

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO QUE RECORRE A UMA CONSULTA DE PSICOTERAPIA HOSPITALAR

Alexandra Brandão Fonseca[☒]¹, Teresa Fialho¹, Margarida Gaspar de Matos² & Maria Luísa Figueira¹

1-Serviço de Psiquiatria do Departamento de Neurociências e Saúde Mental do CHLN – Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2- Universidade Técnica de Lisboa.

RESUMO- Foi realizado um levantamento e organização de todas as informações relativas à população que recorreu à Consulta de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2012, no sentido de descrever as suas características psicológicas e psicopatológicas e a associação destas a variáveis demográficas, sociais, culturais e psicológicas. A amostra, constituída por 994 elementos, é maioritariamente composta por mulheres. Os diagnósticos nosológicos psiquiátricos (DSM IV TR) do Eixo I com maior expressão são as Perturbações do Humor, seguidas das de Ansiedade. No Eixo II destacam-se as Perturbações da Personalidade Borderline seguidas das Perturbações Dependente e Histriónica. Nos fatores identificados pelo próprio como desencadeantes de sofrimento psicológico, salientam-se os conflitos conjugais e afetivos. Antecedentes como problemas da infância e adolescência, a violência e os conflitos familiares são maioritários em todos os grupos etários. São apresentadas propostas de organização de triagem em consulta de psicoterapia e valorizadas a articulação entre os médicos assistentes e os psicólogos clínicos e a sinalização célere de doentes com critérios para acompanhamento psicológico, e enfatizada a necessidade de um investimento nos serviços primários, com integração de uma abordagem psicológica.

Palavras-chave- Saúde Mental, Epidemiologia, Psicoterapia, Psicologia Clínica, Psiquiatria

CHARACTERIZATION OF THE CLINIC POPULATION REFERRAL TO HOSPITAL PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT- This study aims to realize a survey and organization of all information relating to the population that appealed to the Consultation Psychotherapy of the Psychiatry Service, Hospital de Santa Maria - North Lisbon Hospital Centre in the period January 2009 to February 2012, in order to describe their psychological and psychopathological characteristics and the association of demographic, social, cultural and psychological. The sample, consists of 994 elements, mainly women. The nosological psychiatric diagnoses (DSM IV TR) Axis I with the highest percentage are Depressive disorders, followed by Anxiety. On Axis II the highest percentage are on the Borderline Personality Disorder, followed by the Dependent and Histrionic. Among various factors

☒ Maria Alexandra Cabral Brandão Amado da Fonseca- Serviço de Psiquiatria do Departamento de Neurociências e Saúde Mental do CHLN – Hospital de Santa Maria, Av. Prof. Egas Moniz, 1649-035 Lisboa tlm:91 761 70 45. Email: malexandrafonseca@gmail.com

identified as triggers of psychological distress, we highlight the marital conflict and emotional. Concerning the problems of childhood and adolescence, violence and family disputes get the highest percentages in all age groups. Proposals are made for the organization of screening in outpatient psychotherapy and valued the relationship between physicians and clinical psychologists and patients with rapid signaling criteria for psychological counseling. The study reveals a clear need for an investment in primary care, integrating a psychological approach.

Keywords- Mental Health, Epidemiology, Psychotherapy, Clinical Psychology, Psychiatry

Recebido em 12 de Novembro de 2012/ Aceite em 14 de Outubro de 2013

Estudos realizados no âmbito do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (WHO Europa, 2008) indicam um aumento das doenças mentais, que referem afetar cerca de 11% da população europeia. Os valores indicados mostram o impacto destes problemas em vários grupos, assinalando que 50% das doenças mentais têm início na adolescência e atingem 10% a 20% da população de jovens adultos e que 25% das famílias têm um ou mais membros com perturbação mental. Nos países desenvolvidos é já possível constatar que a depressão é a segunda causa mais significativa no número de anos vividos com doença (NHS, 2011).

O conhecimento das populações que recorrem a tratamento psicológico integra entre outros aspetos a caracterização das determinantes socio-demográficas, de diagnóstico, de fatores de risco na história pessoal e de causas na procura de tratamento (Estupiña, Labrador & García Vera, 2012; Madianos, Zartaloudi, Alevizopoulos & Katostaras, 2011; Pirkis, et al., 2011; Read & Bantall, 2012).

Relativamente à distribuição por géneros, um estudo da Clínica Universitária de Psicologia da Universidade Complutense (Estupiña et al., 2012), caracteriza a população que recorre a intervenção psicológica encontrando 65% de mulheres numa amostra inicialmente constituída por 1305 elementos. Já em investigações anteriores (Labrador, Estupiña & García Vera, 2010), os mesmos autores analisam uma amostra de 856 indivíduos que recorrem à consulta de psicoterapia, dos quais 78,8% são mulheres. Dados Australianos recolhidos nos Serviços Públicos de Saúde Mental entre 2006 e 2010 (Pirkis et al., 2011), apresentam alguns aspetos da população que recorre a consultas de psicoterapia, verificando-se numa amostra de 113.107 indivíduos uma frequência de 70,4% do sexo feminino. Quanto à escolaridade Labrador et al. (2010) referem uma amostra com 50,3% de estudos de nível médio/superior, nomeadamente 50,3% bacharelato, licenciatura e mestrado. Estudos de Pirkis et al. (2011) apuram 48,1% de estudos médios/superiores dos quais 23% escola secundária e 25,1% licenciatura.

