

FLORINDO STELA

Este exemplar corresponde à
versão final da Tese de Dou-
torado, apresentada à Fa-
culdade de Ciências Mé-
dicas da Unicamp, para
a obtenção do Título de Doutor
do aluno Florindo Stela.
Faculdade de Ciências Médicas
Unicamp, Campinas, 15/16/1991

Dorgival Caetano
Prof. Dr. Dorgival Caetano
Orientador

**DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:
PREVALÊNCIA MOMENTÂNEA E ANÁLISE DO DISCURSO DOS PACIENTES**

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Orientador:
PROF. DR. DORGIVAL CAETANO
Departamento de Psicologia Médica
e Psiquiatria - FCM - UNICAMP.

CAMPINAS - 1991

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

BC 411 10.000

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

St38d Stela, Florindo
Distúrbios depressivos em um centro de atenção primária : prevalência momentânea e análise do discurso dos pacientes / Florindo Stela. -- Campinas, SP : Is.n.I, 1991.

Orientador: Dorgival Caetano.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Depressão mental. 2. Psiquiatria. 3. Psicolinguística. I. Caetano, Dorgival. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

20. CDD- 616.852 7
616.89
401.9

Índices para catálogo sistemático:

1. Depressão mental	616.852 7
2. Psiquiatria	616.89
3. Psicolinguística	401.9

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes, sujeitos desta pesquisa, que prontamente atenderam às nossas solicitações.

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas que, como Orientador, desde o início colocou sua inquestionável competência aos objetivos deste trabalho, exercendo um papel imprescindível na execução das atividades relacionadas tanto com a direção teórica, quanto com as de natureza prática. Suas contribuições foram sempre marcadas por atitudes de inestimável disponibilidade, elegância e simpatia.

Aos demais Professores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo constante apoio.

À Profa. Dra. Ana Luíza Bustamente Smolka e à Profa. Adriana Lech Cantuária, do Departamento de Psicologia da Educação da Universidade Estadual de Campinas, pela Análise do Discurso dos pacientes. A contribuição dessas professoras foi decisiva para a realização de nossa pesquisa.

Aos Profs. Drs. Antonio Carlos Simões Pião, José Sílvio Govone e Wagner Luís Volpe, do Departamento de Estatística, Matemática Aplicada e Computacional - IGCE - da Universidade Estadual Paulista, Campus de Rio Claro - SP, pela Análise Estatística dos dados.

Aos colegas Professores da Universidade Estadual Paulista - Campi de Araraquara e Rio Claro, pelo apoio oferecido.

ÍNDICE

1. Introdução.....P.	1
2. Revisão Bibliográfica e Elementos Teóricos.....P.	4
2.1. Morbidade Psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde.....P.	4
2.2. Depressão.....P.	9
A. Natureza e Características Básicas.....P.	9
A.1. Depressão no DSM-III-R.....P.	17
A.2. Episódio Depressivo Maior.....P.	19
B. Epidemiologia dos Distúrbios Depressivos...P.	23
C. Tratamento dos Pacientes Deprimidos.....P.	30
C.1. Tratamento da Depressão em Hospital Psiquiátrico.....P.	32
C.2. Tratamento da Depressão em Ambulatório Psiquiátrico.....P.	33
C.3. Pacientes Deprimidos em Centros de Atenção Primária.....P.	35
C.4. Pacientes sem Tratamento.....P.	37
D. Componentes do Discurso.....P.	41
3. Objetivos.....P.	50
3.1. Gerais.....P.	50
3.2. Específicos.....P.	50

4. Metodologia.....p.	52
4.1. Características do Centro de Atenção Primária e dos Pacientes Estudados.....p.	52
4.2. Procedimentos Metodológicos para a Investi- gação da Depressão.....p.	54
5. Resultados.....p.	65
5.1. Resultados da Aplicação dos Indicadores Sugestivos de Depressão da OMS e da Escala de Depressão de Zung.....p.	65
5.2. Análise dos Discursos dos Pacientes.....p.	67
A. As condições de Produção do Discurso e da Depressão.....p.	71
B. Categorias de Análise do Discurso: Caracte- rização e Temática.....p.	76
B.1. Caracterização do Discurso.....p.	76
B.2. Temática do Discurso.....p.	78
6. Faixa Etária dos Pacientes com Escores em Zung \geq 40.....p.	106
7. Relações entre Discurso e Escores em Zung \geq 40.....p.	108
8. Distribuição, por Sexo, do Total dos 103 Pacientes Deprimidos e Não Deprimidos.....p.	144

9. Caracterização Dominante X Escores em Zung nos 48 Pacientes cujos Discursos foram Analisados.....p.	146
10. Pacientes do Grupo 2 com Escores Totais na Escala de Zung < 40.....p.	152
11. Comparação dos Resultados da Análise do Discurso com os Resultados da Escala de Zung.....p.	154
12. Descrição da Conduta do Clínico.....p.	160
13. Discussão e Conclusões.....p.	171
13.1. Subsídios à Prática do Clínico Geral.....p.	171
14. Resumo.....p.	198
15. Abstract.....p.	202
16. Referências Bibliográficas.....p.	206
17. Anexos.....p.	217

1. INTRODUÇÃO

A alta prevalência dos distúrbios depressivos em populações atendidas nos Centros de Atenção Primária vem chamando a atenção dos profissionais de Saúde Mental a respeito da maneira como o Clínico Geral está lidando com os pacientes portadores desses transtornos.

Esta situação ganha novas dimensões pelo fato de que pacientes de Centro de Atenção Primária de Saúde com distúrbios depressivos frequentemente procuram os Clínicos Gerais para apresentarem suas queixas. Ocorre, entretanto, que os Clínicos subdiagnosticam as alterações mentais, o que contribui de forma importante para a cronificação dos sintomas (Climent et al., 1980; Goldberg & Huxley, 1980; Nielsen & Williams, 1980; Schulberg et al., 1986; Blacker & Clare, 1987; Sen et al., 1987; Ormel & Giel, 1990).

Uma questão que emerge deste contexto consiste no processo discursivo através do qual os pacientes relatam suas queixas físicas. O Clínico, porém, poucas vezes consegue identificar as implicações contidas no discurso do paciente. Fenômenos como: tristeza, ansiedade, tensão, angústia, desânimo, dificuldade de concentração, sentimentos de inadequação e de inutilidade e ou-

tros, são processos psíquicos que os pacientes revelam amiúde em suas falas sem que o Clínico consiga "ler" a linguagem neles contida.

Com tendência ao diagnóstico de afecção de um órgão ou sistema específico, o Clínico nem sempre consegue "ler" os "sinais" indicadores de alterações mentais que o paciente revela subjacentemente às queixas de natureza física. O não reconhecimento dessas alterações mentais contribui para o agravamento e cronificação não só do estado mental, como também do quadro clínico físico do paciente.

Em face deste panorama, em primeiro lugar delineamos a necessidade de se avaliar a prevalência momentânea de distúrbios depressivos em um Centro de Atenção Primária. Em segundo, propusemo-nos a discutir a questão do discurso do paciente considerado deprimido, ou seja, a maneira como ele explicita suas queixas e o conteúdo de sua fala. Em terceiro lugar, analisamos as relações entre discurso e depressão com a finalidade de sugerirmos subsídios que possam ser úteis às atividades do profissional de saúde.

Acreditamos que é imprescindível despertar no Clínico Geral a preocupação em lidar com os "sinais" indicadores de alterações mentais que o paciente emite ao relatar seus sintomas. Daí, a necessidade de instrumentalização do Clínico com recursos teóricos e práticos que lhe permitam identificar os distúrbios depressivos e proceder à realização de um tratamento compatível com as necessidades do paciente. Esses procedimentos implicarão

num maior encaminhamento dos pacientes ao Setor de Saúde Mental, quando necessário. Um programa de treinamento dos Clínicos em Saúde Mental e um trabalho interdisciplinar que envolva a clínica geral e especialistas em Saúde Mental, num Centro de Atenção Primária, propiciarão a possibilidade de se lidar de forma mais adequada com os pacientes deprimidos.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E ELEMENTOS TEÓRICOS

2.1. MORBIDADE PSIQUIÁTRICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

A identificação da morbidade psiquiátrica em cuidados primários de saúde vem assumindo importância cada vez mais destacada sobretudo a nível da clínica geral. Esta tendência deve-se ao fato de que pacientes com distúrbios psiquiátricos com frequência procuram o Clínico num primeiro atendimento. Contudo, a morbidade psiquiátrica de sintomatologia não muito explícita, apesar de causar considerável sofrimento ao paciente, continua amplamente irreconhecida, afirmam Sen et al. (1987). Estes autores efetuaram investigação a respeito de doenças psiquiátricas num total de 1.077 sujeitos na cidade de Calcutta, Índia, e na cidade de São Paulo, aplicando os instrumentos Self-Reporting Questionnaire e o Clinical Interview Schedule. Os autores verificaram uma dificuldade significativa, por parte dos médicos generalistas que atuam junto aos Serviços Primários de Saúde, em reconhecer a morbidade psiquiátrica.

Por recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e contando com a atuação de uma equipe de psiquiatras coordenada por Climent et al. (1980), foi realizada uma investigação para se determinar a extensão dos problemas de Saúde Mental junto aos Serviços Primários, em sete países: Colômbia, Índia, Senegal, Sudão, Egito, Filipinas e Brasil. Durante três anos foi constatada a frequência de distúrbios psiquiátricos em uma amostra de 1.165

pacientes adultos. Os motivos mais comuns que levaram os pacientes ao atendimento médico foram diversos: dor de cabeça, dor abdominal, febre, queixas gênito-urinárias, tosse, dor nas costas, fraqueza, dor no peito e dores generalizadas. A frequência das alterações psiquiátricas variou de 10,5% a 17,7%. Contudo, os pacientes reconhecidos pelos Clínicos Gerais como portadores de comprometimentos mentais representaram menos de um terço. Os autores consideram que os distúrbios mentais compõem um grave quadro no âmbito da saúde comunitária, gerando incapacidades pessoais e preocupações sociais. Por isso, advogam a introdução de cuidados básicos de psiquiatria junto aos Serviços Primários e propõem treinamentos adequados em Saúde Mental para médicos, enfermeiros e outros membros da equipe de trabalho. Sugerem, ainda, a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e o engajamento dos profissionais de saúde nas atividades relacionadas com a educação da família, preservação dos valores culturais da comunidade e promoção da Saúde Mental.

Com a finalidade de avaliarem a prevalência de transtornos mentais e fatores de risco na prática médica generalista, Medina-Mora et al. (1985) efetuaram, na Cidade do México, estudo de uma amostra de 597 pacientes adultos de ambos os sexos, através da aplicação do Questionário Geral de Saúde (QGS) e de uma Entrevista Psiquiátrica Estandardizada. Os autores constataram uma prevalência de distúrbios mentais de cerca de 34%. A investigação ocorreu em duas etapas. A primeira abrangeu os chamados "casos potenciais", relacionados com transtornos psiquiátricos, cujo instrumento utilizado foi o QGS. Este questionário compreen-

de questões sobre sintomas de origem somática e emocional, proporcionando informações a respeito do estado mental atual do paciente e sobre o grau de gravidade de sua enfermidade. A segunda etapa encerrou a confirmação do diagnóstico através da realização da Entrevista Psiquiátrica Estandarizada que consta de: história clínica do paciente até o presente momento, sintomas referidos, anormalidades avaliadas pelo médico e diagnóstico. Dos 597 pacientes que responderam ao QGS, 364 (60%) apresentaram pontuação significativamente elevada, passando, então, à fase da Entrevista Psiquiátrica. Do total da amostra, 34% apresentaram algum tipo de sofrimento que requeria atendimento psiquiátrico específico. Entre os transtornos verificados, a depressão manifestou-se de forma significativa, merecendo cuidados psiquiátricos especiais.

As cifras acima encontradas podem ser comparadas com dados obtidos por outros pesquisadores que se utilizaram dos mesmos instrumentos com algumas alterações pequenas nos procedimentos.

Assim, Condes et al., (1986) reportaram-se aos dados da pesquisa efetuada por Medina-Mora et al., (1985) acima mencionada, comparando-os com os resultados de outra pesquisa desenvolvida por Padilla et al. (1984), também na Cidade do México. A amostra da primeira pesquisa foi composta de 597 pacientes adultos de um Hospital Geral e a da segunda, de 471 pacientes adultos de um Centro de Saúde. O objetivo dos autores foi o de comparar as prevalências dos transtornos emocionais nas duas amostras, estabelecendo-se como hipótese a influência das variáveis sócio-demográficas provenientes da estrutura e das características de popula-

ções distintas. Com a finalidade de se compararem os índices obtidos nos dois grupos - Hospital Geral e Centro de Saúde - utilizou-se o método de taxas ajustadas de prevalências, procedimento que implica na aplicação das taxas específicas de uma população à outra. O referido procedimento tem como propósito obter uma somatória de eventos esperados e se poder calcular novos percentuais que permitam uma correção na comparação das taxas globais. Desta forma, o método assegura a comparação das taxas de prevalência com um maior grau de validade, uma vez que se procede à correção das diferenças entre os grupos pesquisados (Condes et al., 1986). Os resultados indicaram que no Centro de Saúde houve uma prevalência mais elevada de transtornos emocionais (43% a 59%) em comparação com a prevalência no Hospital Geral (26% a 40%). Os autores concluíram que as estimativas entre populações tendem a sofrer aumento ou diminuição, refletindo variações que se devem tanto à rigidez das definições operacionais dos instrumentos, como à influência das características sócio-demográficas de cada população.

Os acometimentos psiquiátricos podem ser indiretamente investigados tendo como ponto de partida o uso de medicamentos, sobretudo psicofármacos, como tranquilizantes e sedativos. Em uma amostra de 1.830 pessoas de ambos os sexos constatou-se que 41,8% dos homens e 60,2% das mulheres haviam utilizado medicamentos nas 48 horas que haviam precedido à entrevista (Craig et al., 1978). Os sujeitos que referiram ingestão de quatro ou mais medicamentos apresentaram escores mais altos na avaliação da depressão em comparação com aqueles que ingeriram uma quantidade menor de medica-

mentos. Portanto, segundo os autores, há relação entre o uso de psicofármacos e depressão em sujeitos atendidos na clínica médica. Como a depressão frequentemente não é diagnosticada pelo Clínico Geral, este não introduz um tratamento compatível com as características que o quadro impõe.

Outro aspecto importante, que tem sido enfatizado por diversos autores, resume-se na constatação de que a maioria das pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas consulta inicialmente o Clínico Geral e não o psiquiatra. Muitos consultam-no apenas para doenças físicas aparentemente não relacionadas com distúrbios psiquiátricos ou para manifestações somáticas não específicas de alterações mentais. Com isso, grande número de pacientes não recebe tratamento compatível com suas necessidades e problemas (Goldberg & Huxley, 1980; Ormel & Giel, 1990).

2.2. DEPRESSÃO

A. NATUREZA E CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

O conceito de depressão tem sido marcado por componentes que se contrapõem: depressão reativa x endógena, neurótica x psicótica, psicogênica x somatogênica, primária x secundária, maior x menor, unipolar x bipolar (Akiskal et al., 1978). Nos estudos sobre tratamentos psicofarmacológicos, há inúmeros diagnósticos que nem sempre apresentam clara descrição ou critérios operacionais da doença. Há trabalhos que se referem a tratamentos de quadros com as mais variadas denominações, como "disforia histriônica", "depressão neurótica", "distímia subafetiva", "reação neurastênica", "depressão anérgica", "depressão mascarada", "depressão atípica" e outros. Nem sempre estas denominações configuram quadros psiquiátricos bem definidos e com limites precisos.

Embora o conceito de depressão tenha sofrido modificações ao longo do tempo, alguns dos seus significados básicos permanecem como consenso entre os autores.

Como um sintoma, a depressão refere-se a um estado de humor com diminuição da auto-estima; como síndrome, caracteriza-se por um conjunto de sinais biológicos e sintomas psíquicos específicos; e, como doença, abrange os fenômenos denominados propriamente de depressão distímica, unipolar e bipolar. À frente, quando nos referirmos sobre depressão segundo o DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised; APA, 1987), voltaremos a esta questão, reportan-

do-nos principalmente a temas como estado de humor, sinais e sintomas, depressão unipolar e bipolar.

O desenvolvimento histórico dos estudos da depressão tem percorrido uma trajetória de diferentes enfoques. Entretanto, mencionaremos apenas algumas de suas características.

Uma das preocupações iniciais consistia na aplicação do método fenomenológico para se nortear a execução de pesquisas em psicopatologia e, por conseguinte, orientar as investigações sobre depressão. Este recurso visava caracterizar o estado depressivo e, através de um elenco bem definido de sintomas, estabelecer o diagnóstico, enquadrando-o na categoria endógena ou reativa. Esta caracterização abrangia a compreensão das manifestações da enfermidade tal como se revelam no doente enquanto pessoa e no seu momento presente. A depressão, então, passou a ser diagnosticada dentro dos parâmetros da compreensão fenomenológica e, a partir deste diagnóstico, propunha-se o tratamento e sugeria-se o prognóstico.

Por outro lado, a concepção psicanalítica visava a compreensão psicodinâmica do paciente deprimido. Ela procedia à investigação dos fenômenos de natureza inconsciente, como bloqueios emocionais, traumas psicológicos, perdas afetivas que obstruíam a evolução normal da energia libidinal, gerando estados depressivos. O tratamento consistia em possibilitar ao paciente a compreensão desses fenômenos e assim poder melhor lidar com eles. Os conceitos psicanalíticos e sua aplicação na psicoterapia proporcionaram o aprofundamento do conhecimento do estado depressivo e da sua dinâmica inconsciente, reforçando, assim, o teor ontológico-

co da expressão humana da doença.

Com o advento da psicofarmacologia, surgiu um outro enfoque que se configurou basicamente na psiquiatria biológica. A partir desta linha de investigação, a depressão passou a ser considerada principalmente como distúrbio da fisiologia e bioquímica da atividade neuronal e sináptica, constituindo-se, por conseguinte, numa alteração da função neuro-hormonal (Melo de Paula, 1988). Este enfoque propiciou o incremento de pesquisas biológicas e a utilização das medicações antidepressivas tricíclicas e dos inibidores da monoaminoxidase. Sem dúvida, a psicofarmacologia trouxe contribuições para o tratamento, uma vez que métodos biológicos mais primitivos (como a insulino-terapia) foram progressivamente substituídos por uma terapêutica mais moderna.

Melo de Paula acredita, porém, que o fato de se limitar o tratamento ao uso de antidepressivos incorre em risco de se reduzir o estado afetivo do paciente a um estado patológico que só se combate com droga, podendo ocorrer, em consequência, um mascaramento da essência do quadro. Nesta linha de raciocínio, a depressão estaria relacionada com alterações na regulação da produção e da atividade de neurotransmissores a nível de seus receptores específicos (Janowski et al., 1972; Lima, 1988). Entretanto, seria atitude abusiva admitir-se que os distúrbios do humor sejam consequência apenas de uma modificação da neurotransmissão monoaminérgica, apesar de a maior parte das pesquisas concentrarem-se atualmente nesta direção (Lima, 1988). Por outro lado, é indiscutível o fato de a psicofarmacologia ter propiciado benefícios significativos ao tratamento das doenças depressivas.

Embora pareça haver uma dicotomia a respeito do enfoque que se imprime à depressão - de um lado, uma ênfase biológica e, de outro, uma compreensão psicológica - não há necessariamente um antagonismo entre estas duas posições, sendo possível conciliar a atividade psicoterapêutica com o tratamento psicofarmacológico (Melo de Paula, 1988). Aliás, esta integração permite ampliar o conceito de depressão e propicia uma compreensão mais completa dos sintomas psicossomáticos e do significado da relação da pessoa com o próprio corpo; aproxima as ciências humanas e as biológicas, de modo mais específico, a Medicina e a Psicologia. Esta interação contribui para uma maior eficácia do tratamento adotado.

A ênfase biológica imprimiu a idéia de que a depressão constitui-se num fenômeno corporalizado, cujo conceito passou por modificações ao longo do tempo. Numa primeira fase, considerou-se o estado depressivo que se manifesta através de sintomatologia física, cefaléia, disfunções digestivas, urinárias, etc., como uma forma mascarada de depressão. Este conceito progressivamente foi sendo substituído por outro que engloba a corporalidade como parte do complexo biopsicossocial do homem. Isto significa que a máscara - os sintomas somáticos - tenta encobrir o estado depressivo do homem como uma realidade que lhe é básica. Numa concepção mais moderna a corporalidade serve de canal de comunicação para os estados mais profundos do ser humano e traduz uma linguagem cada vez mais utilizada, mas ainda pouco compreendida, que se revela pelas manifestações psicossomáticas das próprias doenças que o homem vivencia (Melo de Paula, 1988).

Retomando a questão da "depressão mascarada", o termo foi introduzido na literatura especializada por Kielholz (1973), para caracterizar quadros atípicos de doenças depressivas que diferiam dos quadros tradicionais, como depressão endógena ou reativa. A partir daí, a depressão mascarada foi associada às manifestações psicossomáticas. López-Ibor (1966) anteriormente já havia denominado esta forma clínica de "depressão sem depressão". Melo de Paula (1988) afirma que a depressão mascarada resume-se num estado depressivo corporificado, configura-se como uma manifestação natural do ser humano e denuncia a ruptura iminente da sua homeostase interna. Ela pode ser considerada como uma forma de defesa diante das limitações do homem e das perdas que lhe são infringidas. Neste sentido, a depressão mascarada constitui uma forma mediante a qual o homem revela sua condição defensiva, utilizando sua corporalidade não para mascarar a angústia, mas para comunicá-la de maneira somatizada.

Como já mencionamos, o conceito de depressão não é uniforme e seu estudo tem caracterizado pontos convergentes e divergentes.

Ao examinar os elementos que determinam as formas de classificação das doenças depressivas na Europa e nos Estados Unidos, Pichot (1988) afirma que, na psiquiatria britânica contemporânea, as doenças depressivas são parte dos distúrbios afetivos. Este conceito foi rapidamente adotado nos Estados Unidos, onde se tornou oficial, após a publicação da primeira edição do Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Dentro desta classificação, a reação depressiva psicótica é considerada como uma forma

de "reação afetiva". Na Grã-Bretanha os distúrbios afetivos incluem os estados de ansiedade, além dos estados maníaco e depressivo. A concepção que vê os estados de ansiedade como um prolongamento das doenças depressivas dentro da grande área dos distúrbios gerais do afeto, continua exercendo influência até o presente momento. Alguns autores contemporâneos tendem a considerar pacientes ansiosos e fóbicos, sem evidência de depressão, como portadores de "depressão mascarada" ou "atípica", ou empregam sem critérios explicativos o termo "ansiedade-depressão". Embora aceitando a noção de "distúrbios afetivos", certos autores americanos têm resistido a incorporar os estados de ansiedade dentro deste âmbito (Pichot, 1988).

Outra tradição européia na classificação da depressão consiste no isolamento de uma categoria específica - "depressão endógena" - em que o aparecimento de manifestações clínicas, particularmente depressivas, não está ligado a fatores ambientais, mas está diretamente relacionado com causas internas, provavelmente biológicas (Kraepelin, apud Pichot, 1988).

A depressão endógena foi caracterizada por sintomas cuja etiologia é de natureza biológica, onde os fatores genéticos desempenham importante papel, e tem sido associada a episódios maníacos. Perris (1966) mostrou que há duas formas de depressão endógena, dependendo do fato dos episódios depressivos terem sido ou não associados a episódios maníacos no curso da doença. São as formas bipolar e unipolar. A forma bipolar abrange episódios depressivos alternados (ou associados) com episódios maníacos, enquanto que a unipolar restringe-se à manifestação de episódios

depressivos. Por outro lado, a depressão não-endógena tem origem não nas estruturas psicobiológicas do sujeito, e sim, nas relações que ele mantém com o seu ambiente. O contraste quanto à base etiológica primária entre as categorias de depressão endógena e não-endógena foi amplamente aceito, embora gerando discussões.

A posição norte-americana tem diferido um pouco em relação à atitude geralmente sustentada na Europa. Nos Estados Unidos há o confronto de duas categorias de depressão - "primária" e "secundária" - tendo por base a presença ou ausência de uma história psiquiátrica passada e de doenças físicas atuais. O que se pretende é eliminar concepções não válidas ao se estabelecerem estes critérios de diagnóstico (Feighner et al., 1972). Os Critérios de Diagnóstico para Pesquisa (RDC; Spitzer, 1978) estabelecem como elemento central o "distúrbio depressivo maior" por refletir largamente uma idéia unitária de depressão. Para a American Psychiatric Association - APA (1987) - o termo "maior" do Distúrbio Depressivo Maior é utilizado para enfatizar um alto grau de gravidade da doença. Por sua vez, o DSM-III-R não dá destaque à classificação da depressão como "endógena" ou "exógena". Assim, a postura norte-americana tende a rejeitar a dicotomia entre endógeno e não-endógeno, ao procurar introduzir princípios de classificação que sejam considerados mais objetivos, como a presença ou não de uma história anterior de mania e a intensidade e duração do episódio (Pichot, 1988). No âmbito das doenças afetivas, quando precedidas de episódios de mania, as depressões são classificadas, portanto, como distúrbios "bipolares". Quando não há a constatação destes fenômenos, elas constituem "episódios de-

pressivos" que consistem em um episódio isolado ou em um "distúrbio depressivo recorrente".

Diante da tentativa de se delimitarem os quadros depressivos mediante a aplicação de conceitos muitas vezes complexos e contraditórios, deve-se estar alerta para os riscos de posições de caráter simplista (Pichot, 1988).

Embora haja peculiaridades de acordo com as condições de cada população, estudos transculturais têm mostrado que é possível detectar-se um núcleo comum de sintomatologia depressiva em diversas regiões com características sócio-culturais distintas (Sartorius et al., 1980). Este núcleo inclui sintomas como tristeza, falta de prazer, ansiedade e tensão, falta de interesse, dificuldade de concentração e sentimentos de inadequação e inutilidade, estando presente em praticamente todos os centros estudados. No item Epidemiologia dos Distúrbios Depressivos iremos nos reportar a esses estudos, mencionando elementos do método utilizado nas investigações referidas.

A.1. DEPRESSÃO NO DSM-III-R

Apresentamos, a seguir, uma síntese dos parâmetros estabelecidos pelo DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised - APA, 1987) para a caracterização dos distúrbios do estado de humor, em cuja esfera se inserem os distúrbios depressivos. De certa forma, os conceitos sobre distúrbios depressivos do DSM-III-R contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

O DSM-III-R afirma que as alterações dos estados de humor - maníacas ou depressivas - consistem num grupo de sintomas de natureza afetiva que são interligados e que cursam integradamente durante um determinado período de tempo. Como parte dessas alterações, há os distúrbios depressivos.

Ao efetuar a Sub-Classificação dos distúrbios de humor, o DSM-III-R divide-os em bipolares e distúrbios depressivos. Os distúrbios bipolares incluem episódios depressivos com história de episódios hipomaniacos ou maníacos.

Com relação aos distúrbios depressivos, admitem-se dois tipos. O primeiro é o Episódio Depressivo Maior. O segundo é a Distímia, em que aparece uma história de mais dias de humor deprimido do que de humor não deprimido, num espaço de tempo de pelo menos dois anos, sem entretanto que este quadro preencha os critérios para um Episódio Depressivo Maior. A expressão "Maior", para o DSM-III-R, resumidamente, significa elevado grau de gravidade.

Um Episódio Depressivo Maior, por sua vez, caracteriza-se por um "tipo melancólico" e um "tipo crônico". O tipo melancólico representa uma forma tipicamente grave de depressão e acredita-se ser particularmente sensível à terapia somática. O tipo crônico tem como base a permanência do distúrbio depressivo por dois anos consecutivos, sem que tenha havido um período de pelo menos dois meses de ausência dos sintomas. A seguir faremos diversas considerações a respeito do Episódio Depressivo Maior.

A.2. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Como critérios diagnósticos para Episódio Depressivo Maior, o DSM-III-R exige a presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas durante um período de pelo menos duas semanas. Os sintomas devem ser relativamente persistentes, ocorrendo na maior parte do dia.

1. Humor deprimido na maior parte do dia.
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em quase todas as atividades.
3. Perda ou ganho significativo de peso sem dieta especial para esta finalidade.
4. Insônia ou hipersonia.
5. Agitação ou lentificação psicomotora.
6. Fadiga ou perda de energia.
7. Sentimentos de desvalia.
8. Sentimentos de culpa excessiva ou inadequada.
9. Diminuição da habilidade de pensar ou de concentrar-se e indecisão.
10. Pensamentos recorrentes de morte - medo injustificado de morrer.
11. Ideação suicida recorrente, com a presença ou ausência de um plano específico de consumação do ato.
12. Tentativa de suicídio.

O diagnóstico implica, necessariamente, na exclusão de um fator orgânico como elemento que tenha iniciado ou mantido a perturbação. Esta não deve, ainda, significar uma reação normal à perda de uma pessoa amada, isto é, luto sem complicação. Além disso, o diagnóstico exclui a sobreposição de outros quadros, como Esquizofrenia ou outros distúrbios psicóticos.

Uma pessoa com humor deprimido habitualmente mostra-se triste, desesperançada, desencorajada. Entretanto, mais do que a perda de interesse ou prazer, é a perturbação do sono que comumente constitui-se no principal fator que conduz a pessoa para o tratamento.

A agitação psicomotora é representada pelo incessante movimento das mãos, andar constante e incapacidade de permanecer quieto. A lentidão psicomotora pode manifestar-se por discurso lento, fala monótona, mutismo, decréscimo acentuado no ritmo das reações aos estímulos e por movimentos corporais vagarosos.

Um decréscimo no nível de energia está quase invariavelmente presente e manifesta-se pela vivência de fadiga permanente e até pela ausência de esforços físicos. As tarefas, antes simples, tornam-se difíceis. Surge um sentimento de desvalia e a pessoa reprova-se excessivamente por falhas tanto passadas, como atuais.

As características associadas, de modo geral, incluem lamentações, ansiedade, irritabilidade, preocupação excessiva com a saúde física, ataques de pânico e fobias.

O risco de tentativas de suicídio, por sua vez, deve ser considerado.

Algumas pessoas podem apresentar apenas um único episódio depressivo, com retorno completo ao funcionamento pré-mórbido. Contudo, existe possibilidade de recorrência do quadro. O DSM-III-R estima que 50% das pessoas que inicialmente tiveram episódio único de depressão, eventualmente terão outro episódio, preenchendo, então, os critérios para depressão recorrente. Elas correm maior risco de desenvolver distúrbio bipolar em comparação com aquelas que apresentam um único episódio depressivo.

O curso da depressão recorrente, segundo o DSM-III-R, é variável. Assim, algumas pessoas apresentam períodos do distúrbio, separados por muitos anos em que há funcionamento normal da atividade psíquica. Outras pessoas apresentam períodos do distúrbio com frequência crescente à medida em que evoluem na idade. Entretanto, o DSM-III-R estima que em 20 a 35% dos casos haja um curso crônico da doença, com considerável comprometimento residual, tanto sintomático, como social.

Dentro dos distúrbios depressivos, o DSM-III-R situa também a Distímia, cuja característica básica consiste na presença crônica de humor deprimido durante a maior parte do dia e na maioria dos dias, durante pelo menos dois anos. Com este quadro cursam os seguintes sintomas associados: alteração do apetite, alterações do sono, baixa energia, fadiga, baixa auto-estima, diminuição da concentração, dificuldade para se tomar decisões e sentimentos de desesperança. Entretanto, entre os fatores que caracterizam a Distímia, um consiste no fato de ser ela um processo crônico e de ser mais leve do que o Episódio Depressivo Maior.

Para o diagnóstico de Distímia, deve-se considerar o fato de a pessoa nunca estar livre de sintomas depressivos por mais de dois meses ao longo de um período de dois anos. O diagnóstico exclui evidências claras de um Episódio Depressivo Maior durante o período da perturbação e também exclui superposição de fenômenos psicóticos crônicos, como esquizofrenia ou distúrbio delirante. Além disso, ele também é afastado se a perturbação é mantida por um fator orgânico ou pelo uso prolongado de alguma substância, como medicação anti-hipertensiva.

A existência de diversos Episódios Depressivos Maiores sucessivos constitui a chamada Depressão Maior.

Neste trabalho, adotaremos o termo "distúrbio depressivo" para alterações afetivas compatíveis com os sintomas de depressão adotados pelo DSM-III-R, independentemente de ser ele um único Episódio Depressivo Maior, uma sucessão destes quadros, como é o caso da Depressão Maior, ou Distímia.

B. EPIDEMIOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS

Dentro do quadro geral da morbidade psiquiátrica os distúrbios depressivos representam um dos problemas mais frequentes. Seu estudo tem sido uma das prioridades de pesquisa dos programas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde. As razões para esta inclusão abrangem os seguintes aspectos: o aumento, em muitos países, da incidência e prevalência das doenças depressivas; o reconhecimento de que a maioria dos pacientes deprimidos permanece sem tratamento, apesar da disponibilidade de métodos eficazes; e a necessidade de se avaliarem formas alternativas de cuidado, uma vez que muitos pacientes procuram ajuda com mais frequência junto aos médicos generalistas ou outros profissionais de saúde, do que aos psiquiatras. Assim, são preconizados pela OMS a ampliação do conhecimento da epidemiologia dos distúrbios depressivos e o planejamento de estratégias efetivas para o encaminhamento do problema, especialmente nos serviços de saúde com recursos escassos.

Em sintonia com esta perspectiva da OMS, estudos foram desenvolvidos em departamentos psiquiátricos de diversos hospitais universitários por Sartorius et al. (1980). Os autores investigaram a prevalência de distúrbios depressivos em 573 pacientes adultos de ambos os sexos, pertencentes a quatro culturas diferentes - Canadá, Irã, Japão e Suíça. Foi aplicado o Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders (WHO/SADD) por ser um instrumento útil para investigações clínicas, terapêuticas e epidemiológicas de condições depressivas. Este instrumen-

to compõe-se de quatro partes: Parte I: registro da identificação do sujeito e dados biográficos. Parte II: inclusão de 40 itens referentes ao estado mental do paciente durante o episódio de depressão e de 17 itens relativos à história progressa do paciente. Parte III: registro do tipo de tratamento básico durante o episódio de depressão. Parte IV: avaliação da gravidade da condição depressiva e registro do diagnóstico. Os autores encontraram índices de distúrbios depressivos que oscilaram entre 18,7% em Teerã e 23,8% em Basiléia. Também constataram a presença de história familiar de doenças depressivas em 46,3% dos sujeitos deprimidos, frequência considerada significativamente elevada.

Segundo o DSM-III-R, a prevalência estimada de distúrbios bipolares na população adulta situa-se entre 0,4% a 1,2%, sendo que, nos Estados Unidos, a distribuição por sexo revela-se semelhante entre homens e mulheres. A Depressão Maior, porém, apresenta-se com taxas mais elevadas. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e Europa, utilizando os mesmos critérios adotados pelo DSM-III-R, revelaram ampla variação na proporção da população adulta que já teve o distúrbio. Para mulheres, a variação situou-se entre 9% e 26%; para homens, 5% e 12%. Na maioria dos estudos com adultos de países industrializados, os distúrbios depressivos mostraram-se duas vezes mais comum nas mulheres do que nos homens (DSM-III-R; APA, 1987).

Numa revisão de doze estudos epidemiológicos na população geral Boyd & Weissman (1981) encontraram prevalência momentânea (point prevalence) de sintomas depressivos entre 9 e 20% para indivíduos de ambos os sexos. Prevalência momentânea é a percen-

tagem de indivíduos que apresentam depressão (sintoma ou doença) em um determinado momento.

Durante o período de um ano, Barret et al. (1978), utilizando a Escala de Depressão de Zung, estudaram a prevalência média mensal dos sintomas depressivos em população não psiquiátrica de controladores de tráfego aéreo. Os autores verificaram que os distúrbios depressivos que atingiram nível sintomático foi de 7,0%, enquanto que 1,9% atingiu um nível compatível com a necessidade de tratamento ambulatorial.

Estudos de populações distintas, com o uso de diferentes instrumentos de avaliação, têm encontrado taxas de prevalência de distúrbios psiquiátricos, nos cuidados primários de saúde, que variam de 25 a 40%, sendo que a maior parte desses transtornos consiste em distúrbios do tipo depressivo, incluindo-se distímia, depressão intermitente, depressão mascarada e depressão menor (Goldberg & Bridges, apud Ormel & Giel, 1990). O conjunto dos distúrbios depressivos mais frequentes concentra-se nas doenças não-bipolares. A prevalência momentânea dessas doenças, fornecida por dezesseis pesquisas de caráter comunitário, é de 1,8 a 3,2% para homens e de 2,0 a 9,3% para mulheres (Boyd & Weissman, 1981).

Por não incluir muitos deprimidos que no momento de uma pesquisa estão assintomáticos, a prevalência momentânea nem sempre se configura como a melhor via de estimativa. Uma aproximação mais adequada da magnitude do problema seria o exame da prevalência por um período mais prolongado (period prevalence). Esta corresponde à percentagem de membros de uma população que apresentam

depressão ao longo de um período fixo no tempo, em geral, um ano. Para se evitar o enviesamento no estudo, os autores acima citados investigaram durante um ano a prevalência da depressão não-bipolar. Assim, alterações dessa natureza foram investigadas através de dois estudos realizados com sujeitos do sexo feminino, cujas taxas encontradas foram respectivamente 8,4 e 14,8%. Em ambos os trabalhos, utilizou-se o Present State Examination (PSE).

Por outro lado, numa revisão de dez estudos de pacientes deprimidos (não-bipolares) tratados, Boyd & Weissman (1981) verificaram a existência de prevalência que variou apenas de 0,1 a 0,9% para indivíduos de ambos os sexos.

Fica evidente o contraste dos percentuais entre pacientes que não receberam tratamento e aqueles que foram sistematicamente tratados.

Uma outra estimativa da depressão é o estudo da incidência anual, isto é, a ocorrência de novos casos durante esse período de tempo. Dos estudos relatados por Boyd & Weissman (1981), um dos mais confiáveis sob o ponto de vista metodológico, é o realizado por Brown & Harris (1978). Estes autores, fazendo uso do PSE, encontraram uma incidência para depressão não-bipolar, em mulheres, de 7,8%.

Como foi anteriormente mencionado, existe uma grande defasagem entre estimativas de depressão não-bipolar quando se comparam casos tratados (0,1 a 0,9%; ambos os sexos) com casos encontrados na comunidade (8,4 a 14,8%; mulheres). Sobre esta questão, estudos epidemiológicos americanos e escandinavos têm constantemente demonstrado que apenas um quarto das pessoas com

depressão receberam tratamento alguma vez na vida (Juel-Nielsen et al., 1961; Lehman, 1971; Weissman et al., 1981).

Resultados de uma investigação desenvolvida pelo National Institute of Mental Health e coordenada por Klerman (1985) indicam que cerca de 4% da população adulta preenchem os critérios do DSM-III para distímia (depressão neurótica). O autor assegura que pacientes com distímia crônica podem focalizar suas queixas e procuram o Clínico por causa de insônia, dores nas costas ou dores de cabeça, sendo frequentemente rotulados de hipocôndriacos ou histéricos.

Frerichs et al. (1981) efetuaram pesquisa epidemiológica com uma amostra de 1003 adultos do Condado de Los Angeles, utilizando um questionário de 20 itens, desenvolvido pelo Center for Epidemiologic Studies (CES-D). Tendo admitido como ponto de corte o valor ≥ 16 , os autores encontraram uma prevalência para depressão de 19,1% para ambos os sexos, sendo que para os homens a taxa foi de 12,9% e, para as mulheres, 23,5%.

Em estudos desenvolvidos na cidade de Calcutta, Índia, numa amostra de 202 sujeitos, foram caracterizadas a extensão e a natureza dos fenômenos depressivos nos cuidados primários de saúde, mediante a aplicação de diversos instrumentos de medida (Sen & Williams, 1987). Os autores verificaram que, dependendo do instrumento utilizado, a presença dos distúrbios depressivos alcançou índices que se estenderam de 23,3% (segundo a Escala de Hamilton) a 42,6% (de acordo com a Escala de Depressão Manifesta, do Clinical Interview Schedule). Os autores enfatizaram o fato de muitas pessoas sofrerem de depressão e não serem encaminhadas pa-

ra exame com psiquiatras após atendimento naqueles serviços. Por não ter seu sofrimento reconhecido, a maioria destes pacientes permanece sem tratamento adequado. Os autores admitem que uma das causas importantes desta situação consiste na carência de educação médica adequada das pessoas que atuam junto aos cuidados primários de saúde.

Utilizando o Beck Depression Inventory, Salkind (1969) estudou uma série consecutiva de 80 pacientes de clínica geral e verificou que 25% a 48% deles apresentavam distúrbios depressivos, índices que variaram em função de mudanças no ponto de corte durante a execução da pesquisa. Também aplicando o Beck Depression Inventory, Ralf et al. (1975) relataram que 56% de uma amostra composta de 100 pacientes ambulatoriais de um hospital de ensino apresentavam distúrbios depressivos, sendo que 41% deles foram classificados como deprimidos inclusive através da Entrevista Psiquiátrica.

Ainda com o uso do Beck Depression Inventory e da Entrevista Psiquiátrica, Nielsen & Williams (1980) investigaram a prevalência da depressão em amostra de 526 pacientes adultos de ambulatório médico da cidade de Washington, U.S.A. Os resultados revelaram os seguintes dados: a prevalência de depressão leve atingiu a cifra de 12,2%; a nível de depressão moderada, o índice foi de 5,5%; e o índice de depressão severa manteve-se em 0,6%, totalizando a taxa de 18,3%. A revisão dos prontuários médicos mostrou que os Clínicos Gerais falharam ao diagnosticarem a enfermidade manifesta em 50% dos pacientes deprimidos. Os dados revelaram alta prevalência de depressão não identificada neste cen-

tro.

Para Blacker & Clare (1987), depois do distúrbio de ajustamento, o distúrbio depressivo é a alteração psiquiátrica formal mais comum nos cuidados primários de saúde, atingindo índice de 8 a 10% dos pacientes, sendo que 90% deles permanecem nos cuidados primários e raramente são encaminhados aos serviços psiquiátricos.

Não encontramos referências sobre investigações epidemiológicas abrangentes no Brasil a respeito dos distúrbios depressivos. Entretanto, se a incidência anual dessas alterações na comunidade se mantiver em torno de 3% - índice adotado por Sartorius (1975) - teríamos em nosso país um contingente aproximado de 4,5 milhões de pessoas que a cada ano apresentam um acometimento depressivo clinicamente diagnosticável e que poderiam se beneficiar de tratamento adequado, com subseqüentes benefícios para ele e para seus familiares.

Uma proporção considerável dessas pessoas com certeza permanece sem diagnóstico e inadequadamente tratada, o que acarreta-lhes sofrimento desnecessário e sobrecarga dos trabalhos dos Clínicos e dos Serviços Primários de Saúde.

C. TRATAMENTO DOS PACIENTES DEPRIMIDOS

O que levaria uma pessoa a procurar ajuda quando está sofrendo de um episódio de depressão?

Grande parte dos autores admite que são pouco conhecidos os fatores que influenciam uma pessoa a buscar ajuda profissional durante um episódio depressivo. Estas dificuldades foram estudadas em 96 sujeitos (Dew et al., 1988), onde se concluiu que a frequência com que as pessoas buscam ajuda do psiquiatra ocorre em função da gravidade do problema. Os resultados da investigação revelam que, dos 96 sujeitos, 39 (40,6%) haviam procurado ajuda profissional durante o episódio depressivo. Destes, apenas 16 haviam consultado um profissional de Saúde Mental, 17 haviam procurado médicos não psiquiatras e 6 haviam consultado outros serviços. Permanecem em aberto tanto a questão dos motivos que levam uma pessoa a buscar auxílio quando sofre de depressão, como as razões que a levam a procurar inclusive outro profissional que não o de Saúde Mental.

Caetano (em trabalho ainda não publicado) retoma o fato de várias investigações epidemiológicas em Saúde Mental terem demonstrado que os diversos distúrbios psiquiátricos (inclusive depressão) seguem os níveis de distribuição em forma de pirâmide mostrada na Figura 1.

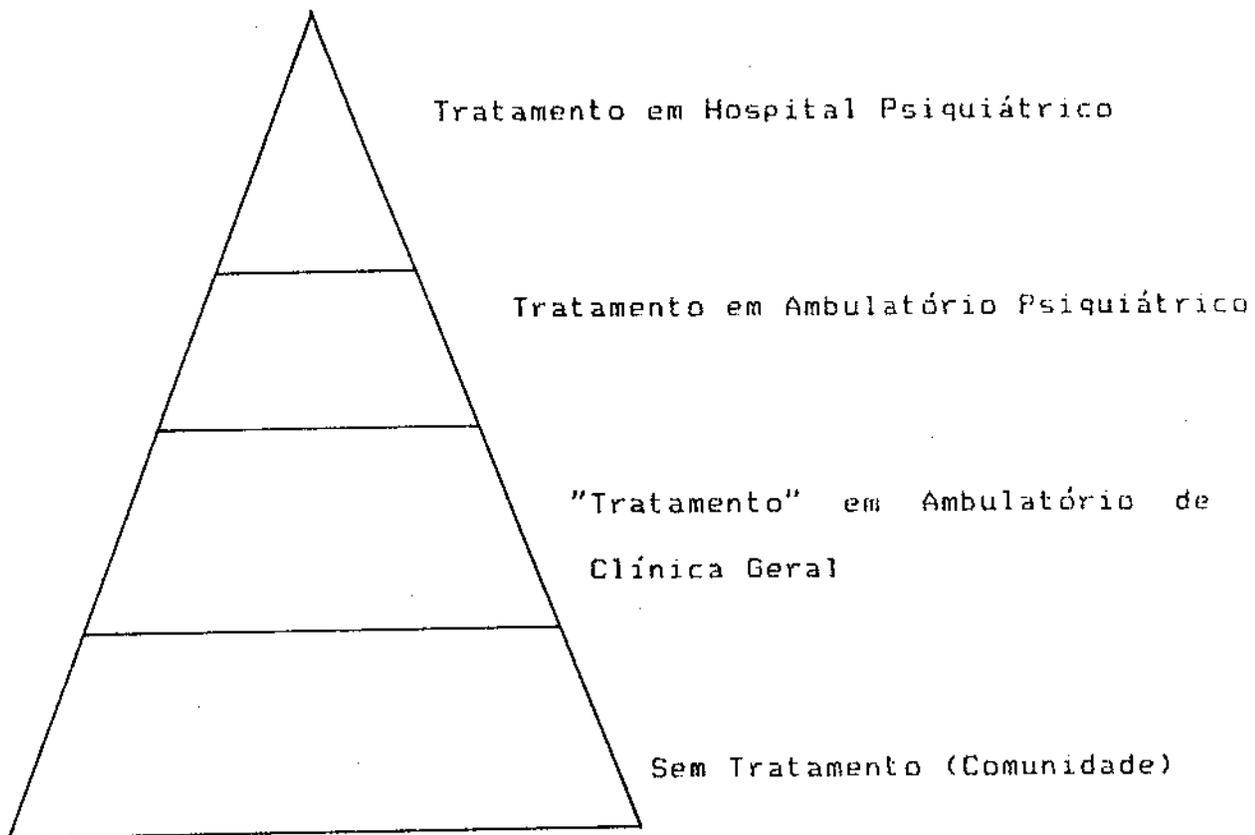


Figura 1 - Níveis de distribuição de tratamento prestado a pacientes deprimidos (Caetano, D. Trabalho não publicado).

A Figura sugere uma proporção progressiva de pacientes deprimidos que se distanciam do tratamento. Um pequeno número deles é atendido em hospitais psiquiátricos; um contingente um pouco mais elevado recebe atendimento em ambulatórios psiquiátricos; uma parcela significativa recebe "tratamento" em ambulatórios de clínica geral e grande parte permanece sem tratamento.

Apesar do objetivo principal deste trabalho ser o estudo dos distúrbios depressivos em ambulatório de clínica geral, faremos rápidas considerações sobre os outros níveis que compõem a pirâmide.

C.1. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A respeito da questão referente ao tratamento da depressão em Hospitais Psiquiátricos (nível 1 da pirâmide), não foram encontrados na literatura especializada dados abrangentes sobre nossa realidade. Uma aproximação do problema foi realizada por Karniol, Portela, Matos et al. (1981). Nesse estudo foi efetuado um levantamento dos padrões de prescrição de psicofármacos em três hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo que mantinham convênio com o INAMPS. Os autores verificaram que 65,5% dos pacientes recebiam simultaneamente três ou mais drogas. Dos 33 pacientes tratados com antidepressivos, 48,5% estavam também recebendo neurolepticos e 6,12% eram medicados com a associação: antidepressivo + antidepressivo (e.g. maprolitina + amitriptilina). Os autores também verificaram que as doses utilizadas estavam em geral abaixo daquelas consideradas úteis. Muitas vezes antidepressivos como amitriptilina ou imipramina estavam sendo usados por longos períodos, a partir do início do tratamento, na dose diária de 25 ou 50 mg.

C.2. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO

O episódio depressivo tem três formas possíveis de evolução: remissão completa da sintomatologia, remissão parcial e cronicidade. Segundo Weissman & Klerman (1977), 11 a 15% dos casos de depressão cronificam-se e em 70% destes a cronificação se deve a tratamento inadequado. O fato é também relatado por outros autores, como Hollister (1978) e Cassano & Maggini (1983).

A cronificação, além do desconforto que causa ao paciente e da perturbação na dinâmica familiar, provoca queda da atividade profissional com subsequente diminuição da produtividade e aumenta o ônus para os serviços públicos em razão de repetidos tratamentos, licença-saúde, aposentadoria precoce, etc.

Se o fator tratamento adequado é de capital importância na recuperação plena do paciente, surge a pergunta: "como são tratados os nossos deprimidos?"

Nas instituições com elevado número de atendimentos, distantes do local de residência dos pacientes, com grandes intervalos entre as consultas e com carência de pessoal, os antidepressivos tricíclicos em geral têm sido as drogas mais importantes no tratamento biológico dos episódios depressivos.

A segunda pergunta é: "como esse recurso terapêutico de grande valor tem sido utilizado? Tem sido ele usado de forma adequada em termos de indicação, droga, dose e tempo de duração do tratamento?"

Para responder a pergunta sobre como são tratados os pacientes de Ambulatório Psiquiátrico (nível 2 da pirâmide) em nossa realidade, Maciel, Caetano & Moreira (1987) estudaram a prática de prescrição de antidepressivos em um ambulatório de Saúde Mental da rede pública em Campinas - SP.

Durante o período de estudo (três meses) foram prescritos e liberados pela farmácia do ambulatório antidepressivos tricíclicos (imipramina e amitriptilina) para 66 pacientes (22 homens e 44 mulheres). Destes, 35 (53%) receberam o diagnóstico de depressão (neurótica: 39%, e psicótica: 14%) e os demais receberam outros diagnósticos. Dos 47 pacientes tratados com imipramina, 41 (87%) receberam dose igual ou menor do que 50 mg/dia e, dos 19 tratados com amitriptilina, 17 (89%) receberam dose igual ou menor do que 75 mg/dia. A dose diária máxima prescrita de imipramina foi de 75 mg/dia (Nº = 6; 13%) e, de amitriptilina, foi de 150 mg/dia, sendo que apenas dois pacientes (11%) receberam doses maiores do que 75 mg/dia.

Dos 35 pacientes que receberam o diagnóstico de depressão (neurótica Nº = 26; psicótica Nº = 9), 24 receberam imipramina e 11 amitriptilina. Dos 24 pacientes tratados com imipramina, 22 (92%) receberam doses iguais ou menores do que 50 mg/dia e apenas 2 (8%), doses de 75 mg /dia. Dos 11 pacientes tratados com amitriptilina, 10 (91%) receberam doses iguais ou menores do que 75 mg/dia.

Os autores confirmaram que o tempo de manutenção do tratamento foi insuficiente para aproximadamente dois terços dos casos e a associação do medicamento com um ou mais psicofármacos

ocorreu para quase a totalidade dos pacientes (93%), sendo que estes recebiam doses de imipramina ou amitriptilina iguais ou menores do que 50 mg/dia.

Os pesquisadores concluíram que houve inadequação na prática de prescrição de antidepressivos, o que pode acarretar cronificação dos pacientes, e sugerem a criação de um programa específico para treinamento em diagnóstico e tratamento de pacientes deprimidos.

C.3. PACIENTES DEPRIMIDOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A não identificação da depressão pelo Clínico Geral constitui-se num importante componente de cronificação ou agravamento da mesma.

Diversos estudos apontam para o fato de contingentes significativos de pacientes com manifestações de sintomas psiquiátricos terem seus transtornos inadequadamente diagnosticados pelos Clínicos. A prevalência de distúrbios psiquiátricos subdiagnosticados em Centros de Atenção Primária (nível 3 da pirâmide) atinge uma taxa que varia de 50 a 80% (Schulberg et al., 1986). As investigações que utilizaram instrumentos como a Escala de Depressão de Zung e o Beck Depression Inventory, su-

gerem o mesmo tipo de conclusão: há uma dificuldade considerável dos Clínicos em identificar os distúrbios depressivos de seus pacientes.

Por outro lado, muitas vezes os próprios pacientes não têm uma percepção adequada de suas dificuldades emocionais que os permita procurar atendimento especializado (Schulberg et al., 1985).

Os autores acima mencionados, com a finalidade de avaliarem depressão no atendimento primário, estudaram, durante quase dois anos, extensa amostra constituída de 2.423 pacientes adultos que procuraram seis Centros de Atenção Primária, na cidade de Pittsburg, Estados Unidos. A grande maioria dos pacientes era composta de mulheres e todos estavam sem tratamento médico nos seis meses anteriores à ocasião da pesquisa. Os instrumentos utilizados para a detecção da depressão foram os seguintes: Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Diagnostic Interview Schedule e Social Adjustment Scale. Considerando-se cada grupo estudado e cada instrumento aplicado, as "cohorts" de pacientes admitidos como deprimidos e que não tiveram diagnóstico psiquiátrico, variaram de 47,0% a 68,7%. Os autores admitem que as variações podem ser explicadas pela especificidade de cada instrumento, pelas características demográficas dos grupos e pela forma como os Clínicos teriam interpretado os fenômenos afetivos presentes nos pacientes. Eles sugerem, ainda, que as dificuldades para o diagnóstico estariam vinculadas tanto a nível do desempenho do Clínico, quanto a nível do comportamento do paciente. O Clínico teria tido dificuldade em compreender e interpretar os

sintomas de natureza psiquiátrica (Schulberg et al., 1985).

Muitos pacientes deprimidos apresentam-se com queixas somáticas várias e vagas e chegam até a negar alterações subjetivas do humor, como tristeza e outros sintomas psicológicos de depressão. Estes pacientes, contudo, provavelmente preenchem critérios externos de validação para doença afetiva primária, tais como: história familiar para doenças afetivas, comportamento suicida e uma latência de sono REM (Rapid Eyes Movements) diminuída e alterações neurofisiológicas (Pichot & Hassan, 1973; Akiskal, 1982). Esses pacientes fazem parte do grupo denominado de portadores de "depressão mascarada".

C.4. PACIENTES SEM TRATAMENTO

Um contingente significativo de pacientes da Comunidade permanece sem tratamento (nível 4 da pirâmide). Outros podem apresentar-se com queixa física monossintomática de dor crônica, sem nenhuma patologia orgânica que a justifique. A resposta positiva a antidepressivos, o Teste da Supressão da Dexametasona (DST) positivo e uma diminuição da latência do sono REM encontrados em pacientes com dor crônica (Blumer et al., 1982) são argumentos favoráveis para a inclusão destes pacientes no subgrupo

que abrange a categoria denominada de "depressão mascarada", os quais não são muitas vezes diagnosticados como portadores deste distúrbio.

A depressão mascarada, isto é, sem a explicitação de sintomas psicológicos e a sua variante, a depressão acompanhada de queixa física monossintomática (e.g. dor crônica), poucas vezes têm sido identificadas pelos Clínicos - o que leva à ausência de tratamento específico.

Estudos transculturais (Teja et al., 1971; Katon, 1983; Sartorius et al., 1983) feitos com pacientes já diagnosticados de depressão, têm demonstrado que deprimidos de países pobres apresentam maior grau de queixas somáticas quando comparados com pacientes deprimidos de países desenvolvidos. Contudo, como assinalado anteriormente por Caetano (1986), cuidados devem ser tomados na interpretação de diferenças encontradas entre países, pois, essas variações podem ser causadas por fatores relacionados com o tipo ou nível educacional e sócio-econômico, muito mais do que pelo fato do indivíduo residir num país ou em outro. Essas mesmas diferenças talvez possam ser encontradas dentro do mesmo país, variando de uma região para outra; ou então, dentro da mesma região, comparando-se uma classe sócio-econômica e outra.

Portanto, só com o controle de uma gama extensa de variáveis é que se pode atribuir as diferenças de características pessoais encontradas à nacionalidade do indivíduo (Caetano, 1986).

Parece que no estudo dos distúrbios depressivos, além do elemento quantitativo, como a questão da prevalência, surge a

necessidade de se verificarem outros componentes, como a duração dos sintomas e os fatores relacionados com a persistência dos mesmos (Dohrenwend & Crandall, 1970; Craig & Van Natta, 1976).

Os estudos da depressão ou de qualquer outro distúrbio de natureza psiquiátrica têm revelado que um dos problemas encontrados consiste no diagnóstico, ou melhor, no não-diagnóstico. As dificuldades contidas neste problema poderão localizar-se no tipo de terminologia utilizada pelos Clínicos ao interpretarem os sintomas de seus pacientes (Santana, 1977). Assim, distúrbios emocionais, nervosismo, distonia neurovegetativa e outras expressões nem sempre são concordantes com a linguagem psiquiátrica convencional. Além disso, o fato de muitos pacientes apresentarem queixas somáticas várias e vagas e de outros até negarem alterações subjetivas do humor, como tristeza, dificulta a compreensão e a interpretação dos sintomas depressivos pelo Clínico.

Neste momento, cabe, então, a seguinte questão: por que muitos dos problemas de Saúde Mental não são reconhecidos e tratados pelos Clínicos Gerais?

Para esta pergunta, Ormel & Giel (1990) sugerem algumas explicações:

- a. falta de habilidade por parte do Clínico em lidar com problemas específicos de Saúde Mental.
- b. não consideração, por parte do Clínico, do diagnóstico e tratamento de problemas psicológicos como responsabilidade sua.

c. falta de tempo para um diagnóstico e tratamento apropriados.

d. suposição de que as queixas irão desaparecer espontaneamente.

e. suposição de que, no caso de somatização, a revisão do diagnóstico e o tratamento das queixas em termos psiquiátricos produzirão mais mal do que bem.

f. suposição de que as alterações mentais do paciente são intratáveis.

Como a conduta do Clínico tem como base o reconhecimento ou não de determinados sinais e sintomas, deduz-se que pacientes em cuidados primários com alterações psiquiátricas, se não identificados na natureza de suas alterações, poderão sofrer agravamento e cronificação do seu quadro clínico e de seus transtornos mentais.

As dificuldades do Clínico para a compreensão dos sintomas depressivos sugerem a necessidade de aprofundarmos o exame da "leitura" e interpretação do discurso que o paciente utiliza para relatar suas queixas.

D. COMPONENTES DO DISCURSO

Em "Psicologia Fenomenológica: Uma das Maneiras de se Fazer", França (1989) assegura que o discurso consiste num modo de ser do homem, é parte integrante do homem como ser-no-mundo; através da linguagem o sujeito manifesta-se e exprime a própria existência. Tendo por base os princípios fenomenológicos, este autor situa o discurso dentro das relações do sujeito com o mundo. Neste contexto, privilegia-se não o dualismo sujeito-objeto, mas a relação entre ambos. Consciência e mundo não se excluem, mas um é determinante do outro, pois não pode haver consciência desvinculada do mundo a ser percebido, nem é possível haver mundo sem a consciência para percebê-lo. A relação que se estabelece é de mútua dependência (p. 18 a 23).

Dentro deste ponto de vista, a linguagem constitui-se num processo dinâmico e inerente à própria sociedade, refletindo o vir-a-ser dessa sociedade e imprimindo-lhe um significado. Neste sentido, a linguagem não se configura como um dado acabado e nem a sociedade pode ser considerada como um produto cristalizado, que não se transforma ou que deixa de evoluir. Tanto uma, como a outra recriam-se mutuamente: a sociedade como um quê fazer-se permanente e a linguagem como um processo dinâmico da própria sociedade, manifestando suas transformações evolutivas. Por esta razão, o estudo da linguagem não pode estar desvinculado da sociedade que a produz e das condições sócio-históricas que atuam

na sua constituição. Assim, na formação discursiva encontramos o modo social de produção da linguagem e, ao mesmo tempo, o sentido da individualidade do sujeito. É na formulação do discurso que o sujeito se redescobre e se reconhece - através das relações consigo mesmo e com outros sujeitos. Com base nos elementos interativos de sociedade e sujeito na produção da linguagem, efetuam-se as análises de discurso, destacando-se o fato de que o sujeito é socialmente constituído e que o discurso se dá no interior de formações ideológicas (Orlandi, 1988).

No texto "A Linguagem e seu Fundamento - As Formas do Discurso", Orlandi (1987) afirma ainda que a linguagem aparece como possibilidade de subjetividade e o discurso, como um fator que provoca a emergência desta subjetividade. Para esta autora, a apropriação da linguagem é um fenômeno social e os sujeitos não são abstratos ou ideais, mas estão mergulhados no social que os envolve. Assim, a linguagem é compreendida como processo que se organiza e emerge a partir das condições reais que marcam o modo de ser e de se expressar das pessoas.

Neste movimento, o silêncio, tanto quanto a palavra, são marcados pelas suas condições de produção. O discurso, mesmo não claramente explícito, também encerra fecundamente o significado subjetivo e social que permeia as condições de vida e de sobrevivência das pessoas.

Pensamentos são imagens que se revelam pela linguagem. Esta, por sua vez, constitui uma forma de representação desses pensamentos e imagens.

Na investigação de pensamentos e imagens, a linguística vê-se permeada pela psicanálise, pela história e pela sociologia. Numa concepção ampla, a produção da fala está imersa na dinâmica das relações do sujeito com seu universo. Dentro deste contexto é que se faz necessário introduzir a Análise do Discurso - que não se confunde com a análise do conteúdo do que se fala. A análise do conteúdo envolve a verificação da frequência das idéias, conceitos e palavras e implica no estabelecimento de relações entre estes elementos, circunscritas estas relações ao âmbito da linguística. A Análise do Discurso, porém, insere-se numa dinâmica mais ampla onde se alinhavam componentes extraídos da sociologia, da história e da psicanálise e ela possui princípios teóricos e metodológicos que a distinguem da análise do conteúdo. O objeto da Análise do Discurso abrange uma dimensão que envolve o estudo da natureza e produção desse discurso.

Portanto, nesta pesquisa, não se pretende fazer uma análise linguística - de tempos de verbo, pronomes, significado de fonemas, etc. Ou seja, não se pretende fazer uma análise circunscrita à linguística.

Em estudo desenvolvido pela Profa. Dra. Ana Luíza Bustamante Smolka e pela Profa. Adriana Lech Cantuária, como contribuição a este trabalho e que culminou com a Análise do Discurso dos nossos sujeitos, as autoras asseguram que esta análise implica necessariamente na contextualização do dado verbal. Esta contextualização abrange a situação e circunstâncias em que o discurso foi produzido, as condições sociais que o circundavam, o imaginário que o permeava e a conduta adotada pelo pesquisador.

Considerando-se esses aspectos, deduz-se que um discurso nunca é rigorosamente livre, uma vez que há inúmeros componentes de natureza social e psicológica determinando sua emergência.

A concepção do termo discurso como produção social ou, talvez, sócio-individual, introduz a idéia de que o social permeia o individual sem, contudo, conduzir à dissolução do indivíduo. Por isso, é compatível com esta postura considerarem-se as condições de produção desse discurso, compreender as relações entre o que é dito e a exterioridade dessa fala - elementos que se resumem na emergência do imaginário e nas contingências onde o discurso flui.

Ao verificar as condições de produção do discurso, Pêcheux (1969) destaca alguns elementos os quais são retomados por Smolka:

1. Relações de força

Estas são relações entre o discurso e o mecanismo social extra-linguístico, ou seja, a origem sócio-cultural dos sujeitos e o lugar que eles ocupam na interação. Na relação médico-paciente, o médico estaria imbuído de muito mais força do que o paciente; no ambiente escolar o professor teria mais força do que o aluno; um aluno, mais força do que outro aluno. Assim, o lugar social de cada um na interação, em parte, determinaria o efeito que um dizer tem. Por exemplo, ao falar ao médico o que sente, o

paciente assume uma determinada posição na relação interpessoal, que provavelmente não será a mesma ao manifestar suas queixas a um amigo. A mudança da posição social com certeza interfere no sentido a ser explicitado. É fundamental tecer esta interferência.

2. Relações de sentido

Nas relações de sentido que ocorrem na comunicação entre as pessoas, a fala configura-se essencialmente como um processo discursivo.

Todo discurso possui a propriedade de se reenviar a um outro. Um discurso transforma-se em matéria prima para outro. Imaginando-se a comunidade humana falando, percebe-se um estado de processo discursivo, uma discursividade ao longo das interações que marcam a trajetória das falas dos sujeitos. Smolka retoma esta idéia afirmando que o discurso não é originário unicamente do sujeito que o enuncia. O que ele fala está impregnado das falas dos outros e foi apreendido mediante as relações interpessoais. Cabe salientar que esse reenvio de um discurso a outro não anula a criatividade do sujeito, em virtude de ele estar produzindo novas formas de articular os sentidos das suas falas e de manifestar o que é latente em sua subjetividade.

