

PSIQUIATRIA E CUIDADOS PRIMÁRIOS

Uma experiência de ligação

A. MONIZ BOTELHO, M. P. JORGE DELGADO

Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa
e Centro de Saúde de Sete Rios. Lisboa

R E S U M O

Os problemas de saúde mental são muito frequentes nos cuidados de saúde primários. Após uma breve revisão bibliográfica, os autores fazem referência às vantagens de uma ligação mais estreita entre psiquiatria e medicina geral e familiar. Seguidamente descrevem a experiência de dois anos de ligação entre o serviço de psiquiatria do Hospital de Santa Maria e o Centro de Saúde de Sete Rios. Concluem que o modelo de supervisão longitudinal de casos clínicos, análogo ao utilizado na formação dos internos do internato complementar de psiquiatria, pode dar resposta às necessidades e expectativas dos clínicos gerais na área da saúde mental.

S U M M A R Y

PSYCHIATRY AND PRIMARY CARE

A liaison experience

Psychiatric problems are common in general medical practice. This paper reviews information supporting the need to integrate psychiatry and general medical practice. The two year liaison between the psychiatric ward of Santa Maria Hospital and Sete Rios Medical Centre is described. A model of longitudinal case supervision analogous to that used in psychiatric residency training to provide knowledge and skills in mental health can respond to the needs of general practitioners.

INTRODUÇÃO

Para a maior parte dos autores, a ligação entre medicina geral e familiar e psiquiatria tem seguido uma via empírica e tem-se mantido porque parecem existir vantagens que se reflectem em resultados positivos e em padrões de colaboração interessantes para ambas as partes¹.

Sabemos que existem diferenças na abordagem mais comum do doente nestas duas especialidades decorrentes da conceptualização da doença e da metodologia do trabalho na consulta: enquanto o generalista utiliza uma estratégia de resolução dos problemas, activos ou passivos, procurando soluções imediatas para os problemas activos e mantendo a vigilância, através dos exames periódicos, dos problemas passivos, os psiquiatras procuram basear-se em formulações dinâmicas e interpretações longitudinais.

Numa prática correcta estas duas abordagens podem-se complementar, mas torna-se necessário algum traba-

lho de adaptação no sentido de evitar a excessiva simplificação dos problemas ou a utilização sistemática de formulações inadequadas ao tipo de intervenção do generalista.

Um exemplo recente das vantagens da colaboração é referido pelo Comité Sueco de Prevenção e Tratamento da Depressão² em que o trabalho conjunto generalista / psiquiatra permitiu reduzir os níveis de suicídio ao proporcionar uma maior precocidade na identificação e tratamento da depressão.

Além disso a linha de demarcação da prática clínica destas duas especialidades tende a tornar-se menos nítida: os cuidados primários têm assumido uma cada vez maior responsabilidade no tratamento em ambulatório de doentes psiquiátricos crónicos, bem como de um numeroso grupo constituído por doentes com problemas de saúde mental e ou abuso de substâncias que recorrem aos cuidados primários e designado por «rede

não visível de saúde mental» (hidden mental health network)³.

Nesta perspectiva, o reconhecimento precoce e o tratamento dos problemas psiquiátricos nos cuidados primários pode tornar-se um desafio estimulante e útil para ambas as especialidades.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A importância dos problemas de saúde mental nas consultas de clínica geral e medicina familiar é evidenciada por vários estudos que referem que a maior parte dos doentes com problemas psicológicos / psiquiátricos é atendida no sector de cuidados primários de saúde^{4,5}.

Concretamente, 60 a 70% dos doentes com distúrbios de ansiedade, afectivos, somatoformes e de abuso de substâncias procuram os cuidados primários, e destes apenas um quinto é, posteriormente, observado por um psiquiatra⁶.