Os diagnósticos clínicos apresentam predominantemente perturbações de ansiedade e do humor. Os estudos de Estupiña et al. (2012) encontram uma percentagem de 50% de perturbações da ansiedade, do humor e relacionais, 17,7% das quais com comorbilidade diagnóstica. Em estudos anteriores os mesmos autores (Labrador et al., 2010) apuram 31,9% de perturbações da ansiedade, 9,5% de perturbações do humor e 5,5% de perturbações da personalidade. A amostra estudada por Pirkis et al. (2011) apresenta uma distribuição por quadros depressivos (29,8%), ansiosos (15,6%) e de comorbilidade ansiosa e depressiva (26,8%). Nestes estudos com a população espanhola (Estupiña et al, 2012; Labrador et al.,

2010) as idades médias são respetivamente 25,3 e 29,7. Numa amostra da população australiana (Pirkis et al., 2011) 42,5% tinham idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos.

Relativamente à comorbilidade com as perturbações de personalidade, os estudos (DSM-IV TR, 2002) mostram uma prevalência no diagnóstico de personalidade borderline em 10% da população acompanhada em ambulatório e em 20% em internamento e 10 a 15% para personalidade histriónica tanto em ambulatório como em internamento.

Estudos realizados por Newton-Howes (2010) (1) em indivíduos com doença psiquiátrica no Reino Unido, referem uma percentagem de 40% de pelo menos uma perturbação da personalidade em comorbilidade com outros quadros psicopatológicos. A prevalência é de 7,8% para a perturbação de personalidade paranoide, 5,0% para a esquizoide, 8,5% para a borderline, 3,2% para a histriónica e 16,0 para a dependente. Segundo os autores as perturbações de personalidade apesar de comuns são frequentemente subdiagnosticadas.

Stevenson, Datyner, Boyce e Brodaty (2011) num estudo abrangente junto de um grupo australiano de indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, concluem a presença significativa de comorbilidade de perturbações de personalidade transversal em todas as idades, sendo essa prevalência de 71,9% no grupo de adultos.

A par da caracterização socio-demográfica e diagnóstica, o conhecimento das causas desencadeantes do adoecer psicológico tem sido pesquisado em diferentes abordagens., em 2009 a OMS (WHO, 2009) realizou um estudo aprofundado sobre os determinantes sociais da saúde mental. Destacou a importância decisiva de condições sociais como o estatuto social e económico, o nível educacional, a pobreza e as redes de suporte social, e do papel de determinantes psicológicos, nomeadamente as emoções, a cognição, o funcionamento social/relacional e a coerência/sentido para a vida.

Read e Bantall (2012) enfatizam a importância dos acontecimentos adversos na infância como fatores de risco na predisposição para os problemas de saúde mental. Clark, Rodgers, Caldwell, Power e Stansfeld (2007) consideram as perturbações na infância e adolescência como preditoras de perturbações do humor e da ansiedade na idade adulta. Não obstante, os autores apuram correlações mais significativas entre os problemas na idade adulta jovem e na meia idade, concluindo que os distúrbios de saúde mental em jovens adultos, constituem fator de prognóstico mais reservado na meia idade do que os distúrbios em idades inferiores. Stevenson et al. (2011) referem o papel determinante dos acontecimentos adversos na infância como fatores de risco na predisposição para os problemas de saúde mental, incluindo a psicose.

Variáveis como o género, a idade de aparecimento de sintomas e a escolaridade são importantes no reconhecimento precoce da necessidade de procura de ajuda psicológica (Madianos et al., 2011). Num estudo realizado num Centro de Saúde Mental em Atenas, as mulheres mais jovens e com um maior grau de escolaridade, apresentam uma menor duração de perturbação mental não tratada, procurando tendencialmente ajuda no período até 12 meses após o início dos sintomas. Nour, Elhai, Ford e Frueh (2009) referem que o estado civil é relevante na procura de serviços de saúde mental, quer em relação à intervenção médica quer psicoterapêutica. De acordo com os autores, as pessoas casadas recorrem em maior número a serviços especializados em saúde mental. Estupiña, et al. (2012) identificam as perturbações de ansiedade e do humor e os problemas relacionais, como as principais causas para a procura de ajuda especializada.