Por outro lado, não se pode negar a existência de mecanismos sedimentados e cristalizados nessa dinâmica discursiva.

Frases feitas que não permitem uma reelaboração criativa na relação interpessoal representam rituais que podem assumir conotações diferentes dependendo do contexto, mas significam mecanismos instaurados de forma cristalizada. Por exemplo: "Como vai?" "Tudo bem!"

3. Elementos de antecipação

Este aspecto assume importância na medida em que engloba a regulação das possibilidades de respostas no processo discursivo. Essa regulação ocorre quando o sujeito, ao falar, experimenta o lugar do ouvinte. Nesta concepção, o processo discursivo implica na imaginação, por parte do sujeito que fala, daquilo que o ouvinte pensa. O mecanismo alterna-se durante o transcorrer do discurso e a fala se processa neste jogo em que alguém antecipa imaginativamente o significado da resposta. O presente fenômeno acontece porque, na produção da fala, existem também componentes imaginários que emergem do inconsciente e que poderiam ser explicitados pela psicanálise ao se mergulhar nos mecanismos latentes do processo discursivo. Contudo, este não é o propósito do estudo aqui desenvolvido.

Na Análise do Discurso, entretanto, toda fala e toda enunciação envolve uma dimensão social. A linguagem é atravessada pelos embates subjetivos dos sociais e se funda no cotidiano. Qualquer que seja o aspecto da expressão e enunciação considera-

do, ele será determinado pelas condições reais da enunciação em questão; será influenciado pela situação social mais imediata. Por isso, toda Análise do Discurso deve ser estruturada a partir dos parâmetros que emergem das condições de produção desse discurso. Ou seja, deve-se reconhecer a existência da contextualização onde se dá o fenômeno do discurso. Assim, a análise meramente linguística - verificando apenas a formação fônica e fonética (o som), a estrutura da frase, a qualidade da gramática ou mesmo a própria semântica - não propicia, para esta pesquisa, recursos metodológicos para se atingirem os objetivos propostos (Smolka & Cantuária).

Ao investigarem as falas dos sujeitos, as autoras encontraram dois componentes básicos a serem destacados. Estes consistem nas condições de produção do discurso dos pacientes e nas condições de produção da depressão por eles vivenciadas.

As condições de produção do discurso referem-se àquilo que o paciente fala e aos indicadores da depressão presentes em seu discurso. As condições de produção da depressão significam a própria condição de vida do paciente enquanto experiência depressiva. Ocorre, pois, um processo recíproco entre as condições de produção do discurso do paciente e as condições de produção de sua depressão. Em outras palavras, o que o paciente sente em sua subjetividade como experiência de depressão e que ele revela pela sua fala é permeado pelas condições de vida - sociais, culturais, psicossociais, etc. - que produzem nele a maneira de imaginar e expressar sua vivência depressiva (Smolka & Cantuária).

A experiência empírica tem indicado haver uma grande diferença no discurso depressivo de pacientes de alto e baixo nível sócio-econômico-cultural, e.g., pacientes de consultório privado e pacientes de serviços públicos. Portanto, mesmo nos casos de depressão não mascarada, a linguagem utilizada pelos pacientes de baixo nível sócio-econômico para anunciar suas queixas (sintomas) é diferente daquela encontrada nos manuais de psiquiatria de tradição européia ou americana. Essa diferença pode chegar ao ponto de constituir uma "nova linguagem" depressiva difícil de ser identificada até mesmo por psiquiatras, sem falar no Clínico Geral (Caetano; comunicação pessoal). O que levaria esses pacientes a utilizarem-se de queixas somáticas várias e vagas (e não reconhecerem uma especificidade não física), para expressar seu sofrimento, é uma questão sócio-antropológica complexa, explica Duarte (1986). O fato é que esses deprimidos, com muita frequência, perambulam por várias clínicas, submetem-se a vários procedimentos antes de chegarem a um serviço de Saúde Mental - se algum dia o fizerem.

A não-identificação de depressão pelo Clínico Geral, segundo Caetano deve-se a dois fatores: 1) a formação inadequada do mesmo no sentido de reconhecer quadros psicopatológicos de depressão; 2) o tipo de discurso depressivo de paciente de baixo nível sócio-econômico-cultural. A tomada de consciência desse problema por parte dos Departamentos Universitários tem recentemente contribuído para uma melhor formação em Saúde Mental do médico generalista. Contudo, a grande parte dos Clínicos foi forma-

da nos "moldes antigos" e estão atendendo a comunidade. Para eles, um curso de "reciclagem", com supervisão, talvez diminuísse a lacuna em Saúde Mental deixada no passado pelos Departamentos Universitários.

Esse mesmo generalista "ignorante", porém, é capaz de identificar alguns casos de depressão. Portanto, parece que a dificuldade maior está no item 2 acima descrito; ou seja, na compreensão do discurso depressivo do paciente de baixo nível sócio-econômico-cultural.

Nesse sentido, pretendemos desenvolver um programa com o objetivo de mostrar a gravidade do problema da depressão no Ambulatório de Clínica Geral, fornecer subsídios para a reflexão do Clínico sobre sua prática atual e, sobretudo, ajudá-lo a identificar casos de depressão em pacientes cujo discurso depressivo caracteriza-se por queixas várias e vagas. A presente investigação constitui a parte inicial desse programa e foi elaborada tendo em vista os seguintes objetivos:

3. OBJETIVOS

A. GERAIS:

1. Investigar a prevalência dos distúrbios depressivos em um Centro de Atenção Primária.
2. Investigar o discurso utilizado pelo paciente deprimido de Centro de Atenção Primária para expressar suas queixas.
3. Fornecer ao Clínico Geral subsídios tendo em vista a identificação e tratamento da depressão.

B. ESPECÍFICOS:

1. Investigar a prevalência momentânea total de distúrbios depressivos em um Centro de Atenção Primária.
 - 1.1. Investigar a prevalência momentânea de distúrbios depressivos não-identificados pelo Clínico Geral.
 - 1.2. Investigar a prevalência momentânea de distúrbios depressivos identificados pelo mesmo.

2. Investigar o procedimento habitual do Clínico Geral para com os casos não identificados de depressão.
 - 2.1. Investigar o procedimento habitual do Clínico Geral para com os casos identificados de depressão.

3. Comparar independentemente os resultados da Análise do Discurso com os da aplicação dos instrumentos de "screening" e identificação da depressão.
 - 3.1. Comparar o discurso do paciente deprimido identificado pelo Clínico com o discurso do paciente deprimido não identificado por ele.

4. METODOLOGIA

4.1. CARACTERÍSTICAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOS PACIENTES ESTUDADOS

A amostra investigada constituiu-se de 103 pacientes de Clínica Geral que frequentam o Serviço Especial de Saúde de Araraquara - SESA - para tratamento médico. Os pacientes eram estudados ao virem para uma primeira consulta ou a partir de um ano de tratamento, formando uma série consecutiva, uma vez que não havia seleção preestabelecida das pessoas a serem pesquisadas. A composição da amostra foi, portanto, aleatória, sendo formada pelos pacientes que se dirigiam ao atendimento médico na data determinada pelo Clínico ou pelo Centro de Atenção Primária. Os pacientes eram submetidos à investigação nos seus dias habituais de atendimento e que também coincidiam com a presença do pesquisador no Centro de Atenção Primária.

A população que frequenta o SESA é proveniente da cidade de Araraquara, SP, e da região circunvizinha.

Esta Instituição é um centro estadual de saúde pertencente à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e tem como propósito atender a população carente da zona urbana e rural da região de Araraquara. Nesse Centro são proporcionados gratuitamente atendimentos em: Clínica Geral, Tisiologia, Hipertensão Arterial, Pediatria, Oftalmologia, Saúde Mental, Ginecologia e Obstetrícia, Doenças Infecto-contagiosas, Raio-X de tórax,

Laboratório de Análises Clínicas (hemograma, glicemia, colesterol, exames de urina, fezes e escarro) e Farmácia para fornecimento dos medicamentos mais utilizados pelos pacientes. Além disso, há os serviços de Visitadoras Sanitárias que frequentam as casas dos pacientes quando necessário, de Assistentes Sociais, Enfermeiras e Psicólogas. A Clínica Geral normalmente é efetuada por um único médico. Entretanto, quando ele se ausenta, outro profissional da Unidade assume suas funções, acumulando atividades. O Clínico Geral atende diariamente a média de 16 pacientes, no horário compreendido entre 12,30 e 16,30 horas.

4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA A INVESTIGAÇÃO DA DEPRESSÃO

Para alcançarmos os objetivos acima especificados, os procedimentos metodológicos constaram de: 1) aplicação do formulário de critérios sugestivos de distúrbios depressivos da Organização Mundial de Saúde (Avaliação Normalizada de Transtornos Depressivos - ANTD/OMS; Standardized Assessment of Depressive Disorders, SADD/WHO; Sartorius et al., 1983); 2) Escala de Zung de Auto-avaliação de Depressão (Zung Self-Rating Depression Scale; Zung & Durham, 1965) e 3) Análise do Discurso dos pacientes (Smolka e Cantuária). Como parte dessas atividades, acompanhamos o atendimento efetuado pelo Clínico Geral, observando e anotando sua conduta durante a consulta (interação médico-paciente, características gerais do momento da consulta, pedidos de exames complementares, prescrição de medicamentos, hipótese diagnóstica, encaminhamentos, etc).

Os dados foram colhidos de março de 1989 a dezembro de 1990. Foram efetuados os seguintes procedimentos: Análise do Discurso dos pacientes, comparação entre categorias do discurso e escores da Escala de Zung e tratamento estatístico dos dados.

O desenvolvimento da pesquisa abrangeu diversas etapas:

a. Tempo de tratamento

Os sujeitos estudados foram pacientes que procuraram pela primeira vez o ambulatório de clínica geral do Centro de Atenção Primária para atendimento médico e de pacientes que já estavam em tratamento pelo menos há um ano. Este critério - o atendimento de primeira vez e o atendimento de 1 ano ou mais - visou verificar se a variável tempo teria alguma influência nos resultados da pesquisa.

b. O momento da consulta

Quando possível, o pesquisador permanecia na sala durante a consulta acompanhando os procedimentos do Clínico Geral. Observávamos sua conduta e, posteriormente, anotávamos aspectos como interação médico-paciente, características gerais do momento da consulta, solicitação de exames complementares, hipótese diagnóstica, prescrições de medicamentos, encaminhamentos, etc. Nem sempre, entretanto, foi possível permanecermos na sala de atendimento durante a consulta porque, enquanto avaliávamos um paciente, o Clínico atendia o seguinte. Em todas as vezes, porém, consultávamos os respectivos prontuários médicos de cada paciente para caracterizarmos a conduta do Clínico e para complementação das informações (objetivos específicos 2 e 2.1.). Embora o Clínico soubesse que a formação do pesquisador era em Psicologia, cabe

lembrar que ele não recebeu qualquer informação sobre a natureza ou execução da pesquisa. O pesquisador acompanhou o trabalho do Clínico como alguém interessado essencialmente em "aprender clínica médica", para isso tendo ingressado na graduação em medicina. Este recurso teve a finalidade de evitar que o Clínico alterasse sua conduta habitual diante da presença do pesquisador. Considerando a maneira como conduzimos nossas atitudes durante o atendimento médico, acreditamos que nossa presença na sala não tenha influenciado de forma significativa a conduta do Clínico.

c. Aplicação dos instrumentos de medida

Após a consulta com o Clínico Geral, o paciente dirigia-se a uma sala contígua para a investigação psicológica. Neste momento, procedíamos à aplicação do formulário dos critérios de exclusão e inclusão para depressão da OMS (Avaliação Normatizada de Transtornos Depressivos - ANTD/OMS), traduzido por Caetano.

Os pacientes que preenchiam pelo menos um dos critérios eram considerados "suspeitos" de depressão. A estes, aplicávamos a Escala de Zung de Auto-avaliação de Depressão, traduzida por Caetano. Esta é uma Escala simples, constituída de 20 itens e que foi elaborada para aferir a depressão em situações de alterações afetivas (Wittchen & Essau, 1990). Dez itens investigam a sintomatologia positiva (presença de sintomas) e dez, a sintomatologia negativa (ausência de sintomas). Wittchen & Essau asseguram que

as metades da Escala são correlacionadas e a consistência interna é relativamente alta. Embora habitualmente o "ponto de corte" utilizado seja de 35 pontos, para esta pesquisa estabelecemos esta intersecção em 40, com a finalidade de imprimirmos uma seleção mais rigorosa dos pacientes considerados deprimidos.

d. Prevalência momentânea da depressão

Os pacientes com escore em Zung igual ou superior a 40 ($Zung \geq 40$) proporcionaram a prevalência momentânea total de depressão (objetivo geral 1). Foi investigada a prevalência momentânea dos pacientes deprimidos não identificados pelo Clínico (objetivos específicos 1 e 1.1.) e a prevalência dos identificados por ele (objetivos específicos 1 e 1.2.).

e. Utilização de recursos gráficos

Embora a Escala de Zung seja um instrumento simples e que pode ser respondida pelo próprio paciente, nossos pacientes, contudo, na grande maioria, eram analfabetos ou semi-alfabetizados. Por isso, efetuamos previamente uma aplicação "piloto" em 5 sujeitos (não incluídos na amostra) com a finalidade de testarmos a capacidade de compreensão que eles teriam das Escalas. Devido à

dificuldade de leitura por parte dos sujeitos, introduzimos, então, um recurso gráfico composto por desenhos geométricos. Estes eram círculos de tamanhos progressivamente maiores que correspondiam à intensidade das respostas da Escala de Zung. À medida em que liamos os enunciados da Escala, apresentávamos os círculos e as respectivas respostas a estes enunciados. O paciente, então, apontava o círculo que correspondesse à intensidade da sua resposta ao enunciado da Escala. Conferíamos diversas vezes a figura apontada pelo paciente com as respostas ao enunciado da Escala, para nos assegurarmos de que o paciente de fato havia compreendido a natureza do enunciado e da sua resposta. O presente recurso permitiu, pois, a compreensão dos graus de resposta a cada enunciado e, conseqüentemente, a execução da pesquisa.

f. Gravação dos discursos

Os pacientes com Zung ≥ 40 foram considerados deprimidos e, então, procedíamos à gravação dos seus discursos, cuja duração era de cinco minutos e efetuada de forma não dirigida, após o consentimento do paciente. Este era estimulado a falar sobre sua doença (queixas) e, para tal, utilizávamos perguntas do tipo: "o que você sente?", "o que o trouxe aqui?", "o que há com você?", "sim", "e daí?" Durante este tempo, não efetuávamos nenhuma pergunta que pudesse induzir o paciente a algum tipo de resposta, como: "você sente tristeza?" ou "como está seu apetite?".

Procuramos dessa forma evitar sermos "diretivos" durante a gravação do discurso. Os cinco primeiros minutos da fala eram, então, gravados. Os sujeitos, cuja gravação ocorreu logo após a aplicação dos instrumentos de medida, constituíram o Grupo 1 da amostra (Nº = 27).

g. Inversão das etapas

Para se evitar "contaminação" do discurso do paciente pelo teor das Escalas, houve inversão das etapas. Dessa forma, um determinado número de pacientes, logo após a consulta clínica, era submetido à gravação do discurso e só depois é que respondia as Escalas da OMS e Zung. Estes pacientes compuseram o Grupo 2 da amostra (Nº = 21).

h. Encaminhamento do material gravado

As fitas gravadas, contendo as falas dos pacientes, e as transcrições das mesmas foram encaminhadas a duas especialistas em Psicolinguística para a execução da Análise do Discurso - Ana Luíza Bustamante Smolka e Adriana Lech Cantuária, vinculadas ao Departamento de Psicologia da Educação da Universidade Estadual de Campinas. Esta análise foi efetuada segundo o modelo "duplo

cego", ou seja, as Psicolinguistas não receberam quaisquer informações sobre quais eram os pacientes deprimidos (Zung ≥ 40) e os não-deprimidos (Zung < 40). Assim, foram excluídos do material a elas entregue os dados referentes à aplicação dos critérios de depressão da OMS e aos escores da Escala de Zung. Somente ao término da Análise do Discurso, as Psicolinguistas foram informadas sobre a natureza e os resultados da aplicação dos instrumentos.

i. Análise dos Discursos

Através da Análise do Discurso, foram investigadas as falas dos pacientes considerando-se a Caracterização ("tipo") dos aspectos que mais intensamente marcaram as falas dos pacientes e a Temática (conteúdo) desses discursos. Foram estabelecidas categorias específicas tanto para a Caracterização, como para a Temática dos discursos (objetivo geral 2).

j. Análise dos resultados

Com os resultados da Análise do Discurso e da Escala de Zung, o trabalho seguinte passou a ser o desenvolvimento da análise desses dados. Para a avaliação quantitativa contamos com a colaboração de profissionais estatísticos do Departamento de Es-

tatística, Matemática Aplicada e Computacional da Universidade Estadual Paulista, campus de Rio Claro, SP. A análise qualitativa foi desenvolvida mediante a comparação entre as categorias da Caracterização e da Temática dos discursos. Para cada categoria do discurso foram determinados os escores em Zung, de forma a compararmos os resultados da Análise do Discurso com os escores em Zung para avaliarmos o grau de concordância entre os resultados de ambos os instrumentos de medida (objetivo específico 3).

k. Conduta do Clínico Geral

Após a análise dos resultados, foram examinadas as atitudes do Clínico Geral para com os pacientes deprimidos (escore global em Zung ≥ 40) identificados e para com os não-identificados: descrição da sintomatologia, exames complementares solicitados, diagnóstico, prescrições de medicamentos, encaminhamentos, etc. Além disso, comparamos o discurso dos pacientes deprimidos identificados pelo Clínico com o dos não-identificados (objetivo específico 3.1.).

1. Subsídios ao Clínico

Finalmente, discutimos aspectos relativos à dificuldade do Clínico de Centro de Atenção Primária em identificar os pacientes deprimidos e lidar com eles adequadamente, além de sugerirmos diversos subsídios à sua conduta (objetivo geral 3).

Esquema Geral da Pesquisa

A execução da pesquisa percorreu diversos momentos e incluiu uma subdivisão com dois Grupos de pacientes para o levantamento dos dados. Salientamos que, no Grupo 2, a gravação do discurso foi efetuada antes da aplicação das Escalas de OMS e Zung. O Quadro 1 mostra esquematicamente as etapas da pesquisa.

Quadro 1:

Esquema Geral da Pesquisa.

GRUPO 1 (Nº = 27 Pacientes)

1. Diagnóstico do Clínico Geral
 Deprimido
 Não deprimido
2. Aplicação dos critérios sugestivos de depressão da OMS
3. Aplicação da Escala de Depressão de Zung
4. Gravação do discurso do paciente
5. Análise dos resultados

GRUPO 2 (Nº = 21 Pacientes)

1. Diagnóstico do Clínico Geral
 Deprimido
 Não deprimido
2. Gravação do discurso do paciente
3. Aplicação dos critérios sugestivos de depressão da OMS
4. Aplicação da Escala de Depressão de Zung
5. Análise dos resultados

Após a análise desenvolvida pelas Psicolinguistas, os discursos dos pacientes foram distribuídos de acordo com o esquema do Quadro 2. No decorrer do trabalho discutiremos os componentes contidos nas relações entre categorias do discurso, Escala de Zung e a conduta do Clínico quanto à identificação ou não dos distúrbios depressivos.

Quadro 2: Esquema considerando o discurso do paciente, a depressão identificada ou não pelo Clínico e os escores na Escala de Zung.

Discurso, Distúrbios Depressivos e Conduta do Clínico		
Discurso do Paciente (DP)		
Depressão não identificada (pelo Clínico Geral)	DP 1	Escore em Zung
Depressão identificada (pelo Clínico Geral)	DP 2	Escore em Zung

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS INDICADORES SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO DA OMS E DA ESCALA DE ZUNG

Foram estudados 103 pacientes de Clínica Geral, de ambos os sexos e com idade entre 18 e 60 anos, oriundos da região de Araraquãra, SP. Estes pacientes, em sua grande maioria, são sócio-econômico-culturalmente carentes, trabalham em atividades agrícolas, atividades domésticas ou são sub-empregados. Além disso, em geral são analfabetos ou semi-alfabetizados. Frequentam o Serviço Especial de Saúde de Araraquãra - SESA - para tratamento médico e acompanhamento do estado clínico.

Do total da amostra dos 103 pacientes estudados, 82 fizeram parte do Grupo 1, ou seja, após a consulta com o Clínico, passaram pela aplicação dos instrumentos de medida e, posteriormente, pela gravação do discurso. O Grupo 2 foi composto pelos demais 21 pacientes que, logo após a consulta, submeteram-se à gravação do discurso e, em seguida, à aplicação dos instrumentos: OMS e Zung. Destes 103 pacientes, 68 (66%) apresentaram indicadores positivos segundo os critérios sugestivos de depressão, da OMS; 41 pacientes (39,8%) apresentaram escore total ≥ 40 na Escala de Zung. O Clínico Geral identificou, como "deprimidos", apenas 7 deles, o que corresponde a 17% dos pacientes com escore total na Escala de Zung ≥ 40 . O Clínico, portanto, deixou de identificar 83% (N: = 34) dos 41 pacientes considerados deprimi-

dos segundo o critério utilizado (Zung ≥ 40). Os 7 pacientes por ele identificados como "deprimidos" tiveram diagnósticos apenas aproximados: "distonia neurovegetativa", "emagrecimento" e "diagnóstico a esclarecer". Os sintomas que o Clínico considerou foram "insônia", "nervosismo", "inapetência", "desânimo", "tontura", "fraqueza" e "zumbidos nos ouvidos". Dos 7 pacientes "identificados", 6 foram encaminhados ao Setor de Saúde Mental e, quanto ao outro, não houve explicitação da conduta adotada.

Considerando-se os Grupos separadamente, verificamos que no Grupo 1 houve 53 pacientes (64,6%) com OMS positivo; destes, 27 (51%) apresentaram Zung ≥ 40 , tendo, portanto, seus discursos gravados. No Grupo 2, constatamos que, dos 21 pacientes submetidos à gravação do discurso, 15 (71,4%) apresentaram OMS positivo e 14 (66,6%) apresentaram Zung ≥ 40 . Entre estes 21 pacientes, 7 (33,3%) obtiveram escores abaixo do "ponto de corte" (Zung < 40). A soma dos pacientes classificados acima do "ponto de corte" foram 27 do Grupo 1 e 14 do Grupo 2, fornecendo-nos o total de 41 pacientes considerados deprimidos (Zung ≥ 40).

5.2. ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS PACIENTES

A Análise do Discurso dos pacientes foi efetuada pela Profa. Dra. Ana Luíza Bustamente Smolka e pela Profa. Adriana Lech Cantuária, especialistas em Psicolinguística. A finalidade deste estudo consistiu em detectar e caracterizar o padrão de discurso dos 48 pacientes, dos quais 27 compuseram o Grupo 1 e 21, o Grupo 2.

Como ponto de partida para a presente análise, as especialistas consideraram as seguintes hipóteses levantadas originalmente no projeto:

a. Os Clínicos, de modo geral, são pouco sensíveis a sintomas e outros indicadores de depressão que se apresentam no discurso dos pacientes deprimidos.

b. Nas consultas médicas os pacientes deprimidos de nível sócio-econômico-cultural mais carente, com frequência, limitam a explicitação de seus sintomas a queixas físicas, às quais muitas vezes são reduzidos os sintomas de depressão.

c. Perguntados sobre o que sentem, a partir de uma pergunta disparadora ("o que você sente?"), os pacientes deprimidos, ao relatar suas queixas físicas, tendem a revelar também aspectos da depressão em seus discursos.

Para este trabalho, Smolka & Cantuária explicitaram alguns significados do termo "discurso", assegurando que a expressão "Análise do Discurso" é empregada em várias acepções. As au-

toras, contudo, não se propuseram aqui a discutir as diversas tendências e distintas possibilidades nas quais este tipo de análise implica, uma vez que isto transcende o escopo do presente estudo. Elas esclareceram alguns conceitos básicos que permitem aclarar a noção de discurso e que são a seguir explicitados:

1. O discurso é a linguagem posta em ação, a linguagem assumida pelo falante; no caso, discurso contém o mesmo significado que fala.

2. O discurso é uma unidade igual ou superior à frase, é constituído por uma sequência que forma uma mensagem com um começo, um meio e um fim; no caso, discurso equivale a um enunciado ou a um produto.

3. O discurso é a instância da enunciação, da interlocução; no caso, discurso significa tanto interação, como processo social.

A cada definição de discurso corresponde, certamente, uma concepção distinta de linguagem. No primeiro caso, a linguagem é dada e é vista como instrumento; no segundo, a linguagem é produzida e considerada no seu aspecto formal; no terceiro, a linguagem é ação e produção sócio-individual.

De posse dos discursos gravados e dos respectivos textos transcritos, as Psicolinguistas consideraram alguns elementos que serviram de base para a análise desenvolvida.

Inicialmente as autoras avaliaram o sentido existente na pergunta disparadora "o que você sente?", examinando os termos e o efeito nela contidos.

Em primeiro lugar, "o que" pressupõe indicação, identificação de elementos, de sintomas. E isto é diferente de "como você se sente?", que remeteria a um estado, ou seja, à explicitação de um conteúdo através do uso de verbos. "Sentir" implica em sensações físicas e na experiência vital da corporeidade. é um estado psíquico interno, proprioceptivo e também um estado exteroceptivo.

Em segundo lugar, as autoras esclareceram que há a interferência do "cenário", isto é, a situação de gravação do discurso. Em outro contexto, certamente a mesma pergunta propiciaria outros tipos de resposta.

Um terceiro aspecto a ser considerado são as respostas dos pacientes feitas em forma de indagações: "é prá falar só de doença, somente?". Uma interrogativa deste teor envolve o imaginário que estaria explicitando-se mediante o processo discursivo.

Um quarto fator consiste nos elementos psicológicos que são revelados quando o paciente fala sobre sua vida e que se configuram como crenças, pudores, desejos, revolta e que fariam parte de sua depressão.

Com esta breve colocação, as autoras quiseram apontar as dimensões e as dificuldades do tema/problema em questão - a Análise do Discurso de pacientes. Diante disso, torna-se necessário situar claramente as delimitações deste estudo e apoiar a Análise do Discurso em alguns princípios teóricos e metodológicos.

Como ponto de partida, as Psicolinguistas estabeleceram pressupostos que se fundam na concepção de discurso em que a

enunciação é um produto ao mesmo tempo individual e oriundo das relações sociais das quais o sujeito faz parte. Este enunciado, como uma realidade sócio-individual, tem por base as perspectivas teóricas de Bakhtin (1981) e de Pêcheux (1969). Para fins do presente estudo, tais pressupostos podem ser resumidos nos seguintes esclarecimentos obtidos a partir destes autores.

Bakhtin (1981) admite que toda enunciação é de natureza social. A linguagem é atravessada pelos embates subjetivos e sociais e se funda no cotidiano. Qualquer que seja o aspecto da expressão/enunciado considerado, ele será determinado pelas condições reais da enunciação em questão, isto é, antes de tudo, pela situação social mais imediata. Por sua vez, Pêcheux (1969) assegura que é impossível analisar um discurso como um texto, ou seja, como uma sequência linguística fechada sobre ela mesma, mas é necessário referir-se ao conjunto de discursos possíveis a partir de um estado definido das condições de sua produção.

Esses pressupostos levaram as Psicolinguistas a destacarem, na Análise do Discurso, dois aspectos:

1. As condições de produção do discurso do paciente: o que e como se fala de/sobre depressão.
2. As condições de produção da própria depressão: o que o paciente experiencia como depressão.

A. AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO DISCURSO E DA DEPRESSÃO

Ao explicitar seu discurso, o paciente revela tanto as condições em que sua fala é produzida, como as condições em que também é vivenciada sua eventual depressão.

Para a Análise do Discurso, Smolka & Cantuária avaliaram as circunstâncias em que o dado verbal fora produzido e colhido. As autoras examinaram a concepção de "discurso livre" inicialmente adotada pelo pesquisador. Por sugestão das autoras deixamos de utilizar o termo "discurso livre", substituindo-o por "discurso não dirigido". Nossa tentativa foi a de colher a fala do paciente sem que ele fosse questionado sobre algum assunto que o induzisse a uma resposta dirigida a um tema específico. Este foi o motivo pelo qual procurávamos agir como elemento não interferidor, limitando-nos a perguntar ao paciente: "o que você sente?" e "mais alguma coisa?". A atitude de reserva das autoras em relação ao "discurso livre" justifica-se pela própria presença do pesquisador, pelo contexto da interação de pesquisador e paciente, pela situação da gravação do discurso e pelas expectativas criadas pelo paciente em relação à própria doença e ao ouvinte. Embora nosso objetivo fosse colher um discurso totalmente isento de algum tipo de interferência e que se configurasse como um "discurso livre", acreditamos ter sido possível criar condições para um discurso "não dirigido", como mencionado acima.

Tomando o discurso assim produzido, como objeto de estudo, foram adotados os seguintes procedimentos e critérios de análise pelas Psicolinguistas.

Procedimentos e Critérios de Análise:

O primeiro passo foi providenciar cópias do material (entrevistas gravadas em cassette e transcrição literal das mesmas) e sua posterior organização de acordo com o número da fita, lado e ordem de aparecimento das mesmas.

As autoras asseguram que, das folhas de transcrição, foram abolidos todos os dados referentes à conduta adotada pelo médico, assim como os resultados obtidos através da aplicação dos critérios indicadores de suspeita de depressão da OMS e da Escala de Depressão de Zung. Também mencionam que foi introduzida uma alteração nos procedimentos do pesquisador que condicionava a realização da gravação do discurso aos escores iguais ou acima de 40 na Escala de Zung. A alteração consistiu na realização da gravação do discurso de um Grupo de pacientes antes da aplicação dos critérios indicadores de suspeita de depressão da OMS e da Escala de Zung. Esta medida visou isentar o discurso dos pacientes deste Grupo de influências oriundas da aplicação daqueles instrumentos, tanto no que tange ao conteúdo, quanto à forma de expressão da sua fala.

A seguir, as autoras efetuaram diversas leituras de cada entrevista juntamente com a audição das fitas. Estes procedimentos tiveram a finalidade de levantar indicadores da fala dos pacientes e possibilitar a observação de componentes do discurso

como entonação, fluência para que se pudessem mais tarde evidenciar alguns critérios de análise que seriam utilizados. Estas primeiras "impressões" foram transcritas no verso de cada relato.

A partir destes primeiros procedimentos e dos objetivos do projeto, foi decidido que os discursos poderiam ser analisados sob dois aspectos: em sua Caracterização (como o paciente fala) e em sua Temática (o que ele fala).

Assim, a Análise do Discurso permitiu identificar os aspectos dominantes da fala dos pacientes, isto é, as marcas que se destacaram em cada discurso e a explicitação de uma Temática, qual seja, os conteúdos desses discursos.

As autoras encontraram, na verdade, diversos sentidos permeando a fala do paciente. Entretanto foi possível a elas distinguir um sentido dominante que emergia ao longo do discurso e que se delineava como "discurso do silêncio", "derrota", "melancolia", "resistência ou luta". Estes sentidos constituíram as categorias (padrões) da Caracterização do discurso. O sentido dominante, porém, não está isolado, mas é entremeado por outros sentidos que poderiam ser configurados como subdominantes. Cabe salientar que não há a pretensão de se estabelecer propriamente uma "tipologia" dos discursos. Não é uma questão de "tipos" e sim de dominância de aspectos ou marcas que emergem de forma mais acentuada através da fala do paciente. Por conta disso, sempre que nos referimos aos "tipos" de discurso, aplicamos aspas a esta expressão.

Também foram encontradas diversas categorias (padrões) correspondentes à Temática (conteúdo) dos discursos: "doença -

sintomas físicos", "conteúdo psicológico", "família" e "condição financeira". Inicialmente foi introduzida uma outra categoria denominada "si mesmo", referente às características psicológicas do sujeito. Como a Temática desta categoria era concordante com "conteúdo psicológico", após consulta às autoras decidimos incorporar ambas sob a denominação desta última.

Smolka & Cantuária afirmam que o discurso do paciente não está alheio a um contexto mais amplo e complexo. Este cenário configura-se pela relação interpessoal médico-paciente e pelas características culturais e psicológicas que cada um traz. Desta situação surgem elementos importantes e que interfeririam na fala do paciente. Seriam elementos aparentemente "externos" ao discurso, mas que, na verdade, fazem parte da própria vivência do sujeito enquanto paciente. Estes elementos consistiriam nos seguintes fatores: a imagem que os protagonistas do relacionamento fazem de doença e saúde, o Centro de Saúde com sua estrutura organizacional, a presença do homem vestido de branco, o lugar que médico e paciente ocupam na relação, a pessoa do médico investida de autoridade e que é igual a poder e cura, o paciente que é igual a sofrimento e doença, a imagem que o paciente elabora da sua doença, as expectativas que o paciente cria em função da sua doença, a própria experiência da doença e de estados psicológicos por ela desencadeados. O imaginário explicita-se através das crenças, desejos, revolta, tristeza e da própria depressão enquanto o paciente fala de si mesmo e do seu adoecer. Ele experiencia esses elementos todos e os revela por meio da fala. Estes elementos todos que o paciente experiencia e que permeiam sua re-

lação interpessoal com o médico, emergem na expressão do discurso.

