

## Adultos atendidos em ambulatório de saúde mental<sup>1</sup>

### Adults attending outpatient mental health care

Isadora Pellegrini Onófrio<sup>2</sup>  
Marina Bento Gastaud<sup>3</sup>

#### Resumo

**Objetivos:** Levantar características sócio-demográficas e clínicas de pacientes adultos atendidos em ambulatório de saúde mental.

**Método:** Estudo transversal e documental com 702 pacientes adultos que buscaram atendimento em saúde mental.

**Resultados:** Maior prevalência de mulheres, renda de 2 a 3 salários mínimos, católicos, com moradia própria, entre 18 e 29 anos, com Ensino Superior, solteiros, tratamentos iniciando no mês de abril, por iniciativa própria dos pacientes. Média mais baixa na qualidade de vida no domínio psicológico. Motivo de consulta e sintomas mais pontuados foram da ordem da Depressão. Mecanismo de defesa menos pontuado foi Negação.

**Discussão:** Limitações quanto à obtenção de dados secundários são discutidas. Os dados são discutidos à luz da literatura nacional e hipóteses explicativas são levantadas.

**Conclusão:** Aplicações clínicas destes achados são postuladas.

**Palavras-Chave:** Adultos, saúde mental, perfil clientela.

#### Abstract

**Aims:** To assess socio-demographic and clinical characteristics of adult patients treated in outpatient mental health service.

**Method:** Cross-sectional and documental study with 702 adult patients who sought mental health care.

**Results:** Higher prevalence of women, income from 2 to 3 minimum wages, Catholics, with their own homes, between 18 and 29 years old, with higher education, unmarried. More patients seek for help in the month of April, on its own initiative. Lower quality of life, on average, in the psychological domain. Complaints and symptoms most scored referred to Depression. Defense mechanism of Denial was less punctuated.

**Discussion:** Limitations on secondary data collection are discussed. The data are discussed in light of national literature and explanatory hypotheses are raised.

**Conclusion:** Clinical applications of these findings are postulated.

**Keywords:** Adults, mental health, clientele profile.

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no Salão de Iniciação Científica da PUCRS em 2011 .

<sup>2</sup> Acadêmica de Psicologia, PUCRS. Auxiliar de pesquisa do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.. isadoraonofrio@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, PUCRS, Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS. Coordenadora do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. marinagastaud@hotmail.com, **Endereço para correspondência:** Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. A/C de Isadora Onófrio ou Marina Gastaud. Rua Casemiro de Abreu, 651. 90430-000. Porto Alegre – RS.

## Introdução

A prevalência de problemas psicológicos na vida adulta é alta. Estudos apontam que 20% dos adultos apresentam algum tipo de problema psicológico (FILHO; SANTANA, 1986), por isso é muito importante que esses adultos possam receber ajuda adequada. Esta ajuda deve contar com o trabalho de uma equipe transdisciplinar (psicologia, psiquiatria, pedagogia, medicina, fonoaudiologia, nutrição, neurologia, etc.), pois o trabalho em equipe assegura uma atenção integral capaz de desenvolver a autonomia e a qualidade de vida do paciente (QUEIROZ; ARAÚJO, 2009).

Entretanto, a literatura utilizada pelos profissionais que atendem nas clínicas muitas vezes está defasada, pois se baseia em dados teóricos, em pacientes atendidos em consultórios ou em épocas anteriores. Não retrata necessariamente o perfil atual de pacientes que buscam atendimento.

Isso talvez seja um dos fatores que faça com que o abandono de tratamento na psicoterapia seja tão alto, ou seja, os profissionais estão treinados para atender uma determinada clientela que não é necessariamente a clientela que chega a tratamento em instituições hoje em dia (Hauck, et.al. 2007). Taxas elevadas de evasão de tratamento também são bastante discutidas nas especialidades médicas (GONÇALVEZ; MEDIANO; CAVALIERE; BARBOSA, 2010) e pedagógicas (DANTAS, 2005).

Este estudo, portanto, tem o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico e clínico de adultos que buscam atendimento em um ambulatório transdisciplinar de saúde mental na cidade de Porto Alegre, trazendo dados empíricos e atuais sobre a clientela dos pacientes em atendimento. Especificamente, tem o objetivo de levantar sexo, renda, idade, religião, cidade onde reside, escolaridade, tipo de moradia, estado civil, qualidade de vida, gravidade dos sintomas, qualidade dos sintomas, tipo de sintomas, estilo defensivo, mês da busca do atendimento, fonte de encaminhamento, motivo da consulta,

história de tratamentos prévios, uso de medicação e conduta terapêutica destes pacientes.