Sobre a população portuguesa os dados publicados (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007) afirmam que não existem estudos de morbilidade psiquiátrica geral na população que recorre a cuidados de saúde, apenas estudos parciais, que se referem a amostras populacionais de diferentes áreas geográficas do país, a diferentes dispositivos de atendimento (ambulatório, internamento, centros de saúde) e a caracterizações de perturbações psiquiátricas específicas (perturbações do humor, alcoolismo e dependências, perturbação do comportamento alimentar, entre outros).

Em Portugal, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta maior número de profissionais de saúde mental (741) na área de intervenção clínica hospitalar com adultos (Eurotrials, 2009). Desta região faz parte o Centro Hospitalar Lisboa Norte que integra o Hospital de Santa Maria. Foi realizado o levantamento e organização de informações de arquivo relativas à população que recorreu à Consulta de Psicoterapia do Serviço de Psiquiatria deste Centro Hospitalar, no período 2009-2012.

O objetivo deste estudo é descrever as populações que recorrem a serviços de saúde mental, e promover a comunicação entre os profissionais envolvidos no tratamento do utente.

MÉTODO

Participantes

Foram utilizados os registos das folhas-tipo de sinalização a partir do arquivo e os documentos-tipo da triagem. A sinalização é realizada pelo médico psiquiatra e a triagem pela psicóloga clínica. Foram compilados os dados de todos os doentes sinalizados desde janeiro de 2009 a fevereiro de 2012, de forma anónima, codificada.

São critérios de exclusão para a consulta de psicoterapia: (1) idade inferior a 21 anos e superior a 65 anos; (2) perturbação psiquiátrica com duração superior a 10 anos; (3) comorbilidade com consumo regular de substâncias ou álcool; (4) perturbação da personalidade como foco de intervenção; (5) baixos recursos cognitivos; (6) recusa ou resistência a aderir a um processo psicoterapêutico; (7) insucessos prévios em pelo menos duas psicoterapias; e (8) necessidade predominante de apoio psicossocial ou de suporte afetivo, sendo pois expectável que estes critérios anulem a expressão destas condições nos resultados obtidos. O número total de elementos de arquivo que constituem a amostra é de 994.

Material

Foi elaborada uma grelha de análise para compilação de dados, com as seguintes variáveis:

- 1) dados sócio-demográficos: número de processo, idade, sexo, escolaridade, estado civil, se vive sozinho ou acompanhado;
- 2) antecedentes pessoais: problemas na infância e adolescência, personalidade prévia;
- 3) dados clínicos: data de início das queixas, data de início de acompanhamento psiquiátrico,
- 4) data de sinalização para acompanhamento psicoterapêutico,
- 5) existência de psicoterapia anterior,

- 7) motivo(s) do próprio para procurar ajuda especializada,
- 8) diagnóstico nosológico psiquiátrico (Eixos I e II, DSM-IV TR).

Foram consideradas quatro faixas etárias, (21 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos e 51 a 65 anos). Em relação à escolaridade foram considerados 5 grupos: 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior. Foram considerados com habilitação equivalente ao ensino secundário, os elementos que possuíam frequência universitária (sem conclusão da licenciatura).

Nos registos de triagem, os problemas na infância e adolescência são identificados por transcrição direta do registo da resposta a uma questão do tipo: “ao longo da sua infância e adolescência existiram problemas significativos?”

Foram considerados quatro intervalos relativos à idade dos sujeitos: dos 0 aos 3 anos, dos 4 aos 7 anos, dos 8 aos 12 anos e dos 13 aos 18 anos. Em cada um destes intervalos, os problemas identificados foram listados exaustivamente. Foram considerados 36 tipos de problemas. A coexistência de dois ou mais problemas foi contemplada.

Os traços de personalidade prévia, que constam dos registos de triagem, foram obtidos através do registo de resposta aberta do tipo: “Como descreve a sua personalidade, antes do início destes problemas/doença?”

Procedeu-se a uma análise de conteúdo das respostas, que permitiu identificar 9 pares de características em oposição (exs: alegre vs triste, introvertido vs extrovertido) e um conjunto de características residuais. A coexistência de duas ou mais condições foi contemplada.

A recolha de informação sobre a data do início das queixas psicológicas teve por objetivo saber qual o intervalo de tempo decorrido entre o início das dificuldades sentidas pelo doente e a procura efetiva da consulta de psiquiatria e também definir qual o intervalo de tempo decorrido entre o início do tratamento psiquiátrico e a sinalização realizada pelo médico assistente para psicoterapia.

Os descritores identificados pelos elementos da amostra como desencadeantes de desequilíbrio psíquico, foram obtidos nos registos de triagem através de uma resposta aberta do tipo: “Que fatores pensa terem contribuído para as dificuldades sentidas?”

A análise de conteúdo realizada, permitiu definir 29 categorias e registar todos os factores indicados por cada indivíduo. A coexistência de duas ou mais condições foi contemplada.

Procedimentos

O levantamento da informação clínica foi realizado no período compreendido entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2012, durante o qual foram examinados 994 folhas-tipo de sinalização para a consulta de psicoterapia e 724 documentos de triagem.

