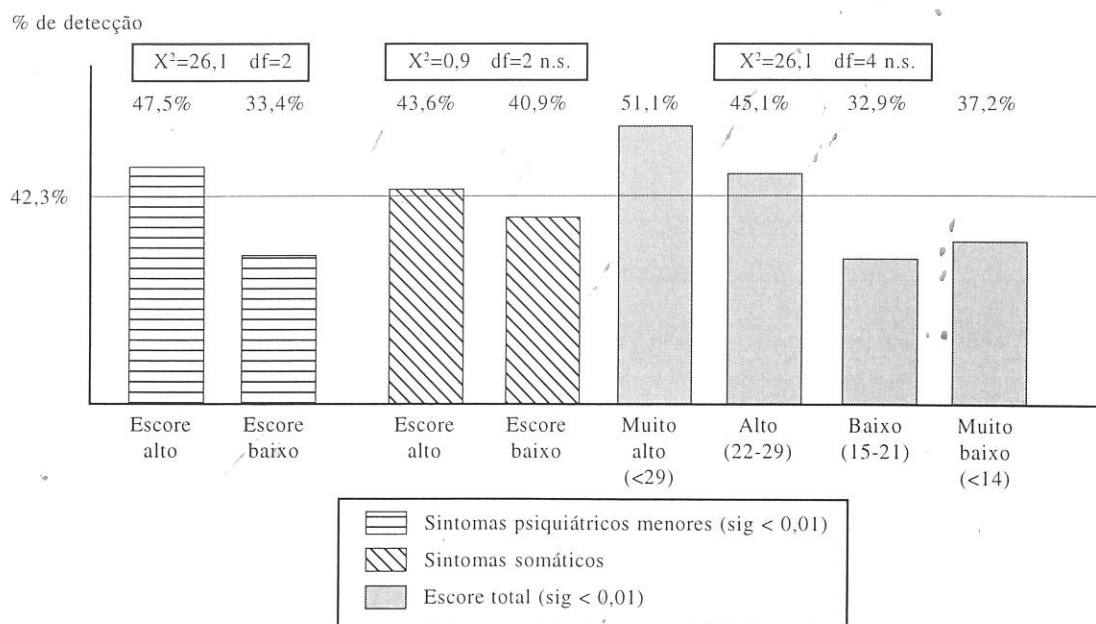
Figura 1. Tipo de trabalho médico e detecção de distúrbios emocionais.



Conceitos sobre Doenças Mentais

O escore total médio para esta escala foi 22,4 (erro padrão de 0,97, escore mínimo de 6 e máximo de 36). Com a utilização de medianas, os escores totais foram divididos em quatro grupos. Conforme esperado, os médicos que somaram escores altos nesta escala tiveram taxas mais altas de detecção *de fato* nos seus pacientes, do que aqueles médicos com escores baixos. Esta diferença demonstrouse estatisticamente significativa mesmo quando foi utilizado o nível de 1%, conforme mostra a Figura 2.

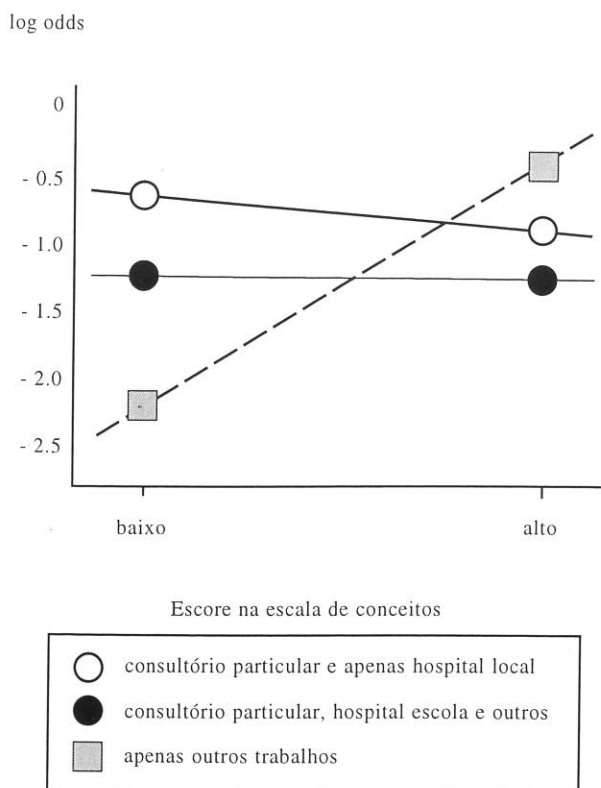
Figura 2. Conceitos sobre doença mental e detecção de distúrbios emocionais.



A mesma figura ilustra também outros dados. O estudo mais detalhado dos resultados obtidos através desta escala mostra que no grupo de itens a respeito de sintomas somáticos sem explicação orgânica, não houve diferença de detecção entre os médicos que tiveram escore alto e os médicos que tiveram escore baixo. No entanto, 35 dos médicos estudados tiveram um escore alto no grupo de itens a respeito de distúrbios mentais leves, isto é, depressão e ansiedade. Para este grupo, a diferença na taxa de detecção entre os médicos com escore baixo e aqueles com escore alto também foi estatisticamente significativa, mesmo no nível de 1,0%. Para os demais grupos de itens nesta escala, não houve diferenças significativas da taxa de detecção entre escores altos e baixos.