Segundo Smolka & Cantuária, considerando-se a estratégia para a obtenção do discurso dos pacientes, talvez teria sido mais enriquecedor para os objetivos do trabalho substituir a pergunta disparadora "o que você sente" por "como você se sente?". Como já mencionamos, "o que" pressupõe indicação, identificação de elementos e sintomas. Este tipo de pergunta implica na identificação, digamos, de substantivos. Contudo, o "como" remeteria a um estado, a verbo; e verbo significa ação ou estado e, portanto, remeteria ao sentir. O sentir leva a sensações físicas, à experiência vital da corporeidade.

Escutando e relendo várias vezes os relatos, ao final de um longo processo de análise as Psicolinguistas identificaram, num primeiro momento, as marcas que se destacavam a nível da Caracterização dos discursos e, num segundo momento, delimitaram os conteúdos que compuseram a Temática. As marcas que se destacaram na Caracterização e os conteúdos que emergiram na Temática formaram as bases para o estabelecimento das "categorias" de cada uma dessas divisões.

B. CATEGORIAS DE ANÁLISE DO DISCURSO: CARACTERIZAÇÃO E TEMÁTICA

B.1. CARACTERIZAÇÃO DO DISCURSO

Os discursos foram classificados em diversos padrões que continham marcas dominantes e subdominantes. Não se trata propriamente de uma tipologia, como já se disse, mas de aspectos que se destacavam pela frequência de aparecimento na fala do paciente e do significado que esta fala encerrava. Além disso, esses aspectos, embora configurando com maior clareza um padrão, frequentemente entremeavam-se com aspectos de outros padrões. De modo geral, eles não se manifestavam de forma isolada.

A análise psicolinguística propiciou a identificação de quatro padrões básicos que emergiram das falas dos pacientes, além de um outro referente à ausência de características específicas. A seguir, mencionamos os padrões encontrados mediante a Análise do Discurso, cujos significados são explicitados, de forma sintética, a seguir:

1. Discurso do Silêncio:

O paciente quase não fala, o discurso é entrecortado, indefinido, obscuro, não há identificação dos problemas; o discurso é restritivo, há presença de choro, podendo-se mesmo interpretar uma certa resistência ou sensação de incômodo à situação de entrevista.

2. Discurso da Derrota:

O paciente expressa, em seu discurso, vontade de morrer, de desaparecer, de fugir, de largar tudo. Há a sensação de submissão às adversidades, desespero e reconhecimento da derrota, pelo menos momentânea. É o sentido de retirada.

3. Discurso da Melancolia:

O paciente apresenta, em sua fala, tristeza, medo, nostalgia, cansaço, preocupações, desânimo, sensação de solidão, tudo isto junto e indefinido e que poderia ser considerado como o peso da vida.

4. Discurso de Luta:

O paciente apresenta um discurso fluente que expressa o enfrentamento de problemas concretos e a vontade de vencer as adversidades, demonstrando, às vezes, sentimentos manifestos de revolta e inconformismo.

5. Ausência de elementos sugestivos de distúrbios depressivos:

O discurso do paciente não apresenta indicadores de algum dos padrões acima e não aponta para a existência de elementos sugestivos de distúrbios depressivos.

B.2. TEMÁTICA DO DISCURSO

Com relação às "temáticas", foram identificados nos discursos os elementos mais comuns do cotidiano, o que aponta para as condições sociais de produção da depressão (segundo o paciente). Estes elementos do cotidiano constituem as próprias condições de vida do paciente e é dentro dessas condições de vida que tanto o conteúdo do discurso, como os próprios distúrbios depressivos são produzidos.

Mediante a Análise do Discurso, foram identificadas as categorias pertencentes à Temática (conteúdo) a seguir esquematizadas:

1. Conteúdo psicológico:

Consiste na explicitação de elementos psicológicos como reações subjetivas, jeito de ser, si próprio, reações emocionais e história de vida.

2. Doença - sintomas físicos:

Significam as queixas de natureza física, com ou sem patologia orgânica definida.

3. Condição financeira:

São as dificuldades relacionadas com dinheiro e com a subsistência, mudança de casa por questões de trabalho ou de sobrevivência; em resumo, é a questão da pobreza.

4. Família

Relacionamento interpessoal na estrutura familiar, relações conjugais, situações referentes a marido, mulher, filhos e pais.

Tendo em mãos estas categorias inicialmente depreendidas, as autoras utilizaram um recurso gráfico que possibilitasse uma melhor visualização das marcas dos discursos. Assim, aleatoriamente foram atribuídas cores para cada uma das categorias mencionadas, de forma que as transcrições fossem grifadas de acordo com esta codificação, tendo este recurso facilitado a finalização da análise.

EXEMPLOS DAS CATEGORIAS DA CARACTERIZAÇÃO DO DISCURSO

As categorias que emergiram da Caracterização dos discursos, obviamente, não são "puras", ou seja, no discurso não aparece apenas um "tipo" de fala. Ocorre, na verdade, uma categoria de maior destaque - a marca dominante - e, permeando esta categoria, surgem outras de menor presença.

1. DISCURSO DO SILÊNCIO:

O paciente quase não fala, apresenta um discurso obscuro, entrecortado, indefinido; não há identificação dos problemas concretos; é repetitivo. Há a presença de choro, podendo-se mesmo interpretar uma resistência à situação de entrevista.

- Exemplos de "Discurso do Silêncio":

a. LMN, F, 49a (Paciente Nº 9):

"Eu estou sentindo esse problema mesmo... Acho que eu penso que é só isso...sei lá... Muita dor-de-cabeça. Quando eu consulto um médico ele fala que isso aí é pressão; sangue fraco, né... isso aí. ...Eu não vou falar, não. ...Só isso que eu sinto"

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. NBS, F, 60a (Paciente Nº 15):

"Ih! Eu sinto muita angústia, né; falta de ar, canseira... Adormece minha mão...Fico irritada demais. A cabeça...Não guardo nada na cabeça... Muita canseira...falta de ar, né. Angústia bastante, tristeza, tudo, né!...Mais nada."

Diagnóstico do Clínico: Depressão.

c. MAMR, F, 41a (Paciente Nº 17):

"Sentindo muita canseira, falta de ar, essas coisas assim. Dor nas pernas. Todas essas coisas, que eu sinto... Sinto muita dor de cabeça, dor nas costas, tudo isso... Estou sentindo é isso, assim...eu não sei. Outras coisas eu não estou sentindo. O que eu sinto é isso, falei; dor nas pernas, dor de cabeça, meio esquisita, assim!...Só... Só!"

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

d. MLCV, F, 41a (Paciente Nº 50)

"Ah! Eu tenho dor nas cadeiras, dor nos braços, nas pernas. Tenho muita dor de barriga, desandada a barriga,... é só isso...eu preciso operar, ainda, da bexiga; da rotura; tá baixa. Ah! é só isso daí... Só isso mesmo... Ah! Eu não tenho nada, não."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

e. MPS, F, 36a (Paciente Nº 65)

"Sinto dor-de-cabeça, dor nas pernas. A cabeça dói... a cabeça dói. Dor na urina. Eu fico tonta... Dor nas perna... É só. .. É só isso só que eu sinto... Já falei tudo."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

f. MCU, F 25a (Paciente Nº 73).

"Ah! Sinto tontura, fraqueza... Dor assim na barriga... é hum?... Eu sinto muito desanimada cá minha mãe... Ah! eu num tenho idéia."

Diagnóstico do Clínico: Depressão.

g. CAN, F, 18a (Paciente Nº 84).

"Eu? Dor-de-cabeça... e... dor no pé da barriga... e... dor nas perna... e... só... acho... Hum... às veiz tamém tem um jeito ruim no estômago... num sei... quando eu passo tempo sem comer, que num dá fome, então fico com jeito ruim... E sai as mancha rôxa ni mim. É só... Ah! Num sei mais, não... Num tenho... num tenho mais nada."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

h. RAS, F 50a (Paciente Nº 87)

"Eu sinto muita dor de estômago e dor nas costas, assim, e aperta, tomém, e sobe, a dor assim... e enche tomém a perna, assim... é só isso, só. Mais nada. Só mesmo a dor de estômago e a dor nas costas, assim. Aquelas pontada que dá aqui... e... que sobe prá perna... Só isso, só, graças a Deus."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

i. SPA, F, 24a (Paciente Nº 91)

"Das dores? Ah! Eu sinto muita dor nas costas, dor-de-cabeça, dores nas perna. Só... No momento, assim, eu não sinto mais nada, né. E sou muito nervosa, também. Isso aí... Num tenho mais, acho que num... num sinto muito... acho que só isso... porque prá mim já era o bastante. Porque eu nunca fui no médico, essa é a primeira vez."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

j. MLG, F, 21a (Paciente Nº 97).

"Ah! Eu sinto... assim... eu sinto que eu tenho é vermes, assim, que morde, sabe. E eu sinto... qualquer coisa?... Dor de cabeça. Eu sinto dor, assim, por baixo da barriga, assim nas costas; mas eu tenho muita dor-de-cabeça. Dói tudo. Ah! Eu acho que eu tenho um pouquinho de nervoso, também... E... acho que só isso."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

k. ACS, F, 25a (Paciente Nº 102).

"Tenho muita dor no estômago, minhas mãos incha muito, né, tenho formiga, tenho também escorrimento, muita coceira embaixo, na vagina. Sou uma pessoa... Sou uma pessoa, assim, irritada. Não tenho muita paciência... Só... Só isso."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

2. DISCURSO DA DERROTA

Expressa vontade de morrer, de sumir, de largar tudo, de fugir. Há presença de desespero e reconhecimento da derrota, pelo menos momentânea. Há a sensação de submissão às adversidades. É o sentido de retirada.

- Exemplos de "Discurso da Derrota":

a. ISO, F, 57a (Paciente Nº 41).

"Mau!... Tudo prá mim é ruim. Não está dando nada certo... E eu estou muito doente... Eu sinto uma angústia, tristeza!...Tenho vontade de morrer!..." (Neste momento a paciente chora copiosamente). "Morrendo, desaparece, né! Com a morte acaba tudo, ou não?... Eu acho...nada aí prá mim deu certo.... Numa certa idade na sua casa, e vir prá casa dos outros, não é nada bem, né!"

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. CRRC, F, 31a (Paciente Nº 58).

"Assim... de... eu me sinto, assim, mal... tipo de doença? Eu me sinto... eu tô sentindo, assim, dor no pulmão... aceleração no coração... inclusive, o médico falou prá mim que eu tenho taquicardia... e dor no peito... cansaço físico... tenho tido febre... me canso à toa, assim... ando um pouco e fico can-

sada. Enfim... eu... ando me sintindo assim, parte de saúde, muito mal... Ah! Eu me sinto, assim, sem vontade prá nada, sem gosto prá nada... num tenho vontade de... de... brincar, num tenho vontade de rir, nem tenho vontade nem de fazer o meu serviço de casa." (Neste momento, a paciente chora). "Já pensei até em fazê besteira, dar um fim em mim. Num fiz ainda porque penso no meu filho que é pequeno... Tenho vontade de chorar. Tem dia que dá uma vontade de chorar, de chorar até... num guentá mais. Tenho tido problema com minha família... depois que meu pai morreu (chora), antes dele morrer, também. Minha mãe não me trata bem. Até me afastei da casa dela porque ela não me trata como trata os outros filhos, né. Ela trata, às vezes pessoas estranha melhor que... do jeito que ela me trata... O meu marido é bom, num tenho queixa dele em nada. Se fosse problema... Se dependesse dele de eu sê feliz, eu acho que era a mulher mais feliz do mundo, mas... Eu num sei se devido esse problema meu, eu me sinto mal por causa de minha mãe... eu num tenho vontade de nada... nada me agrada (chora)... nada... nada... nada... É, eu sô assim... eu defino assim... Estado de saúde quase péssimo, e sentimento dessas coisas... mais ruim ... Me sinto... mal... mal. Eu acho, assim, se de repente eu desaparecesse... ou morresse... então acho que tudo voltaria ao normal, ninguém ia daí a pouco lembrar de mim. Então, eu, sei lá, eu num fiz ainda porque eu sei que meu filho vai sofrer muito. Ele ainda precisa muito de mim. Porque, do contrário... Vou esperar o resultado dos exames que eu vou fazer agora, vê o que dá. Se eu achar que vale a pena lutar... e me tratá, tudo bem; senão... deixa a doença tomá conta assim... (chora)...

Ah! Não é fácil sentir assim, não; nem é bom... (chora)... Ah!
Acho que num tem mais nada prá falá, não.

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

c. JMN, M, 22a (Paciente Nº 70).

"Eu, sei lá, eu sinto que num tô passando muito bem, já revoltado da vida, né e penso muito mal... e sei lá... eu penso também que um dia eu posso ficar bom e... sei lá... eu num queria ficar passando no médico aí... Queria... queria ver se eu melhorava, né... sei lá... parece que... eu venho no médico, eu vou no médico e já fiz exame de sangue, num, num deu nada o resultado. Exame de fezes, mema coisa. Agora eu tô fazendo esse exame aí, mas espero que... talvez pense que a gente tá com brincadeira, mas não é brincadeira: ó o cara tá dando, tá dando uma que tá doente, só prá... né... Mas, sei lá, eu... Faz tempo que eu estou com esses problemas, já passei por vários posto, né, e, sei lá, eu queria tamém, um dia, curar, sará essa doença... ou... sei lá... .. o que tá acontecendo comigo... Sinto, penso que eu num tô bom, assim... hum... se fosse prá mim tivé que ficá sofrendo assim, sei lá, assim... for mió se Deus tirá, né... assim... Então acho que a pessoa num tá sentindo bem, num tem condições de jeito, acho bom, sei lá, que a pessoa desaparece. Deus tira porque num tem condições... Só isso. A gente travaia doente, num tem condições, a gente procura um Posto de Saúde próprio prá isso, já... e já faz tempo que eu venho lutando cum sei lá se é doença ou um

espírito, sei lá ou uma praga que jogaram ni mim, inocente... Só isso."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

d. SMGF, F, 30a (Paciente Nº 71).

"Muito difícil... Ah!... achei... cum vontade de ficar sozinha, não gosto de barulho na minha cabeça... às vezes, uma criança falando muito em volta de mim também num suporte... né... Ah! Acho que é só isso daí, sei lá... Ah! Eu sinto muita coisa, mas no momento... a gente num lembra, né, pá falá... Minha saúde agora tá ficando normal, né... melhor que uns dias atrás... tava pior. Muita angústia, muito nervoso e sem motivo, às vezes eu num tenho motivo nenhum, né. Porque mesmo sozinha, às vezes me dá aquela angústia, aquele nervoso, aquele desespero. Tem hora que me dá vontade de sair correndo, sumir, num voltar mais, num aparecer. E depois já vem né, a calma, já muda a idéia, o pensamento volta, clareia tudo novamente. Então é isso. Que sempre eu tô assim. É isso aí".

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão

3. DISCURSO DA MELANCOLIA

Significa tristeza, medo, nostalgia, sensação de solidão, preocupação, cansaço, desânimo, tudo isto junto e indefinido. é o peso da vida.

- Exemplos de "Discurso da Melancolia":

a. LRS, F, 31a (Paciente Nº 10):

"Eu me sinto cansada, muita canseira, um desânimo; não tenho, assim, ânimo para cuidar da casa, sabe. Muitas vezes deixo a casa bagunçada... Desanimo, tenho aquela falta de coragem. E eu vou deitar... Deito... vou na casa da vizinha... Saio, vou até no caminho... não vou na casa da vizinha... Nem eu mesmo estou me entendendo... Bastante dor-de-cabeça... Uma dor cansada nas costas. Dor nas pernas... Uma dor encima desse peito (lado esquerdo)... Eu canso de me perguntar o que que é, o que que é?... Por exemplo, eu fico com uma mágoa de uma pessoa, que eu não posso falar... Se eu sentir alguma coisa e se eu puder falar, parece que eu me sinto bem. Parece que aquilo alimpa por dentro. Mas, se eu senti e não falei, aquilo vai me dando aquela coisa por dentro... Dá aquela amarradinha, que eu me sinto mal mesmo."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. MIA, F 25a (Paciente Nº 54)

"Ah! Eu sinto... desde criança... desde criança, você quer saber?... Eu sentia medo de morrer, né. E minha mãe nunca, né... Às vezes eu gritava com minha mãe que eu ia morrer, ia morrer; minha mãe fazia chá de hortelã prá mim; eu melhorava, né. Aí, depois, com 10 anos meu pai morreu, aí, depois, eu fiquei complexada... Não era mais uma criança feliz, né... Aí, depois, né, eu casei; tive problema no meu casamento, né, tudo, né, e agora ultimamente, tenho sentido muito, né, assim... não sinto mais a pessoa que eu era antes. Apesar de a gente não sentir uma pessoa completa, feliz... eu não sinto mais antes, que nem antes. Sinto nervosa; praticamente a gente não é como antes. Ah! é tanta coisa, né... Qualquer probleminha, qualquer coisinha prá mim já é coisa grande, né. Já sinto bastante nervoso, não consigo mais dormir, comer... Porque, sabe, a minha mãe... assim, na hora... às vezes eu acho que quero as coisas e, sabe... não consigo lembrar. Depois, passado, que vem e volta de novo... Tenho sentido, né, angústia, tristeza, bastante coisa... Tenho medo de morrer, né... Acho que é só isso."

Diagnóstico do Clínico: Depressão.

c. EMG. F 18a (Paciente Nº 83)

"Você tá querendo dizê da minha dor... o que eu tô sentindo de doente?... Olha, me sinto... às vezes muito doente. Me sinto só, às vezes. Sinto falta de alguém prá conversar... como dizê?... me desabafar. E me sinto às vezes muito confusa. Porque tem muitas coisas que eu, num dá prá mim pensar porque vem só dum veiz. Porque a minha vida foi uma vida... tá sendo uma vida muito, muito complicada prá mim. Primeiro, eu deixei esse meu filho lá no Maranhão. Num tive oportunidade de conhecer meus pais... nem meus irmãos... Isso torna uma coisa... sei lá... me sinto... uma coisa muito complicada prá mim mesmo entender. Sinto também... tenho que pensá ni mim, também, sobre o que que eu tenho... quem eu vou ser mais na frente. E me sinto confusa... Às vezes tem dia que eu num paro nem em pé, ainda mais quando eu levanto. Eu abaixo minha cabeça, parece que vai desabar o mundo na minha cabeça. É... no momento é isso... Às vezes eu fico sozinha. Aí, quando eu fico assim, eu ouço música; eu gosto de ouvir música; senão, chorá; ficá sozinha, num vê ninguém... Às veiz num dá nem vontade de comê, nem de tomá água... Às veiz eu fico nessa vida."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

4. DISCURSO DE LUTA

Discurso fluente que expressa o enfrentamento de problemas concretos e a vontade de vencer as adversidades, apresentando, às vezes, sentimentos manifestos de revolta e inconformismo.

- Exemplos de "Discurso de Luta":

a. JCOM, M, 29a (Paciente Nº 11):

"Eu estou sentindo, assim, o meu problema da potência, né, e eu queria que resolvesse o problema meu aí... E outra coisa que eu queria também é se eu arrumo um outro tipo de serviço, que faz 10 anos que eu trabalho na penitenciária. Eu acho que a minha cabeça não dá mais, entendeu, prá trabalhar num clima daquele; vivo numa tensão o dia inteiro e tenho medo de preso... e do local em que a gente trabalha... Eu queria ver se eu arrumo outra atividade... Eu queria ser um homem praticamente completo. Agora deu esse problema da impotência, eu quero ver se resolve esse problema, certo, prá mim ser um homem completo. Eu me dou muito bem com a minha família, tenho uma filha de 6 anos. Gosto dela, gosto da minha esposa, certo."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. VBP, M, 59a (Paciente Nº 90).

"Olha, eu sinto... pobrema no olho; já tive pobrema lá. Agora tive pobrema é do estômago, parece que, num sei se é vesícula, o que que é, o que que é o pobrema. E tenho também uns pobrema do... caroço, certo. Depois que eu fui operado, que eu fui operado da hérnia, e tá saindo isso bastante, isso ó. E aqui dói, sabe. E eu como, sinto aquele... desse lado, aquele peso, parece que a... coisa... aquele gáis, parece que é gáis. E eu... tanto faiz, no armoço, como na janta, eu cabo de armoçá me dá aquele peso na cabeça; aparece aquele sono, aquele sono, parece que... E tem tamém um pobrema de umas dor, assim, na... parece que ela... assim... ela vem assim, parece que nessa veia assim, num sei se é do pescoço, é... é umas dor gozada que... dói bastante. Tem dia que dói bastante desse lado esquerdo. Dor de perna, doença de velho, mesmo; e varizes tenho também. Tenho bastante varizes, bastante... Bastante nervoso, essas coisa. Mas, graças a Deus, dando conta de ir trabalhando um pouco, bastante... quanto tiver força, tem que trabalhar, né. Mais ou menos isso."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

5. AUSÊNCIA DE INDICADORES SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO

O discurso do paciente não apresenta indicadores para alguma das caracterizações acima e não sugere a existência de elementos indicadores de distúrbios depressivos.

-Exemplos de "ausência" de indicadores sugestivos de depressão:

a. MJS, F, 18a (Paciente Nº 52)

"Eu sinto muita dor na garganta, nas pernas, dor no estômago, dor na bexiga... Sinto dor aqui, mas sinto pontada aqui (tórax). Sinto dor aqui, nas costas, sabe. Só que eu acho que é o rim, mas eu não sei se é. Agora, tem um problema também no ouvido. Mas já sarou, mas tem vez que coça demais. Eu já tive vários medicamentos. Mas, só sarou mesmo por Deus, sabe. Então, eu queria de ter certeza se sarou mesmo, porque tava muito enraizado quando eu estava no médico... Porque, daí, eu poderei, acho, bater chapa prá ver, né! Porque desde nascença eu tive problema no ouvido, um burquinho. Então, eu não sei lá, o que foi lá, começou inflamar e dar um tumor. Eu fui no médico e ele falou que tava já enraizado, sabe. Mas, só que ele fez lá um pequeno tratamento, mas não miorava; aí eu parei de ir".

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. DS, F, 37a (Paciente N: 93).

"Bom. Eu sinto, eu tenho uma pequena úlcera no estômago. E eu sinto fome. Por exemplo, e eu sinto fome, por exemplo, logo de manhã cedo eu já tenho fome, né. Então, eu como. E, de repente, já me faiz mal, me faiz mal e num faiz digestão, o alimento num faiz digestão e eu começo a sentir mal-estar, né. Tenho gastrite, também... intestino preso, num solto gás, tenho a boca amarga; amarga a boca, junta uma saliva grossa na boca... Tudo que eu como, né, faiz mal. E tenho que fazê o regime. Eu comendo o que não faiz mal eu me sinto bem. Agora, se eu como qualquer coisa que me faiz mal, eu já me sinto mal, né... Sinto dor de cabeça, né; já vem a dor do estômago, né. Diz que vem do estômago a dor de cabeça... Me embrulha o estômago, né... É só isso."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão

EXEMPLOS DAS CATEGORIAS DA TEMÁTICA DO DISCURSO

Como ocorre com as marcas da Caracterização, os conteúdos dos discursos não são "puros". Eles se apresentam permeados por diversos temas num mesmo discurso, com a preponderância de algum deles.

1. DOENÇA - SINTOMAS FÍSICOS

O conteúdo do discurso constitui-se de queixas de natureza física, através das quais o paciente destaca sintomas de patologias orgânicas bem definidas ou não. Nos exemplos consta também a categoria da Caracterização do discurso nas quais o paciente foi inserido.

- Exemplos de "Doença - sintomas físicos":

a. LMN, F, 49a (Paciente Nº 9, Discurso do Silêncio):

"Muita dor de cabeça. Quando eu consulto um médico ele fala que isso aí é pressão; sangue fraco, né... Eu não vou falar, não".

- Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. MLCV, F, 41a (Paciente Nº 50, Discurso do Silêncio):

"Ah! Eu tenho dor nas cadeiras, dor nos braços, nas pernas. Tenho muita dor de barriga, desandada a barriga... eu preciso operar, ainda, da bexiga; da rotura; tá baixa... Só isso daí... Só isso mesmo... Ah! Eu não tenho mais nada, não".

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

c. MPS, F, 36a (Paciente Nº 65, Discurso do Silêncio):

"Sinto dor de cabeça, dor nas pernas. A cabeça dói... a cabeça dói. Dor na urina. Eu fico tonta... Dor nas perna... é só... é só isso que eu sinto... Já falei tudo".

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

d. RAS, F, 50a (Paciente Nº 87, Discurso do Silêncio):

"Eu sento muita dor de estômago e dor nas costas, assim, e aperta, tomém, a dor assim... e enche tomém a perna, assim... Mais nada. Só mesmo a dor de estômago e a dor nas costas, ansim. Aquelas pontada que dá aqui... é... que sobe prá perna... Só isso, graças a Deus".

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

e. MLG, F, 21a (Paciente Nº 97, Discurso do Silêncio):

"Ah! Eu sinto... assim... eu sinto que eu tenho é vermes, assim, que morde, sabe. E eu sinto... qualquer coisa? Dor de

cabeça, eu sinto dor, assim, por baixo da barriga, assim, nas costas; mas eu tenho muita dor de cabeça. Dói tudo. Ah! Eu acho que eu tenho um pouquinho de nervoso, também”.

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

f. ACS, F, 25a (Paciente Nº 102, Discurso do Silêncio):

”Tenho muita dor no estômago, minhas mãos incha muito, né, tenho formiga, tenho também escorrimento, muita coceira embaixo, na vagina. ... Sou uma pessoa, assim, irritada. Não tenho muita paciência”.

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

h. MJS, F, 18a (Paciente Nº 52, Ausência de Caracterização):

”Eu sinto muita dor na garganta, nas pernas, dor no estômago, dor na bexiga... Sinto dor aqui, mas sinto pontada aqui (tórax). Sinto dor aqui nas costas, sabe. Só que eu acho que é o rim, mas eu não sei se é. Agora, tem um problema também no ouvido. Mas já sarou, mas tem vez que coça demais. Eu já tive vários medicamentos... Então, eu queria de ter certeza se sarou mesmo... Porque desde nascença eu tive problema no ouvido, um buraquinho.”

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

2. CONTEÚDO PSICOLÓGICO

O conteúdo da fala do paciente explicita elementos de natureza psicológica, como reações subjetivas, jeito de ser, si próprio, reações emocionais e história de vida.

- Exemplos de "Conteúdo psicológico":

a. MHS, F, 34a (Paciente Nº 57, Discurso do Silêncio):

"Eu? Ah! Eu sinto muito nervoso; eu sou um pouco revoltada... é... num... num vô falá, não... Ah! Eu sinto muito nervoso, sei lá... Dá até vontade de sair correndo... me dá um desgosto na gente... Ah! é muita coisa... Tem hora que dá ódio... Ah!" (A paciente chora...) "me dá nervoso, se eu começá a falar tudo que eu tô sentindo." (chorando).

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. ISO, F, 57a (Paciente Nº 41, Discurso da Derrota):

"Mau!... Eu sinto uma angústia, tristeza!... Tenho vontade de morrer!" (A paciente chora copiosamente)... "Morrendo, desaparece, né! Com a morte acaba tudo, ou não?"

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

c. SMGF, F 30a (Paciente Nº 71, Discurso da Derrota):

"Muito difícil... Ah!... cum vontade de ficar sozinha... Muita angústia, muito nervoso e sem motivo, às vezes eu num tenho motivo nenhum, né. Porque mesmo sozinha, às vezes me dá aquela angústia, aquele nervoso, aquele desespero. Tem hora que me dá vontade de sair correndo, sumir, num voltar mais, num aparecer."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

d. MIA, F, 25a (Paciente Nº 54, Discurso da Melancolia):

"Ah!... desde criança, você quer saber?... Eu sentia medo de morrer, né. E minha mãe nunca, né... Às vezes eu gritava com minha mãe que eu ia morrer, ia morrer.. depois, com 10 anos meu pai morreu, aí, depois, eu fiquei complexada... Não era mais uma criança feliz, né... Aí, depois, né, eu casei; tive problema no meu casamento, né, tudo, né, e agora ultimamente... não sinto mais a pessoa que eu era antes, que nem antes. Sinto nervosa; praticamente a gente não é como antes... Qualquer probleminha, qualquer coisinha prá mim já é coisa grande, né. Já sinto bastante nervoso, não consigo mais dormir, comer... Tenho sentido, né, angústia, tristeza, bastante coisa... Tenho medo de morrer."

Diagnóstico do Clínico: Depressão.

e. EMG, F 18a (Paciente Nº 83, Discurso da Melancolia):

"Me sinto só, às vezes. Sinto falta de alguém prá conversar... me desabafar. E me sinto às vezes muito confusa... Porque a minha vida foi uma vida... tá sendo uma vida muito, muito complicada prá mim. Primeiro, eu deixei esse meu filho lá no Maranhão. Num tive oportunidade de conhecer meus pais... nem meus irmãos... Isso torna uma coisa... sei lá... me sinto... uma coisa muito complicada prá mim mesmo entender... Eu me sinto confusa... Às vezes tem dia que eu num paro nem em pé, ainda mais quando eu levanto. Eu abaixo minha cabeça, parece que vai desabar o mundo na minha cabeça... às vezes eu fico sozinha. Aí, quando eu fico assim, eu ouço música; eu gosto de ouvir música; senão chorá; ficá sozinha, num vê ninguém... Às veiz num dá vontade de comê, nem de tomá água... Às veiz eu fico nessa vida."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

3. FAMÍLIA

O conteúdo do discurso compõe-se de elementos como relações familiares, relacionamento conjugal, relações com filhos, pais, estrutura familiar.

- Exemplos de "Família":

a. OBR, F, 43a (Paciente Nº 13, Discurso do Silêncio):

"Eu tenho sentimento com minha mãe. Eu tenho a impressão que ela não gosta de mim. Eu acho que ela nunca gostou mesmo... E os irmãos, também, que eu não me dou com eles, né. Só. Bem, a gente teve uma briga com minha mãe, né. E nessa briga, ela jogou muitas pragas nos meus filhos e em mim também. Acho que... eu acho que é isso que mais me arrasa... Acho que é só, né... o que eu sinto. O problema é minha mãe, só. Acho que é só o que eu sinto." (A paciente chora copiosamente).

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. LFS, F 31a (Paciente Nº 12, Discurso da Derrota):

"Ah! Eu ando um pouco cansada da vida. A gente só vive doente. E reclamo também porque a gente não é uma boa mulher em parte de sexo... E as crianças sempre perturbam... Eu sei lá, eu nunca tive muita felicidade na vida, porque, essa primeira menina minha de 12 anos - e eu tinha 17 anos quando fiquei grávida dela;

e depois, quando... o moço prometeu que casava comigo... quando eu percebi, ele era casado... Aí, então, eu não quis mais saber dele. Então, desde essa época eu fiquei meio, assim, abalada, sabe... Aí, depois, apareceu um outro rapaz. Então a gente foi morar juntos. Aí, então, eu fiquei grávida de uma outra menina de 11 anos. Mas ele bebia muito, bebia muito, me batia bastante, mesmo. Muitas vezes apontou faca prá mim. Então, eu falei que não queria mais saber. Aí eu fiquei sozinha... Arrumei um cômodo e fomos fomar eu, minhas duas filhas, meu sobrinho que era pequeno, também, e minha mãe... Aí conheci esse marido meu... Ele é muito bom prá mim. Ele não sabe dar aquele carinho... Mas, também não é ruim. Não me bate, nem nada, não deixa passar necessidade... A gente sente essa tristeza... Sempre eu sonhei, assim, de casar bem... Isso nunca aconteceu, né."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

c. TSRO, F, 33a (Paciente Nº 74, Discurso da Derrota):

"Ah! Eu estou sentindo... pobrema do marido, né. Aquele pobrema, assim, que o marido não tem amor, não tem estímulo ni mim, sabe! É pobrema dele, assim, muito assim, difícil, sabe. A gente vai deitar na cama e ele não quer saber, deita na berada, né. É um pobrema muito difícil, né... ele manda eu deitá lá no canto, né. E é um pobrema muito difícil prá mim, sabe... E tem hora, assim, que dá aquele desespero na minha vida, sabe. Dá aquele desespero que dá vontade de saí correndo, porque ele não tem amor ni mim, sabe. Porque, se ele tivesse amor ni mim, então

a gente via... Eu sinto bastante sentimento por mode esses pobrema, né. Fico muito sentida disso, né... E pobrema também, é o pobrema da menina. Tenho uma menina minha mais velha que dá consio prá ele...prá ele mandá largá de mim, sabe, me xinga... E ela num tem amor ni mim, sabe. Num me estima como eu seja a mãe dela. E ela fala: sai daqui de casa, mãe... que a senhora num é minha mãe... E eu falo assim: eu sô sua mãe, filha... Ele me bateu esses dias atrás aí, buscô a pulícia prá mim e... bateu muito na minha cabeça. O pobrema foi muito difícil pô meu lar, né... A advogada falô prá ele... desquitá o casamento, né. E eu falei prá ela que eu num ia fazê isso, porque eu sô crente, num ia fazê umas coisa dessa."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

4. CONDIÇÃO FINANCEIRA

O conteúdo do discurso é constituído de fatores referentes às condições de vida, de trabalho, de sobrevivência, às necessidades de mudança de casa em função do emprego; enfim, é a questão da pobreza.

- Exemplos de "Condição financeira":

a. SHMS, F 26a (Paciente Nº 49, Discurso da Melancolia):

"...Às vezes eu tenho vontade de ter minhas coisas, vontade de ter minha casa mais bem arrumada, tenho de passear mais, né, isso... visitar meus irmãos de vez em quando".

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

b. JCOM, M 29a (Paciente Nº 11, Discurso de Luta):

"...eu queria também é se eu arrumo um outro tipo de serviço, que faz 10 anos que eu trabalho na penitenciária. Eu acho que a minha cabeça não dá mais, entendeu, prá trabalhar num clima daquele... Eu queria ver se eu arrumo outra atividade..."

Diagnóstico do Clínico: Não Depressão.

6. FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES COM ESCORES EM ZUNG \geq 40

A distribuição por idade dos pacientes com escores em Zung \geq 40, de ambos os Grupos, ocorreu da seguinte maneira. No Grupo 1 a faixa etária de 18 a 30 anos compreendeu 11 pacientes (40,8%), seguida das faixas etárias entre 31 e 40 anos com 9 pacientes (33,3%), 41 e 50 anos com 5 pacientes (18,5%) e 51 e 60 anos com 2 pacientes (7,4%). No Grupo 2 a distribuição mostrou tendência semelhante. A faixa etária de 18 a 30 anos apresentou a frequência de 8 pacientes (57,1%), seguida das faixas etárias entre 31 e 40 anos com 3 pacientes (21,4%), 41 e 50 anos com 2 pacientes (14,3%) e 51 e 60 anos com 1 paciente (7,2%). (Tabela 1).

Tabela 1:

Faixa etária dos paciente com escores ≥ 40 em Zung.

Grupo 1		
Faixa etária	Nº de Pacientes	%
18 a 30 anos	11	40,8
31 a 40 anos	9	33,3
41 a 50 anos	5	18,5
51 a 60 anos	2	7,4
Total	27	100

Grupo 2		
Faixa etária	Nº de Pacientes	%
18 a 30 anos	8	57,1
31 a 40 anos	3	21,4
41 a 50 anos	2	14,3
51 a 60 anos	1	7,2
Total	14	100

7. RELAÇÕES ENTRE DISCURSO E ESCORES EM ZUNG \geq 40

Nesta seção discutiremos as relações que envolvem as diferentes categorias (padrões) do discurso e os escores iguais ou superiores a 40 na Escala de Zung. Estas relações estão distribuídas nos itens que se seguem.

A. ESCORES EM ZUNG: CATEGORIAS DO DISCURSO, DIAGNÓSTICO DO CLÍNICO QUANTO À DEPRESSÃO OU NÃO DEPRESSÃO E DADOS COMPLEMENTARES

A seguir, mostraremos um panorama dos pacientes considerados deprimidos contendo as categorias dominantes / subdominantes da Caracterização do discurso ("tipo") e da Temática (conteúdo), os escores na Escala de Zung, os indicadores sugestivos de depressão da DMS e o diagnóstico de depressão / não depressão do Clínico Geral.

Na Caracterização do "tipo" de discurso estão incluídas as marcas dominantes e subdominantes da fala dos pacientes e na Temática, as marcas dominantes e subdominantes dos conteúdos.

Os "tipos" de discurso subdividiram-se nas categorias: "discurso do silêncio", "derrota", "melancolia", "luta" e "ausência". As temáticas subdividiram-se nos padrões: "doença - sintomas físicos", "conteúdo psicológico", "família" e "condição financeira".

Num primeiro momento foram relacionados os 27 pacientes (Zung ≥ 40) pertencentes ao Grupo 1. Em seguida, procedimento idêntico foi realizado para os 14 pacientes do Grupo 2 (Tabela 2).

Tabela 2:

Padrões dominantes e subdominantes da Caracterização e da Temática, diagnóstico do Clínico quanto à existência ou não de depressão, critérios sugestivos de depressão (OMS) e escores ≥ 40 em Zung. Estão incluídos os 41 pacientes pertencentes aos Grupos 1 e 2.

O esquema a seguir tem por finalidade o entendimento dos significados das abreviaturas da Tabela 2.

Nº Pac = Número do Paciente, Sexo Masculino (M) ou Feminino (F), Idade (a).

Caracterização = "tipo" de discurso do paciente.

Temática = conteúdo do discurso do paciente.

Dominância = aspectos do discurso que se destacaram com maior intensidade e frequência.

Subdominância = aspectos do discurso que se destacaram com intensidade logo abaixo da dominância.

D = Depressão

ND = Não Depressão

OMS S (Sim) = preenchimento dos critérios de possibilidade de depressão, da OMS.

Zung \geq 40 indica escore global na Escala de Depressão de Zung igual ou superior a 40.

Nº Pac	Caracterização do discurso	Temática do discurso	Clín. Geral	OMS	Zung \geq 40
Sexo	dominância / subdominância	dominância / subdominância	D/ND		
GRUPO 1					
Nº 9 F 49a	silêncio	doença: sint. físicos	ND	S	40
Nº 10 F 31a	melancolia / luta	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	ND	S	69
Nº 11 M 29a	luta	condição financeira / conteúdo psicológico	ND	S	41
Nº 12 F 31a	derrota	família / condição financeira	ND	S	49
Nº 13 F 43a	silêncio	família / doença: sint. físicos	ND	S	44
Nº 14 F 33a	silêncio	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	ND	S	48
Nº 15 F 60a	silêncio / melancolia	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	D	S	53
Nº 17 F 41a	silêncio	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	ND	S	43
Nº 41 F 57a	derrota / silêncio	conteúdo psicológico	ND	S	45
Nº 42 F 30a	silêncio / melancolia	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	D	S	58

Nº 49 F 26a	melancolia	condição financeira / doença: sint. físicos	ND	S	59
Nº 50 F 41a	silêncio / melancolia	doença: sint. físicos	ND	S	52
Nº 52 F 10a	ausência	doença: sint. físicos	ND	S	42
Nº 53 F 24a	melancolia	família	ND	S	55
Nº 54 F 25a	melancolia	conteúdo psicológico	D	S	58
Nº 57 F 34a	silêncio / derrota	conteúdo psicológico / família	ND	S	55
Nº 58 F 31a	derrota / luta	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S	67
Nº 65 F 36a	silêncio	doença: sint. físicos	ND	S	51
Nº 66 F 20a	derrota	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S	45
Nº 67 F 43a	derrota / luta	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S	63
Nº 68 F 39a	derrota / luta	doença: sint. físicos	ND	S	54
Nº 69 M 40a	melancolia	conteúdo psicológico	D	S	51
Nº 70 M 22a	derrota / melancolia	conteúdo psicológico	ND	S	59
Nº 71 F 30a	derrota / silêncio	conteúdo psicológico	ND	S	42
Nº 72 F 23a	silêncio / melancolia	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	D	S	50
Nº 73 F 25a	silêncio	doença: sint. físicos/ família	D	S	50
Nº 74 F 33a	derrota	família / doença: sint. físicos	ND	S	66

Nº Pac	Caracterização do discurso dominância / subdominância	Temática do discurso dominância subdominância	Clín. OMS Geral	Zung >=40
	GRUPO 2			
Nº 83 F 18a	melancolia	conteúdo psicológico	ND	S 57
Nº 84 F 18a	silêncio	doença: sint. físicos	ND	S 42
Nº 85 F 30a	silêncio	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 59
Nº 87 F 50a	silêncio / melancolia	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 61
Nº 88 F 33a	melancolia	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 50
Nº 90 M 59a	luta	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 53
Nº 91 F 24a	silêncio	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 49
Nº 92 M 32a	melancolia	doença: sint. físicos	ND	S 40
Nº 93 F 37a	ausência	doença: sint. físicos	ND	S 60
Nº 96 F 20a	derrota / silêncio	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 53
Nº 97 F 21a	silêncio	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 55
Nº 100 M 29a	derrota	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 55
Nº 101 F 48a	melancolia / luta	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	D	S 59
Nº 102 F 25a	silêncio	doença: sint. físicos/ conteúdo psicológico	ND	S 49

Houve 7 pacientes pertencentes ao Grupo 2 cujos discursos foram gravados e analisados, mas que permaneceram abaixo do ponto de corte (Zung < 40). Estes sujeitos serão considerados mais à frente.

B. COMPARAÇÃO DOS ESCORES EM ZUNG DOS PACIENTES DE PRIMEIRO ATENDIMENTO COM OS PACIENTES EM ATENDIMENTO HÁ MAIS DE UM ANO

Dos 41 pacientes considerados deprimidos (Zung \geq 40), 29 (70,7%) vieram pela primeira vez para o tratamento médico e 12 (29,3%) estavam em tratamento há mais de um ano.

Com a finalidade de verificarmos possíveis interferências da duração do tratamento nos 41 pacientes classificados acima do "ponto de corte", foram comparados aqueles que vinham para o atendimento médico pela primeira vez com os que estavam há mais de um ano em tratamento. A média dos escores na Escala de Zung revelou-se mais elevada nos pacientes cujo tempo de tratamento era de mais de um ano (55,1), enquanto que naqueles que procuraram atendimento pela primeira vez foi de 51,4.

A diferença dessas médias pode ser considerada significativa, de acordo com o resultado da aplicação do Teste Não Paramétrico de Kruskal-Wallis e após comparação com a Tabela do Teste Qui-Quadrado. Após este procedimento, o nível de significância dos segmentos acima foi de 5%.

Afora as diferenças acima mencionadas, os profissionais do Departamento de Estatística, Matemática Aplicada e Computacional da Universidade Estadual Paulista, Campus de Rio Claro, SP, asseguram que, estatisticamente, os pacientes de primeiro atendimento não diferem em relação aos pacientes de mais de um ano de tratamento.

Dos 7 pacientes "diagnosticados" pelo Clínico como deprimidos, 5 estavam em tratamento há mais de um ano e 2 eram pacientes de primeiro atendimento. Os dados estão contidos na Tabela 3.

Tabela 3:

Tempo de atendimento dos pacientes com Zung ≥ 40 , médias dos escores em Zung e diagnóstico de Depressão / Não Depressão.

	M	F	Total	Média em Zung
1º atendimento:	4 (9,8%)	25 (60,9%)	29 (70,7%)	51,4
> 1 ano	2 (4,9%)	10 (24,4%)	12 (29,3%)	55,1
Total	6 (14,7%)	35 (85,3%)	41 (100%)	52,5
Pacientes diagnosticados pelo Clínico Geral		1º Atendimento	Atendimento há mais de 1 ano	
		2 (28,6%)	5 (71,4%)	
Total:		7 (100%)		

C. CATEGORIAS PRESENTES NA CARACTERIZAÇÃO DO DISCURSO

As categorias (padrões) da Caracterização foram consideradas a nível de dominância e de subdominância num mesmo discurso. A distinção entre estes dois níveis baseou-se no fato de um aspecto do discurso ter destacado-se mais do que outro em termos de intensidade e frequência, quando havia mais de um padrão de conteúdo característico. Um número importante de pacientes apresentou o aspecto dominante sem o subdominante.

As categorias da Caracterização de elementos sugestivos de depressão encontradas pela Análise do Discurso: "discurso do silêncio", "derrota", "melancolia", "luta" e "ausência", de modo geral tiveram distribuição semelhante nos Grupos 1 e 2 (41 pacientes com Zung ≥ 40). A única alteração observada deu-se entre as categorias "derrota" e "melancolia". No Grupo 1, "derrota" apareceu em segundo lugar e "melancolia", em terceiro. No Grupo 2, estas posições inverteram-se.

Assim, para os 27 pacientes do Grupo 1 "discurso do silêncio" foi o padrão mais frequente, aparecendo em 11 deles (40,8%) a nível de dominância e em 2 pacientes a nível de subdominância. O padrão "derrota" apareceu em segundo lugar com 9 pacientes (33,3%) a nível de dominância e com 1 paciente a nível de subdominância. Em terceiro, emergiu o padrão "melancolia", aparecendo de maneira equitativa em termos de dominância e de subdominância em 5 pacientes (18,5%) respectivamente. O padrão "luta" surgiu em apenas 1 paciente (3,7%) a nível de dominância e, em 4

pacientes, a nível de subdominância. Um sujeito (3,7%) não apresentou nenhum dos padrões indicadores de distúrbios depressivos, sendo classificado em "ausência" (de depressão).

Os 14 sujeitos do Grupo 2 (Zung >= 40) também passaram pelos mesmos procedimentos da Análise do Discurso. A nível de dominância, também novamente "discurso do silêncio" foi o padrão mais frequente, com 6 pacientes (42,9%), seguido de "melancolia" com 4 pacientes (28,6%) e de "derrota" com 2 pacientes (14,3%). No Grupo 2, como subdominância apareceram "discurso do silêncio", "melancolia" e "derrota" respectivamente com 1 sujeito. Em ambos os Grupos, observa-se a pequena frequência de sujeitos incluídos nas categorias "luta" e "ausência": em cada Grupo houve apenas 1 sujeito para cada uma destas categorias. Os dados apontam para a presença de possíveis relações entre a existência de depressão e determinadas características da fala dos pacientes, evidenciadas em "discurso do silêncio", "melancolia" e "derrota". O que reforça a idéia de que os distúrbios depressivos raramente cursam com falas compatíveis com "luta" ou "ausência". O padrão "luta" significa resistência a se submeter a fenômenos como desânimo ou tristeza, e "ausência" sugere a inexistência de indicadores de depressão no discurso.

A Tabela 4 mostra a frequência da Caracterização dos "tipos" de discurso presentes nos Grupos 1 e 2 com seus aspectos dominantes e subdominantes.

Tabela 4:

Frequência da Caracterização do discurso a nível de dominância e de subdominância dos pacientes com Zung ≥ 40 , Grupos 1 e 2 (Nº = 41).

GRUPO 1				
Categoria (Caracterização)	Dominância		Subdominância	
	Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
Discurso do silêncio	11	40,8	2	7,4
Derrota	9	33,3	1	3,7
Melancolia	5	18,5	5	18,5
Luta	1	3,7	4	14,8
Ausência	1	3,7	0	0
Total	27	100	12	44,4

GRUPO 2				
Discurso do silêncio	6	42,9	1	7,1
Melancolia	4	28,6	1	7,1
Derrota	2	14,3	1	7,1
Luta	1	7,1	0	0
Ausência	1	7,1	0	0
Total	14	100	3	21,3

D. COMPARAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DA CARACTERIZAÇÃO

Estabelecendo uma comparação entre as categorias encontradas pela Análise do Discurso nos dois Grupos, verificamos uma frequência maior de "discurso do silêncio" (41,5%), "derrota" (26,8%) e "melancolia" (21,9%), com percentuais mais elevados em relação às categorias "luta" e "ausência" de indicadores depressivos (Tabela 5). Estas duas últimas categorias obtiveram percentuais baixos possivelmente não sendo compatíveis com sintomas depressivos - o que reforçaria a qualidade da Análise do Discurso aqui inserida.

Tabela 5:

Frequência das categorias (padrões) presentes na Caracterização do discurso - Grupos 1 e 2 (Nº = 41 pacientes):

GRUPOS 1 e 2		
Categoria (Caracterização)	Dominância	
	Nº de Pacientes	%
Discurso do silêncio	17	41,5
Derrota	11	26,8
Melancolia	9	21,9
Luta	2	4,9
Ausência	2	4,9
Total	41	100

E. CATEGORIAS PRESENTES NA TEMÁTICA DOS DISCURSOS

As categorias (padrões) da Temática - o conteúdo básico da fala dos pacientes - também foram consideradas a nível de dominância e de subdominância num mesmo discurso, quando estava presente mais de um conteúdo. Dominância refere-se aos aspectos que se destacavam com maior intensidade e frequência na fala do paciente enquanto que subdominância refere-se aos aspectos que se destacavam logo abaixo da dominância.

Quanto à Temática dos discursos dos 27 pacientes com escore em Zung ≥ 40 do Grupo 1, foram verificadas as categorias: "doença - sintomas físicos", "conteúdo psicológico", "família" e "condição financeira". O tema "doença - sintomas físicos" apareceu em primeiro lugar, seguido dos temas "conteúdo psicológico", "família" e "condição financeira". Além disso, foram considerados os aspectos dominantes e subdominantes destes conteúdos. Assim, o tema "doença - sintomas físicos" foi identificado como aspecto dominante em 15 (55,6%) dos 27 pacientes que compuseram o Grupo 1. Este mesmo tema apareceu em outros 4 pacientes como aspecto subdominante. A seguir, há a manifestação de "conteúdo psicológico" em 6 pacientes, a nível de dominância (22,2%) e em 10 pacientes, a nível de subdominância (37%).

A categoria "família" apareceu em 4 pacientes (14,8%) como aspecto dominante e igualmente em outros 4 pacientes como aspecto subdominante.

A categoria "condição financeira" foi a menos frequente, com 2 pacientes (7,4%) para aspecto dominante e 2 pacientes

para aspecto subdominante.

Os 14 pacientes do Grupo 2, que obtiveram escore ≥ 40 em Zung, a nível de dominância da Temática apresentaram, na quase totalidade, queixas de natureza física. Assim, dos 14 pacientes, 13 (92,3%) relataram no discurso uma temática do tipo "doença: sintomas físicos" e apenas 1 apresentou temática de "conteúdo psicológico". Entretanto, a nível de subdominância, a temática "conteúdo psicológico" esteve presente em 10 pacientes (71,4%).

Retomando, agora, os pacientes de ambos os Grupos que, a nível de dominância ou de subdominância, apresentaram queixas físicas, encontramos um total de 31 sujeitos (75,6%) = 18 do Grupo 1 + 13 do Grupo 2 entre 41 pacientes com Zung ≥ 40 . Deses mesmos 31 pacientes, 19 (61,3%) também revelaram a nível de dominância ou de subdominância, a presença de "conteúdo psicológico". Este dado reforça a idéia de que o relato de queixas físicas com frequência cursa com a expressão, implícita ou explícita, de sintomas de natureza psicológica. Esses dados foram apresentados na Tabela 2. A Tabela 6 registra os mesmos dados de forma esquematizada, mostrando a frequência das categorias da Temática, sem explicitar, contudo, se um determinado paciente apresenta simultaneamente queixas físicas e sintomas psicológicos.

Tabela 6:

Frequência das categorias da Temática (conteúdo) presentes nos pacientes com escores ≥ 40 de ambos os Grupos.

GRUPO 1				
Categoria (Temática)	Dominância		Subdominância	
	Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
Doença: sintomas físicos	15	55,6	3	11,1
Conteúdo psicológico	6	22,2	10	37,0
Família	4	14,8	4	14,8
Condição financeira	2	7,4	2	7,4
Total	27	100	19	70,3

GRUPO 2				
Doença - sintomas físicos	13	92,9	0	0
Conteúdo psicológico	1	7,1	10	71,4
Total	14	100	10	71,4

F. COMPARAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DA TEMÁTICA

A frequência das categorias da Temática dos Grupos 1 e 2, conjuntamente, aponta para a presença destacada de "doença - sintomas físicos" como conteúdo das falas de grande parte dos pacientes. A seguir, aparece a categoria "conteúdo psicológico", seguida de "família" e de "condição financeira". Comparando a Temática (conteúdo) com a Caracterização ("tipo") do discurso, constatamos que as queixas físicas constituem o conteúdo mais frequente de "discurso do silêncio"; do total de 17 pacientes classificados em "discurso do silêncio", 15 (88,2%) apresentaram queixas físicas como conteúdo das suas falas.

Com relação à Temática, é possível evidenciarmos uma associação entre as categorias "doença - sintomas físicos" e "conteúdo psicológico". Grande parte dos pacientes que, a nível de dominância apresentaram a categoria "doença - sintomas físicos", a nível de subdominância apresentaram a categoria "conteúdo psicológico". Esta relação torna-se clara se somarmos os pacientes de ambos os Grupos que, a nível de dominância ou de subdominância, situaram-se em "doença - sintomas físicos" e em "conteúdo psicológico". Assim, verificamos que, a nível de dominância e de subdominância, houve 31 pacientes (75,6%) de ambos os Grupos para "doença - sintomas físicos" assim distribuídos: Grupo 1 = 18 pacientes + Grupo 2 = 13 pacientes. E houve 27 pacientes (65,9%) de ambos os Grupos, também a nível de dominância e de subdominância, para "conteúdo psicológico" assim distribuídos: Grupo 1 = 16 pacientes + Grupo 2 = 11 pacientes.

Os dados ficam claros se somarmos os 18 pacientes do Grupo 1 (15 a nível de dominância e 3 a nível de subdominância) com os 13 pacientes do Grupo 2 a nível de dominância - todos classificados em "doença - sintomas físicos".

Destes 31 pacientes, 27 (87%) apresentaram, a nível de dominância ou de subdominância, a categoria "conteúdo psicológico" associada a "doença - sintomas físicos". Estes dados também ficam claros se juntarmos os 16 pacientes do Grupo 1 (6 a nível de dominância e 10 a nível de subdominância) com os 11 pacientes do Grupo 2 (1 a nível de dominância e 10 a nível de subdominância).

Assim, observamos que a maioria dos pacientes classificados em "doença - sintomas físicos" apresentou também a categoria "conteúdo psicológico", evidenciando-se dessa forma uma elevada associação entre ambas. Os dados acima sugerem a hipótese de que, ao relatar suas queixas físicas, frequentemente o paciente deixa também transparecer conteúdos de natureza psicológica (Tabela 7).

Tabela 7: Categorias da Temática - Grupos 1 e 2:

GRUPOS 1 e 2				
Categoria (Temática)	Dominância		Subdominância	
	Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
Doença - sintomas físicos	28	68,3	3	7,3
Conteúdo psicológico	7	17,0	20	48,8
Família	4	9,8	4	9,8
Condição financeira	2	4,9	2	4,9
Total	41	100	29	70,8

G. RELAÇÃO ENTRE CARACTERIZAÇÃO E TEMÁTICA

a. DISCURSO DO SILÊNCIO X TEMÁTICA

No Grupo 1, os 11 pacientes classificados na categoria "discurso do silêncio" quanto à Caracterização, distribuíram-se, quanto à Temática, da seguinte forma: na categoria "doença - sintomas físicos" houve 9 pacientes (81,8%); na categoria "conteúdo psicológico", 1 paciente (9,1%); e na categoria "família", 1 paciente (9,1%). Salientamos que esta classificação representa os aspectos dominantes dos conteúdos dos discursos. Em termos de aspectos subdominantes, surgiram "conteúdo psicológico" (5 pacientes; 45,4%) e "família" (1 paciente; 9,1%). Também ressaltamos que, quanto à Caracterização, houve associação da categoria "discurso do silêncio" (como aspecto dominante), com "melancolia" em 4 pacientes (36,3%) e com "derrota" em 1 paciente (9,1%) - ambas as categorias como aspectos subdominantes.

Dos 14 pacientes do Grupo 2, 6 (42,9%) estiveram na categoria "discurso do silêncio" e apresentaram, como conteúdo básico de suas falas (Temática) a nível de dominância, "doença - sintomas físicos"; e a nível de subdominância houve 5 pacientes (35,7%) incluídos em "conteúdo psicológico". Em um paciente houve a associação das queixas físicas também com "melancolia", além de da associação com "discurso do silêncio".

Tanto no Grupo 1, como no Grupo 2, verificamos a presença marcante de queixas de natureza física, seguidas de queixas de conteúdo psicológico nas falas classificadas como "discurso do

silêncio". Dos 17 pacientes pertencentes a esta categoria, 16 (94,1%) revelaram as queixas físicas de forma explícita (dominância) ou implícita (subdominância).

Na Tabela 8 apresentamos as relações entre a categoria "discurso do silêncio" e as diferentes categorias pertencentes à Temática. Além disso, correlacionamos estes dados com os escores na Escala de Zung. É possível notar que os escores, de modo geral, mantiveram-se relativamente elevados nos pacientes de "discurso do silêncio".

Tabela 8:

Relações entre "discurso do silêncio", Temática e escores na Escala de Zung.

DISCURSO DO SILÊNCIO X TEMÁTICA - GRUPO 1			
Paciente Nº de ordem	Categoria da Temática Dominância / Subdominância	Categoria do "Tipo" associada (Subdominância)	Escore em Zung
Nº 9	Doença: sint. físicos	----	40
Nº 13	Família / Doença: sint. físicos	----	44
Nº 14	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	48
Nº 15	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	melancolia	53
Nº 17	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	43
Nº 42	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	melancolia	58
Nº 50	Doença: sint. físicos	melancolia	52
Nº 57	Conteúdo psicológico / Família	derrota	55
Nº 65	Doença: sint. físicos	----	51
Nº 72	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	melancolia	50
Nº 73	Doença: sint. físicos	----	50

GRUPO 2 (continuação)

Paciente Nº de Ordem	Categoria da Temática Dominância / Subdominância	Categoria do "Tipo" associada (Subdominância)	Escore em Zung
Nº 84	Doença: sint. físicos	----	42
Nº 85	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	59
Nº 87	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	melancolia	61
Nº 91	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	49
Nº 97	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	55
Nº 102	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	49

Diversos pacientes que pertencem à categoria "discurso do silêncio" a nível de dominância, apresentaram outras categorias a nível de subdominância. A Tabela 9 mostra essas relações.

Tabela 9:

Categorias a nível de subdominância associadas a "discurso do silêncio" - Grupos 1 e 2 e escores na Escala de Zung.

GRUPO 1		
Paciente	Categoria (subdominância) associada com "Discurso Silêncio"	Escore em Zung
Nº 15	Melancolia	53
Nº 42	Melancolia	58
Nº 50	Melancolia	52
Nº 57	Derrota	55
Nº 72	Melancolia	50
GRUPO 2 (Continuação)		
Nº 87	Melancolia	61

Esclarecemos, ainda, que a categoria "discurso do silêncio", a nível de subdominância, esteve associada a dois pacientes, cujos aspectos dominantes foram outras categorias. O paciente nº 41 apresentou, na Caracterização do discurso, as cate-

gorias "derrota" como aspecto dominante e "discurso do silêncio" como aspecto subdominante. Este paciente relatou, na Temática, sintomas psíquicos pertencentes à categoria "conteúdo psicológico" e seu escore na Escala de Zung foi de 45 pontos. O outro paciente, nº 71, também apresentou, na Caracterização, as categorias "derrota" como aspecto dominante e "discurso do silêncio" como aspecto subdominante. Sua Temática revelou, também, sintomas psíquicos pertencentes a "conteúdo psicológico" e seu escore na Escala de Zung foi igual a 42.

b. DERROTA X TEMÁTICA

A nível de dominância, a relação entre "derrota" (Caracterização) e Temática (conteúdo) envolveu 9 (33,3%) dos 27 pacientes do Grupo 1 considerados deprimidos. Verificamos que, a nível de dominância, a Temática que mais se destacou continuou sendo "doença - sintomas físicos" com 4 pacientes (14,8%). "Conteúdo psicológico" esteve presente em 3 pacientes (11,1%) e "família", em outros 2 pacientes (7,4%).

A nível de subdominância, houve a presença das categorias "conteúdo psicológico" (3 pacientes), "doença - sintomas físicos" (1 paciente) e "condição financeira" (1 paciente). Além da categoria "derrota", que aparece como dominância, houve outras categorias que se manifestaram como subdominância. Assim, surgi-

ram as categorias "luta" em 3 pacientes, "discurso do silêncio" em 2 pacientes e "melancolia" em 1 paciente.

No Grupo 2, houve 2 pacientes classificados dentro da Caracterização "derrota". Em ambos, a categoria da Temática que mais se destacou a nível de dominância continuou sendo "doença - sintomas físicos". A nível de subdominância, estes sujeitos apresentaram a categoria "conteúdo psicológico", evidenciando uma vez mais a presença simultânea de fenômenos de natureza física e psicológica nas queixas dos pacientes. Um paciente, além de "derrota" como dominância da Caracterização, apresentou também a categoria "melancolia" como subdominância. Estes dados estão contidos na Tabela 10 que engloba, ainda, os escores em Zung dos referidos pacientes. Também aqui os valores na Escala de Zung mostraram-se elevados.

Tabela 10:

Dados sobre as relações entre a categoria "derrota" da Caracterização, Temática dos discursos e escores em Zung ≥ 40 (Grupos 1 e 2).

DERROTA X TEMÁTICA - GRUPO 1			
Paciente Nº de ordem	Categoria da Temática Dominância / Subdominância	Categoria do "Tipo" associada (Subdominância)	Escore em Zung
Nº 12	Família / Condição financeira	----	49
Nº 41	Conteúdo psicológico	silêncio	45
Nº 58	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	luta	67
Nº 66	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	45
Nº 67	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	luta	63
Nº 68	Doença: sint. físicos	luta	58
Nº 70	Conteúdo psicológico	melancolia	59
Nº 71	Conteúdo psicológico	silêncio	42
Nº 74	Família / Doença: sint. físicos	----	66

GRUPO 2 (continuação)			
Nº 96	Doença: sint. físicos /	melancolia	53
	Conteúdo psicológico		
Nº 100	Doença: sint. físicos /	----	55
	Conteúdo psicológico		

O paciente Nº 96 apresentou, a nível de dominância, a categoria "derrota" associada à categoria "melancolia", a nível de subdominância.

Além da categoria "derrota" como dominância da Caracterização do discurso, diversos pacientes com Zung ≥ 40 apresentaram outras categorias como subdominância. A Tabela 11 apresenta esta associação, juntamente com os respectivos escores na Escala de Zung.

Tabela 11:

Associação de "derrota", como categoria dominante, a outras categorias subdominantes - todas pertencentes à Caracterização do discurso. Também apresentamos os respectivos escores na Escala de Zung - Grupos 1 e 2.

GRUPO 1		
Paciente Nº de ordem	Categoria (Subdominância) associada com "Derrota"	Escore em Zung
Nº 41	Discurso do silêncio	45
Nº 58	Luta	67
Nº 67	Luta	63
Nº 68	Luta	54
Nº 70	Melancolia	59
Nº 71	Discurso do silêncio	42
GRUPO 2 (Continuação)		
Nº 96	Discurso do silêncio	53

A categoria "derrota" apareceu também como aspecto subdominante no paciente Nº 57, cujo discurso revelou, a nível de

dominância de sua Caracterização, a categoria "discurso do silêncio". Quanto à Temática (conteúdo), o referido paciente revelou a categoria "conteúdo psicológico" e a categoria "família" como aspectos dominante e subdominante, respectivamente (dados contidos na Tabela 2).

c. MELANCOLIA X TEMÁTICA

A relação entre "melancolia" (Caracterização do discurso) e Temática envolveu 5 pacientes do Grupo 1 (18,5%) e 4 pacientes do Grupo 2 (19%). A nível de dominância, verificamos que os pacientes do Grupo 1, que se situaram em "melancolia", quanto à Temática apresentaram categorias variadas. Assim, 2 sujeitos foram situados em "conteúdo psicológico"; 1 sujeito, em "doença - sintomas físicos"; 1 paciente, em "condição financeira"; e 1 situou-se na categoria "família". A nível de subdominância, 1 paciente foi classificado em "conteúdo psicológico" e 1 paciente, em "doença - sintomas físicos".

No Grupo 2 houve 3 sujeitos com Temática de "doença - sintomas físicos" e 1 sujeito com Temática de "conteúdo psicológico", como categorias dominantes.

Um sujeito (Nº 10) apresentou também a categoria "luta" como aspecto subdominante, tendo obtido escore 69 na Escala de Zung.

A Tabela 12 mostra as relações do "tipo" "melancolia" com diferentes categorias pertencentes à Temática, além dos res-

pectivos escores na Escala de Zung (Grupos 1 e 2).

Tabela 12:

Dados referentes à categoria "melancolia" da Caracterização, à Temática e aos escores na Escala de Zung ≥ 40 .

MELANCOLIA X TEMÁTICA - GRUPO 1			
Paciente Nº de ordem	Categoria da Temática Dominância / Subdominância	Categoria do "Tipo" associada (Subdominância)	Escore em Zung
Nº 10	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	luta	69
Nº 49	Condição financeira / Doença: sint. físicos	----	59
Nº 53	Família	----	55
Nº 54	Conteúdo psicológico	----	58
Nº 69	Conteúdo psicológico	----	51
GRUPO 2 (Continuação)			
Nº 83	Conteúdo psicológico	----	57
Nº 88	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	50
Nº 92	Doença: sint. físicos	----	40
Nº 101	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	----	59

O paciente Nº 10 apresentou também a categoria "luta" como aspecto subdominante, tendo obtido o escore de 69 na Escala de Zung.

Além da categoria "melancolia" com dominância, dois pacientes apresentaram a categoria "luta" como subdominância (Tabela 13).

Tabela 13:

Dados relativos às categorias subdominantes associadas à categoria "melancolia" como dominância e aos escores em Zung.

GRUPO 1		
Paciente Nº de ordem	Categoria associada com "Melancolia" (Subdominância)	Escore em Zung
Nº 10	Luta	69
GRUPO 2 (Continuação)		
Nº 101	Luta	59

d. LUTA X TEMÁTICA

Tanto no Grupo 1 como no Grupo 2, a categoria "luta" esteve presente em apenas 1 paciente. No Grupo 1 esta categoria da Caracterização esteve associada com as categorias "condição financeira", a nível de dominância e com "conteúdo psicológico", a nível de subdominância, ambas pertencentes à Temática. Cabe salientar que o escore na Escala de Zung deste paciente (Nº 11) foi de 41 pontos, discretamente acima do "ponto de corte". O paciente (Nº 90) do Grupo 2, que também se situou na categoria "luta" quanto à Caracterização, apresentou, quanto à Temática, as categorias "doença - sintomas físicos" (dominância) e "conteúdo psicológico" (subdominância). Entretanto, seu escore na escala de Zung apresentou-se elevado: 53 pontos (Tabela 14).

Tabela 14:

Dados referentes à categoria "luta" da Caracterização, às categorias da Temática e aos respectivos escores na Escala de Zung (Grupos 1 e 2).

LUTA X TEMÁTICA - GRUPO 1		
Paciente Nº de ordem	Categoria da Temática Dominância / Subdominância	Escore em Zung
Nº 11	Condição financeira / Conteúdo psicológico	41
GRUPO 2 (Continuação)		
Nº 90	Doença: sint. físicos / Conteúdo psicológico	53

e. AUSÊNCIA DE INDICADORES DE DEPRESSÃO X TEMÁTICA

Para ambos os Grupos houve, respectivamente, 1 sujeito com pontuação acima de 40 na Escala de Zung e que foram classificados em "ausência" de indicadores sugestivos de depressão pela Análise do Discurso. Isto significa que, embora tenham obtido pontuação em Zung acima do "ponto de corte" - 42 e 60, respectivamente - eles foram considerados como não apresentando um discurso sugestivo de distúrbios depressivos. A Tabela 15 mostra esses dados.

Tabela 15:

Categoria "ausência" de discurso sugestivo de depressão, categorias da Temática e escores em Zung dos 2 pacientes acima referidos (Grupos 1 e 2).

AUSÊNCIA X TEMÁTICA - GRUPO 1

Paciente Nº de ordem	Categoria da Temática	Categoria associada	Escore em Zung
Nº 52	Doença: sintomas físicos	Conteúdo psicológico	42
GRUPO 2 (Continuação)			
Nº 93	Doença: sintomas físicos	----	60

- Ausência de Depressão no Grupo 2

Do total de 48 pacientes com discursos analisados, 7 foram classificados na categoria "ausência" de discurso sugestivo de depressão. Destes, 1 pertence ao Grupo 1 e seu escore em Zung esteve acima do "ponto de corte", e os outros 6 pertencem ao Grupo 2. A distribuição destes 6 sujeitos ocorreu da seguinte forma: 1 esteve acima do "ponto de corte" e os outros 5, abaixo do "ponto de corte".

Dos 21 pacientes do Grupo 2, 5 foram inseridos na categoria "ausência" de discurso sugestivo de depressão. Como já esclarecemos, isto se explica pelo fato de termos procedido à gravação dos discursos dos pacientes do Grupo 2 antes da aplicação da Escala de Zung. Ou seja, os discursos destes pacientes foram gravados independentemente de serem ou não considerados deprimidos. A temática destes discursos limitara-se a queixas de natureza física. Os resultados, segundo os critérios sugestivos de depressão da OMS, foram negativos (-) e os escores na Escala de Zung mantiveram-se bem abaixo do "ponto de corte" i.e. (Zung < 40). Voltaremos a examinar esta questão mais à frente, quando discutirmos sobre os escores abaixo do ponto de corte em Zung. Na Tabela 16 relacionamos esses pacientes.

Tabela 16:

Relações entre "ausência" de discurso sugestivo de distúrbios depressivos, Temática e escores na Escala de Zung (Pacientes pertencentes ao Grupo 2).

AUSÊNCIA X TEMÁTICA com Zung < 40 GRUPO 2			
Paciente	Temática	OMS	Zung
Nº 89	Doença: sint. físicos	-	29
Nº 94	Doença: sint. físicos	-	32
Nº 98	Doença: sint. físicos	-	27
Nº 99	Doença: sint. físicos	-	25
Nº 103	Doença: sint. físicos	-	31

Obs. O sinal "-" significa inexistência de positividade para os critérios indicadores de depressão, da OMS.

Também cabe mencionar que dos 27 pacientes do Grupo 1 com escores ≥ 40 em Zung, apenas 1 foi classificado, pela Análise do Discurso, em "ausência", isto é, como "não deprimido".

Em sua maioria, os pacientes que, pela Análise do Discurso não apresentaram elementos sugestivos de depressão, obtiveram escores inferiores a 40 na Escala de Zung. Estes pacientes, classificados na categoria "ausência" de indicadores sugestivos de distúrbios depressivos, apresentaram, na Temática, estritamente queixas de natureza física. Lembramos, uma vez mais, que os pacientes do Grupo 2 tiveram seus discursos gravados independentemente de serem considerados deprimidos ou não pela Escala de Zung.

Examinando o total dos 7 pacientes classificados em "ausência", observamos que 5 deles (71,4%) apresentaram escores em Zung abaixo do "ponto de corte" e 2 (28,6%) tiveram escores acima do "ponto de corte" em Zung. A Tabela 17 registra esses dados.

Tabela 17:

Os 7 pacientes de ambos os Grupos classificados em "ausência" (Caracterização), categoria da Temática e situação quanto ao "potno de corte" (Zung \geq 40).

Análise do Discurso		Zung	Nº de Pacientes	%
Caracterização	Temática			
Ausência de indicadores sugestivos de distúrbios depressivos	Doença: sintomas físicos	< 40	5	71,4
		\geq 40	2	28,6
Total de pacientes			7	100

8. DISTRIBUIÇÃO, POR SEXO, DO TOTAL DOS 103 PACIENTES DEPRIMIDOS E NÃO DEPRIMIDOS

A distribuição por sexo dos 103 pacientes que originalmente compuseram a amostra, mostra uma frequência maior entre as mulheres do que entre os homens. A Tabela 18 apresenta este perfil. Desta amostra participam tanto os pacientes considerados deprimidos, como os não deprimidos.

Tabela 18:

Distribuição por sexo dos deprimidos e não deprimidos

Pacientes	Grupo 1	Grupo 2	Total
M	24 (23,3%)	7 (6,8%)	31 (30,1%)
F	58 (56,3%)	14 (13,6%)	72 (69,9%)
Total	82 (79,6%)	21 (20,4%)	103 (100%)

Do total dos 103 sujeitos, 72 (69,9%) pertencem ao sexo feminino e 31 (30,1%), ao sexo masculino. Proporção semelhante mantém-se se considerarmos separadamente, por Grupo, a distribuição dos pacientes do sexo masculino e feminino.

O resultado de análise estatística para a distribuição acima, mediante a aplicação do Teste Qui-Quadrado foi de 0,13 ($p > .05$), o que significa que há homogeneidade dos percentuais, ao se considerarem tanto o número de pacientes por sexo, como o número de pacientes por Grupo.

A. COMPARAÇÃO POR SEXO DAS MÉDIAS DOS ESCORES NA ESCALA DE ZUNG - Grupos 1 e 2

Foram extraídas as médias dos escores na Escala de Zung, por sexo, considerando-se os 41 sujeitos dos Grupos 1 e 2 com pontuação igual ou superior a 40 em Zung. Assim, a média dos homens (N.º = 6) foi de 49,9 pontos, enquanto que para as mulheres (N.º = 35), foi de 53,0 pontos. A média geral, considerando-se os segmentos masculino e feminino, foi aproximadamente de 52,5 pontos. Uma comparação por sexo revela que a média da pontuação das mulheres manteve-se num nível mais elevado em relação à média dos homens. Essa diferença, contudo, não é estatisticamente significativa. Os dados acima estão registrados na Tabela 19.

Tabela 19:

Médias dos escores em Zung dos Grupos 1 e 2, distribuídas por sexo.

Sexo	Pacientes Grupo 1	Pacientes Grupo 2	Pacientes Grupos 1 + 2	Média em Zung
M	3	3	6	49,9
F	24	11	35	53,0
Total	27	14	41	52,5

9. CARACTERIZAÇÃO DOMINANTE X ESCORES EM ZUNG NOS 48 PACIENTES CUJOS DISCURSOS FORAM ANALISADOS

O estudo apresentado a seguir mostra os resultados associados entre as categorias dominantes da Caracterização ("tipo") do discurso e os escores na Escala de Zung. São 48 os pacientes cujos discursos foram analisados, sendo que destes, 41 situaram-se acima do "ponto de corte" na Escala de Zung. Na parte superior da Tabela 20 estão contidos os números de ordem dos respectivos pacientes e ao final, a quantidade total de sujeitos pertencentes àquela categoria. Na parte inferior estão registrados os escores de cada paciente, cujo número de ordem localiza-se exatamente acima desses escores. Ao final da parte inferior estão mencionadas as médias aritméticas dos escores. Inicialmente são mostrados os resultados do Grupo 1 com as diferentes categorias da Caracterização e os escores em Zung. Posteriormente, vêm os resultados do Grupo 2 com suas categorias e escores.

Tabela 20:
Categorias da Caracterização ("tipo") do discurso e es-
cores na Escala de Zung.

GRUPO 1												

Discurso do Silêncio X Zung												
Nº do paciente	09	13	14	15	17	42	50	57	65	72	73	Total: 11
Escore em Zung	40	44	48	53	43	58	52	55	51	50	50	Média: 49,5

Derrota X Zung												
Nº do paciente	12	41	58	66	67	68	70	71	74			Total: 09
Escore em Zung	49	45	67	45	63	54	59	42	66			Média: 54,4

Melancolia X Zung												
Nº do paciente	10	49	53	54	69							Total: 05
Escore em Zung	69	59	55	58	51							Média: 58,4

Luta X Zung												
Nº do paciente	11											Total: 01
Escore em Zung	41											Média: 41,0

Ausência X Zung												
Nº do paciente	52											Total: 01
Escore em Zung	42											Média: 42,0

GRUPO 2												

Discurso do silêncio X Zung												
Nº do paciente	84	85	87	91	97	102						Total: 6
Escore em Zung	42	59	61	49	55	49						Media: 52,5

Derrota X Zung												
Nº do paciente	96	100										Total: 2
Escore em Zung	53	55										Media: 54,0

Melancolia X Zung												
Nº do paciente	83	88	92	101								Total: 4
Escore em Zung	57	50	40	59								Media: 51,5

Luta X Zung												
Nº do paciente	86	90	95									Total: 3
Escore em Zung	32	53	34									Media: 39,7

Ausência X Zung												
Nº do paciente	89	93	94	98	99	103						Total: 6
Escore em Zung	29	60	32	27	25	21						Media: 32,3

Total dos discursos analisados dos dois Grupos: 48												

Os resultados dos segmentos acima foram submetidos à análise estatística efetuada pelos profissionais Estatísticos mencionados. Foi aplicado o Teste Não-Paramétrico de Kruskal-Wallis com posterior comparação com a Tabela do Teste Qui-Quadrado, para cada categoria de ambos os Grupos. Este resultado assegura que, a nível dessa significância estatística, os segmentos acima não diferem. Quanto à categoria "luta", ao retomarmos mais adiante as comparações entre categorias e escores em Zung, esclareceremos o significado que ela representa nesse contexto.

A. CATEGORIAS DA CARACTERIZAÇÃO DO DISCURSO X MÉDIAS DOS ESCORES EM ZUNG - Grupos 1 e 2

Para cada categoria da Caracterização foi estabelecida a média dos escores na Escala de Zung. Este procedimento abrangeu os 48 pacientes que tiveram seus discursos analisados: 41 correspondentes a um escore total ≥ 40 do Grupo 1 mais os 7 pacientes do Grupo 2 com escore < 40 . Verificamos que a média mais elevada coube à categoria "melancolia", com 55,3 pontos. Em segundo lugar, destacou-se a categoria "derrota", com 54,3 pontos. Em terceiro, "discurso do silêncio", com 50,5 pontos. Em quarto lugar, surgiu a categoria "luta", com 40,0 pontos. E, finalmente, apareceu "ausência", com 33,7 pontos. Com esses dados, talvez possamos identificar o "tipo" de discurso que mais se evidencia na fala do paciente portador de distúrbios depressivos e as relações entre as categorias do discurso e os escores na Escala de Zung. Pela aplicação do Teste Não-Paramétrico de Kruskal-Wallis, os diversos segmentos de pacientes estatisticamente não diferem. A Tabela 21 registra esses dados.

Tabela 21:
 Comparação das médias dos escores em Zung com as categorias da Caracterização do discurso - Grupos 1 e 2 (Total de 48 pacientes: 41 com Zung \geq 40 + 7 com Zung $<$ 40)

GRUPOS 1 e 2				
Categoria	Grupo 1 + Grupo 2		Média	Total de Pacientes
	Escore em Zung (N)			
Melancolia	58,4 (05)	51,5 (04)	55,3	09
Derrota	54,4 (09)	54,0 (02)	54,3	11
Discurso do silêncio	49,5 (11)	52,5 (06)	50,5	17
Luta	41,0 (01)	39,7 (03)	40,0	04
Ausência	42,0 (01)	32,3 (06)	33,7	07

Os dados mostram as respectivas médias em Zung por categoria, considerando-se os 41 pacientes dos Grupos 1 e 2 com escores iguais ou superiores a 40 e os 7 pacientes do Grupo 2 com escores inferiores a 40. A categoria "luta" manteve a média exata de 40 pontos e a categoria "ausência" apresentou uma média abaixo do "ponto de corte" (33,7). Cabe realçar que "ausência" significa, pela Análise do Discurso, o não encontro de elementos indicadores de discurso depressivo. A categoria "luta" significaria a capacidade de reação do paciente diante da própria condição de vida e da doença e sugere que ele se situaria no limiar entre depressão / não-depressão. Portanto, esta capacidade de reação estaria revelando-se também através do discurso. Considerando-se

que "luta" implica na tentativa do sujeito em resistir a situações como desânimo, tristeza, desespero, faz sentido que a média dos escores em Zung esteja em 40 nesta categoria, ou seja, próximo do limiar entre a presença e a ausência de elementos indicadores de distúrbios depressivos.

Em "ausência", que significa inexistência de elementos indicadores de distúrbios depressivos nos discursos, constatamos que a média em Zung esteve inferior ao "ponto de corte" (33,7). Portanto, a comparação dos resultados de ambos os instrumentos fala a favor da inexistência de depressão nos pacientes classificados na referida categoria.

Dois pacientes (Nº 52 e Nº 93) foram considerados falsos negativos, uma vez que embora tivessem alcançado escores acima do "ponto de corte" em Zung, pela Análise do Discurso foram inseridos em "ausência" de elementos sugestivas de distúrbios depressivos.

Como já nos referimos, de acordo com a análise estatística os vários segmentos por categorias são homogêneos.

10. PACIENTES DO GRUPO 2 COM ESCORES TOTAIS NA ESCALA DE ZUNG < 40

O Grupo 2, como já explicitamos anteriormente, foi constituído daqueles pacientes que, num primeiro momento, efetuaram a gravação do discurso e, num segundo, responderam aos critérios sugestivos de depressão da OMS e à Escala de Depressão de Zung. Assim, houve 7 sujeitos cujos discursos foram gravados e que não alcançaram escores iguais ou superiores a 40 na Escala de Zung e também não apresentaram indicadores de distúrbios depressivos segundo os critérios sugestivos de depressão da OMS. Estes pacientes obtiveram escores em Zung relativamente baixos. Destes sujeitos, 5 (71,4%) foram classificados em "ausência" na Caracterização do discurso. Os outros 2 (28,6%) foram inseridos em "luta". É importante lembrarmos que "ausência" significa a inexistência de indicadores sugestivos de distúrbios depressivos no discurso e "luta" implica na resistência à instalação desses sintomas. Além disso, a Temática dos discursos revelou, basicamente, elementos de natureza física. Como já foi referido, constatamos aqui mais um ponto de concordância entre a Análise do Discurso e a Escala de Zung: em ambos os instrumentos, estes 7 pacientes não apresentaram indicadores sugestivos de depressão e a média dos seus escores em Zung foi de 30 pontos (Tabela 22).

Tabela 22:
Pacientes do Grupo 2 com escores < 40 em Zung.

Paciente	OMS	Zung	Caracterização do discurso	Temática
Nº 86	-	32	Luta	Condição financeira Doença: sint. físicos
Nº 89	-	29	Ausência	Doença: sint. físicos
Nº 94	-	32	Ausência	Doença: sint. físicos
Nº 95	-	34	Luta	Doença: sint. físicos
Nº 98	-	27	Ausência	Doença: sint. físicos
Nº 99	-	25	Ausência	Doença: sint. físicos
Nº 103	-	31	Ausência	Doença: sint. físicos

Obs.: O sinal "-" indica OMS negativo.

Examinando os escores, verificamos que a média em Zung destes pacientes foi de 30 pontos, bem abaixo, portanto, do "ponto de corte".

Com respeito à faixa etária destes 7 sujeitos, averiguamos que entre 25 e 29 anos, houve 3 pacientes (42,9%); entre 30 e 34 anos, 4 pacientes (57,1%). Nota-se, portanto, que a faixa etária destes pacientes é inferior em comparação com os pacientes que obtiveram escores em Zung acima do "ponto de corte".

11. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DO DISCURSO COM OS RESULTADOS DA ESCALA DE ZUNG

- Grau de concordância entre os "diagnósticos" em Zung e na Análise do Discurso

Ao estabelecermos uma comparação entre as categorias da Caracterização e as médias dos escores em Zung dos 48 pacientes que passaram pela Análise do Discurso (41 de ambos os Grupos, com Zung acima do "ponto de corte"; e 7 do Grupo 2, com Zung abaixo do "ponto de corte") evidenciamos as relações que se seguem.

A comparação das médias dos escores em Zung com as categorias da Caracterização mostram uma concordância elevada entre os resultados de ambos os Grupos. Senão, vejamos. Emergiram três categorias cujos discursos revelam indicadores sugestivos de distúrbios depressivos: "discurso do silêncio" com 17 pacientes, "derrota" com 11 pacientes e "melancolia" com 9 pacientes. As médias dos escores em Zung destas categorias consistiram em 55,3 pontos para "melancolia", 54,3 pontos para "derrota" e 50,5 para "discurso do silêncio".

Se somarmos as três categorias acima, observaremos que nelas estão presentes 37 (90,2%) dos 41 pacientes considerados deprimidos pela Escala de Zung. A média geral dos escores em Zung destes pacientes atingiu 53,4 pontos, bem acima do "ponto de corte". Estes dados mostram uma concordância alta (90,2%) entre os indicadores de distúrbios depressivos presentes nestas categorias

da Análise do Discurso e os escores em Zung.

Dos 7 pacientes do Grupo 2, cujos escores em Zung mantiveram-se abaixo do "ponto de corte", 5 (71,4%) foram classificados em "ausência", que significa inexistência de elementos sugestivos de distúrbios depressivos; e 2 (28,6%), em "luta", que indica resistência à instalação de sintomas depressivos.

Se considerarmos os 48 pacientes submetidos tanto à Análise do Discurso, como à aplicação da Escala de Zung (41 sujeitos \geq 40 pontos + 7 sujeitos $<$ 40 pontos), constataremos que, deste total, 44 pacientes (91,7%) foram "concordantes" quanto aos resultados de ambos os instrumentos e 4 (8,3%), "discordantes". O que dá um grau de concordância de 91,7% entre os resultados dos referidos instrumentos.

Os 4 pacientes "discordantes", embora com escores em Zung acima do "ponto de corte", foram considerados como não portadores de distúrbios depressivos pela Análise do Discurso.

Os dados estão registrados na Tabela 23.

Tabela 23:

Grau de concordância entre os resultados da Análise do Discurso e Escala de Zung (27 do Grupo 1 + 21 do Grupo 2 - Total de 48 pacientes).

PACIENTES CONCORDANTES

PACIENTES CONCORDANTES ≥ 40		
Análise do Discurso	Nº de Pacientes	Média em Zung ≥ 40
Discurso do silêncio + Melancolia + Derrota	37	53,4
PACIENTES CONCORDANTES < 40		
Análise do Discurso	Nº de Pacientes	Média em Zung < 40
Ausência + Luta	7	30,0
Total:	37 + 7 = 44	(91,7%)

PACIENTES DISCORDANTES

PACIENTES DISCORDANTES ≥ 40		
Análise do Discurso	Nº de Pacientes	Média em Zung ≥ 40
Ausência + Luta	4	47,0
Total:	4	(8,3%)

Uma comparação dos nossos diagnósticos (escores em Zung) com a Análise do Discurso dos 48 pacientes (27 do Grupo 1 + 21 do Grupo 2) evidencia elevado grau de concordância entre os dados obtidos. Verificamos que, pela Escala de Zung, 39 pacientes (81,3%) foram considerados deprimidos (Zung \geq 40). Pela Análise do Discurso este número foi de 37 (77,2%). No limiar entre Depressão / Não Depressão, pela Escala de Zung houve 2 pacientes (Zung = 40) (4,1%), enquanto que, pela Análise do Discurso houve 4 pacientes (8,3%). Como não deprimidos (Zung $<$ 40), obtivemos 7 pacientes (14,6%) pela Escala de Zung e 7 pacientes (14,6%) pela Análise do Discurso. Em resumo, o grau de concordância entre os nossos diagnósticos e os resultados da Análise do Discurso, como já mencionamos acima, foi de 91,7%. A Tabela 24 registra esses dados.

Tabela 24:

Comparação dos nossos diagnósticos (escores em Zung) com a Análise do Discurso dos 48 pacientes (27 do Grupo 1 + 21 do Grupo 2).

Pacientes	Nosso Diagnóstico Zung > 40 / = 40 / < 40	Análise do Discurso	Total
Deprimidos > 40	39 (38)	37 (38)	76
Limiar Depres/Não Depres = 40	2 (3)	4 (3)	6
Não Deprimidos < 40	7 (7)	7 (7)	14
Total	48 (48)	48 (48)	96

Segundo os profissionais Estatísticos citados, a aplicação do Teste Qui-Quadrado aos resultados acima mostrou um valor de 0,72 e $p > .05$, o que significa que os dados obtidos pela Escala de Zung e os resultados da Análise do Discurso são bastante semelhantes.

A. GRAVIDADE DOS DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS SEGUNDO A ESCALA DE ZUNG (Grupos 1 e 2)

Considerando o nível de gravidade da depressão dos 41 pacientes dos Grupos 1 e 2 (Zung \geq 40), constatamos que 21 pacientes (51,2%) situaram-se entre os escores de 50 a 59 pontos da Escala. Na faixa de 40 a 49 pontos tivemos 14 pacientes (34,1%) e, finalmente, na faixa entre 60 e 69 pontos, 6 pacientes (14,7%). Comparando os presentes dados, verificamos que houve uma concentração maior de pacientes entre 50 e 59 pontos em Zung. Admitimos que o nível de gravidade dos distúrbios depressivos seja diretamente proporcional à elevação do grau dos escores na Escala de Zung. A Tabela 25 refere-se a esses dados.

Tabela 25:

Gravidade dos distúrbios depressivos segundo a Escala de Zung (Grupos 1 e 2).

Grupos 1 e 2		
Escores	Pacientes	Percentual
40 a 49	14	34,1%
50 a 59	21	51,2%
60 a 69	6	14,7%
Total: 41		100%

12. DESCRIÇÃO DA CONDUTA DO CLÍNICO

Nas oportunidades em que foi possível ao pesquisador permanecer na sala de atendimento, acompanhando as atividades do Clínico, diversos aspectos foram observados. Constatamos que, de modo geral, o Clínico mantinha uma posição de "superioridade" em relação ao paciente, em sua interação com ele. O Clínico colocava-se numa posição de distância, pouco aberto ao diálogo, utilizando com alguma frequência inclusive de chistes em relação à fala e ao comportamento do paciente. Este, por sua vez, era mantido numa posição de submissão, com poucas chances de estabelecer com o Clínico uma conversa fecunda sobre seus problemas de saúde. O paciente não tinha oportunidade de perguntar sobre sua evolução clínica, os motivos dos pedidos de exames complementares, o significado dos resultados desses exames e os efeitos colaterais dos medicamentos prescritos.

Os procedimentos resumiam-se a uma rápida anamnese, às vezes a alguma manobra do exame físico, ao diagnóstico inicial (geralmente do tipo "a esclarecer"), à verificação de resultados de exames anteriores e solicitação de novos exames complementares (geralmente Rx, hemograma, parasitológico de fezes, urina). Com frequência o Clínico procedia ao encaminhamento a alguma especialidade (geralmente ao Setor de Hipertensão Arterial, Tisiologia, Doenças Infecto-contagiosas ou Ginecologia), à prescrição de medicamentos e ao pedido de marcação do retorno. Isso tudo em poucos minutos. E este tipo de conduta era adotado, como regra ge-

ral, para com todos os pacientes.

Cabe salientar que o Clínico não recebeu qualquer informação sobre a execução ou natureza da pesquisa atual.

Em relação aos 7 pacientes que tiveram, por parte do Clínico "diagnóstico aproximado" de distúrbios depressivos, os diagnósticos mais comuns foram "Distonia Neurovegetativa" para 4 pacientes, seguido de "diagnóstico a esclarecer" para 2 pacientes e "emagrecimento" para 1 paciente. Sua conduta resumiu-se no que se decreve logo abaixo. Os dados foram obtidos a partir do acompanhamento da consulta e da verificação do prontuário de cada paciente.

O Clínico identificou, como queixas mais frequentes destes pacientes: desânimo e insônia, nervosismo. Além disso, ele constatou os seguintes sintomas: dor no peito, fraqueza, tontura, inapetência e zumbido no ouvido. Destes 7 pacientes, 6 foram encaminhados ao Setor de Saúde Mental e o Clínico não explicitou a conduta adotada em relação ao outro paciente.

Talvez a presença implícita ou explícita de componentes de natureza psicológica no discurso destes pacientes tenha direcionado o Clínico à identificação de alterações mentais.

Na Tabela 26 apresentamos um perfil esquematizado desses pacientes, contendo dados clínicos e resultados dos instrumentos aplicados (OMS e Zung).

Tabela 26: Dados referentes aos 7 pacientes considerados "deprimidos" (diagnóstico aproximado) pelo Clínico Geral.

Nº do Pac.	Sexo	Idade	OMS	Zung	Queixa Principal e Diagnóstico	Conduta
15	F	60	+	53	desânimo, fraqueza Diag: DNV	Não esclarecida
42	F	30	+	58	Insônia nervosismo tontura fraqueza Diag: a esclarecer	EEG Rx crânio Encaminhamento à Saúde Mental
54	F	25	+	58	tontura fraqueza dor no peito Diag: DNV	Mucoproteína Encaminhamento à Saúde Mental
69	M	40	+	51	zumbido no ouvido Diag: a esclarecer	Isketã Encaminhamento à Saúde Mental
72	F	23	+	50	inapetência Diag: DNV	Encaminhamento à Saúde Mental
73	F	25	+	50	inapetência Diag: emagrecimento	Rx tórax Encaminhamento à Saúde Mental
101	F	48	+	59	nervosismo Diag: DNV	Necamin Encaminhamento à Saúde Mental

Obs.:

O sinal "+" indica a presença de indicadores sugestivos de distúrbios depressivos segundo os critérios da OMS.

DNV = Distonia Neurovegetativa

Diag. = Diagnóstico

A Análise do Discurso destes 7 pacientes revelou os aspectos relativos à Caracterização e à Temática dos discursos a seguir explicitados.

A nível de dominância, as categorias presentes na Caracterização foram "discurso do silêncio" com 4 pacientes e "melancolia" com 3 pacientes. "Melancolia" também revelou-se como aspecto subdominante em quase todos os tipos de discursos, cuja dominância foi "discurso do silêncio". Na Temática, a nível de dominância, emergiram as categorias "doenças - sintomas físicos" com 5 pacientes e "conteúdo psicológico" com 2 pacientes. É necessário lembrar que, dos 5 pacientes, cuja dominância foi "doença - sintomas físicos", 4 apresentaram a categoria "conteúdo psicológico" como subdominância e 1 paciente, a categoria "família". Estes dados são importantes pelo fato de que, simultaneamente às queixas físicas, estes pacientes deixaram transparecer componentes de natureza psicológica em seus discursos. No cômputo geral, ocorreu uma associação evidente entre queixas físicas e componentes psicológicos nestes sujeitos. Se considerarmos a presença de elementos psicológicos independentemente de serem dominantes ou subdominantes, então os encontraremos em todos os 7 pacientes identificados pelo Clínico Geral como portadores de distúrbios depressivos. A associação de "discurso do silêncio" e "melancolia" e a presença de queixas físicas, permeadas por componentes de natureza psicológica, provavelmente teriam facilitado ao Clínico a identificação destes pacientes como portadores de alterações mentais. Outro aspecto que teria contribuído para esta identificação talvez seja o fato de a Caracterização do discurso ter sido

marcada por categorias fortemente sugestivas de distúrbios depressivos ("melancolia" e "discurso do silêncio"). Nos conteúdos destas falas revelou-se, de forma explícita ou implícita, a presença de componentes de natureza psicológica. A explicitação dos componentes psicológicos ocorria quando o paciente revelava claramente seus estados emocionais e a manifestação implícita acontecia quando os estados emocionais emergiam subjacentemente aos relatos das queixas físicas.

Por outro lado, os escores na Escala de Zung mostraram-se significativamente elevados variando de 50 a 59 pontos, com a média de 54,1, bem acima do "ponto de corte".

A associação dos escores em Zung, considerados elevados, com os resultados da Análise do Discurso, cujas categorias indicam fortemente a presença de distúrbios depressivos, confere a possibilidade de existência, nestes pacientes, de distúrbios depressivos. A Tabela 27 registra as informações acima.

Tabela 27:

Caracterização e Temática dos discursos e escores em Zung dos pacientes considerados deprimidos pelo Clínico Geral

Nº do Paciente	Caracterização do discurso Dominância / Subdominância	Temática do discurso Dominância / Subdominância	Zung
15	discurso do silêncio/ melancolia	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	53
42	discurso do silêncio/ melancolia	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	58
54	melancolia	conteúdo psicológico	58
69	melancolia	conteúdo psicológico	51
72	discurso do silêncio/ melancolia	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	50
73	discurso do silêncio	doença: sint. físicos / família	50
101	melancolia / luta	doença: sint. físicos / conteúdo psicológico	59
Média em Zung: 54,1			

Uma comparação da conduta do Clínico para com os 7 pacientes deprimidos identificados por ele e para com os 34 deprimidos não identificados, mostra algumas diferenças significativas. Basicamente, estas consistem no encontro de elementos de natureza psicológica nos 7 pacientes, o que não ocorrera com os outros 34. Outra diferença de conduta resume-se no número de pedidos de exames complementares, assunto retomado mais à frente. Além disso, constatamos diferença de conduta em relação aos encaminhamentos ao Setor de Saúde Mental: dos 7 pacientes identificados, 6 foram encaminhados a este serviço, enquanto que, dos 34 não identificados, nenhum foi encaminhado a este Setor. Os demais procedimentos, no geral, foram semelhantes.

Examinando a conduta do Clínico para com os 34 pacientes considerados deprimidos (Zung \geq 40) e que não foram identificados por ele, observamos que 19 (55,8%) não tiveram seus diagnósticos clínicos esclarecidos por ocasião do atendimento: a atitude do Clínico limitou-se a inserir no prontuário do paciente o termo "diagnóstico a esclarecer". Os demais pacientes receberam diagnósticos variados, como hipertensão arterial, verminose, lombalgia, dermatite, anemia, etc (Tabela 28).

Tabela 28:

Diagnóstico do Clínico Geral para os 34 pacientes considerados deprimidos (Zung \geq 40) pertencentes aos Grupos 1 e 2 e que não foram identificados por ele.

Diagnóstico do Clínico Geral	Número de Pacientes
- A esclarecer	19 (55,9%)
- Hipertensão arterial	02 (05,9%)
- TGI (dores abdominais gastroenterite)	02 (05,9%)
- Verminoses	02 (05,9%)
- TGU (impotência, alterações hormonais)	03 (08,8%)
- Outros (lombalgia, anemia, colecistopatia, dermatite, úlcera varicosa)	06 (17,6%)
Total	34 (100%)

Os procedimentos do Clínico Geral com relação aos exames solicitados para com o total dos 41 pacientes considerados deprimidos de ambos os Grupos, estão esquematizados na Tabela 29.