Os 270 indivíduos que faltaram à consulta de triagem durante o período do estudo, foram caracterizados apenas com os dados existentes nas folhas-tipo de sinalização.

O anonimato de todos os utentes foi garantido neste estudo, tendo sido apenas registado os números de processo. O número de processo foi atribuído por ordem sequencial em relação à data da primeira consulta de triagem.

A informação obtida foi inserida e analisada com auxílio do software Excel e posteriormente SPSS.19.

A partir da base de dados em SPSS, foi realizada uma estatística descritiva, que inclui frequências e percentagens para categorias de respostas resultantes da análise de conteúdo.

RESULTADOS

A amostra global foi constituída por informação de arquivo relativa a 994 utentes, a maioria é do sexo feminino (74,2%) de idade entre os 21 anos e os 65 anos, com uma média de 39,5 anos e desvio padrão de 12,15. A distribuição pelos grupos etários corresponde às seguintes percentagens: grupo 1 (21-30 anos) - 27%; grupo 2 (31-40 anos) – 27,7%; grupo 3 (41-50 anos) – 25,6%; e grupo 4 (mais de 50 e até 65 anos) – 19,7%.

Quadro 1

Caracterização da amostra relativamente à escolaridade, estado civil e se vive sozinho ou acompanhado - estatística descritiva.

Escolaridade	Frequência	Percentagem
1º ciclo	109	14,6
2º ciclo	33	4,4
3º ciclo	125	17,7
Ensino secundário	296	39,6
Ensino superior	171	23,7
Total	747	100
Estado civil		Percentagem
Solteiro	327	35,6
Casado	351	38,2
Separado/Divorciado	194	21,1
União de facto	29	3,2
Viúvo	17	1,9
Total	918	100
Vive sozinho		Percentagem
Não	763	85,5
Sim	129	14,5
Total	892	100

Os graus de escolaridade são muito variáveis, com predomínio do ensino secundário (39,6%) e superior (23,7%).

Relativamente ao estado civil, os indivíduos casados (38,2%) e os solteiros (35,6%) apresentam as percentagens mais elevadas, seguidos das situações de divórcio (21,1%).

85% partilha habitação.

As percentagens obtidas permitiram apurar uma taxa de falta à consulta de triagem de 27,2% ($n=270$). Em 6,2% dos sujeitos não foi considerado existirem critérios para acompanhamento psicoterapêutico, tendo sido reencaminhados para outros dispositivos do sistema de saúde.

Estudo epidemiológico de população que recorre a psicoterapia

Quanto ao tempo que decorreu entre o início das queixas e a consulta de triagem para acompanhamento psicoterapêutico, a maior percentagem refere-se aos 5 primeiros anos (59,4%), com destaque para os primeiro (21,6%) e segundo (13,8%) anos. 18,0% recorre a esta consulta após 6 a 10 anos de queixas e verifica-se uma diminuição progressiva do número de sujeitos à medida que aumento a distância temporal entre o início das queixas e a procura de ajuda psicológica.

O tempo que decorreu entre o início do acompanhamento psiquiátrico e a sinalização para a consulta de triagem de psicoterapia, foi inferior a um ano em 49,7% dos casos, foi de 1 a 3 anos em 19,5%, e de 3 e 5 anos em 9,2%.

Quanto à existência de acompanhamento psiquiátrico prévio, tal não ocorreu em 62% dos elementos da amostra. No que diz respeito ao acompanhamento psicoterapêutico, não tiveram acompanhamento anterior 70,3% dos casos.

Quadro 2

Caracterização da amostra relativamente aos principais fatores desencadeantes de sofrimento psicológico – estatística descritiva ($n=837$)

Principais fatores desencadeantes de sofrimento	Frequência	Percentagem
Conflitos conjugais	121	14,5
Morte (de pais ou filhos)	108	12,9
Conflitos familiares (pais e filhos)	73	8,7
Doença (de pais, cônjuge ou filhos)	51	6,1
Divórcio	44	5,3
Violência familiar	33	3,9

Quadro 3

Caracterização da amostra relativamente a outras causas associadas às anteriores assinaladas como desencadeantes de sofrimento psicológico – estatística descritiva ($n=837$).

Outros fatores desencadeantes de sofrimento associados aos anteriores	Frequência	Percentagem
Sintomas / Doença física	86	10,4
Problemas laborais	81	9,8
Sintomas / Doença psiquiátrica	69	8,3
Problemas com filhos	47	5,7
Rutura afetiva	44	5,3
Conflito na relação com pai ou mãe	39	4,7
Isolamento social	31	3,7
Gravidez / Nascimento filho	29	3,5
Conflitos interpessoais (extra-familiares)	28	3,4
Dificuldades financeiras / Desemprego	25	3,0
Problemas de adaptação / aprendizagem na faculdade	25	3,0
Baixa autoestima	17	2,1
Problemas na família de origem	14	1,7
Mudança de país / cidade	10	1,2

Cansaço	9	1,1
Toxicodependência	7	0,8
Alcoolismo cônjuge	6	0,7
Roubo / Acidente	6	0,7
Outros	6	0,7

Dos fatores identificados pelo próprio como desencadeantes de sofrimento psicológico que conduziram à procura de ajuda especializada, destacam-se: conflitos conjugais (14,5%), morte de familiar (12,9%), doença física (10,4%) e problemas laborais / desemprego (9,8%). O conjunto das situações de divórcio (5,3%) e de ruturas afetivas (5,3%), é mencionado por 10,6% da amostra.