Quando o modelo de regressão logística múltipla foi aplicado para estas características dos médicos (i.e., tipo de trabalho médico e conceitos sobre doença mental), notou-se que, além do impacto individual de cada uma sobre a taxa de detecção, era também observado o efeito de uma interação entre estas duas variáveis. A Figura 3 mostra como esta interação ocorreu para o grupo de médicos participantes neste estudo.

Figura 3. Interação de efeitos na detecção de distúrbios mentais: tipo de trabalho médico e conceito de doença mental.



DISCUSSÃO

Da maneira como foram coletados, os dados descritos acima são representativos do total de médicos que trabalhavam como generalistas na rede básica de saúde da cidade de São Paulo. Na sua prática diária, estes médicos consideraram que 42,3% dos seus pacientes apresentavam algum tipo de distúrbio emocional. Levando em consideração que a morbidade psiquiátrica na rede básica paulistana é em torno de 50,0%, este grau de detecção dos médicos está apenas 16,0% abaixo do nível esperado. Ou seja, os médicos detectam cerca de 4/5 daquilo que se espera que eles detectem.

No entanto, essa taxa de detecção não foi a mesma quando os médicos foram divididos em diversos subgrupos. Aqueles médicos que, além de trabalhar na rede básica, trabalhavam também em um hospital-escola, ou também no consultório particular, foram os médicos que apresentaram a menor taxa de detecção de todo o estudo, isto é, 21% menos que a metade da taxa do grupo como um todo. Com base apenas nesses dados, não é possível compreender porque esses médicos, justamente os que trabalham em locais de maior prestígio (hospital-escola e consultório), apresentam uma taxa tão baixa de detecção. É possível que os médicos que trabalham em hospital-escola, constantemente em contato com um padrão tecnológico mais alto de recursos diagnósticos e terapêuticos, dediquem menos atenção para os aspectos psicológicos e não-orgânicos de seus pacientes na rede básica. O mesmo poderia ocorrer com médicos que também trabalham na rede privada, onde também têm mais acesso a exames laboratoriais e outros recursos diagnósticos modernos. Na melhor das hipóteses, esses médicos, ao tentarem praticar no posto de saúde uma medicina que consideram de alto padrão tecnológico, acabam por negligenciar os problemas psicossociais dos seus pacientes. Uma outra possibilidade é que a baixa de detecção se dá porque esse grupo de médicos, acostumado com uma outra clientela mais rica, ou com doença diagnosticável, facilmente se desinteressa pelas queixas vagas, e sem base somática que pacientes de faixas socialmente menos privilegiadas levam aos médicos dos postos de saúde.

Os conceitos que os médicos têm a respeito de doença mental, da forma como foram avaliados neste estudo, também parecem influenciar a taxa de detecção de distúrbios mentais. Os médicos que acham que um paciente tem doença mental apenas quando ele tem alucinações ou idéias delirantes, apresentam um grau de detecção baixo (33,0%). Já os médicos que incluem outros sintomas e problemas em sua conceituação de

doença mental, apresentam um índice de detecção bem mais alto do que aquele observado para o grupo como um todo (51,0%). Os itens que mais diferenciam os médicos foram aqueles ligados à definição de distúrbio psiquiátrico menor, isto é, sintomas de ansiedade leve e depressão leve, justamente os problemas de saúde mental mais frequentes da prática médica na rede básica de saúde.

Aqui entra talvez o papel da escola médica como formadora de conceitos acerca de doença mental. Se o aluno já traz consigo, antes de ingressar na faculdade, suas próprias idéias a respeito de loucura e psiquiatria, é dever da escola médica colaborar para uma atualização dessas idéias, de modo a preparar o futuro profissional para a realidade de atendimento de saúde que vai enfrentar. Este estudo aponta para a importância dessa questão. O modelo de regressão logística sugere que, quando os médicos que trabalham no hospital-escola e no consultório têm um conceito muito restritivo do que é doença mental, o grau de detecção de distúrbios emocionais nos seus pacientes é muito baixo. Mais otimisticamente, quando estes mesmos médicos têm um conceito de doença mental mais abrangente, conseguem detectar tanto quanto os demais médicos. Parece portanto fundamental que a escola colabore para que o seu aluno saia da faculdade com uma noção mais abrangente de doença mental, principalmente uma noção que também inclua sintomas de ansiedade e de depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAKER, R.J., NELDER, J.A. *The GLIM system release 3: generalized linear interactive modelling*. London : Royal Statistical Society, 1983.
2. IACOPONI, E. Methodological issues in measuring the detection of emotional disorders by primary care physicians. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.22, p.46-56, 1988.
3. _____. *The detection of emotional disorders by primary care physicians: a studying São Paulo, Brazil*. London : [s.n.], 1990. Thesis (PhD) - University of London, 1990.
4. _____. A psiquiatria na rede básica de saúde. In: ALMEIDA, O., DRATCU, L., LARANJEIRA, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1996. Capítulo 22, p.292-300.
5. GOLDBERG, D. et al. Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, Chicago, v.39, p.829-833, 1982.
6. GOLDBERG, D., HUXLEY, P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London : Tavistock, 1992.
7. SHEPHERD, M., COOPER, B. Epidemiology and mental disorder: a review. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry*, London, v.27, p.277-290, 1964.
8. TURER, P., HIGGS, R., STRATHDEE, G. *Mental health and primary care: a changing agenda*. London : Gaskell, 1993.
9. STATISTICAL Package for the Social Sciences. Chicago : SPSS Inc, 1993.

Recebido para publicação em 23 de abril de 1997.