### **Método**

Trata-se de um estudo transversal e documental realizado a partir de prontuários de pacientes adultos atendidos no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT).

O CIPT constitui-se em um ambulatório e uma escola que visa instituir o conhecimento psicanalítico e transdisciplinar oriundo tanto das disciplinas humanas quanto científicas, bem como propiciar as ferramentas e o conhecimento para a prática clínica nas áreas da psicoterapia, psiquiatria, pedagogia, fonoaudiologia, nutrição e ambientoterapia, promovendo, assim, por meio do seu ambulatório, a saúde emocional dos indivíduos. O ambulatório é voltado à população de média e baixa renda, os tratamentos têm término aberto e os honorários são estipulados pela dupla paciente-terapeuta a partir de um valor mínimo estipulado pela instituição.

Os atendimentos nesta instituição funcionam da seguinte forma: o paciente comparece a uma Entrevista de Recepção e Pesquisa, na qual preenche alguns questionários e conversa com um profissional especializado em fazer triagens. Nessa entrevista e com base nos resultados dos questionários, o paciente é encaminhado para o tipo de atendimento mais adequado para o seu caso específico. Os dados da presente investigação foram obtidos a partir dos formulários preenchidos pelos pacientes e pelos triadores durante esta entrevista de recepção e pesquisa.

As variáveis de interesse para este estudo foram assim definidas:

- Sexo, religião e fonte de encaminhamento: conforme preenchido pelos pacientes nos prontuários.

## Ressonâncias

- Idade: consideraram-se adultos pessoas com idades entre 18 e 60 anos incompletos, segundo critérios do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e do Estatuto do Idoso (2003).

- Renda: conforme preenchido pelos pacientes nos prontuários dentre as seguintes categorias: 1) Até 1 salário mínimo, 2) de 2 a 3 salários mínimos, 3) de 4 a 6 salários mínimos, 4) de 7 a 10 salários mínimos, 5) mais de 10 salários mínimos.

- Cidade em que reside: agrupada nas categorias Porto Alegre, Região Metropolitana e Serra/Litoral/Interior do estado.

-Escolaridade: conforme descrita pelo paciente e assim categorizada: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Técnico Profissionalizante e Ensino Superior. Considerou-se, nesta pesquisa, o grau máximo de instrução do paciente, independentemente de ter completado ou não o curso referido.

- Tipo de moradia: conforme declarado pelos pacientes, nas categorias: 1) própria 2) alugada, 3) cedida, 4) financiada, 5) pensionato/abrigo.

- Estado civil: conforme preenchido pelos pacientes. Foram agrupados da seguinte forma: 1) Solteiros; 2) Casados/União Estável; 3) Separado/Divorciado; 4) Viúvo.

- Qualidade de vida: esta variável é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009). Nesta pesquisa, ela foi avaliada de acordo com o WHOQOL-Bref, que é um inventário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de vida, com base em 4 domínios: 1) Domínio Físico: avalia se o indivíduo apresenta dor ou desconforto, energia ou fadiga para realizar atividades, a qualidade de seu sono e seu repouso; 2) Domínio psicológico: avalia se o indivíduo percebe-se como tendo sentimentos positivos, seu pensamento, aprendizado, memória e

## Ressonâncias

concentração, sua auto-estima, sua satisfação com sua imagem corporal e aparência física, bem como a presença de sentimentos negativos; 3) Relações sociais: como o indivíduo percebe e se gratifica com suas relações pessoais, seu suporte social e sua atividade sexual; 4) Ambiente: como o indivíduo percebe e se preocupa com sua segurança física e sua proteção, o ambiente no seu lar, seus recursos financeiros, a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, o sentimento de ter oportunidade para adquirir novas informações e habilidades, etc. A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS; PINZON,2000).