Quadro 4

Caracterização da amostra relativamente aos problemas mais frequentes na infância e na adolescência – estatística descritiva ($n=837$)

Principais problemas	Frequência	Percentagem
O – 3	670	100
Violência familiar	76	11,3
Conflitos familiares (família atual)	42	6,3
Distanciamento afetivo mãe/pai	30	4,6
Alcoolismo paterno	27	4,0
Doença psiquiátrica mãe/pai	24	3,7
4 – 7		
Violência familiar	101	15,1
Conflitos familiares	81	12,1
Distanciamento afetivo mãe/pai	49	7,5
Dificuldade de relacionamento com mãe ou pai	39	6,0
Alcoolismo paterno	37	5,5
Doença psiquiátrica mãe/pai	33	5,0
Criado por outro familiar	26	4,0
Ausência de mãe ou de pai	26	4,0
8 – 12		
Conflitos familiares	100	14,9
Violência familiar	95	14,2
Dificuldade de relacionamento com mãe ou pai	51	7,8
Isolamento social	50	7,5
Doença psiquiátrica mãe/pai	42	6,4
Distanciamento afetivo mãe/pai	41	6,3
Morte de figura significativa	36	5,5
Alcoolismo paterno	35	5,2
Ausência de mãe ou de pai	29	4,4
Divórcio pais	27	4,0
13 – 18		
Conflitos familiares	106	15,8

Estudo epidemiológico de população que recorre a psicoterapia

Violência familiar	72	10,7
Isolamento social	61	9,1
Problemas psiquiátricos ou psicológicos do próprio	52	7,9
Dificuldade de relacionamento com mãe ou pai	47	7,2
Morte de figura significativa	40	6,1
Doença psiquiátrica mãe/pai	30	4,6
Distanciamento afetivo mãe/pai	26	4,0

Em relação aos problemas da infância e da adolescência, a violência e os conflitos familiares são os dois fatores com maior percentagem em todos os grupos etários.

Na violência familiar foram incluídas situações de violência em relação aos filhos e cônjuge e apenas ao cônjuge. Em todos os grupos etários a percentagem de violência dirigida à família nuclear é superior à dirigida ao cônjuge. Ao aumento do escalão etário corresponde um aumento progressivo dos conflitos familiares assinalados. A partir dos 8 anos surge o isolamento social entre os fatores mais assinalados. No grupo etário entre os 13 e os 18 anos surgem os problemas psiquiátricos ou psicológicos do próprio.

Quadro 5

Caracterização da amostra relativamente aos principais fatores da personalidade prévia – estatística descritiva.

Principais fatores da personalidade pr						
	Freq.	%	Fator	Freq.	%	Fator
Alegre vs Triste	214	29,7	Alegre	78	10,8	Triste
Sociável vs Tímido	93	12,9	Sociável	92	12,8	Tímido
Extrovertido vs Introverso	74	10,3	Extrovertido	105	14,6	Introverso
Confiante vs Inseguro	73	10,1	Confiante	62	8,6	Inseguro
Calmo vs Nervoso	25	3,5	Calmo	104	14,4	Nervoso
Ponderado vs Impulsivo	4	0,6	Ponderado	47	6,5	Impulsivo
Estável vs Instável	4	0,6	Estável	46	6,4	Instável
Facilidade lidar conflitos vs Dificuldade lidar conflitos	4	0,6	Facilidade	34	4,7	Dificuldade
Facilidade decisão vs Dificuldade decisão	21	2,9	Facilidade	5	0,7	Dificuldade

As características da personalidade prévia com maiores percentagens foram, por ordem decrescente: alegre (29,7%), introverso (14,6%), nervoso (14,4%), sociável (12,9%), inibido (12,8%), triste (10,8%), extrovertido (10,3%), confiante (10,1%), inseguro (8,6%), impulsivo (6,5%) e instável (6,4%), isolado (6,4%) e ativo (5,1%).

Quadro 6

Caracterização da amostra relativamente ao diagnóstico nosológico psiquiátrico (DSM IV – Eixo I) – estatística descritiva ($n=983$).