Tabela 29:

Exames solicitados pelo Clínico para os 41 pacientes considerados deprimidos (Zung \geq 40) - Grupos 1 e 2.

CLÍNICO GERAL		
Exames solicitados	Depressão não identificada = 34 pacientes	Depressão identificada = 7 pacientes
- Hemograma	20 (40%)	0
- Fezes	10 (20%)	0
- Urina	01 (02%)	0
- Rx tórax, coluna, outros	09 (18%)	1 (25%)
- Rx crânio	0	1 (25%)
- Glicemia	03 (06%)	0
- Colesterol	01 (02%)	0
- Exame de escarro	01 (02%)	0
- ECG	02 (04%)	0
- EEG	01 (02%)	1 (25%)
- Mucoproteína	01 (02%)	1 (25%)
- Hormônios (FSH e LH)	01 (02%)	0
Total de exames	50 (100%)	4 (100%)

Constatamos que, para os 34 pacientes não identificados, o Clínico fez 50 solicitações de exames complementares, cujos pedidos foram assim distribuídos: hemograma 40%, exame de fezes 20%, Rx de tórax e coluna 18% e outros 22%. Para 7 casos identificados, entretanto, o Clínico fez apenas 4 solicitações de exames complementares. Embora estas informações não permitam uma análise do diagnóstico e dos procedimentos do Clínico, possibilitam, entretanto, o estabelecimento de comparações quanto à quan-

tidade de exames solicitados. Verificamos que, para com os pacientes deprimidos não identificados, houve um volume proporcionalmente maior de solicitações de exames em comparação com os identificados: para cada paciente não identificado houve 1,5 pedido de exames (total de 50 solicitações) e para cada paciente identificado, 0,6 pedido (total de 4 solicitações).

Pelos dados conferidos acima, podemos presumir que a identificação (ou suspeita) dos quadros depressivos contribui para diminuir o número de exames complementares desnecessários aos quais o paciente com frequência é submetido e atenuar a sobrecarga de atividades do Centro de atendimento.

Com relação aos procedimentos do Clínico para com os 7 pacientes do Grupo 2 considerados não deprimidos (Zung < 40), 5 tiveram "diagnóstico a esclarecer", um paciente teve diagnóstico de gripe e o outro, rinite. Os sintomas destes pacientes eram variados: cefaléia, febre, dores no peito, diarreia, sonolência, fraqueza, palpitação, dores articulares, tosse, coriza, inflamação e edema. O Clínico procedeu ao tratamento de 6 pacientes e encaminhou um para a Cardiologia (Tabela 30).

Tabela 30:

Procedimentos do Clínico para com os 7 pacientes do Grupo 2 que não apresentaram depressão (Zung < 40).

Nº do Pac.	Sexo	Idade	OMS	Zung	Queixa Principal e Diagnóstico	Conduta
86	M	19	-	32	palpitação Diag: a esclarecer	Rx tórax Encaminhamento à Cardiologia
89	M	22	-	29	febre dores no peito diarrréia Diag: gripe	Bactrim Novalgina
94	M	29	-	32	fraqueza Inflamação Diag: a esclarecer	Hemograma Exame de fezes
95	F	21	+	34	cefaléia sonolência Diag: a esclarecer	Rx crânio EEG Hemograma Exame de fezes
98	M	35	-	27	coriza tosse Diag: Rinite	Primasone
99	F	37	-	25	edema de MMII Diag: a esclarecer	Hemograma Urina I Uréia, Creatinina Glicemia, Coles- terol, Triglicér.
103	F	45	-	31	dores articulares palpitação Diag: a esclarecer	Creatinina Uréia Ácido úrico

Obs.

OMS: Critério de positividade (+) ou negatividade (-) para Depressão segundo a Organização Mundial de Saúde.

Diag.: Diagnóstico.

13. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

13.1. SUBSÍDIOS À PRÁTICA DO CLÍNICO GERAL

Os resultados do presente trabalho, embora não definitivos, permitem discussões e conclusões que se desdobram em vários níveis. Surgem temas que giram em torno de questões como a identificação ou não-identificação de pacientes deprimidos pelo Clínico Geral, as consequências do não-diagnóstico, a prevalência momentânea dos distúrbios depressivos em Centro de Atenção Primária e a natureza do discurso do paciente ao revelar suas queixas.

A discussão dos resultados pode fornecer subsídios que poderão ser úteis à prática do Clínico Geral de Centro de Atenção Primária.

A. Prevalência dos Distúrbios Depressivos e o Problema da Não Identificação pelo Clínico Geral

A prevalência de 39,8% de depressão por nós encontrada nesta pesquisa, situa-se próximo dos índices obtidos por outros autores, como Salkind (1969; 25 a 48%). Também com relação à não identificação e não encaminhamento adequado dos distúrbios depressivos, nossos resultados (83%) são próximos dos dados de outras investigações (Blacker & Clare, 1987; 90%).

Algumas considerações de Goldberg (apud Sartorius, 1990) apontam alguns fatores presentes na não identificação das alterações mentais pelo Clínico Geral.

Segundo este autor, há dois aspectos a serem mencionados. De um lado, alguns Clínicos não respondem aos "sinais" verbais e não-verbais, indicadores de sofrimento psicológico, que os pacientes emitem durante a consulta. Por outro lado, diversos pacientes não explicitam nenhuma evidência de distúrbios psicológicos, apesar de altos escores quando se fazem investigações por instrumentos de medida psicológica, como questionários ou outros recursos.

Um dos elementos que poderíamos introduzir nesta questão consiste no estabelecimento da hipótese de que a emissão de "sinais", mais ou menos claros, por parte dos pacientes sobre seu sofrimento psicológico, pode estar relacionada com o comportamento do Clínico.

Constatamos, em nosso trabalho, diversos aspectos que corroborariam esta hipótese. Assim, a forma como o Clínico estruturou e desenvolveu o momento da consulta, por si, já dificultaria a "leitura" dos componentes psicológicos emitidos pelo paciente. A nível de relacionamento interpessoal, a consulta era marcada por um excessivo domínio do Clínico sobre o paciente. A este, era praticamente negada qualquer chance de questionamento em relação à conduta do Clínico, solicitação de exames, prescrições medicamentosas, etc. Não havia espaço para o paciente solicitar esclarecimentos sobre a natureza e evolução do seu quadro clínico, e muito menos, a respeito de alguma reação psicológica

eventualmente presente no processo da doença. O excesso de diretividade exercida pelo Clínico, sem dúvida, distanciava-o do paciente, a ponto, talvez, de inibir a explicitação dos estados emocionais que este vivenciava.

Estudos em preparação (Millar et al., apud Goldberg, 1990) têm mostrado que determinadas atitudes do Clínico durante a consulta ajudam a identificação de fenômenos psicológicos importantes. O tipo do olhar do médico, a tendência a olhar nos olhos do paciente enquanto o ouve, a interrupção menos frequente da fala do paciente são fatores que facilitam o surgimento de informações de natureza psicológica. Até onde pudemos observar e acompanhar as atividades do Clínico, estes recursos não foram utilizados. Pelo contrário, não foram raras as oportunidades em que o Clínico utilizou de chistes para com o paciente, bloqueando qualquer tentativa deste no sentido de explicitar melhor suas preocupações, tanto a nível físico, como psicológico.

Outra questão que merece comentários é o fato de que o não reconhecimento das doenças emocionais pode resultar de um "conlúio" recíproco de médico e paciente.

Não obstante os pacientes certificarem-se de que os Clínicos sejam capazes de indagar sobre o significado de seus problemas, provavelmente eles não esperariam que os Clínicos carregassem a responsabilidade por seus sintomas. Na maioria das vezes, os pacientes, cujas doenças psicológicas não tenham sido detectadas, prefeririam que o seu Clínico eliminasse alguma doença física grave ou prescrevesse medicação para aliviar os sintomas. Apesar de cientes dos próprios problemas psicológicos, muitos pa-

cientes não os discutiriam com o Clínico, mesmo havendo possibilidade para isto. Alguns podem estar bem com os médicos que não se esforçam para descobrir ou tratar doenças psicológicas, mas que meramente adotam uma maneira confiante e que prognosticam melhor. Por sua vez, o Clínico com pouca inclinação para o diagnóstico "psiquiátrico" encontra no paciente um parceiro condescendente.

A não explicitação dos problemas de natureza psicológica pode estar relacionada com o estigma que alterações mentais representam na comunidade e com as dificuldades emocionais originadas desse estigma, das quais o paciente poderá se ressentir. Muitos pacientes não acolhem uma interpretação psicológica para seus problemas de saúde porque preferem evitar esse estigma e o senso de responsabilidade aumentada pelo dilema que uma atribuição psicológica imporia a ele.

Entretanto, um Clínico hábil é capaz de esclarecer ao paciente que uma aproximação da dinâmica psicológica torna-se necessária para a compreensão da doença com seus sinais e sintomas, para o estabelecimento do diagnóstico adequado e da conduta a ser adotada.

Não é raro a apresentação somática do sofrimento constituir-se num obstáculo para o reconhecimento do distúrbio psicológico. Quando, porém, o Clínico abre a possibilidade de manifestação de queixas psicológicas, o diagnóstico psiquiátrico torna-se mais fácil. Esta posição foi assegurada por investigações desenvolvidas por Bridges & Goldberg (1985) com 590 pacientes atendidos em clínica geral. Os autores estudaram os diagnósticos es-

tabelecidos para estes sujeitos e constataram que ocorreram diagnósticos psiquiátricos em mais de 90% dos pacientes que haviam apresentado queixas de natureza psicológica. Em contrapartida, pacientes que haviam "somatizado" seu sofrimento psicológico, tiveram menos de 50% de chance de terem seu quadro psiquiátrico reconhecido pelo Clínico Geral.

Os autores apontaram quatro condições frequentes para uma apresentação "somatizada" das queixas:

a. A consulta foi direcionada pelo Clínico para queixas somáticas.

b. O paciente atribuiu seus sintomas a causas físicas, supondo que o Clínico gostaria de descobrir uma causa física para os sintomas ou prescrever um medicamento para aliviá-los.

c. Subjacente ao componente somático, existia o sofrimento psicológico detectável por um instrumento estandardizado de investigação psiquiátrica - o que sugere a existência de alterações mentais cursando com o quadro clínico.

d. Houve relação entre o sofrimento psicológico e o estado físico do paciente, verificando-se o desaparecimento ou alívio dos sintomas físicos com o tratamento dos distúrbios mentais - o que reforça a hipótese da presença simultânea de sintomas físicos com componentes mentais.

Os autores observaram, ainda, que pacientes conhecidos por terem alguma doença física preexistente à emergência de distúrbios mentais, tiveram seu sofrimento emocional ignorado pelo Clínico. No estudo da somatização em doenças crônicas, como artrite reumatóide, hipertensão arterial e doença isquêmica do co-

ração, a taxa dos distúrbios psiquiátricos encontrados foi de 85% quando a preocupação inicial foi a detecção desses distúrbios; esta taxa caiu para 33% ao se considerar uma doença física anteriormente conhecida. Os autores concluíram que a doença física serviu para desviar o médico da identificação de distúrbios mentais.

Em relação a um número significativo dos nossos pacientes, com certeza o Clínico não aproveitou a oportunidade de "ler" e compreender os "sinais" referentes à condição psicológica que eles emitiam e que permeavam suas queixas físicas.

A situação acima relaciona-se também com estudos desenvolvidos por Goldeberg, Tylee & Freeling (apud Sartorius, 1990) sobre as dificuldades de identificação de alterações mentais na clínica geral. Os autores asseguram que os índices mais elevados de identificação de quadros mentais têm sido obtidos por Clínicos que têm demonstrado maior interesse pela psiquiatria. Ela tem sido mais frequente naqueles que durante a entrevista efetuam mais perguntas de conteúdo psicológico e sobre as condições subjetivas do paciente.

As sugestões destes autores cabem no contexto do trabalho por nós desenvolvido: os Clínicos seriam mais seguros e eficazes na identificação das alterações mentais se conduzissem suas entrevistas com técnicas abertas, investigassem as queixas físicas sem se aterem a elas, esclarecessem o sofrimento do paciente e na interação com ele evitassem a utilização do jargão técnico.

Se, de um lado, a investigação por nós desenvolvida mostrou uma alta prevalência momentânea de distúrbios depressivos

em ambulatório de atendimento primário (39,8%; Zung = 40), por outro, ela revelou a dificuldade do Clínico em identificá-los e conseqüentemente em assumir uma conduta mais adequada.

Quais teriam sido as dificuldades do Clínico em identificar distúrbios depressivos nos pacientes por nós estudados?

Diversos comentários referidos até o momento contribuem para responder a esta questão. Entre eles, podemos destacar possíveis fatores, como: a inabilidade do Clínico em "ler" os "sinais" verbais e não verbais de alterações emocionais que o paciente deixa transparecer durante o atendimento; a própria estrutura da consulta, organizada de forma rígida; o relacionamento marcado pelo distanciamento entre médico e paciente; a pouca inclinação do Clínico em perceber alterações psiquiátricas subjacentes às queixas físicas; a própria atitude do paciente em imaginar que o médico sempre devesse encontrar prioritariamente um diagnóstico físico, ao invés de pesquisar também o sofrimento psicológico; e a situação de estigma que as alterações psiquiátricas representam para o paciente.

Além dos fenômenos acima, três hipóteses intercomplementares poderiam ser apreciadas, tendo em vista a compreensão do problema.

A primeira seria a de que a não identificação dos distúrbios depressivos pelo Clínico Geral deve-se à sua formação inadequada que não lhe permitiria reconhecer os distúrbios psicopatológicos. Possivelmente, os Clínicos não sejam suficientemente sensíveis aos sintomas depressivos do paciente ou não estejam preparados para percebê-los. Contudo, a tomada de consciência do

problema por parte dos departamentos universitários favoreceria a uma educação médica mais adequada em Saúde Mental.

A segunda hipótese, com a qual lidamos no desenvolvimento deste trabalho, reúne fatores como os que se seguem:

a. Há a questão da dificuldade do Clínico em compreender os sintomas depressivos contidos no discurso do paciente, sobretudo daqueles sócio-econômico-culturalmente carentes.

b. A linguagem psiquiátrica e, em particular, a linguagem dos manuais americanos e europeus, nem sempre propicia ao Clínico a compreensão do discurso de desse tipo de paciente.

c. O discurso do paciente carente, em geral, é marcado por queixas várias e vagas de natureza somática, mediante as quais ele revela seus sintomas físicos e, muitas vezes, deixa transparecer seu sofrimento psicológico.

d. A não identificação da natureza intrínseca dos quadros depressivos que permeiam os quadros clínicos faz com que estes pacientes perambularem por vários tratamentos, submetam-se a diversos procedimentos frequentemente ineficazes e, em decorrência disso, cronifiquem a doença até chegarem a um serviço de Saúde Mental, se algum dia tiverem essa oportunidade.

Com os dados aqui analisados e discutidos, esperamos ter esclarecido algumas implicações da hipótese acima e, assim, ter contribuído para o aprimoramento da conduta do Clínico.

Evidentemente, o tempo limitado e as precárias condições oferecidas ao Clínico, para um atendimento compatível com as

necessidades do paciente, prejudicam a instauração de um relacionamento interpessoal produtivo. Por esta e por outras razões, como limitações na formação e capacitação acadêmica na área de Saúde Mental, o Clínico que atua em ambulatórios de atendimento primário não consegue "entrar" na linguagem do paciente.

A Análise do Discurso permitiu verificar, porém, que a alta prevalência de sintomas físicos que formaram o conteúdo básico das falas dos pacientes não se restringiu a um fator isolado. As queixas físicas por repetidas vezes eram permeadas por componentes de natureza psicológica, como angústia, desânimo, tristeza, nervosismo, medo, desespero, bloqueios na explicitação dos problemas, sentimentos de inutilidade, sensação de impotência - sintomas estes sugestivos de distúrbios depressivos e que o Clínico em raras oportunidades identificava. Iremos nos reportar a esta questão no item Análise do Discurso.

Os dados desta pesquisa indicam que a prevalência momentânea dos distúrbios depressivos em atendimento primário foi de 39,8% e que o Clínico Geral deixou de identificar 83% destes pacientes; ele identificou apenas 17% deles. Este fato sugere a necessidade de integração das atividades do Clínico Geral com a área de Saúde Mental, onde os fenômenos psiquiátricos sejam conduzidos a partir de uma visão mais ampla. Caso contrário, provavelmente haverá a continuidade da cronificação dos quadros depressivos.

A não identificação do elevado percentual de pacientes considerados deprimidos provavelmente seja decorrência de fenômenos que teriam cursado juntos, como: "somatização" dos sintomas

afetivos revelando-se através de sintomas físicos vários e vagos, ocorrência simultânea de pequenos problemas físicos, o fato de os pacientes acreditarem que os médicos esperam ouvir queixas físicas, a dificuldade de compreensão da fala do paciente, etc.

A organização das atividades do médico e sua formação, falta de treinamento e características de personalidade podem constituir-se em outros fatores significativos. Esses elementos, somados, talvez esclareçam o fato de a não identificação dos distúrbios depressivos ter atingido, nesta pesquisa, o elevado índice de 83%.

A identificação de distúrbios depressivos em diversos pacientes (diagnóstico aproximado em 17%) teria ocorrido em virtude da percepção, no momento da consulta, de fenômenos de natureza mental explicitados pelos pacientes através do discurso. Este fato serve para alertar o Clínico quanto à possibilidade da percepção e da compreensão de sintomas sugestivos de sofrimento psicológico.

A alta prevalência de depressão não-identificada pelo Clínico Geral pode acarretar como conseqüências para o paciente:

- a. Aumento da probabilidade de cronificação dos quadros clínicos e mentais por tratamento inadequado.
- b. Risco de iatrogenia devido ao emprego impróprio de medicamentos.
- c. Procedimentos médicos que não trazem benefícios aos pacientes e oneram os serviços públicos.

d. Comprometimento da vida pessoal, familiar, social e profissional do paciente.

Cabe mencionar que a maioria dos 34 pacientes deprimidos não identificados foi constituída por aqueles que vieram pela primeira vez ao atendimento (Nº = 27; 79,4%). Os pacientes não identificados que estavam há mais de um ano em tratamento eram em número de 7 (20,6%) e demonstraram sofrer distúrbios depressivos de maior gravidade, segundo a média dos escores em Zung.

O mesmo não se passa com os 7 pacientes identificados. Destes, 71,4% já estavam sendo atendidos há mais de um ano pelo Clínico Geral. Talvez a não resolução dos quadros clínicos, com o decorrer do tempo teria influenciado o Clínico a considerar, além das queixas físicas, sintomas de natureza psicológica que permeavam a manifestação do quadro clínico. A persistência de sintomas como desânimo, insônia, nervosismo, tontura, zumbido no ouvido, dor no peito e inapetência revelados explícita ou implicitamente pelo paciente, teria propiciado ao Clínico a "leitura" ou suspeita de alterações mentais subjacentes às queixas físicas.

B. O Discurso do Paciente

Torna-se necessário esclarecer alguns elementos no que diz respeito à concepção do processo discursivo e à Análise do Discurso.

A conceituação deste fenômeno constitui um problema para os estudiosos da linguagem. O termo "discurso" é usado com uma pluralidade de significados, assim como o termo "análise do discurso" é empregado em várias acepções. Não constituiu preocupação das Psicolinguistas entrar na discussão das diversas tendências e distintas possibilidades da Análise do Discurso, nem tampouco apresentar um histórico destas noções, o que transcende o escopo deste estudo.

A Análise do Discurso, enquanto concepção e instrumental teórico, desdobra-se em várias tendências, articulando Psicanálise, História e Sociologia. Portanto, ela é marcada pela diversidade de abordagens que influenciam seu desenvolvimento (Mainueneau, 1987).

No discurso, a enunciação é de natureza social. A linguagem é atravessada pelos embates subjetivos e sociais e se funda no cotidiano. Assim, qualquer que seja o aspecto da expressão/enunciado considerado, ele será determinado pelas condições reais da enunciação em questão, isto é, pela situação social mais imediata (Bakhtin, 1981). Além disso, é impossível analisar um discurso como um texto, isto é, como uma sequência linguística fechada sobre ela mesma; é necessário referir-se ao conjunto de

discursos possíveis a partir de um estado definidor das condições de sua produção (Pêcheux, 1969).

A partir, então, dos objetivos da pesquisa, os discursos foram analisados por Smolka e Cantuária, com base em dois elementos: Caracterização (como o paciente fala) e Temática (o que o paciente fala). A Análise do Discurso permitiu encontrar as marcas que se destacavam em cada discurso e a explicitação dos conteúdos dos mesmos.

Ao explicitar sua fala, o paciente revela tanto as condições em que seu discurso é produzido, como aquelas em que também é produzida sua eventual depressão.

Há, na verdade, diversos sentidos permeando a fala do paciente. Entretanto, foi possível às Psicolinguistas caracterizar um sentido dominante que emergia ao longo da fala do paciente e que poderia ser configurado como: "discurso do silêncio", "derrota", "melancolia", ou "luta". E "ausência" - sugestivo de não indicadores de distúrbios depressivos. Os aspectos de menor intensidade foram considerados como subdominantes. Assim, o sentido dominante do discurso não está isolado, pois há a presença de outros sentidos circundando a caracterização dominante. Cabe salientar que não se trata de estabelecer propriamente uma tipologia dos discursos. Não é uma questão de "tipos" e sim de dominância de aspectos ou padrões que emergem de forma mais acentuada através da fala do paciente. E estas formas de expressão revelam um determinado conteúdo - a Temática - também marcado por elementos de maior destaque e que foram identificados como: "doença - sintomas físicos", "conteúdo psicológico", "família" e "condição

financeira”.

Na acepção de Smolka e Cantuária, o discurso foi compreendido como produção sócio-individual. Por isso, torna-se fundamental analisarem-se as condições de sua produção, isto é, as relações entre o que foi dito e a exterioridade do discurso (contingências/elementos não linguísticos).

Segundo a concepção acima, o discurso do paciente não está desvinculado de um contexto mais amplo e complexo. Desta situação, surgem elementos importantes que interferem na fala do paciente e que configuram a existência de um cenário onde ele manifesta a forma e o conteúdo de sua revelação. Seriam elementos aparentemente “externos” ao discurso, mas que na verdade fazem parte da própria vivência do sujeito enquanto paciente. Estes componentes envolvem a imagem que os protagonistas do relacionamento fazem de doença e saúde, a relação interpessoal com o médico, as características culturais e psicológicas que cada um traz e a própria situação da pesquisa por nós desenvolvida. Além disso, abrangem o Centro de atendimento com sua estrutura organizacional, a presença do homem vestido de branco, o lugar que médico e paciente ocupam na relação, a pessoa do médico investida de autoridade e que é igual a poder e cura; o paciente que é igual a doença e dor, a imagem que o paciente elabora da sua doença e as expectativas por ele geradas, a própria experiência da doença e de estados psicológicos por ela desencadeados.

Com relação à doença, o imaginário explicita-se mediante crenças, desejos, revolta, tristeza e a própria depressão, en-

quanto o paciente fala de si mesmo e do seu estado. O paciente experiencia a emergência desses componentes durante o relacionamento com o médico e os deixa transparecer ao tentar explicitar suas queixas.

C. Comparação entre Discurso e Escala de Zung

Comparando a depressão segundo os critérios por nós adotados (Zung ≥ 40) com as categorias encontradas pela Análise do Discurso, verificamos alguns elementos significativos para a prática do Clínico Geral.

A rigor, a Escala de Depressão de Zung tem como finalidade principal quantificar sintomas de depressão diagnosticada mediante outros meios, sobretudo através da entrevista psiquiátrica. Por isso, o ideal para este trabalho seriam a utilização da entrevista psiquiátrica como critério de diagnóstico e o acompanhamento da evolução dos pacientes por um determinado tempo. Entretanto, devido a fatores como o elevado número de pacientes estudados e elementos de ordem interna do Centro de Atenção Primária onde se realizou a pesquisa, optamos pela Escala de Depressão de Zung como "critério diagnóstico". Como já mencionamos, houve, porém, o cuidado de se elevar o chamado "ponto de corte" de 35 para 40 pontos, visando estabelecer critérios mais rigorosos ao se considerar a presença de distúrbios depressivos. Embora esta medida não substitua definitivamente a entrevista psiquiá-

trica, acreditamos que ela tenha permitido alcançar resultados coerentes.

Podemos encontrar uma significativa aproximação dos resultados da Escala de Zung e da Análise do Discurso através das considerações que se seguem.

Assim, entre os 41 pacientes com Zung ≥ 40 , constatamos que "discurso do silêncio" foi a categoria mais frequente, com 17 pacientes (41,5%). O presente dado chama a atenção para o fato de que o paciente deprimido frequentemente comunicou-se com o Clínico através de um discurso cujos conteúdos emocionais nem sempre emergiam de forma explícita. Os pacientes inseridos na categoria acima deixavam transparecer os componentes emocionais de suas falas através de um discurso entrecortado, obscuro, repetitivo, sem a identificação de problemas concretos. Daí, a necessidade de o Clínico utilizar recursos para estimular a emergência destes elementos, tendo em vista a identificação de possíveis comprometimentos na esfera emocional de seus pacientes.

Outro elemento que aflora nesta comparação consiste na frequência, também acentuada, de 11 pacientes (26,8%) inseridos na categoria "derrota", pela Análise do Discurso e que apresentaram escores ≥ 40 em Zung. Cabe lembrar que esta categoria exprime vontade de morrer, de desaparecer, de largar tudo; há a presença de desespero e a sensação de submissão às adversidades. Os dados encontrados servem de alerta ao Clínico no sentido de explorar melhor os elementos emocionais que emergem de um discurso com marcas semelhantes a essas.

Também é patente a relação entre a categoria "melancolia" e os escores da Escala de Zung, uma vez que 9 pacientes (21,9%) considerados deprimidos apresentaram em seus discursos elementos como angústia, tristeza, desânimo, medo e sensação de solidão. Outro fator que evidencia esta relação é a média dos escores desses pacientes: 54,9 - a mais elevada pontuação por categoria.

Por outro lado, dos pacientes considerados deprimidos (Zung \geq 40), apenas 2 (4,9%) foram classificados em "luta" e outros 2 em "ausência". As constatações reforçam a idéia de que fatores como resistência ao desânimo, fluência na explicitação das queixas e reação à instalação da tristeza falam a favor de um discurso sem marcas de depressão. Este tipo de discurso manifesta-se, ainda, através de uma fala sem elementos sugestivos das alterações mentais acima salientadas.

Ao contrário, os pacientes que relatavam queixas somáticas associadas a fatores como melancolia, tristeza, desânimo, sensação de inutilidade, derrota ou indefinição dos problemas apresentavam marcas evidentes de depressão tanto em seu discurso, quanto nos escores em Zung.

A comparação entre ausência de elementos indicadores de depressão, segundo a Análise do Discurso, e os escores em Zung também aponta uma concordância entre os resultados destes dois instrumentos utilizados independentemente. Ao relacionarmos os dados acima, verificamos que a quase totalidade dos pacientes classificados em "ausência" de elementos sugestivos de depressão e em "luta" (resistência à instalação de sintomas depressivos e

enfrentamento das adversidades) obteve escores em Zung abaixo do "ponto de corte".

Há diferenças significativas entre o discurso dos pacientes com escores superiores e inferiores ao "ponto de corte". Observamos que a maioria dos pacientes com escores ≥ 40 apresentou discursos com categorias indicadoras de distúrbios depressivos ("discurso do silêncio", "derrota" e "melancolia"). Os pacientes com escores inferiores ao "ponto de corte", de modo geral, apresentaram as categorias "ausência" de indicadores sugestivos de distúrbios depressivos e a categoria "luta". Segundo a Análise do Discurso, as duas últimas categorias cursam, respectivamente, com inexistência de distúrbios depressivos e com resistência à instalação destas alterações mentais.

Considerando os 41 pacientes com Zung ≥ 40 , 37 (90,2%) foram incluídos em categorias indicadoras de distúrbios depressivos pela Análise do Discurso ("discurso do silêncio", "derrota" e "melancolia"); 2 (4,9%) foram classificados em "ausência" e 2 (4,9%), em "luta". Uma vez mais os dados acima apóiam a existência de uma forte concordância entre os resultados dos dois recursos independentemente utilizados.

A concordância entre a Análise do Discurso e o nosso critério de depressão é ainda maior se compararmos, além dos 41 pacientes acima referidos (Zung ≥ 40), também os 7 pacientes que se mantiveram abaixo do "ponto de corte" em Zung. Destes 48 pacientes (41 + 7), apenas 4 não tiveram resultados concordantes (2 falsos positivos e 2 falsos negativos). Os dados mostram um grau de concordância de 91,7% entre os resultados de ambos os instru-

mentos, nível este que pode ser considerado elevado.

Sobre as relações entre sintomas e discurso, nossos resultados confirmam que os pacientes sócio-econômico-culturalmente carentes, com frequência, revelaram em suas falas queixas de natureza física permeadas por componentes de natureza psicológica. Assim, dos 41 pacientes considerados deprimidos (Zung \geq 40), 28 (68,3%) foram classificados pela Temática em "doença - sintomas físicos". Ou seja, os sintomas de natureza física constituíram o conteúdo básico dos discursos destes pacientes. Porém, a segunda categoria mais frequente da Temática foi "conteúdo psicológico" com 7 pacientes (17%). Cabe ainda lembrar que, permeando as queixas de natureza física, houve 20 pacientes (49,7%) em cujo discurso a categoria "conteúdo psicológico" esteve presente como aspecto subdominante. Considerando-se a presença dos componentes psicológicos de forma dominante ou subjacente às queixas físicas, verificamos que eles emergem em cerca de 66,7% dos pacientes. A constatação acima assegura a presença explícita ou implícita dos componentes psicológicos em grande parte dos pacientes que relatavam queixas "físicas".

Outras questões pertinentes à comparação entre o "tipo" e o conteúdo do discurso são as seguintes: 1. Haveria alguma relação entre "discurso do silêncio" e queixas de natureza física? 2. O relato de sintomas físicos estaria acobertando elementos de "natureza psicológica"?

Avaliando as relações entre "discurso do silêncio" e a Temática encontrada nos relatos dos pacientes, verificamos que houve uma frequência significativamente elevada de sintomas físi-

cos nessa categoria. Do total de 17 pacientes classificados em "discurso do silêncio", 15 (88,2%) apresentaram explicitamente (dominância), como conteúdo de seus relatos, queixas físicas; destes sujeitos, 10 (66,6%) apresentaram implicitamente (subdominância) "conteúdo psicológico" permeando as queixas físicas. Este dado reforça a hipótese de que, ao relatar suas queixas físicas, com frequência o paciente também deixa transparecer elementos de natureza psicológica extremamente úteis à identificação de quadros mentais e que nem sempre são compreendidos pelo Clínico Geral.

Proporção semelhante encontramos ao estabelecermos uma relação comparativa das tres categorias juntas: "derrota", "melancolia" e "discurso do silêncio", com queixas físicas. Os pacientes classificados nestas categorias também tiveram marcas psicológicas permeando o relato de seus sintomas. Entretanto, aqui há um dado a mais. Os pacientes classificados tanto em "melancolia", como em "derrota", revelaram um discurso marcado por conteúdo psicológico mais explícito em comparação com aqueles classificados em "discurso do silêncio". Certamente, o Clínico teria "lido" com maior facilidade indicadores de distúrbios depressivos nos pacientes classificados em "melancolia" ou "derrota", do que em "discurso do silêncio". É interessante observar, ainda, que os pacientes com escores abaixo do "ponto de corte", portanto considerados não deprimidos pelo nosso critério e classificados em "ausência" de elementos sugestivos de distúrbios depressivos, tiveram, como conteúdo básico de suas falas, queixas de natureza física.

Em um paciente emergiu a associação entre queixas físicas e problemas de família. Como as falas sobre problemas de relacionamento familiar e conjugal ocorreram num contexto que envolvia situações afetivas e emocionais, o dado assegura a presença de componentes psicológicos também no discurso deste paciente.

Quanto à Caracterização dos discursos dos pacientes identificados pelo Clínico, verificamos a presença marcante das categorias "discurso do silêncio" e "melancolia" entremeando-se reciprocamente. Se adicionarmos a emergência de ambas a nível de dominância e de subdominância, sua manifestação atinge a totalidade destes pacientes.

Embora a categoria "discurso do silêncio" implique em dificuldade de explicitação das queixas, ela esteve associada à "melancolia", fator que provavelmente teria facilitado ao Clínico a identificação dos sintomas depressivos nos pacientes "diagnosticados". Lembramos que os pacientes identificados pelo Clínico obtiveram escores na Escala de Zung significativamente elevados.

Apesar da manifestação explícita ou implícita de componentes emocionais simultâneos com queixas físicas, em grande parte dos pacientes deprimidos o Clínico não teria "lido" os "sinais" de sofrimento psicológico que eles emitiram ao relatar suas queixas físicas.

Quanto ao diagnóstico para a maioria dos pacientes considerados deprimidos (Zung ≥ 40), o Clínico adotou o termo "diagnóstico a esclarecer". Habitualmente, eram solicitados exa-

mes complementares com a finalidade de esclarecimento e confirmação do "diagnóstico a esclarecer". Entretanto, para os pacientes não identificados foram efetuadas 50 solicitações, com a média de 1,5 pedido para cada paciente. Porém, para os pacientes identificados, o Clínico fez 4 solicitações de exames complementares, com a média de 0,6 pedido para cada paciente. Observamos que a identificação (ou suspeita) de depressão poupou a esses pacientes a execução de um número elevado de exames, em comparação com os deprimidos não identificados. O excesso de exames desnecessários, além do risco de acarretar prejuízos físicos aos pacientes e obrigá-los a faltarem ao trabalho, onera os serviços públicos, sobrecarrega as atividades do Clínico e pode até contribuir para a cronificação das doenças e do sofrimento psicológico, à medida em que aspectos mais profundos do quadro clínico não são suficientemente elucidados.

Dos 41 pacientes considerados deprimidos, 31 (75,6%) apresentaram sintomas de natureza psicológica simultaneamente à manifestação de queixas físicas.

Nos 7 pacientes suspeitos pelo Clínico como portadores de sofrimento psicológico, podemos elucidar nos discursos a presença de conteúdos emocionais simultaneamente com queixas físicas. Estes componentes, com frequência, emergiam de forma explícita (a nível de dominância) ou de forma menos clara (a nível de subdominância) no relato dos sintomas físicos. Assim, ao falar sobre suas doenças, de alguma forma o paciente deixava transparecer elementos de natureza psicológica que teriam permitido ao Clínico a identificação de alterações emocionais. O Clínico não

teria percebido estes componentes psicológicos no discurso dos 34 pacientes não identificados. Esta diferença de conduta é encontrada também com relação aos encaminhamentos. Dos 7 pacientes identificados, 6 foram encaminhados ao Setor de Saúde Mental, enquanto que nenhum dos 34 não identificados foi encaminhado a este Setor.

Talvez a distância no relacionamento interpessoal médico-paciente tenha contribuído para que o paciente não tivesse oportunidade de revelar seu sofrimento psicológico. Lembramos que durante a consulta o Clínico era pouco aberto ao diálogo, mantendo o paciente numa posição de submissão e não propiciando uma conversa fecunda.

Como conclusão final, convém reportarmo-nos a algumas questões que o presente trabalho sugere.

Em primeiro lugar, realçamos que sintomas como desânimo, insônia, nervosismo, inapetência, tontura, zumbido e outros certamente deveriam estimular o Clínico a reconhecer alterações psíquicas no paciente e, então, tratá-lo adequadamente ou encaminhá-lo ao Setor de Saúde Mental.

Em segundo lugar, caberia ao Clínico avaliar adequadamente tanto o momento psicológico do atendimento, como a evolução da sua conduta em relação aos pacientes de primeira vez e àqueles cujos sintomas já estão cronicamente instalados. Torna-se necessário abordar estes quadros de forma mais ampla, incluindo-se na anamnese e na consulta a abertura à emergência de sintomas refe-

rentes ao sofrimento psicológico. Para isso, o Clínico necessita perceber se o direcionamento da sua conduta não estaria voltado exclusivamente para queixas físicas e se ele não estaria induzindo o paciente a supor que as queixas devam ser apenas de natureza física. A disponibilidade para um relacionamento fecundo com o paciente e a tendência a ler os "sinais" explícitos ou subjacentes às queixas físicas, com certeza contribuiriam para a identificação do sofrimento psicológico do paciente deprimido.

Poderíamos inserir aqui duas perguntas: 1. como o Clínico Geral poderia estimular o paciente a explicitar os conteúdos psicológicos que permeiam suas queixas físicas? e 2. ele estaria apto a "ler" possíveis sintomas depressivos subjacentes a essas queixas?

A resposta a estas questões supõe a ampliação do que se convencionou chamar de Educação Continuada e, dentro desta, a proposta de Programas de Treinamento com a finalidade de ajudar o Clínico a compreender o universo psicológico do paciente. A estruturação de Programas como os acima sugeridos não faz parte dos propósitos desta pesquisa. Entretanto, subsídios para atividades de aperfeiçoamento do Clínico poderiam ser extraídos das apresentações dos discursos aqui analisados. Tanto as categorias da Caracterização, como as da Temática contribuirão com elementos psicológicos a uma melhor compreensão do discurso do paciente. A finalidade destes subsídios consiste em instrumentalizar o Clínico no sentido de ajudá-lo a identificar e compreender melhor os distúrbios depressivos e a adotar uma conduta compatível com o quadro que a ele se apresenta.

Como parte dos Treinamentos, o Clínico poderá ser capacitado a utilizar instrumentos como a Escala de Depressão de Zung e outros recursos que permitam a ele perceber melhor os sintomas psicológicos do paciente.

Os Departamentos Universitários poderiam fornecer a retaguarda necessária para estes Cursos e Treinamentos e para o acompanhamento das atividades tanto do Clínico, como dos Centros de Atenção Primária. Contando com um respaldo desse porte, o Clínico teria melhores condições de elucidar dúvidas, diagnósticos e terapêuticas e poder encaminhar os casos mais complicados.

Os Programas de Treinamento deverão abranger, ainda, situações e temas como os que se seguem:

a. Estabelecimento, durante a entrevista, de clima favorável a uma interação franca e produtiva com o paciente, a partir do início da consulta.

b. Desenvolvimento da entrevista do paciente de forma a possibilitar a emergência de sofrimento psicológico subjacente à apresentação de sintomas físicos.

c. Avaliação da gravidade do sofrimento psicológico e da necessidade de vários tipos de intervenção e orientação desses pacientes.

d. Empenho no sentido do esclarecimento das queixas que produzam preocupações no paciente.

e. Percepção dos "sinais" verbais e não-verbais que o paciente emite, de forma voluntária ou involuntária, sobre seu

estado psicológico.

f. Capacidade de partilhar a palavra com o paciente e disponibilidade para ouvir o que ele tem a dizer além das respostas às questões habituais.

g. Necessidade de se desvincular a entrevista de perguntas rigidamente preestabelecidas.

h. Introdução, na anamnese, de questões de natureza psiquiátrica, visando caracterizar componentes afetivos e emocionais que possam interferir na emergência tanto de sintomas clínicos, como mentais.

i. Emprego de perguntas sobre a vida familiar, com o intuito de esclarecimento das relações afetivas que possam estar contribuindo para a instalação, agravamento ou cronificação do estado de saúde do paciente.

j. Emprego de comentários que estimulem o paciente a aprofundar em seu discurso o esclarecimento de problemas de natureza psiquiátrica.

Finalmente, a identificação ou não dos distúrbios depressivos na clínica geral, entre outros fatores, envolve a maneira como o Clínico lida com o discurso do paciente e a compreensão dos componentes psicológicos que se manifestam explicitamente nos relatos emocionais ou de forma subjacente às queixas físicas. Assim, precisamos saber mais sobre os procedimentos do Clínico durante a consulta e sobre o processo de sua conduta. Há a necessidade de aprofundamento das questões abordadas nesta pesquisa, de forma a se delinear adequadamente as características

dos sofrimentos psicológicos dos pacientes de Clínica Geral. Também é fundamental a investigação de outros fatores que determinariam o não reconhecimento dos quadros psiquiátricos pelo Clínico Geral, além da questão do discernimento dos "sinais" dessas alterações contidas nos relatos das queixas de natureza física.

Para um atendimento adequado em Centro de Atenção Primária, por fim, é imprescindível a integração das atividades do Clínico com o Setor de Saúde Mental, a partir de uma visão sistêmica dos processos de saúde-doença. Sem um trabalho de interdisciplinaridade com a área de Saúde Mental, os pacientes estarão sendo tratados de forma inadequada, com risco de cronificação dos sintomas depressivos e do quadro clínico.

14. RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência momentânea dos distúrbios depressivos em um Centro de Atenção Primária e estudar a natureza do discurso utilizado pelo paciente para relatar suas queixas. A amostra foi constituída de 103 sujeitos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos e sócio-econômico-culturalmente carentes. A metodologia utilizada abrangiu diversos procedimentos. Inicialmente, acompanhávamos o atendimento efetuado pelo Clínico Geral, observando e anotando sua conduta durante a consulta (interação médico-paciente, características gerais do momento da consulta, solicitações de exames complementares, hipótese diagnóstica, prescrição, encaminhamentos, etc.). Em seguida, em sala contígua, os pacientes respondiam ao formulário sobre os critérios de exclusão e inclusão para depressão da OMS - Avaliação Normalizada de Transtornos Depressivos - ANTD/OMS (Standardized Assessment of Depressive Disorders - SADD/WHO; Sartorius et al., 1983). Os pacientes que preenchiem esses critérios eram considerados "suspeitos" de depressão. A estes, aplicávamos a Escala de Zung de Auto-Avaliação de Depressão (Zung Self-Rating Depression Scale; Zung & Durham, 1965), cujo "ponto de corte" foi estabelecido em 40 pontos. Os pacientes com Zung \geq 40 foram considerados deprimidos, sendo submetidos à gravação dos seus discursos. Esta ocorria durante cinco minutos e após consentimento do sujeito, que era estimulado a falar de forma não dirigida sobre suas queixas. Formulávamos perguntas como "o que o trouxe aqui?", "qual é o problema?" "o que você sente?",

evitando questões como "você sente tristeza?", "como está seu apetite?" que pudessem induzir a uma determinada resposta. O paciente era encorajado a falar "livremente" e, para isso, a utilizávamos expressões como "sim", "continue", "e o que mais?" até ser preenchido o tempo de cinco minutos. Estes pacientes constituíram o Grupo 1 (Nº = 27). Para se evitar "contaminação" na fala do paciente pelo teor dos instrumentos aplicados, houve inversão dessas etapas. Assim, um determinado número de pacientes, após a consulta, efetuava a gravação do discurso e só depois é que respondia as Escalas de OMS e Zung. Estes pacientes compuseram o Grupo 2 (Nº = 21). Após estas etapas, as fitas gravadas e os respectivos textos foram encaminhados a duas Psicolinguistas da UNICAMP para que efetuassem a Análise do Discurso em forma de "duplo cego". Estas especialistas não receberam nenhuma informação que pudesse induzi-las a uma análise em função dos resultados das Escalas. Os discursos foram investigados quanto à Caracterização ("tipo") e Temática (conteúdo) dos mesmos. Foram realizadas análises estatísticas dos dados visando comparações entre os resultados das Escalas e da Análise do Discurso.

Os resultados mostraram que dos 103 pacientes estudados - 72 (69,9%) mulheres e 31 (30,1%) homens - 68 (66%) apresentaram OMS positivo, sendo considerados "suspeitos" de depressão, por este critério. Dos suspeitos, 41 pacientes (39,8%; 41/103) estiveram acima do "ponto de corte", escore estabelecido em 40, na Escala de Zung. Estes 41 pacientes corresponderam à prevalência momentânea de depressão no Centro de Atenção Primária. Entretanto, apenas 7 deles (17%) foram identificados pelo

Clínico (diagnóstico aproximado). Ou seja, o Clínico deixou de identificar 83% dos deprimidos (Zung \geq 40).

A Análise do Discurso estabeleceu diversas categorias através das quais se tornou possível caracterizar os padrões das falas dos pacientes: três categorias sugestivas de depressão ("discurso do silêncio", "melancolia" e "derrota"); uma categoria indicadora do limiar entre depressão / não depressão ("luta") e uma categoria indicadora de inexistência de elementos sugestivos de depressão no discurso ("ausência"). As três categorias juntas, sugestivas de depressão, apresentaram a média em Zung de 53,5. Os pacientes classificados em "luta" obtiveram a média de 40 em Zung, significando que provavelmente eles estejam no limiar entre depressão / não depressão. Os pacientes classificados em "ausência" tiveram a média de 33,7, significando, portanto, não depressão. Como conteúdo das falas, a Análise do Discurso apontou categorias como "doença - sintomas físicos", "conteúdo psicológico", "família" e "condição financeira". Foram estabelecidas comparações entre os escores em Zung e as categorias da Análise do Discurso e que mostraram uma concordância de 91,7% entre os resultados de ambos os instrumentos usados independentemente.

Concluimos que a não identificação da depressão pelo Clínico, entre outros fatores, deve-se à dificuldade que ele tem de entender a linguagem dos pacientes de baixo nível sócio-econômico-cultural. Além disso, esses pacientes frequentemente apresentam um discurso permeado por queixas várias e vagas, tornando-se mais difícil ao Clínico, acostumado ao jargão convencional. Pensamos que o Clínico precisa "entrar" na linguagem do paciente

e compreender os "sinais" de sofrimento psicológico que ele deixa transparecer ao relatar suas queixas físicas. Sugerimos ao Clínico uma melhor instrumentalização teórico-prática com a finalidade de melhor identificar os distúrbios depressivos, tratá-los adequadamente ou encaminhá-los ao Setor de Saúde Mental. Finalmente, alertamos para a necessidade de plena integração do Setor de Saúde Mental aos demais serviços oferecidos em Centros de Atenção Primária, tendo em vista uma maior eficácia na identificação e tratamento dos pacientes com alterações mentais que procuram esses Centros.

15. ABSTRACT

The aims of this study were to investigate the point prevalence of depressive disorders in a Primary Health Care Centre and the kind of speech used by these patients to express their complaints. The patients were a consecutive series of males or females attending the Centre, aged between 18 and 60 years and of lower social-economic and cultural background.

The methodological procedures were as follows: the researcher accompanied the General Practitioner's (GP) consultation and took notes of his usual procedure (doctor-patient relationship, interviewing, laboratory tests, prescription, referral, etc.) towards the patients. The GP did not know the aim of the study. After the consultation, the patients were sent to the next-door room where the researcher applied the Standardized Assessment of Depressive Disorders (SADD/WHO; Sartorius et al., 1983) to them. To those "suspected" of depressive disorder by means of the SADD, the researcher applied the Zung Self-Rating Depression Scale (Zung & Durham, 1965). The subjects who had a total score ≥ 40 on Zung Scale were considered as depressives and hence were submitted to a "free" interview for five minutes. This interview was recorded and care was taken for not asking questions that could hint at a symptom, e.g., it was not allowed to ask "how does your appetite look like?", "what about your sleep?" and so forth, but rather neutral questions were made, such as "what brought you here?",

"what is the matter?", "how do you feel?". The patient was always encouraged to keep talking "freely" by means of such expressions: "yes", "carry on", "and so?", in order to complete the five minutes of interview. These patients made up Group 1 (N° = 27). In order to evaluate a possible influence of the Standardized Assessment of Depressive Disorders and Zung Scale on the "free" speech, the procedure was inverted i.e., Group 2 patients firstly had their free interview recorded and only after that were the SADD/WHO and Zung scales applied. There were 21 patients in Group 2 with a Zung total score ≥ 40 .

The tapes and their respective written versions were sent to two experts in analysis of speech (psycholinguistics) who made a double-blind analysis on them, i.e., they did not know whether the subjects were depressed (Zung ≥ 40) or not (Zung < 40).

Altogether 103 subjects were interviewed: 72 (69,9%) females and 31 (30,1%) males. Of 103 subjects, 68 (66%) were "suspected" of suffering from depression by means of the SADD/WHO. Of these 68, 41 had a total score on Zung Scale ≥ 40 and thus constituted the group of depressives which gives a point prevalence of depressive disorders of 39,8% (41 out of 103). Only 7 (17%) of these 41 depressed patients were identified by the GP. Therefore, he failed to identify 83% of all the depressive disorders (Zung ≥ 40).

The speech analysis brought up characteristic features that were used to identify patterns of discourse: "discourse of silence" "melancholia", and "failure". These three patterns were

seen as related to depression. The mean Zung scores of the 37 patients who showed these patterns were 53,5. Two patients presented another patterns of discourse, identified as "fight". These patients were thought to be in between depression and non-depression; the Zung mean score of these patients was 40. Finally, a fifth pattern of discourse was identified and called "absence", i.e., there was, from the speech analysis viewpoint, no indication whatsoever of depression. The 7 patients who showed this pattern had a Zung mean score of 33,7.

The analysis of the patient's speech content identified four main categories: "physical symptoms and concern with illness", "psychological complaints", "concerns about the family", and "concerns about money".

The scores of the Zung Scale and the results of the discourse analysis were compared. Since the subgroups did not differ statistically between themselves, it is thought that the variations of scores and discourse categories were due to subjective conditions and psychological characteristics of the patients.

The independent analysis of the speech showed a much better agreement (91,7%) between the researcher's criterion (Zung \geq 40 and the psycholinguistic's "diagnosis" of depression or non-depression.

It is concluded that the GP's difficulty in identifying depressive disorders in his practice has a lot to do with the kind of discourse the patients coming from lower social and cultural background use to present their complaints. These latter

are, in general, dominated by ill-defined and vague physical complaints and also by concerns about family, oneself, housing and money. Nevertheless, some psychological complaints about depressive feelings are always present too. Finally, it is suggested to take advantage of this study and make a specific training programme for the GP to enable him to catch the patient's hints about depressive feelings and treat him properly or to refer him to a Mental Health Professional.

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKISKAL, H.S. Masked depression: a variant of melancholia.
Presented at the Society of Biological Psychiatry, Annual
Convention, Toronto: May, 13-16, 1982.
- AKISKAL, H.S., BITAR, A.H., PUZANTIAN, V.R. et al. The
nosological status of neurotic depression. Arch. Gen. Psychiat.
35: 756-766, 1978.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Diagnostic and
Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn. Revised
(DSM-III-R). Washington: p.205-239, 1987.
- BAKHTIN, Mikhail. Marxismo e Filosofia da Linguagem: Problemas
Fundamentais do Método Sociológico na Ciência da Linguagem.
Trad. M. Lahud e Y.F. Vieira. 4a. ed. São Paulo: Hucitec, 1981,
196p.
- BARRET, J., HURST, M.W., SCALA, C. et al. Prevalence of
depression over a 12-month period in a nonpatient
population. Arch. Gen. Psychiat., 35: 741-744, 1978.
- BLACKER, C.V.R. & CLARE, W. Depressive disorder in primary
care. Brit. J. Psychiat., 150: 737-751, 1987.

- BLUMER, D., ZORICK, F., HEILKRONN, M. et al. Biological markers for depression in chronic pain. *J. Nerv. Mental. Dis.*, 170: 425-428, 1982.
- BOYD, J. & WEISSMAN, M.N. Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. *Arch. Gen. Psychiat.*, 38: 1039-1046, 1981.
- BRIDGES, K.W. & GOLDBERG, D.P. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J. Psychosom. Res.*, 29: 563-569, 1985.
- BROWN, W. & HARRIS, T. *Social Origins of Depression*. London: Tavistock Publications, 1978.
- CAETANO, D. Experiência com o Present State Examination (PSE) em pacientes ingleses e brasileiros. *Revista da ABP/APAL*, 8 (supl): 34-43, 1986.
- CAETANO, D. Sobre a "pirâmide" de atendimento psiquiátrico. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, F.C.M., Universidade Estadual de Campinas. (Trabalho não publicado).
- CASSANO, J.B. & MAGGINI, C. The long-term effects of depression. *The Affective Disorders*, American Psychiatric Press, Inc, USA, 1983.

- CLIMENT, C.E., DIDP, B.J., HARDING, T.N. et al. Mental health in primary health care. WHO Chronicle, 34: 231-236, 1980.
- CONDES, C.M., PADILLA, P.G., EZBAN, M.B., et al. Tajas ajustadas de prevalência de trastornos mentales en dos poblaciones en práctica médica general. Acta Psiquiát. Psicol. América Latina, 32: 307-312, 1986.
- CRAIG, T.J. & Van NALTA, P.A. Presence and persistence of depressive symptoms in patients and community populations. Am. J. Psychiat., 133: 1426-1429, 1976.
- CRAIG, T.J. et al. Current medication use and symptoms of depression in a general population. Americ. J. Psychiat., 135(9): 1036-1039, 1978.
- DEW, M.A., DUNN, L.O., BROMET, E.J. & SCHULBERG, H.C. Factors affecting help-seeking during depression in a community sample. J. Affect. Dis., 14(3): 223-234, 1988.
- DOHRENWEND, B.P. & CRANDALL, D.L. Psychiatric symptoms in community, clinic and mental hospital groups. Am. J. Psychiat., 126: 1611-1621, 1970.
- DUARTE, Luiz Fernando. Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas. Rio de Janeiro: Zahar Editores, Brasília: CNPq, 1986. 290p.

- FEIGHNER, J.P. ROBINS, E., GUZE, S.B. et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiat.*, 26: 57-63, 1972.
- FRERICHS, R.R., ANESHENSEL, C.S. & CLARCK, V.H. Prevalence of depression in Los Angeles County. *Am. J. Epid.*, 113 (6): 691-699, 1981.
- FRANÇA, Carlos. *Psicologia Fenomenológica: Uma das Maneiras de se Fazer*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1989. 124p.
- GOLDBERG, D. Reasons for Misdiagnosis. In: SARTORIUS, N., GOLDBERG, D., GIROLAMO G. et al. (Editors). *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Lewiston, NY: WHO/Hogrefe & Huber Publishers, 1990. p.139-145.
- GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. *Mental Illness in the Community - The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications, 1980.
- HOLLISTER, L.E. *Clinical pharmacology of psychoterapeutic drugs*. New York: Churchill Livingstone, 1978.
- JANOWSKY, D.S., YOUSSEF, M.K., DAVIS, J.M. & SEKERNE, H.J. A cholinergic-adrenergic hypothesis of mania and depression. *Lancet*, 2: 632-635, 1972.

JUEL-NIELSEN, N., BILLE, M., FRLYGENRING, J. et al. Frequency of depressive states within geographically delimited population groups: incidence (the Aarhus County investigation). *Acta Psychiat. Scand.*, 37 (Suppl. 162): 69-80, 1976.

KARNIOL, I.G., PORTELA, W., MATOS, E.G. et al. Visão crítica do uso de terapêuticas psicofarmacológicas no nosso meio. *Rev. Ass. Bras. Psiquiat.*, 30 (5): 381-389, 1981.

KATON, W. Cultural influences on labelling and manifestations of depression. Abstracts of the VII World Congress of Psychiatry, Vienna: 11-16 July, 1983.

KIELHOZ, P. *Masked Depression*. Basle, 1973.

KLERMAN, G.L. *Med. Thema*, vol. 32 (2): 3-5, 1985.

KRAEPELIN, E. Psychiatrie. In PICHOT, P. European perspectives on the classification of depression. *Brit. J. Psychiat.*, 153 (Suppl. 3): 11-15, 1988.

LEHMAN, H.E. The epidemiology of depressive disorders. In FIEVE R.R. (Edit.), *Depression in the 70s*. Excerpta Medica, Amsterdam, p. 21-30, 1971.

LIMA, C.A.M. (1988) - Psiquiatria biológica e depressões - princípios fundamentais e hipóteses etiológicas. J. Bras. Psiquiat. 37(6): 281-290, 1988.

LÓPEZ-IBOR, J.J. Las Neurosis como Enfermedades del Animo. Madrid: Gredos, 1966.

MACIEL, R.R., CAETANO, D. & MOREIRA, M.E.H. A prática de prescrição ambulatorial de antidepressivos. J. Bras. Psiquiat., 36(3): 179-183, 1987.

MAINGUENEAU, Dominique. Novas Tendências em Análise do Discurso. Trad. F. Indursky. Campinas: Ed. UNICAMP-Pontes, 1987. 198p.

MEDINA-MORA, M.E. et al. Prevalência de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiát. Psicol. América Latina. 31: 53-61, 1985.

MELO de PAULA, A.J. Depressão mascarada. J. Bras. Psiquiat., 37(6): 309-311, 1988.

MILLAR, T., GOLDBERG D. & JENKINS, L. (in preparation). Medical behaviours related to accurate identification of psychiatric disorder in general medical settings. In: SARTORIUS, N., GOLDBERG, D., GIROLAMO, G., et al. (Editors). Psychological Disorders in General Medical Settings. Lewiston, NY: WHO/Hogrefe & Huber Publishers, 1990. p.139-145.

NARDI, A.E. Depressão atípica e o uso de inibidores da monoaminoxidase. *J. Bras. Psiquiat.*, 37(6): 297-302, 1988.

NIELSEN, A. & WILLIAMS, T.A. Depression in ambulatory medical patients - prevalence by self-report questionnaire and recognition by nonpsychiatric physicians. *Arch. Gen. Psychiat.*, 37: 999-1004, 1980.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. *A Linguagem e seu Fundamento - As Formas do Discurso*. 2.ed. rev. e aum. Campinas: Pontes, 1987. 276p.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. *Discurso e Leitura*. Campinas: Cortez Ed. e Ed. Unicamp, 1988. 118p.

ORMEL, J. & GIEL, R. Medical Effects of Nonrecognition of Affective Disorders in Primary Care. In: SARTORIUS, N., GOLDBERG, D., GIROLAMO, G. et al. (Editors). *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Lewiston, NY: WHO/Hogrefe & Huber Publishers, 1990. p.146-158.

PADILLA, C.P., EZBAN, B.M., MEDINA-MORA, M.E. et al. El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Salud Pública de México*, 23: 138-145, 1984.

PÊCHEUX, Michel. *Analyse Automatique du Discours*. Paris: Dunod éditeur, 1969. 141p.

- PERRIS, C. A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat. Scand.* 42 (suppl.): 194, 1966.
- PICHOT, P. European perspectives on the classification of depression. *Brit. J. Psychiat.*, 153 (Suppl. 3): 11-15, 1988.
- PICHOT, P. & HASSAN, J. Masked depression and depressive equivalents: problems of definition and diagnosis. In: KIELHOLZ, P.B. & HUBER, H. (eds.). *Masked Depression*, 1973.
- RALF, D., DAVIDSON, H., TOONEY, T.C. et al. Inpatient and outpatient patterns of psychotropic drug prescribing by non-psychiatrist physicians. *Am. J. Psychiat.*, 132: 1309-1312, 1975.
- SALKIND, M.R. Beck Depression Inventory in general practice. *J. Coll. Gen. Pract.*, 18: 267-273, 1969.
- SANTANA, U.S. Transtornos mentais no setor de clínica de adultos em um Centro de Saúde da cidade de Salvador, BA. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 4 (314): 160-167, 1977.
- SARTORIUS, N. Epidemiology of depression. *WHO Chronicle*, 29: 423-427, 1975.

SARTORIUS, N., DAVIDIAN, H., ERNBERG, G. et al. Depressive disorders in different cultures. Report on the WHO collaborative study on standardized assessment of depressive disorders (SADD). Geneva: WHO, 1983.

SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., GULBINAT, W., & ERNBERG, G. Preliminary communication - WHO collaborative study: assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine*, 10: 743-749, 1980.

SCHULBERG, H.C., McCLELLAND, M., COULEHAN, J.L. et al. Psychiatric decision making in family practice future research directions. *Gen. Hosp. Psychiat.*, 8: 1-6, 1986.

SCHULBERG, H.C., SAUL, M., McCLELLAND, M. et al. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch. Gen. Psychiat.*, 42 (12): 1164-1170, 1985.

SEN, B., WILKINSON, G. & MARI, J.J. Psychiatric morbidity in primary health care a two-stage screening procedure in developing countries: choice of instruments and cost-effectiveness. *Brit. J. Psychiat.*, 151: 33-38, 1987.

SEN, B. & WILLIAMS, P. The extent and nature of depressive phenomena in primary health care - a study in Calcutta, India. *Brit. J. Psychiat.*, 151: 486-493, 1987.

- SMOLKA, Ana Luíza Bustamante. Análise do discurso de pacientes de Centro de Atenção Primária. (Trabalho não publicado).
- SMOLKA, Ana Luíza Bustamante & CANTUÁRIA, Adriana Lech. Contribuições sobre a análise do discurso de pacientes de Centro de Atenção Primária. (Trabalho não publicado).
- SPITZER, R.L. ENDICOTT, J. & ROBINS, E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35: 773-782, 1978.
- TEJA, J.S.; NARANG, R.L. & AGGARWAL, A.K. Depression across cultures. *Brit. J. Psychiat.*, 119: 253-260, 1971.
- WEISSMAN, M.M. & KLERMAN, G.L. The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated. *Compreh. Psychiat.*, 18(6): 523-532, 1977.
- WEISSMAN, M.M.; MEYERS, J.K. & THOMPSON, W.D. Depression and its treatment in a U.S. urban community 1975-1976. *Arch. Gen. Psychiat.*, 38: 417-421, 1981.
- WITTCHEN, H.U. & ESSAU, C.A. Assessment of Symptoms and Psychosocial Disabilities in Primary Care. In: SARTORIUS, N., GOLDBERG, D., GIROLAMO, G. et al. (Editors). *Psychosocial Disorders in General Medical Settings*. Lewiston, NY: WHO and Hogrefe & Huber Publishers, p.116-136, 1990.

ZUNG, W.W.K. & DURHAN, N.C. A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiat., 12: 63-70, 1965.

17. ANEXOS

Anexo 1:

AVALIACÃO NORMATIZADA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS - ANTD/OMS
(STANDARDIZED ASSESSMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS - SADD/WHO)

Data: .../.../....

Nome:.....

Idade:..... Sexo:.....

Procedência:.....

Critérios de Exclusão

1. Enfermidade física concreta, transtorno tóxico, lesão ou enfermidade cerebral.
2. Retardo mental severo.
3. Presença de um ou mais dos seguintes sintomas:
 - 3.1. Roubo ou intrusão do pensamento, pensamento em eco.
 - 3.2. Delírios de influência.
 - 3.3. Sintomas delirantes elaborados ou delírios que não de culpa.
 - 3.4. Alucinações elaboradas de conteúdo não depressivo.
4. Presença de dificuldades graves de linguagem ou audição.

Critérios de Inclusão

Pelo menos um dos seguintes sintomas:

1. Humor depressivo.
2. Idéias de suicídio.
3. Desesperança.
4. Sentimento de inutilidade.
5. Hipocondria e/ou ansiedade.
6. Sentimento de diminuição da capacidade.
7. Auto-acusações ou culpa.
8. Incapacidade de sentir ou ter prazer

Anexo 2:

ESCALA DE DEPRESSÃO DE ZUNG
(ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE)

Para cada enunciado, o paciente deve responder com uma das seguintes escolhas:

- a . Pequena parte do tempo
- b . Alguma parte do tempo
- c . Boa parte do tempo
- d . A maior parte do tempo

	(a)(b)(c)(d)
01. Eu me sinto triste e desanimado.	
02. Eu me sinto melhor na parte da manhã.	
03. Eu tenho períodos de choro ou sinto vontade de chorar.	
04. Eu tenho dificuldade de dormir à noite.	
05. Eu como a mesma quantidade que comia antes.	
06. Eu continuo apreciando o sexo.	
07. Eu noto que estou perdendo peso.	
08. Eu tenho problemas de prisão de ventre.	
09. Meu coração bate mais forte que o usual.	
10. Eu me canso sem motivo.	

11. Minha mente está tão clara quanto era antes. | | | | |
12. Eu acho fácil fazer as coisas que costumava fazer. | | | | |
13. Eu estou sem sossego e não posso parar quieto. | | | | |
14. Eu me sinto esperançoso quanto ao futuro. | | | | |
15. Eu ando mais irritado que o usual. | | | | |
16. Eu acho fácil tomar decisões. | | | | |
17. Eu me sinto útil e necessário. | | | | |
18. Minha vida está totalmente completa. | | | | |
19. Eu acho que os outros estariam melhor se eu | | | | |
estivesse morto. | | | | |
20. Eu ainda aprecio as coisas que apreciava antes. | | | | |

Esscore Total | |

ANEXO 3:

FIGURAS PARA A COMPREENSÃO DA ESCALA DE ZUNG

Como a maioria dos pacientes era analfbeta ou apresentava grandes dificuldades para leitura, o pesquisador introduziu um conjunto de figuras geométricas, como círculos de tamanhos progressivamente maiores, para facilitar ao paciente a compreensão de cada item da Escala de Zung. O tamanho do diâmetro da figura era comparado com o grau de intensidade presente em cada resposta.

Anexo 4:

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Data:

Idade:

Sexo:

Procedência:

Diagnóstico do Clínico: Depressão___ Não Depressão___

Preenche critérios da OMS: () Sim () Não

Escore Global na Escala de Zung:

Conduta do Clínico em relação ao paciente (anotação do diagnóstico, tratamento prescrito, pedidos de exame, encaminhamentos, alta, etc.).

Anexo 5**CATEGORIAS DO DISCURSO****1. CATEGORIAS DA CARACTERIZAÇÃO:**

- a. Discurso do silêncio
- b. Discurso da derrota
- c. Discurso da melancolia
- d. Ausência de elementos sugestivos de depressão

2. CATEGORIAS DA TEMÁTICA:

- a. Doença - sintomas físicos
- b. Conteúdo psicológico
- c. Família
- d. Condição financeira