Cerca de 5 a 20%^{7,8}, da totalidade dos doentes tratados nas consultas de clínica geral apresenta problemas de saúde mental e tende a marcar consultas com uma frequência dupla dos restantes doentes tratados na mesma consulta. É ainda de referir que metade a um terço fica sem diagnóstico e apenas 50% dos casos de ansiedade e de depressão são reconhecidos^{9,10}, e muitos ficam sem tratamento^{11,12}. Outros autores referem que 11 a 36%, dos doentes tratados em cuidados primários apresentam problemas de saúde mental⁴.

Segundo Goldberg, a co-morbilidade agrava o curso e o prognóstico da doença, como acontece nos casos de enfarte do miocárdio em que 20% dos doentes não recupera o nível de funcionamento anterior, tendo como principal motivo a existência de problemas psiquiátricos, em particular a depressão¹⁵. A prevalência de doenças psiquiátricas também se encontra significativamente aumentada nas doenças médicas de evolução crónica como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, artrite e outras doenças reumáticas, bem como doenças pulmonares crónicas¹⁶.

A fadiga e a insónia constituem com frequência as primeiras queixas numa consulta de cuidados primários; 20 a 40% podem ter uma doença psiquiátrica, em especial depressão^{17,18}. As perturbações de ansiedade generalizada têm uma prevalência na comunidade de 2,5 a 5%⁴. Pelas suas manifestações somáticas, por vezes inespecíficas, tornam-se frequentadores habituais das consultas, sobrecarregando o sistema de saúde e sujeitando-se por vezes a intervenções médicas e cirúrgicas desnecessárias. A perturbação de pânico tem uma prevalência aproximada de 9% do grupo de doentes com queixas do foro cardíaco, sendo desnecessariamente sujeitos a exames complementares de diagnóstico, como por exemplo angiografias^{20,21}.

Apesar do reconhecimento da prevalência dos problemas de saúde mental nos cuidados primários, a ausência habitual de ligação entre ambas as especialidades tem persistido.

A LIGAÇÃO COMUM

O ensino e formação pós-graduada em saúde mental dos médicos, assim como o actual sistema de prestação de cuidados de saúde, reflectindo a tradicional *separação corpo-mente*, origina dificuldades clínicas de observação, diagnóstico e tratamento, bem como dificuldades administrativas. Numa situação típica, o doente é tratado por um médico que dispõe de pouco tempo, pouco treino e de nenhum incentivo para integrar a componente de saúde mental dos cuidados primários. Suspeitada a perturbação psicopatológica, pelos seus sintomas mais evidentes, a hipótese diagnóstica é formulada de um modo vago ou sumário sendo, em geral, o doente enviado a uma consulta de psiquiatria.

Com uma hipótese de diagnóstico vaga ou reduzida apenas ao sintoma mais evidente, sem grandes esclarecimentos acerca da razão do envio para os cuidados hospitalares, o doente aceita com relutância a mudança do local de consulta. Também o facto de ser enviado a uma consulta de psiquiatria o deixa muito angustiado e receoso. Se é a primeira vez que é referenciado a essa consulta vive dramaticamente a possibilidade do diagnóstico de «*loucura*». No mínimo, o doente sentirá como agravamento do seu estado de saúde o envio a uma consulta hospitalar. Por outro lado, a mudança de médico pode potenciar a ambivalência sentida relativamente ao seu médico assistente: *envia-me porque está farto de mim, envia-me porque não tenho cura, envia-me porque não tem tempo para ouvir a minha história, envia-me porque é incompetente para me tratar, etc.*

Quando o doente é referenciado, a juntar a uma informação clínica, em geral muito sumária, habitualmente, o generalista e o psiquiatra não se encontram, e por isso este não toma conhecimento das doenças concomitantes.

Qual o diagnóstico da situação e como contornar estas dificuldades?

Recorrendo a um estudo feito na Austrália²² sobre as necessidades de formação dos médicos de clínica geral e medicina familiar no campo da saúde mental, através de um questionário de auto-preenchimento, concluiu-se que:

- 64% dos clínicos gerais encontrou resistência, por parte dos doentes, em serem enviados a uma consulta de psiquiatria;
- 53% referiu listas de espera muito demoradas nos cuidados hospitalares;
- 51% constatou que os serviços de saúde mental eram insuficientes;
- 25% referiu que as dificuldades de comunicação entre clínicos gerais e psiquiatras inviabilizavam uma melhor prestação de cuidados de saúde.

Quanto às prioridades de formação, segundo o mesmo inquérito, foi indicada a necessidade de aperfeiçoamento das suas capacidades de diagnóstico e aconselhamento, em especial na intervenção em crise, individual, familiar ou conjugal. Os resultados deste estudo sugerem ainda que os clínicos gerais estão interessados

em melhorar a qualidade das suas intervenções em saúde mental.

É nossa convicção que em Portugal a situação não é muito diferente da descrita neste estudo.

A NOSSA EXPERIÊNCIA

Quando decidimos começar a colaborar nesta área, fizemo-lo com a convicção de podermos contribuir para a melhoria da formação e da qualidade do exercício em saúde mental dos clínicos gerais. O nosso objectivo é ajudar a criar padrões de interacção clínico geral / psiquiatra definidos e determinados em função das necessidades e circunstâncias locais.

Quando iniciámos a nossa experiência sabíamos que não iria ser fácil a articulação inter-institucional, tanto por partirmos do nada como por não termos qualquer experiência pessoal de uma articulação semelhante.

Contámos, naturalmente, com o apoio e autorização dos directores das instituições envolvidas, viabilizando o trabalho de ligação entre o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, operativamente envolvido através da sua equipa de intervenção comunitária*, e o Centro de Saúde de Sete Rios, através do seu coordenador de saúde mental.

Entre os vários projectos que então se decidiu levar à prática, aquele que agora descrevemos tem tido como principal objectivo a formação em saúde mental dos médicos do Centro de Saúde.

Discutida a melhor maneira de se efectuar a articulação, acordou-se na existência de uma reunião semanal, sempre das 12 às 13 horas do mesmo dia da semana. Como o Centro de Saúde de Sete Rios já tinha uma organização por equipas, entendemos que a articulação se deveria fazer aproveitando essa divisão. Assim, passámos a reunir de sete em sete semanas com cada uma das equipas do Centro de Saúde, ficando sempre em aberto a possibilidade da discussão de casos clínicos mais urgentes em qualquer momento, bem como da intervenção em crise ou consultas ombro-a-ombro.

A única limitação que tivemos foi a de que as reuniões se realizassem a uma hora que não interferisse com o atendimento de doentes do centro de saúde.

Começámos por realizar uma reunião informal com todos os médicos, convocados para esse efeito, na qual se apresentaram os objectivos da colaboração. Em seguida marcámos com cada equipa reuniões informais de apresentação e de colheita de sugestões, aproveitando a oportunidade para informarmos sobre o funcionamento do Serviço de Psiquiatria, em particular da consulta externa e subespecialidades existentes: consulta de desenvolvimento, toxicod dependência, etilo-risco, sexologia, gerontopsiquiatria, núcleo de estudos do suicídio, núcleo de perturbações do comportamento alimentar, núcleo de psicoterapia analítica.

Após estas reuniões decidimos iniciar a discussão de casos clínicos, excluindo à partida os casos já seguidos

na consulta externa de psiquiatria. Até ao presente já efectuámos cerca de 80 reuniões de supervisão a propósito dos quais se abordou a maior parte dos temas relevantes de saúde mental. Pensamos, brevemente, publicar alguns resultados desta actividade.

Temos tentado evitar o formalismo das exposições. Antes temos estimulado a discussão descontraída, aberta, e verdadeiramente interpares. Alguns dos clínicos gerais têm preferido uma análise mais detalhada da relação médico-doente enquanto outros procuram aconselhamento psicofarmacológico, clarificação de um diagnóstico ou ainda indicações para envio do doente a consultas de subespecialidade ou à urgência, em situações de crise.

Temos efectuado, sempre que possível, o *follow-up* dos casos já discutidos sendo de registar que, de um modo geral, de acordo com a opinião dos médicos assistentes, os resultados têm sido positivos.