Diagnóstico Nosológico	Diagnóstico principal ($n=983$)		Diagnóstico secundário ($n= 936$)	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Perturbações do Humor				
Depressão Major	288	29,3	28	3,0
Distímia	144	14,6	22	2,4
Pert. Depressiva SOE	155	15,8	94	10
Pert. Bipolar I	37	3,8	0	0,0
Pert. Bipolar II	26	2,6	0	0,0
Perturbações de Ansiedade				
Pert. Ansiedade Generalizada	78	7,9	64	6,8
Pert. Pânico	76	7,7	27	2,9
Pert. Ansiedade SOE	6	0,6	58	6,2
Pert. Obsessivo-compulsiva	35	3,6	8	0,9
Fobia Simples	11	1,1	10	1,1
Pert. Pós Stress Traumático	8	0,8	3	0,3
Pert. Aguda de Stress	3	0,3	3	0,3
Pert. Ansiedade Social	3	0,3	0	0,0
Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas				
Esquizofrenia	17	1,7	0	0,0
Psicose SOE	15	1,5	2	0,2
1º Episódio Psicótico	9	0,9	1	0,1
Pert. Esquizoafectiva	4	0,4	0	0,0
Oligofrenia	1	0,1	0	0,0

No que respeita aos diagnósticos nosológicos psiquiátricos (DSM IV TR, Eixo I), os resultados foram agrupados em patologias específicas, visando facilitar a sua compreensão. Em 66,1% da amostra verificou-se uma Perturbação do Humor como diagnóstico principal (DP) e em 15,4% como diagnóstico secundário (DS). Foram encontradas Perturbações de Ansiedade em 22,3% da amostra como DP e em 18,5% como DS. Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas foram assinaladas como diagnóstico principal em 4,6% e como diagnóstico secundário em 0,3%. As perturbações de adaptação registaram um valor percentual de 3,4 como diagnóstico principal e de 1,8 como diagnóstico secundário.

Quadro 7

Caracterização da amostra relativa ao diagnóstico nosológico psiquiátrico (DSM IV – Eixo II) – estatística descritiva ($n=883$).

Diagnóstico Nosológico	Frequência	Percentagem
Perturbação de Personalidade Boderline	139	15,7
Perturbação de Personalidade Dependente	70	7,9
Perturbação de Personalidade Histriónica	67	7,6
Perturbação de Personalidade SOE	36	4,1

Estudo epidemiológico de população que recorre a psicoterapia

Perturbação de Personalidade Esquizoide	7	0,8
Perturbação de Personalidade Obsessiva	6	0,7
Perturbação de Personalidade Paranoide	5	0,6
Perturbação de Personalidade Evitante	3	0,3
Perturbação de Personalidade Antissocial	1	0,1
Perturbação de Personalidade Narcísica	1	0,1

Ainda relativamente aos diagnósticos nosológicos psiquiátricos (DSM IV TR, Eixo II), verificou-se que 62,1% da amostra não apresenta perturbações da personalidade. As perturbações de personalidade mais frequentes foram, por ordem decrescente, a Borderline (15,7%) a Dependente (7,9%) e a Histriónica (7,6%). Sobre a existência de doença física crónica, registaram-se 13,7% de respostas afirmativas. 88,3% dos elementos da amostra não refere consumo de substância psicoativas (álcool, e/ou tóxicos) e nos restantes 11,7% são referidos consumos pontuais.

DISCUSSÃO

Não foram encontrados estudos epidemiológicos nacionais sobre populações sinalizadas para consultas de psicoterapia, o que impossibilita uma análise comparativa com os resultados apurados neste estudo. A análise dos dados fará uso de características apuradas em estudos internacionais.

Um primeiro resultado a salientar é o predomínio de elementos do sexo feminino na amostra. Este dado é sustentado por estudos realizados em vários países (Estupiña et al, 2012; Pirkis et al, 2011) e poderá ter justificações várias. Poderá ser indicador de maior resistência por parte dos homens à intervenção psicoterapêutica ou de que existe maior frequência de problemas emocionais nas mulheres, o que reflete os dados epistemológicos sobre ansiedade e depressão (Borooah, 2010).

O nível de escolaridade é tendencialmente elevado, tendo 63,3% dos indivíduos uma qualificação académica ao nível do ensino secundário e superior. Este valor é concordante com os apresentados por Labrador et al. (2010) e Pirkis et al. (2011) e poderia ser justificado pelo facto de se tratar de uma população sinalizada para consulta de psicoterapia, na qual são critérios de exclusão, entre outros, baixos recursos cognitivos, recusa ou resistência a aderir a um processo psicoterapêutico e necessidade predominante de apoio psicossocial.

A conclusão da pesquisa de Nour et al. (2009), segundo a qual a prevalência de procura de intervenção psicoterapêutica é mais elevada em indivíduos casados, é confirmada no presente estudo, tendo sido apurado que 85,5% dos indivíduos da amostra vivem acompanhados, 21,1% são divorciados e 1,9% são viúvos, sugerindo que as pessoas que não vivem sós sejam encorajadas pelo(a) companheiro(a) a procurar ajuda.

A taxa de falta à triagem de 27,2% sugere uma dificuldade de adesão à proposta médica de acompanhamento psicoterapêutico.