- Gravidade dos sintomas e tipo de sintomas: essas variáveis foram avaliadas a partir dos resultados do SCL-90-R (*Symptom Check-List 90 – Revised*). Este instrumento é um inventário multidimensional de auto-avaliação de sintomas, projetado para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, dentro das seguintes dimensões: 1) Somatização: distúrbios provindos da percepção da disfunção corporal; 2) Obsessividade/compulsividade: pensamentos, impulsos e ações que são vividos como repetitivos, irresistíveis e indesejáveis; 3) Sensibilidade interpessoal: sentimentos de inadequação, inferioridade, principalmente em comparação com outras pessoas; 4) Depressão: manifestações clínicas da depressão que são representadas por sinais de retraimento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas.; 5) Ansiedade: sinais de nervosismo, tensão e tremor, bem como sentimentos de terror, de apreensão e medo; 6) Hostilidade: pensamentos, sentimentos ou ações que são características da afetividade negativa do estado de raiva; 7) Ansiedade fóbica: resposta de medo persistente dirigida a uma pessoa específica, lugar, objeto ou situação; 8) Idéias paranóides: modo desordenado de pensamento caracterizado por pensamento projetivo, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, medo de perder autonomia e desilusão; 9) Psicoticismo: sintomas como retraimento, isolamento, estilo de vida esquizóide que passam de um contínuo graduado de uma suave alienação interpessoal para uma dramática psicose. A partir dos 90

## Ressonâncias

sintomas pontuados, cada dimensão pode estar nada (zero), pouco (um), moderadamente (dois), bastante (três) ou muito (quatro) presente na sintomatologia do paciente. Foi desenvolvido por Derogatis e Savitz (2000) e adaptado e validado para a população brasileira por Laloni (2001).

- Estilo defensivo: mecanismo de defesa é uma ferramenta inconsciente utilizada pelo indivíduo para lidar com um conflito ansiogênico. Será avaliado mediante o DSQ-40, que é um questionário de estilo defensivo que tem por objetivo mensurar o grau com que o paciente faz uso de determinados mecanismos de defesa. O questionário agrupa os 20 mecanismos de defesa pressupostos, em três categorias hierárquicas de funcionamento: defesas imaturas, defesas neuróticas, defesas maduras. As defesas imaturas são as defesas narcísicas, que envolvem uma maior distorção na imagem de si mesmo ou de outros, podendo ser empregadas para regular a auto-estima. As defesas neuróticas são as defesas que permitem as formações de compromisso, ou seja, o indivíduo mantém as idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados potencialmente ameaçadores, fora da consciência. As defesas maduras são as defesas consideradas adaptativas, pois conseguem maximizar a gratificação do impulso e permitem o conhecimento consciente dos sentimentos, idéias e suas consequências. Validado para a população brasileira por Blaya, Ceitlin, Isolan, Kipper, Heidt e Band (2004).

-Motivo da consulta: definido conforme descrição dada pelos pacientes no momento da triagem. As informações referentes ao motivo de consulta apresentadas no prontuário foram armazenadas de forma livre. Para classificação desta variável, os triadores registravam a queixa do paciente e em seguida categorizavam-na usando como modelo as categorias propostas pelo ABCL (Adult Behavior Check-List) (ACHENBACH, 2001).

- Mês da busca por atendimento, história de tratamentos prévios, uso de medicação e conduta terapêutica: conforme relatado pelos triadores nas fichas de triagem.

## Ressonâncias

Foram pesquisados prontuários de adultos que buscaram atendimento entre maio de 2009 e abril de 2011, que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando que os dados de seu atendimento fossem usados para pesquisa e ensino. O banco de dados foi elaborado no SPSS versão 17. A análise estatística utilizou o mesmo programa e foi feita em termos de frequência, porcentagem, medidas de dispersão e tendência central.

## Resultados

Durante o referido período, 743 pacientes adultos buscaram atendimento na instituição. Desses, 41 não assinaram o termo de consentimento, restando 702 pacientes para a amostra final desta investigação. Como se trata de pesquisa com dados secundários, algumas variáveis não puderam ser obtidas a partir dos prontuários, demonstradas nas tabelas como “não consta”.

A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas dos pacientes adultos pesquisados.

Tabela 1: Distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas.

	n (%)	Média (DP)
<b>Sexo</b>		
Masculino	223 (31,8)	
Feminino	479 (68,2)	
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 SM	52 (7,4)	
2 a 3 SM	219 (31,2)	
4 a 6 SM	202 (28,8)	
7 a 10 SM	92 (13,1)	
Mais de 10 SM	57 (8,1)	

## Ressonâncias

---

Não consta	80 (11,4)	
<b>Religião</b>		
Católica	390 (55,6)	
Espírita	78 (11,1)	
Evangélica	27 (3,8)	
Ateus	24 (0,7)	
Luterana	7 (1,0)	
Adventista	5 (0,7)	
Outras*	14 (2,0)	
Não consta	157 (22,3)	
<b>Cidade em que reside</b>		
Porto Alegre	598 (85,2)	
Região Metropolitana	86 (12,3)	
Interior do estado, Serra, Litoral	10 (1,4)	
Não consta	8 (1,1)	
<b>Tipo de moradia do responsável</b>		
Própria	352 (50,1)	
Alugada	169 (24,1)	
Cedida	83 (11,8)	
Financiada	53 (7,5)	
Pensionato/Abrigo	2 (0,3)	
Não consta	37 (5,9)	
<b>Idade do paciente</b>		33,27 (10,27)
18 – 29 anos	307 (43,7)	
30 - 39 anos	220 (31,3)	
40 - 49 anos	109 (15,5)	

---

## Ressonâncias

---

50 - 59 anos	66 (9,4)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Fundamental	42 (5,9)
Ensino Médio	140 (19,9)
Ensino Técnico/Profissionalizante	63 (8,9)
Ensino Superior	466 (63,3)
Não Consta	8 (1,1)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	428 (61,0)
Casado/União estável	189 (26,9)
Separado/Divorciado	72 (10,3)
Viúvo	8 (1,1)
Não consta	5 (0,7)

---

(\*Foram agrupadas na categoria “Outras” todas as religiões com menos de 5 representantes na amostra – africana, protestante, judaica, etc.)

Dos 702 prontuários referentes a adultos, 654 contavam com o WHOQOL-Bref adequadamente preenchido pelo paciente. A tabela 2 mostra os resultados destes dados, na qual se pode observar que a média mais baixa de qualidade de vida foi no domínio psicológico.

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto à média da qualidade de vida no momento da busca por atendimento\*

---

Qualidade de Vida	Média	Desvio Padrão	Variância
Percepção sobre qualidade de vida	66,48	18,99	360,96
Satisfação com a saúde	59,79	21,14	447,09
Domínio Físico	53,20	18,50	342,36
Domínio Psicológico	45,30	18,06	326,39
Domínio Relações Sociais	48,20	21,16	448,06

---

## Ressonâncias

Domínio Ambiente 53,23 15,30 234,30

(\*Valores obtidos através do WHOQOL-Bref, variam entre zero (muito baixa qualidade de vida) e cem (muito alta qualidade de vida).)

Dos 702 prontuários referentes a adultos, 631 contavam com SCL-90 adequadamente preenchidos pelo paciente. A tabela 3 mostra os resultados destes dados, na qual se pode observar que a dimensão mais pontuada como presente na sintomatologia dos pacientes foi Depressão (Média=1,84) e a menos pontuada foi Ansiedade Fóbica (Média=0,72). Analisando os pacientes individualmente, a dimensão em que houve mais casos cuja sintomatologia estava muito presente na patologia do paciente foi Depressão, seguida por Obsessividade/Compulsividade.

Tabela 3: Caracterização da amostra quanto aos sintomas apresentados

	n (%****)	Média (DP)
<b>TSP*</b>		51,70 (19,52)
Até 29 sintomas	91 (13,0)	
30 a 59 sintomas	310 (44,2)	
60 a 90 sintomas	230 (32,8)	
<b>IGS**</b>		1,35 (0,77)
Nem um pouco severo	81 (11,5)	
Pouco severo	282 (40,2)	
Moderadamente severo	210 (29,9)	
Bastante severo	57 (8,1)	
Muito severo	1 (0,1)	
<b>IDSP***</b>		2,19 (0,63)
Nem um pouco severo	2 (0,3)	
Pouco severo	88 (12,5)	
Moderadamente severo	328 (46,7)	

## Ressonâncias

---

Bastante severo	204 (29,1)	
Muito severo	9 (1,3)	
<b>Somatização</b>		1,18 (0,91)
Nem um pouco presente	154 (21,9)	
Pouco presente	266 (37,9)	
Moderadamente presente	140 (19,9)	
Bastante presente	57 (8,1)	
Muito presente	14 (2,0)	
<b>Obsessividade/Compulsividade</b>		1,71 (0,99)
Nem um pouco presente	54 (7,7)	
Pouco presente	232 (33,0)	
Moderadamente presente	183 (26,1)	
Bastante presente	135 (19,2)	
Muito presente	27 (3,8)	
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>		1,48 (0,92)
Nem um pouco presente	109 (15,5)	
Pouco presente	223 (31,8)	
Moderadamente presente	197 (28,1)	
Bastante presente	89 (12,7)	
Muito presente	13 (1,9)	
<b>Depressão</b>		1,84 (0,98)
Nem um pouco presente	47 (6,7)	
Pouco presente	192 (27,4)	
Moderadamente presente	198 (28,2)	
Bastante presente	161 (22,9)	
Muito presente	33 (4,7)	

---

## Ressonâncias

---

<b>Ansiedade</b>		1,28 (0,94)
Nem um pouco presente	150 (21,4)	
Pouco presente	230 (32,8)	
Moderadamente presente	164 (23,4)	
Bastante presente	77 (11,0)	
Muito presente	10 (1,4)	
<b>Hostilidade</b>		1,30 (0,99)
Nem um pouco presente	128 (18,2)	
Pouco presente	268 (38,2)	
Moderadamente presente	134 (19,1)	
Bastante presente	77 (11,0)	
Muito presente	24 (3,4)	
<b>Ansiedade Fóbica</b>		1,72 (0,96)
Nem um pouco presente	353 (50,3)	
Pouco presente	176 (25,1)	
Moderadamente presente	63 (9,0)	
Bastante presente	31 (4,4)	
Muito presente	8 (1,1)	
<b>Idéias Paranóides</b>		1,20 (0,93)
Nem um pouco presente	166 (23,6)	
Pouco presente	226 (32,2)	
Moderadamente presente	161 (22,9)	
Bastante presente	68 (9,7)	
Muito presente	10 (1,4)	
<b>Psicoticismo</b>		1,04 (1,74)
Nem um pouco presente	203 (28,9)	

---

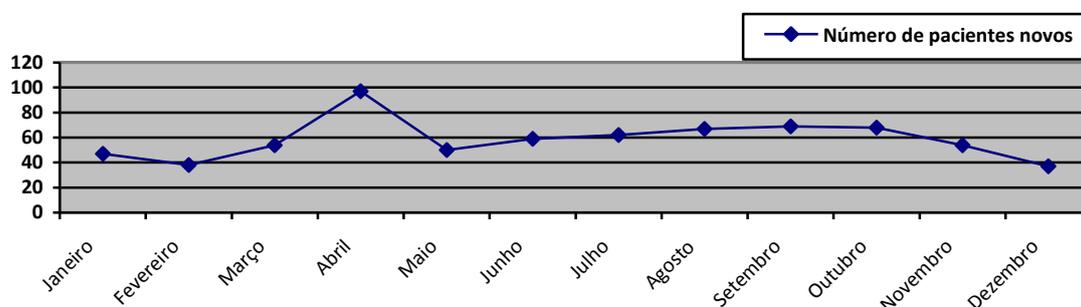
Pouco presente	261 (37,2)
Moderadamente presente	133 (18,9)
Bastante presente	21 (4,5)
Muito presente	2 (0,2)

(\*Total de sintomas apresentados pelo paciente em uma escala que varia de 0 a 90 sintomas. \*\*Índice Global de Severidade do paciente: varia de 0 (nem um pouco severo) a 4 (bastante severo). \*\*\* Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos – Avalia quão severos são, em média, os sintomas apresentados pelo paciente. Varia de 0 (nem um pouco severo) a 4 (bastante severo). \*\*\*\*Os percentuais se referem ao número total de pacientes, independentemente de terem preenchido o questionário.)

Dos pacientes adultos, 621 pacientes preencheram o DSQ-40 ao entrar na instituição. O mecanismo de defesa cuja pontuação teve maior média foi Antecipação (Média=11,03 em uma pontuação que varia de 2 a 18), seguido de *Acting Out* (Média=10,61) e Somatização (Média=9,73). A menor pontuação média foi no mecanismo Negação (Média=5,80). O DSQ- 40 utiliza as definições propostas por Kaplan e Sadock (1997) para estes mecanismos de defesa: Antecipação refere-se ao ato de antecipar realisticamente algum desconforto futuro; *Acting Out* significa expressar um desejo ou impulso inconsciente através da ação, evitando tomar consciência de um afeto concomitante; Somatização refere-se ao ato de converter derivados psíquicos em sintomas corporais; Negação significa evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade.

O mês da busca por atendimento está descrita na figura 1. O mês em que há mais busca por atendimento de adultos, nesta amostra, foi o mês de abril.

Figura 1: Mês da busca por atendimento



## Ressonâncias

As características clínicas estão descritas na tabela 4. A maior parte dos pacientes buscou atendimento por iniciativa própria (24,5%), por problemas depressivos (37,7%). Não foi possível identificar em 171 prontuários se o paciente havia ou não passado por atendimento antes de buscar o tratamento atual; dos 374 pacientes que relataram ter passado por atendimento previamente, a tabela 4 descreve a distribuição dentre as modalidades de psicoterapia, psiquiatria e neurologia. Embora o ambulatório seja transdisciplinar, percebe-se uma alta prevalência de encaminhamentos para psicoterapia individual.

Tabela 4: Distribuição da amostra quanto às características clínicas

	n (%)
<b>Fonte de encaminhamento</b>	
Iniciativa Própria	172 (24,5)
Médico	142 (20,2)
Familiar	90 (12,8)
Amigo/colega	66 (9,4)
Psicólogo	51 (7,3)
Namorado(a)	17 (2,4)
Outros*	23 (3,3)
Não consta	100 (14,2)
<b>Motivo de consulta</b>	
Problemas depressivos	265 (37,7)
Problemas de ansiedade	191 (27,2)
Problemas de convívio social	57 (8,1)
Retraimento/Problemas de relacionamento	57 (8,1)
Queixas somáticas	20 (2,8)
Problemas de atenção	17 (2,4)

## Ressonâncias

---

Não consta	95 (13,5)
<b>Tratamentos prévios</b>	
Sim	374 (53,3)
Não	157 (22,4)
Não consta	171 (24,3)
<b>Modalidades de tratamento prévio**</b>	
Psicoterápico	219
Psiquiátrico	190
Neurológico	9
<b>Uso prévio de medicação psicotrópica</b>	
Sim	272 (38,7)
Não	272 (38,7)
Não consta	158 (22,5)
<b>Internação psiquiátrica prévia</b>	
Sim	61 (8,7)
Não	477 (67,9)
Não consta	164 (23,4)
<b>Conduta terapêutica na triagem**</b>	
Psicoterapia individual	604
Psicoterapia vincular	4
Psiquiatria	90
Psicopedagogia	1
Fonoaudiologia	2
Psicodiagnóstico	10
Nutrição	2

---

(\*Foram agrupados na categoria “Outros” todas as fontes de encaminhamento com menos do que 5 sujeitos, como advogado, nutricionista, fonoaudiólogo, etc. \*\*O mesmo paciente pode ter passado por

## Ressonâncias

mais de um tipo de tratamento prévio e pode ter recebido mais de uma indicação de tratamento no momento da triagem.)

### **Discussão**

A literatura preconiza que mulheres apresentam mais sintomas internalizantes do que os homens (LOOSLI; LOUREIRO, 2010). Neste estudo, a maior prevalência de busca se deu no sexo feminino, por problemas depressivos e ansiosos. Sintomas de depressão e ansiedade são exemplos de sintomas internalizantes (LYRA; ASSIS; NJANE; OLIVEIRA; PIRES, 2009), ou seja, sintomas que não incidem diretamente sobre o meio em que o sujeito está inserido, explicando o grande número de pacientes que buscam ajuda por conta própria no ambulatório pesquisado.

Quando o paciente busca atendimento, provavelmente já está ciente das suas dificuldades e, por isso, tem baixa pontuação no mecanismo de defesa Negação. É possível que a alta prevalência de busca de atendimento por iniciativa própria, nesta amostra, seja um fato associado a baixas pontuações do mecanismo Negação. O atendimento clínico envolve contato próximo com o profissional, principalmente no âmbito das psicoterapias. Pacientes com altas pontuações de Ansiedade Fóbica talvez nem cheguem a consultar, impossibilitados de manter relação afetiva estreita com o terapeuta.

Ressaltam-se as limitações da obtenção de dados secundários. Os questionários preenchidos pelo paciente foram autoaplicáveis e as informações coletadas foram preenchidas pelos pacientes e terapeutas da clínica, sujeitas à percepção individual destes. Embora seja uma limitação comum em pesquisas documentais, a incompletude de alguns registros – como a que se percebeu neste estudo - interfere não apenas na pesquisa como também na própria prática clínica, na medida em que dificulta a continuidade (terapeuta subsequente que atende o mesmo caso não pode contar com as informações prévias) e transdisciplinaridade (profissionais de outras especialidades poderiam se beneficiar de algumas informações dos prontuários a fim de realizar

tratamentos mais completos) dos atendimentos.

### **Conclusão**

Primeiramente, frente à constatação de que poucos homens buscam atendimento na área da saúde mental, preconiza-se a importância da criação de medidas que diminuam o estigma dos atendimentos na área da saúde mental, uma vez que estes atendimentos estão erroneamente associados, para algumas pessoas, à fragilidade e à fraqueza e, conseqüentemente, ao prejuízo da virilidade. Diminuindo a imagem negativa que os atendimentos nesta área podem ter no imaginário masculino, mais homens chegarão a buscar ajuda especializada.

Considerando as dificuldades financeiras dos pacientes e a prevalência de pacientes que não residem na mesma cidade em que se tratam, é de suma importância destacar que pesquisas devem ser realizadas com o objetivo de diminuir o tempo de duração dos tratamentos mantendo sua efetividade. O alto índice de abandono das psicoterapias é geralmente justificado pelos pacientes por dificuldades financeiras (VARGAS; NUNES, 2003), já que não conseguem arcar com os atendimentos pelo tempo necessário. Assim, para atender a população de baixa renda, não parece útil oferecer apenas tratamentos com honorários mais acessíveis, precisa-se oferecer também tratamentos mais breves.

Por fim, é importante salientar que os profissionais da área da saúde devem se aprofundar no estudo dos Transtornos de Humor, uma vez que se constituem no maior motivo de consulta no ambulatório. Além disso, devem ampliar seu conhecimento nas áreas afins e 14 aumentar sua abertura à transdisciplinaridade, diminuindo a indicação quase exclusiva para psicoterapia.

### **Referências**

ACHENBACH, T.M. **Manual for the data manager program (ADM): CBCL, YRS, TRE, YARS, ABCL, CBCL/2-3, CBCL1/2-5 e C-TRF**. Vermont: Aseba, 2001.

BLAYA, C.; CEITLIN, L.H.; ISOLAN, L.R.; KIPPER, L.C.; HEIDHT, E.; BAND, M. Versão em Português do *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 16-46, 2004.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. LEI N° 8.069, Art.2, de 13 de junho de 1990.

BRASIL. **Estatuto do idoso**. LEI N°10.741, Art. 1, de 1 de outubro de 2003.

DANTAS, T.R. A alfabetização de adultos como estratégia de desenvolvimento social. Reflexões acerca do perfil dos professores no processo de educação de adultos. **Trabalho de conclusão do curso de Pedagogia**, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2007.

DEROGATIS, L.R.; SAVITZ, K.L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: MARUISH, M.E. (Org.). **Handbook of psychological assessment in primary care settings**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000, p. 297-334.

FLECK, M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

FILHO, N.A.; SANTANA, V.S. Espaço social urbano e doença mental: um estudo de área ecológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 334-348, 1986.

GONCALVEZ, T.R; MEDIANO, F.; CAVALIERE, M.L.; BARBOSA, J.S. Evasão de um programa de tratamento multidisciplinar para mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 23, p. 63-68, 2010.

HAUCK, S.; KRUEL, L.; SORDI, A.; SBARDELOTTO, G.; CERVIERI, A.; MOSCHETTI, L.; SCHESTATSKY, S.; CEITLIN, L.H. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 109-115, 2007.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria** (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KLUTHCOVSKY, A.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

LALONI, D. Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade (**Tese de doutorado**), 2001. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=294](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294)

LOOSLI, L.; LOUREIRO, S. Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 3, p. 94-101, 2010.

LYRA, G.; ASSIS, S.; NJANE, K.; OLIVEIRA, R.; PIRES, T. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 435-444, 2005.

QUEIROZ, E.; ARAÚJO, T.C. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paidéia**, v. 43, n. 19, p. 177-187, 2009.

VARGAS, F.; NUNES, M.L. Vargas, F., Nunes, M.L., Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. **Aletheia**, v. 18, n. 17, p. 155-158, 2003.