Simultaneamente tem sido feita formação complementar em saúde mental através de exposição de matérias e cursos sobre temas específicos, escolhidos pelos médicos e enfermeiros em inquéritos anuais.

A experiência adquirida ao longo de dois anos faz-nos pensar, tal como alguns autores²², que um modelo de supervisão longitudinal de casos clínicos, análogo ao utilizado na formação dos internos do internato complementar de psiquiatria, pode dar resposta às necessidades e expectativas dos clínicos gerais na área de saúde mental.

É este o modelo que temos procurado implementar nos casos mais difíceis promovendo reuniões de *follow-up* semanais. Alguns médicos, pelo seu interesse pessoal, acabaram por participar em reuniões de outras equipas, em semanas sucessivas, pelo que, para estes, as reuniões se aproximaram do modelo que preconizamos.

BIBLIOGRAFIA

1. FERGUSON BG, VARNAM MA: The relationship between primary care and psychiatry: an opportunity for change. *B J General Practice* 1994;44:527-30.
2. RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J: Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression. *Acta psychiatr Scand* 1992;85:83-8.
3. SCHURMAN RA, KRAMER PD, MITCHELL JB: The hidden mental health network. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:89-94.
4. OLFSON M, WEISSMAN MM, LEON AC, et al: Psychological management by family physicians. *The J of Family Practice*; 41(6):543-50.
5. GOLDBERG RJ: Psychiatry and the practice of medicine: the need to integrate psychiatry into comprehensive medical care. *Southern Med J* 1995;88(3):260-7.
6. GOLDBERG RJ, STOUDEMIRE A: The future of consultation-liaison psychiatry and medical-psychiatry units in the era of managed care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:268-77.
7. NARROW WE, REGIER DA, RAE DS, et al: Use of service by persons with mental and addictive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:95-107.
8. HOUPJT JL, ORLEANS CS, GEORGE LK, et al: The role of psychiatric and behavioral factors in the practice of medicine. *Am J Psychiatry* 1980;137:37-47.
9. ANDERSON SM, HARTHORN BH: The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989; 27: 869-886

* Coordenada por Silveira Nunes.

10. JONES L, BADGER L, FICKEN R: Inside the hidden mental health network. Examining mental health delivery of primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:287-93.
11. CALLAHAN CM, NIENABER NA, HENDRIE HC: Depression of elderly outpatients: primary care physicians attitudes and practice patterns. *J Gen Intern med* 1992;7:26-31.
12. BLAZER D: depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320:164-6.
12. BARRET JE, BARRET JA, OXMAN TE, et al: The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-6.
13. KESSELER L, BURNS BJ, SHAPIRO S, et al: Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health* 1987;77:18-24.
14. FRASURE-SMITH N, LESPERANCE F, TALAJIC M: Depression following myocardial infarction. *JAMA* 1993;270:1819-25.
15. WELLS KB, GOLDING JM, BURNAM MA: affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:320-7.
16. KROENKE K, WOOD DR, MANGELSDORF D, et al: Chronic fatigue in primary care, prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA* 1988;260:929-34.
17. ROBERTS RE, VERNON SW: The center for epidemiologic studies depression scale: its use in a community sample. *Am J Psychiatry* 1983;140:41-6.
18. GOLDBERG R, MORRIS P, CHISTHIAN F, et al: Panic disorders in cardiac outpatients. *Psychosomatics* 1990;31:168-73.
19. BEITMAN BD, BASHA I, FLAKER G, et al: Atypical or nonanginal chest pain disorder or coronary artery disease? *Arch Intern med* 1987;147:1548-52.
20. WEISSMAN MM: The hidden patient: unrecognized panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51:5-8.
21. PHONGSAVAN P, WARD JE, OLDENBOURG BF, GORDON JJ: Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *The Med J of Australia* 1995;162:139-42.
22. JONES L, BADGER L, FICKEN R: Inside the hidden mental health network. Examining mental health delivery of primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:287-93.