Acrescentando a este valor os 6,2% que são reencaminhados por não reunirem critérios para psicoterapia, verifica-se que 33,4% das consultas de triagem agendadas funcionam como primeira linha de exclusão. Tal facto impede a acumulação de faltas em consultas de

psicoterapia e possibilita um atendimento mais célere para situações que reúnam critérios clínicos e motivacionais.

Os resultados sugerem uma articulação eficaz entre o psiquiatra assistente e a consulta de psicoterapia, sendo o tempo que decorre entre o início do acompanhamento psiquiátrico no serviço e a realização da triagem para psicoterapia inferior a um ano em 49,7% dos casos sinalizados. Este facto deverá ser um dos critérios a considerar na definição de políticas que visem combater a elevada percentagem de anos vividos com incapacidade referida pela literatura (WHO Europe, 2008).

Em 54,7% da amostra, a idade de encaminhamento situa-se entre os 21 e os 40 anos. Por se tratar de uma sinalização para acompanhamento psicoterapêutico, este dado não deverá ser interpretado como coincidente com idade de aparecimento das perturbações.

Considera-se a possibilidade da população não recorrer a Serviços de Saúde em fase inicial de queixas e de, quando o faz, procurar os Serviços de Saúde Primários.

A valorização das primeiras queixas, dos contextos de referência e das suas implicações no desenvolvimento pessoal, permite salientar a importância dos Serviços de Saúde Primários e a necessidade de melhorar a articulação com as consultas de especialidade.

Intervenções articuladas poderão ser determinantes na abordagem de perturbações ligeiras e constituir o suporte preventivo de posteriores quadros disfuncionais e de cronicidade.

Uma análise dos fatores identificados pelos doentes como desencadeantes de sofrimento psicológico que justificaram a procura de consulta de psiquiatria, permite sublinhar os problemas relacionais na família (actual ou de origem) com um valor percentual de 37% e as doenças físicas e/ou psiquiátricas com 18,7%. Estes valores sugerem que uma elevada percentagens de indivíduos atribui a acontecimentos recentes de vida a justificação do seu sofrimento psicológico.

Nos problemas da infância e adolescência verifica-se que os conflitos e violência familiar estão presentes em todos os grupos etários considerados, oscilando entre os 15,8% e 6,3% e os 15,1% e 10,7% respetivamente.

Entre os 8 e os 12 anos assistimos a referências ao mal-estar do próprio, nomeadamente com indicação de isolamento social (7,5%).

Entre os 13 e os 18 anos a tendência para mencionar o sofrimento próprio aumenta, mantendo-se o isolamento social com algum destaque (9,1%) e surgindo problemas psiquiátricos e/ou psicológicos do próprio (7,9%). Estes dados são corroborados pelos de Clark et al. (2007) e de Stevenson et al. (2011), que salientam a importância de perturbações na infância e adolescência como preditoras de perturbações na idade adulta.

O destaque dado às dificuldades familiares, na atribuição de causalidade dos quadros clínicos, suporta a necessidade de programas de prevenção em saúde mental focados na família. Um papel essencial a este nível deverá ser desenvolvido pelas equipas dos Centros de Saúde e equipas hospitalares de Intervenção Comunitária.

Os dados da personalidade prévia parecem assinalar duas grandes tendências. Por um lado, traços de extroversão, alegria e confiança, em situações em que as dificuldades psíquicas parecem marcar uma linha de corte com o funcionamento anterior. Por outro, traços frequentes de introversão, tristeza, nervosismo e insegurança, parecendo indicar uma linha de continuidade com o adoecer psicológico e/ou psiquiátrico.

Ainda relativamente aos dados da personalidade prévia, são mencionadas características que poderão configurar eventuais sinais depressivos e ansiosos. Nas características da personalidade no âmbito da ansiedade, apurámos percentagens mais elevadas na atribuição negativa (ex. calmo vs ansioso – 3,5% vs 14,4%). Verifica-se o inverso para os traços que possam estar eventualmente associados a uma linha depressiva (ex. alegre vs triste – 29,7% vs 10,8%).

Nas consultas de atendimento psicológico, uma abordagem compreensiva do sofrimento, implica uma avaliação (na triagem) dos fatores significativos em idades prévias, para complementar a identificação de desencadeantes próximos do adoecer actual.

A organização de uma triagem em consulta de psicoterapia deverá contemplar este princípio, por forma a espelhar a atribuição de causalidades e os recursos psíquicos individuais, condição de sinalização para acompanhamento psicoterapêutico ajustado às necessidades do indivíduo.

Os resultados obtidos no diagnóstico nosológico psiquiátrico do Eixo I, fazem sobressair a depressão major (29,3%), a distímia (14,6%), a perturbação depressiva sem outra especificação (15,8%), a perturbação de ansiedade generalizada (7,9%) e a perturbação de pânico (7,7%).

