

Referenciação por depressão à consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras

INÊS MADEIRA*

RESUMO

Objectivos: Caracterizar os utentes referenciados por depressão (pelo Médico de Família) à consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras.

Tipo de estudo: Transversal, descritivo, observacional.

Local: Centro de Saúde de Oeiras.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo e observacional, que incidu sobre os utentes referenciados por depressão à consulta de Saúde Mental de Oeiras, durante 8 meses de 1999. Mediram-se as variáveis sexo, idade, tempo de espera até à Consulta de Saúde Mental, motivo de referenciação e sua adequação, terapêutica instituída pelo Médico de Família e diagnóstico atribuído na Consulta de Saúde Mental.

Resultados e Conclusões: Verificou-se que 50% das referenciações foram por depressão (48 casos), sendo neste grupo predominante o sexo feminino, entre os 30 e os 50 anos. O diagnóstico feito pelos Médicos de Família foi adequado na maioria dos casos.

O motivo de referenciação foi adequado em apenas 19 dos casos. Dezasseis dos doentes referenciados não fizeram medicação prévia, 19 estavam medicados com anti-depressivos e 13 estavam medicados apenas com ansiolíticos.

Palavras-chave:

Depressão; Referenciação; Medicina Geral e Familiar; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

A maior parte dos doentes com problemas psicológicos/psiquiátricos é atendida no sector dos Cuidados de Saúde Primários (C.S.P.)¹.

Dentro deste grupo de problemas, a depressão ocupa um lugar de destaque, uma vez que afecta cerca de 30% da população geral ao longo da sua vida². Ao nível dos C.S.P., a prevalência de depressão ainda é mais elevada, sendo o segundo distúrbio mental mais frequente, logo a seguir aos distúrbios

de ansiedade.

Os Médicos de Família (MF) estão frequentemente na melhor posição para fazer o diagnóstico de depressão nos seus utentes, bem como para instituir e monitorizar o tratamento, dada a continuidade da relação médico-doente.

Existem, no entanto, situações em que a referenciação a uma consulta de psiquiatria/saúde mental é mandatória, quer pelas características da depressão, quer pela patologia associada.

Embora de acordo com a literatura não existam critérios de referenciação rígidos e universais, a maioria dos autores preconiza referenciação a um psiquiatra nas seguintes situações^{2,3,4}:

- Ideação suicida;
- Psicose associada (alucinações auditivas/visuais, perda de contacto com a realidade);
- Doença psiquiátrica grave associada (esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, alcoolismo, toxicod dependência, anorexia nervosa);
- Falha no tratamento de primeira linha (ausência de melhoria após 6 semanas de terapêutica com anti-depressivo);
- Incerteza quanto ao diagnóstico.

Relativamente à terapêutica da depressão em C.S.P., verifica-se que é muitas vezes mal conduzida, sendo frequente o uso de benzodiazepinas em vez de anti-depressivos: a depressão é

*Interna do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul Centro de Saúde de Oeiras

talvez a situação em que os ansiolíticos são mais utilizados de forma inadequada⁴.

Por último, e em relação ao diagnóstico de depressão feito por médicos não-psiquiatras, os estudos sugerem que estão incorrectos em 40 a 78% dos casos⁵.

No Centro de Saúde de Oeiras (CSO) funciona uma equipa de saúde mental, que pertence ao Serviço de Saúde Mental do Hospital S. Francisco Xavier (Lisboa). Esta equipa é constituída por 3 psiquiatras, 2 psicólogas e 1 enfermeira. Todos os doentes referenciados pelos Médicos de Família à consulta de Psiquiatria/Saúde Mental são submetidos inicialmente a uma triagem/acolhimento, que consta de uma breve entrevista com a enfermeira da equipa. Esta apresenta posteriormente cada caso aos Psiquiatras, em reunião da equipa, sendo então marcada a consulta de acordo com o seu grau de urgência.

Os critérios de referência por depressão acima citados foram também os adoptados pela Equipa de Saúde Mental do CSO, explicitados em reunião clínica realizada no início do ano de 1999. Assim, e dado o elevado número de referências à consulta de saúde mental por depressão, considerei interessante conhecer os motivos de referência e compará-los com os critérios de referência existentes e divulgados neste Centro de Saúde. Considerei também relevante comparar os diagnósticos feitos pelo Médico de Família e pelo Psiquiatra.

Assim, os objectivos deste estudo foram:

1. Determinar o intervalo de tempo entre a data da referência e a data da primeira Consulta de Saúde Mental dos utentes referenciados com o diagnóstico de depressão.

2. Comparar o motivo de referência dos utentes com depressão com os critérios de referência por depressão

adoptados no CSO (acima referidos).

3. Identificar os psicofármacos que o utente fazia à data da referência, prescritos pelo Médico de Família.

4. Determinar a duração da terapêutica com psicofármacos, à data da referência.

5. Comparar diagnóstico/hipótese diagnóstica com que o utente é referenciado com o diagnóstico feito na Consulta de Saúde Mental.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de observação, transversal, descritivo, em que a amostra, de conveniência, é constituída pelos utentes referenciados pelos MF à Consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras com o diagnóstico/hipótese diagnóstica de depressão, entre 1/5/1999 e 31/12/1999 (8 meses).

Foram estudadas as seguintes variáveis:

1. Sexo

2. Idade

3. Intervalo de tempo entre a data da referência e a data da primeira consulta: definida como o n^o de dias entre a data da referência e a data da marcação da primeira consulta com o psiquiatra (registada na ficha clínica da consulta de saúde mental).

4. Motivo da referência: definida pelo motivo – para além do diagnóstico de depressão – que levou o Médico de Família a enviar o doente à consulta de Saúde Mental, expresso na carta de referência. Quando na carta está registado o diagnóstico (depressão) e o motivo de envio, inclui-se numa das categorias de 1 a 6 (ver abaixo). Quando na carta apenas está registado o diagnóstico, não estando explicitado o motivo de envio, inclui-se na categoria 7.

Operacionalização:

1) Ideação suicida

2) Psicose associada

3) Doença psiquiátrica grave associada (esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, alcoolismo, toxicod dependência, anorexia nervosa)

4) Falha no tratamento de primeira linha (ausência de melhoria após 6 semanas de terapêutica com anti-depressivo)

5) Incerteza quanto ao diagnóstico

6) Outro motivo: engloba qualquer outro motivo expresso na carta de referenciação como justificativo da mesma, não englobado nas categorias anteriores

7) Sem motivo de referenciação: corresponde àqueles casos em que na carta de referenciação apenas estava mencionado o diagnóstico, sob a forma de «depressão», «síndrome depressivo», «síndrome ango-depressivo», não estando explicitado o motivo de envio à consulta.

5. Adequação da referenciação: definida pela comparação do motivo de referenciação com os critérios de referenciação definidos no CSO; operacionalizada em:

- adequada, se obedece a algum dos critérios (motivos 1 a 5);
- inadequada, se não obedece a nenhum dos critérios (6 e 7)

6. Medicação prévia: definida pela terapêutica com psicofármacos instituída pelo MF, previamente à referenciação.

Entende-se por psicofármacos os medicamentos que actuam no sistema nervoso central, modificando as funções mentais e/ou os sintomas psíquicos.

Operacionalizada de acordo com a classificação terapêutica utilizada na literatura médica⁶ em:

- 1) Ansiolíticos, sedativos, hipnóticos (2.8.1.)
- 2) Anti-depressivos (2.8.3.)
- 3) Outros: inclui qualquer outro fármaco prescrito neste episódio, que não se inclua em nenhum dos dois grupos anteriores

7. Duração da terapêutica: defini-

da como o número de dias de terapêutica que o utente terá cumprido à data da referenciação, registada pelo MF na carta de referenciação.

8. Diagnóstico final: definida pelo diagnóstico na Consulta de Saúde Mental e registado na ficha clínica, operacionalizada segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9)⁷. Foi adoptada esta classificação por ser a utilizada pela Equipa de Saúde Mental.

9. Adequação do diagnóstico: definida pela comparação do diagnóstico feito pelo MF (registado na carta de referenciação) com o diagnóstico feito pelo psiquiatra na C.S.M. (registado na ficha clínica). Este diagnóstico foi operacionalizado de acordo com a classificação CID-9, considerando-se adequado o diagnóstico do Médico de Família quando correspondia a um dos seguintes códigos da classificação: 296.1, 296.3, 298.0, 300.4, 301.1, 308.0, 309.0, 309.1, 309.4 e 311 (anexo 1).

Foram colhidos os dados sobre as diferentes variáveis a partir da carta de referenciação, excepto as variáveis 3, 8 e 9, que foram colhidas a partir da ficha clínica da consulta de Saúde Mental. Os dados foram tratados por análise de frequências.

RESULTADOS

Entre 1/5/99 e 31/12/99 (oito meses) foram referenciados 139 novos doentes à Consulta de Saúde Mental do Centro de Saúde de Oeiras. Destes, 96 (69%) foram referenciados pelo respectivo Médico de Família, sendo os restantes referenciados após internamento no Serviço de Saúde Mental do Hospital S. Francisco Xavier, ou a partir de outras consultas hospitalares.

Dos 96 casos provenientes do MF, 48 foram referenciados por depressão, o que corresponde a 50% das referenciações. Desses 48 casos, 30 eram do

sexo feminino e 18 do sexo masculino. A média de idades foi de 44,9 anos, variando entre os 23 e os 77 anos (Desvio padrão: 14,6).

O intervalo de tempo entre a data da referenciação e a data da primeira Consulta de Saúde Mental (CSM) variou entre 1 e 89 dias, sendo a média de 39,6 dias (Desvio padrão: 26,4).

A distribuição da variável motivo de referenciação está representada no quadro I. Destaca-se o elevado número de doentes referenciados em que não estava expresso na carta o motivo de referenciação (21).

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DOS MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO: FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS

Motivo de Referenciação	n
Sem motivo de referenciação	21
Outro motivo	8
Falha tratamento 1ª linha	6
Ideação suicida	5
Incerteza do diagnóstico	5
Doença psiq. grave associada	3
Psicose associada	0
Total	48

Na categoria «outro» foram encontrados os seguintes motivos:

- Síndrome depressivo com carácter impeditivo de vida normal
- Stress pós traumático
- Depressão em puerpera
- Pedido do doente
- Seropositividade para VIH
- Reacção de luto
- Depressão com impotência
- Depressão reactiva à morte do marido

De acordo com os critérios adoptados, verificou-se que 19 referenciações foram adequadas e 29 foram inadequadas.

Quanto à medicação instituída pelo MF antes da referenciação, apurou-se

que apenas 32 doentes tinham sido previamente medicados, tal como mostra o quadro II.

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS DA MEDICAÇÃO PRÉVIA

Terapêutica	n
Ansiolíticos exclusivamente	11
Ansiolíticos + outro	2
Antidepressivos + ansiolíticos	11
Antidepressivos exclusivamente	8
Sem terapêutica	16
Total	48

Dos 24 doentes medicados com ansiolíticos, 19 correspondiam a benzodiazepinas, 4 a extracto de valeriana e 1 a buspirona.

Dois doentes estavam medicados com outros fármacos: um com sulbutiamina e o outro com ginkgo biloba.

Relativamente aos anti-depressivos (utilizados em 19 doentes), verificou-se que 14 doentes foram medicados com Inibidores Selectivos dos Receptores da Serotonina (ISRS) e apenas dois doentes foram medicados com anti-depressivos tricíclicos (estando um deles medicado simultaneamente com ISRS).

A duração da terapêutica não estava registada em 26 dos 32 doentes medicados. Nos 9 doentes em que havia esse registo, variou entre 2 e 20 semanas, com uma média de 9,5 semanas. Assim, foi uma variável da qual se pôde obter pouca informação.

Dos 48 doentes referenciados à CSM, 13 não compareceram à consulta, apesar de a terem ido marcar. Assim, apenas foi possível obter o diagnóstico feito pelos Psiquiatras em 35 casos. A sua distribuição está representada no Quadro III.

Assim, e de acordo com os critérios adoptados, considerou-se que o diagnóstico feito pelos MF foi adequado em

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS DOS DIAGNÓSTICOS DA CONSULTA DE SAÚDE MENTAL

Diagnóstico	Total	Fem.	Masc.
Depressão Neurótica (300.4)*	18	12	6
Depressão Neurótica (300.4)* e Dependência de drogas (304)	1	0	1
Depressão Neurótica (300.4)* e Transtorno da Personalidade (301.8)**	1	0	1
Reacção depressiva prolongada (309.1)*	2	2	0
Psicose maniaco-depressiva, tipo depressivo (296.1)*	3	2	1
Estados de Ansiedade (300.0)	5	3	2
Histeria (300.1)	2	2	0
Estado paranóide simples (297.0)	2	0	2
Transtorno da Personalidade (301.8)**	1	1	0
Não foram à consulta de Saúde Mental	13	8	5
Total	48	30	18

* Distúrbios depressivos

** Os dois casos correspondiam a personalidades «borderline»

25 casos e inadequado em 10 casos, dos 35 doentes que foram à Consulta de Saúde Mental.

Em 13 casos esta variável não se pode aplicar, por não haver diagnóstico da CSM.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo tem algumas limitações, sendo a primeira o facto de se terem utilizado registos clínicos como base de dados, registos esses que são uma forma indirecta de estudar a prática clínica. Assim, ficaram por registar, por exemplo, terapêuticas efectuadas e sua duração, o que limita as conclusões a que podemos chegar.

A segunda limitação relaciona-se com a classificação utilizada pela equipa de saúde mental onde o trabalho foi realizado – CID-9 –, que impossibilitou a comparação dos resultados obtidos com outros estudos anteriormente efectuados.

A dimensão da amostra e o facto de não ser representativa limitam também a extrapolação das conclusões deste estudo.

Outra limitação prende-se com o facto de a adequação do diagnóstico feito pelo MF ser avaliada por comparação com o diagnóstico feito pelo psiquiatra, o que pode ser questionável.

Pela observação dos resultados constatou-se que, neste estudo, os MF são efectivamente a principal fonte de referência de casos para a CSM (69%), o que coincide com os resultados obtidos num estudo feito em 1994 em Portugal⁸, em que, no entanto, esta proporção era menos evidente (36,3%).

A distribuição por sexos, com um predomínio de doentes do sexo feminino, pode estar relacionada com dois factores: por um lado, com o facto de as mulheres procurarem mais cuidados de saúde; por outro lado, um número considerável de casos corresponde a depressão que, como se sabe, é mais frequente no sexo feminino⁹.

Os grupos etários dos 30 aos 39 anos e dos 50 aos 59 anos são aqueles em que se regista um maior número de casos. No grupo dos 50 aos 59 anos, pode colocar-se a hipótese de nesta fase da vida haver uma vulnerabilidade psicológica particular, relacionada com a menopausa, a saída dos filhos de casa

e problemas relacionados com a profissão.

O intervalo de tempo entre a data da referenciação e a data da primeira consulta foi muito variável, sendo a média 39,6 dias. Esta variabilidade está certamente relacionada com o mecanismo de acolhimento/triagem atrás descrito.

Relativamente ao motivo de referenciação e sua adequação, verifica-se que 29 são «inadequados». Dentro deste grupo, distingue-se um elevado número de referenciações²¹ em que só é mencionado o diagnóstico, sem estar explicitado o motivo de envio à consulta. Foi sugerida num estudo anterior¹⁰ a relação entre a proporção de depressões referenciadas e as características do médico – treino, anos de prática como MF, conhecimentos sobre depressão – as características da prática clínica e a oferta de serviços de Saúde Mental. Neste caso, o facto de os serviços de SM funcionarem no próprio Centro de Saúde poderá facilitar a sua sobre-utilização pelos MF que, por sua vez, encontrarão menos resistência por parte do doente a ser enviado a esta consulta. Este poderá ser um dos factores responsáveis pelo número considerável de referenciações inadequadas.

Existem ainda 8 casos em que é apresentado outro motivo de referenciação. Nestes, poder-se-á questionar, por exemplo, a desadequação de referenciação de uma depressão puerperal: há autores que consideram esta uma das situações passíveis de ser referenciada⁹.

Também o motivo «depressão com carácter impeditivo de vida normal» poderia eventualmente ser considerado adequado se a intensidade dos sintomas fosse tal (ex: inibição psico-motora, dificuldades cognitivas, perturbações vegetativas, etc.) que levantasse a suspeita de uma psicose maniaco-depressiva de tipo depressivo – mesmo que esta hipótese não tivesse sido explicitamente formulada.

Uma vez que a adequação da refe-

renciação foi considerada exclusivamente se obedecesse a algum dos critérios, estes motivos são considerados inadequados; no entanto, estes são exemplos de casos em que essa inadequação é controversa, requerendo uma análise caso a caso. Os critérios de referenciação deverão continuar a ser abordados e discutidos em reuniões clínicas, de modo a apurar os motivos de tão grande número de referenciações aparentemente desadequadas.

Quanto à medicação prévia, verificou-se que em 16 casos não havia referência a terem feito antes qualquer tipo de medicação para este episódio, o que contrasta com o facto de em apenas 5 doentes haver dúvida do MF quanto ao diagnóstico. Este dado poderá, no entanto, estar relacionado com o facto de os MF terem optado, numa abordagem de primeira linha, por terapêutica não farmacológica.

Salienta-se o facto de 13 doentes estarem apenas medicados com ansiolíticos/psicoestimulantes, o que está de acordo com os dados da literatura que apontam para uma sobre-utilização dos ansiolíticos nas depressões, por parte dos prestadores de CSP, em detrimento dos anti-depressivos⁴.

Dezanove doentes estavam medicados com anti-depressivos. Destes, 15 estavam a fazer ISRS, o que está de acordo com a literatura^{2,3,4}, uma vez que esta classe de fármacos tem um bom perfil anti-depressivo aliado à sua segurança e escassez de efeitos secundários.

Apesar de terem marcado a Consulta de Saúde Mental, 13 doentes acabaram por não ir a essa consulta. Este absentismo poderá estar relacionado com o facto de o doente por vezes aceitar com relutância ser enviado a uma consulta deste tipo (vindo posteriormente a faltar à mesma) e também com o tempo médio de espera (39,6 dias).

Dos 35 doentes que foram à CSM, à maioria foi atribuído o diagnóstico de

Depressão neurótica, seguido de Ansiedade. Infelizmente, estes valores não podem ser comparados aos de outros estudos¹¹, uma vez que essa classificação (CID-9) já não é habitualmente utilizada na prática clínica na maioria das instituições de saúde.

Como conclusão, podemos afirmar que a depressão tem uma importância de relevo nas primeiras consultas de Saúde Mental, sendo a patologia mais referenciada.

Uma questão interessante de estudar seria a razão pela qual alguns doentes não são medicados com anti-depressivos, quando o diagnóstico de depressão já foi feito.

Embora o diagnóstico feito pelos MF tenha sido adequado na maioria dos casos²⁵, seria também interessante investigar os casos de depressão não diagnosticados pelo MF (mas apenas pelo psiquiatra), e que teriam sido referenciados por outros motivos.

A reduzida dimensão da amostra e o facto de não ser representativa não permitem extrapolar as conclusões. No entanto, este estudo poderá ser um contributo para o conhecimento e melhoria da articulação entre os MF e a Saúde Mental, onde os doentes referenciados por depressão têm um peso preponderante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botelho A, Delgado J. Psiquiatria e Cuidados Primários: Uma experiência de ligação. *Acta Med Port* 1997; 12: 917-920.
2. Peden J, Lichstein R. Management of Depression in Primary Care. *Am J Med* 1996 Dec; 101 (suppl 6A): 1-56.
3. Almeida J, Nunes J, Carraça I. Saúde mental na prática do clínico geral. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1994.
4. Majeroni A, Hess A. The Pharmacologic treatment of depression. *J Am Board Fam Pract* 1998 Mar-Apr; 11(2): 127-39.
5. Simon E. Can depression be managed appropriately in Primary Care? *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 2): 3-8.
6. Osswald W, coord. *Prontuário Terapêutico 1*. Lisboa: Infarmed; 2000.
7. World Health Organisation: International Statistical Classification of mental and Behavioural Disorders, 9th revision. Geneva, WHO, 1992.
8. Sarmiento C. Referenciar um doente: quem, quando, como e porquê?- psiquiatria de ligação com os cuidados de saúde primários. *Acta Med Port* 1997; 10 (5): 339-344.
9. Branco J, Gomes A. *O Médico de Família e a Saúde Mental*. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1994.
10. Hartley D, Korseen N, Bird D, Agger M. Management of patients with depression by rural primary care practitioners. *Arch Fam Med* 1998 Mar-Apr; 7 (2): 139-45.
11. Little N, Hammond C, Kollisch D, Stern B, Gagne R, Dietrich J. Referrals for Depression by Primary Care Physicians. *J Fam Pract* 1998 Nov; 47 (5): 375-77.

ANEXO 1 – CID 9: Distúrbios depressivos

- 296.1** Psicose maniaco-depressiva, tipo depressivo
- 296.3** Psicose maniaco-depressiva circular, fase depressiva
- 298.0** Psicose depressiva psicogénica
- 300.4** Depressão neurótica
- 301.1** Transtorno afectivo da personalidade
- 308.0** Reacção aguda a grande *stress* com sintomas depressivos
- 309.0** Reacção depressiva breve
- 309.1** Reacção depressiva prolongada
- 309.4** Reacção de ajustamento mista com sintomas depressivos
- 311.** Transtornos depressivos não classificados em outra parte

REFERRALS FOR DEPRESSION TO THE OEIRAS HEALTH CENTRE MENTAL HEALTH CLINIC

ABSTRACT

Objectives: To characterise the patients referred for depression by their family doctor to the Oeiras Health Centre Mental Health Clinic.

Type of Study: Cross-sectional, descriptive, observational.

Site: Oeiras Health Centre.

Methods: This study included those patients referred for depression to the Oeiras Mental Health Clinic during a period of eight months in 1999. The following variables were measured: sex, age, waiting time for a mental health consultation, reason for referral, appropriateness of referral, therapy started by the family doctor, and diagnosis made at the Mental Health Clinic.

Results and Conclusions: Fifty percent of referrals were made for depression (48 cases), with a predominance of female patients between 30 and 50 years of age. The diagnosis made by the family doctors was adequate in most cases. The reason for referral was considered appropriate in only 19 cases. Sixteen of the referred patients had not taken any previous medication, 19 were on antidepressants, and 13 on anxiolytic drugs only.

Key-words:

Depression; Referral; Family Medicine; General Practice; Mental Health.

Recebido em 25/07/2000

Aceite para publicação em 27/03/2001

Endereço para correspondência

Maria Inês Gonçalves Pinto da Costa Madeira
R. Maestro Pedro Freitas Branco, n.º9 1.º Esq.
1250 -157 Lisboa
Tel: 213 964 124