Estes valores são concordantes com os apurados em outros estudos (Pirkis et al., 2011), quer quanto às percentagens mais elevadas, quer quanto ao fato de a maior percentagem de comorbilidade contemplar perturbações de ansiedade e depressivas. A existência de comorbilidade de diagnósticos num número elevado de situações clínicas, aponta a necessidade de abordagens dirigidas à sintomatologia prioritária e mais incapacitante.

As Perturbações de Personalidade estão presentes em 37,9%, valores muito superiores aos indicados noutros estudos (DSM IV TR, 2002; Labrador, Estupiña & García Vera, 2010). Como indicado no DSM IV TR, as perturbações de personalidade mais frequentes são a Borderline e a Dependente.

A análise dos registos de arquivo permite um conhecimento mais aprofundado da população sinalizada para a Consulta de Psicoterapia, quer quanto ao peso relativo das perturbações, quer quanto aos seus determinantes, sejam eles fatores imediatos (queixas atuais) ou dados do desenvolvimento na infância e adolescência.

A realização de estudos epidemiológicos, permite identificar fatores de risco associados à doença mental, contributo essencial para otimizar políticas e estratégias de intervenção em saúde mental.

A reter:

1) São predominantemente as mulheres com idades entre os 21 e os 40 anos, com um nível de escolaridade elevado e que vivem acompanhadas, que recorrem a psicoterapia e aceitam a intervenção.

2) A valorização das primeiras queixas, do contexto e das suas implicações no desenvolvimento e no desempenho, a par com uma intervenção primária ao nível dos indicadores de desajustamento individual e/ou relacional/familiar, poderá ser um contributo significativo na contenção de posteriores quadros sintomáticos e de perturbação da saúde mental.

3) Revela-se pertinente a integração de uma abordagem psicológica, aumentando o número de profissionais de psicologia nos Centros de Saúde e nas Equipas Hospitalares de Intervenção Comunitária.

O estudo apresenta como pontos fortes a dimensão da amostra, o facto da amostra ser aleatória, ter sido recolhida durante um período de tempo longo e os doentes terem sido observados através da mesma grelha de análise. Apresenta como limitação não ter medidas longitudinais de avaliação do trabalho clínico, facto que será colmatado pelo estudo em curso de avaliação longitudinal de outcome destes doentes.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (4ª ed) (DSM IV TR). Lisboa: Climepsi Eds.
- Borooah, V. K. (2010). Gender Differences in the Incidence of Depression and Anxiety: Econometric Evidence from the USA. *Journal Of Happiness Studies*, 11, 663-682. doi:10.1007/s10902-009-9155-4
- Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S. (2007). Childhood and adulthood psychological ill health as predictors of midlife affective and anxiety disorders: the 1958 British Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 64, 668-678. doi:10.1001/archpsyc.64.6.668
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: Plano de acção 2007-2016. Acedido a 31 março, 2012, de http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf
- Estupiñá, F.J., Labrador, F.J., & García-Vera M.P. (2012). A study of patients who go to a psychology clinic seeking treatment. *Spanish Journal of Psychology*, 15, 275-285. doi:10.5209/rev-SJOP.2012.v15.n1.37334
- Eurotrials (2009). *Saúde em Mapas e Números* 28º. Acedido em 31 março, 2012, de http://www.eurotrials.com/contents/files/publicacao_ficheiro_115_1.pdf
- John, R., & Richard P. B. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096727
- Labrador, F.J., Estupiñá, F.J., & García Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Madianos M.G., Zartaloudi A., Alevizopoulos G., & Katostaras T. (2011). Attitudes toward help-seeking and duration of untreated mental disorders in a sectorized Athens area of Greece. *Community Mental Health Journal*, 47, 583-593. doi:10.1007/s10597-011-9404-y
- Newton-Howes, G. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 453-460. doi: 10.1007/s00127-009-0084-7

- NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care*. London. Acedido a 12 abril 2012, de, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54520/54520.pdf>
- Nour, B.M.L., Elhai, J.D., Ford, J.D., & Frueh, B.C. (2009). The Role of Physical Health Functioning, Mental Health, and Sociodemographic Factors in Determining the Intensity of Mental Health Care Use Among Primary Care Medical Patients. *Psychological Services American Psychological Association*, 6, 243–252. doi:10.1037/a0017375
- Pirkis, J., Bassilios, B., Fletcher, J., Sanderson, K., Spittal, M.J., King, K., ... Blashki, G. (2011). *Clinical improvement after treatment provided through the Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) programme: do some patients show greater improvement than others? The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45, 289-298. doi: 10.3109/00048674.2010.539195.
- Stevenson, J., Datyner, A., Boyce, P., & Brodaty, H. (2011). The effect of age on prevalence, type and diagnosis of personality disorder in psychiatric inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 981-987. doi: 10.1002/gps.2645
- WHO Europe (2008). European Pact for Mental Health and Well-being. Acedido em 31 março, 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/07/pactoeuropeu-saudemental.pdf>
- WHO Europe (2009). Mental Health, resilience and inequalities. Acedido em 12 abril de 2012, de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf