

# Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária\*

Airton Tetelbom Stein\*  
Elisiane De Carli\*\*  
Fabrício Casanova\*\*  
Maria Simone Pan\*\*  
Liliana Gomes Pellegrin\*\*\*

## INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) adquiriu importância científica e social a partir do estudo sobre neuroses de guerra, que, ao chamar atenção para esse diagnóstico, evidenciou ser o TEPT uma psicopatologia de alta prevalência e morbidade na população em geral. Recentemente, estudos sobre prevalência e prognóstico realizados nos Estados Unidos confirmaram esses achados e mostraram que, quanto mais brevemente são realizadas as intervenções terapêuticas, melhor o prognóstico dos pacientes<sup>1,2</sup>.

O TEPT frequentemente possui um curso crônico, com a maioria das remissões sendo espontâneas, ocorrendo nos primeiros 12

meses seguintes ao início dos sintomas. Há pouca melhora no período subsequente se a psicopatologia não é tratada. Comorbidades incluem aumento na taxa de suicídio, depressão, hipertensão, úlcera péptica e doença respiratória. Posteriormente, Davison et al. encontraram ser o abuso sexual precoce um fator de risco independente para tentativa de suicídio<sup>3,4</sup>.

O TEPT é responsivo a tratamento, incluindo-se aí a farmacoterapia e a psicoterapia<sup>4,5</sup>. No entanto, as pesquisas nessas áreas ainda são incipientes, em parte porque, até pouco tempo atrás, as escalas diagnósticas e de seguimento existentes eram tipicamente aplicadas por entrevistadores e, assim, limitadas pelo tempo de aplicação e treinamento necessários, bem como dependentes da qualidade técnica do entrevistador. Em nosso meio, não é conhecida a prevalência de TEPT, especialmente em populações pobres. Considerando-se a morbidade e o custo social associados à psicopatologia, é relevante buscar o desenvolvimento de abordagens em nível de atenção primária, bem como medidas efetivas para aprimorar uma atenção integral e

---

A FAPERGS contribuiu para a realização deste estudo com uma bolsa de iniciação científica.

\* Assistente de Coordenação de Ensino e Médico de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição. Professor Titular de Medicina Preventiva da FFFCMPA. Professor do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da ULBRA.

\*\* Residente de Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição.

\*\*\* Acadêmica da FFFCMPA e Bolsista da FAPERGS.

humanizada. O presente estudo procura despertar nos profissionais de saúde de atenção primária a possibilidade do diagnóstico precoce de TEPT.

O objetivo do presente estudo é identificar a frequência de TEPT, sintomas depressivos e alcoolismo em um serviço de atenção primária. Os objetivos específicos foram verificar a frequência de TEPT, alcoolismo e sintomas depressivos na população usuária de uma unidade de saúde e verificar a associação de TEPT com alcoolismo e depressão nas pessoas identificadas com o transtorno. A justificativa para estimar as prevalências de depressão e alcoolismo e suas associações com TEPT se deve à alta comorbidade desses problemas de saúde.

#### METODOLOGIA

A Unidade de Saúde Divina Providência existe desde 1986 e fica localizada na Zona Leste de Porto Alegre. Atende uma população de 6.182 pessoas cadastradas e faz parte do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Problemas sociais como violência, tráfico de drogas, desemprego, alcoolismo, falta de saneamento básico e analfabetismo estão presentes na vila, principalmente nos becos, nos quais as condições de vida da população são precárias.

Realizou-se uma amostragem aleatória sistemática dos pacientes utilizando as planilhas dos atendimentos médicos do dia, iniciando pelo segundo paciente marcado e fazendo um pulo de cinco, selecionando-se dois pacientes por planilha. Os critérios de inclusão foram adultos maiores de 16 anos e menores de 80 anos com condições de responder ao questionário. Esses pacientes eram convidados a participar da pesquisa antes da consulta médica. Os questionários foram aplicados nos meses de agosto e setembro de 2003, e a coleta de dados ocorreu nos dois turnos de atendimento da unidade. Nesse período, 59 pacientes apresentaram os critérios de inclusão; destes, cinco não responderam, alegando falta de tempo e outros compromissos.

Foram utilizados instrumentos para a identificação de TEPT, depressão, alcoolismo e perfil sociodemográfico.

O instrumento utilizado para rastreamento de alcoolismo foi uma versão brasileira do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Esta versão foi adaptada à nossa realidade, levando-se em conta o que a Organização Mundial da

Saúde objetiva investigar em cada questão. O AUDIT é um teste composto de 10 perguntas, sendo três relacionadas à quantidade e frequência da ingestão de bebidas alcoólicas, três à dependência do álcool e quatro a problemas comuns causados pelo uso de álcool. As perguntas têm respostas que possuem uma pontuação variando de 0 a 4, resultando em um escore total de 40. Foram utilizados como ponto de corte para a definição de alcoolismo aqueles entrevistados que obtiveram escore de 8 ou mais<sup>6</sup>.

O questionário de Beck foi o instrumento utilizado para avaliar a presença de sintomas depressivos. O instrumento mede a intensidade de sintomas depressivos. Escores de 0 a 9 indicam ausência de sintomas depressivos; de 10 a 15, presença de sintomas depressivos leves; de 16 a 23, sintomas depressivos moderados; e uma pontuação maior que 24 indica sintomas depressivos graves<sup>7,8</sup>.

O perfil sociodemográfico foi avaliado pelo questionário CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil) da ABIPEME, que estima o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, diferenciando-as em classes econômicas. Esse escore classifica os indivíduos em classes A a E<sup>9</sup>.

O instrumento utilizado para avaliar a presença de TEPT foi a *Davidson Trauma Scale* (DTS), na sua versão em português: Escala Davidson de Trauma. Não temos disponível uma versão validada para o português; no entanto, foi utilizado um formulário traduzido e empregado pelo ambulatório de TEPT do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A escala foi desenvolvida para avaliar a severidade e a frequência dos sintomas em indivíduos expostos a traumas<sup>10</sup>. É um questionário auto-aplicável composto por 17 perguntas que correspondem aos 17 critérios diagnósticos do DSM-IV e seus grupos: perguntas 1 a 4, critério B (re-experiência intrusiva); perguntas 5 a 11, critério C (evitação e embotamento) e perguntas 12 a 17, critério D (*hyperarousal* ou excitabilidade aumentada). Para o preenchimento da escala, é necessário que o indivíduo apresente o critério A do DSM-IV: vivenciar ou testemunhar um acontecimento extremamente traumático. Assim, todos os participantes deste estudo foram perguntados sobre a ocorrência de trauma maior ao longo da vida. Quando o paciente não relatava ocorrência de evento traumático, a escala não era aplicada. A escala pode ser utilizada para diagnóstico e, através de medidas seriadas, para medir a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas.

Os acontecimentos traumáticos relatados pelos pacientes foram agrupados em nove categorias, de acordo com o Eixo IV do DSM-IV (anexo 1), que é utilizado para a classificação dos problemas psicossociais e ambientais que podem afetar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos transtornos mentais. As categorias são<sup>11</sup>: problemas com o grupo de apoio primário; problemas relacionados ao ambiente social; problemas educacionais; problemas ocupacionais; problemas de moradia; problemas econômicos; problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde; problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal; e outros problemas psicossociais e ambientais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição. Um formulário de consentimento informado foi preenchido por cada paciente previamente à realização da pesquisa. As informações obtidas neste estudo foram anexadas junto ao prontuário do paciente, para posterior acompanhamento.

Foi utilizada estatística descritiva com análises univariadas. O teste do qui-quadrado foi utilizado na comparação de variáveis categóricas, e o teste t de Student foi utilizado na comparação de variáveis contínuas. O programa Epi Info 6.0 foi utilizado para entrada e análise de dados<sup>12</sup>. A medida de associação utilizada é a razão de prevalência com o intervalo de confiança 95%.

## RESULTADOS

Dos 54 pacientes entrevistados, 45 (83,3%) eram mulheres. A idade variou de 16 a 78 anos, tendo como média 39,3 anos. Os dados sociodemográficos de acordo com a ABIPEME resultaram no predomínio da classe C (44,9%), seguidos da classe D (34,7%).

Dos entrevistados, 81,5% relataram exposição a um evento traumático, sendo que destes, 38,9 % tiveram traumas relacionados à categoria 1 (grupo de apoio primário), 16,7% à categoria 9 (problemas psicossociais e ambientais), e 14,8% à categoria 5 (problemas de moradia).

Com referência a sintomas depressivos, constatou-se que 27,8% dos pacientes apresentavam sintomas severos, 11,1% apresentavam sintomas moderados, e 14,8% apresentavam sintomas leves. Dos 32 pacientes definidos pela escala de Davidson como apresentando TEPT, 13 (40,6%) tinham sintomas depressivos graves. Dentre os 22 (40,7%) entrevistados que não preenchiam os critérios de TEPT, dois (9,1%) apresentavam sintomas depressivos leves e dois (9,1%) apresentavam sintomas depressivos graves.

De acordo com a escala de Davidson, identificou-se que, dos 32 entrevistados que preenchiam os critérios de TEPT, 12 (37,5%) pertenciam à classe D, e 11 (34,4%) à classe C. A tabela 1 mostra que a freqüência de TEPT foi de 59,3% entre os pacientes.

**Tabela 1** - Dados descritivos sobre transtorno de estresse pós-traumático, depressão, alcoolismo e classe social (Unidade Divina Providência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003)

Características	n	%
TEPT	32	59,3
Depressão		
Leve	8	14,8
Moderada	6	11,1
Severa	15	27,8
Alcoolismo		
< 8	48	87,5
≥ 8	6	12,5
Classe social		
A	1	2
B	5	10,2
C	22	44,9
D	17	34,7
E	4	8,2

Dos pacientes com TEPT, 18 (56,3%) apresentaram trauma da categoria 1, seguidos dos traumas das categorias 5 e 9, perfazendo 15,6 % para cada categoria. Dentre os pacientes sem TEPT, apenas 12 (54,5%) sofreram algum tipo de trauma.

Comparando depressão e presença de um evento traumático, 25 (46,3%) não apresentavam depressão, ainda que 17 (68%) pessoas entrevistadas tenham sofrido algum tipo de evento traumático. Dentre os pacientes com depressão moderada e grave, 66,7% e 53,3%, respectivamente, tiveram evento traumático da categoria 1. A tabela 2 mostra que não houve associação entre depressão e TEPT (razão de prevalência 0,9; intervalo de confiança 95% 0,74-1,32).

De 45 mulheres entrevistadas, 26 apresentavam depressão, sendo que cinco (11,1%) tinham depressão leve, seis (13,3%), depressão moderada, e 15 (33,3%) tinham depressão severa. Dentre os nove homens

entrevistados, apenas três (33,3%) apresentavam depressão leve.

Em relação ao alcoolismo, seis pacientes preencheram os critérios de acordo com o AUDIT; dentre estes, quatro eram mulheres. Além disso, foi verificado que 66,7% dos alcoolistas pertenciam à classe D e 33% à classe C. Verificou-se também que 13,3% dos pacientes alcoolistas tinham depressão grave e 83,3% tinham TEPT. A tabela 3 apresenta uma relação entre a classe social e a presença ou não de TEPT.

A categoria 1 da classificação do tipo de trauma foi a mais freqüente nas classes D e C: 47,1% e 36,4%, respectivamente. Dos alcoolistas, 50% sofreram trauma da categoria 1, e os outros 50%, da categoria 9. Quanto ao TEPT, os pacientes da classe D apresentaram 37,5%, e os da classe C, 34,4%. A tabela 4 mostra que não houve associação entre alcoolismo e TEPT ( $p = 0,38$ ).

**Tabela 2** - Depressão e transtorno de estresse pós-traumático (Unidade de Saúde Divina Providência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003)

Depressão	TEPT		Sem TEPT	
	n	%	n	%
Leve/moderada	12	86	2	14
Severa	13	87	2	13

TEPT = transtorno de estresse pós-traumático.  
Razão de prevalência = 0,99 (0,74-1,32);  $p = 1,0$ .

**Tabela 3** - Classe social e transtorno de estresse pós-traumático (Unidade de Saúde Divina Providência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003)

ABIPEME	TEPT		Sem TEPT	
	n	%	n	%
A	4	66,7	2	33,3
B	3	60	2	40
C	11	50	11	50
D	12	70,6	5	29,4
E	2	50	2	50

TEPT = transtorno de estresse pós-traumático.  
 $p = 0,74$

**Tabela 4** - Alcoolismo e transtorno de estresse pós-traumático (Unidade Saúde Divina Providência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003)

AUDIT	TEPT		Sem TEPT	
	n	%	n	%
Alcoolista	5	83,3	1	16,7
Não-alcoolista	27	56,3	21	43,8

p = 0,38 (teste exato de Fisher)

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos da população mostraram que a maioria era do sexo feminino e da classe social D. A prevalência de TEPT em mulheres foi maior do que em homens. Esse resultado é consistente com outros estudos realizados em cidades americanas, onde as mulheres desenvolvem TEPT na proporção de 2:1<sup>2,13</sup>.

Não foi observada uma associação estatisticamente significativa entre TEPT e depressão. Isso pode ter ocorrido como resultado de um erro beta, ou seja, falta de poder estatístico para o estudo, considerando que o TEPT ocorre freqüentemente em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, especialmente depressão maior. A prevalência ao longo da vida para transtornos comórbidos com o TEPT foi de aproximadamente 48% para depressão maior, 22% para distímia, 16% para transtorno de ansiedade generalizada, 30% para fobia simples, 28% para fobia social, 73% para abuso de substâncias e 31% para transtorno de personalidade anti-social<sup>14</sup>. Portanto, eventos traumáticos/estressores têm um papel relevante na gênese de ambas as morbidades.

Neste estudo, evidenciou-se que o consumo de álcool está presente em vários pacientes que apresentam TEPT, e há controvérsia na literatura (um estudo encontrou TEPT precedendo o início de alcoolismo, e outro evidenciou o oposto)<sup>15,16</sup>. O manejo nesses casos torna-se muito complexo, considerando-se que é necessário tratar inicialmente o alcoolismo e, após, o TEPT<sup>13</sup>. A conclusão de um estudo mostrou que o TEPT pode ter sido um fator de risco para nicotina e uso de drogas<sup>17</sup>.

Os critérios diagnósticos de TEPT surgiram em 1970, quando dois psiquiatras americanos começaram a fazer encontros com grupos de pacientes veteranos da guerra do Vietnã, em Nova York. A partir disso, Shatan e Lifton se interessaram por populações de traumatizados, estudando a literatura no que diz respeito a sobreviventes do holocausto e vítimas de acidentes e queimaduras<sup>3</sup>. O diagnóstico de TEPT não é identificado no nível de ambulatório geral, principalmente porque os médicos de atenção primária não identificam esse problema de saúde. O presente estudo identificou que essa doença é provavelmente muito freqüente em comunidades pobres de periferia urbana, e há necessidade de desenvolver estratégias para identificar e realizar tratamento efetivo o mais precoce possível. Em um estudo americano em nível de atenção primária, identificou-se que 83% dos pacientes atendidos em postos de saúde relataram pelo menos um evento traumático em sua vida. Os traumas mais relatados foram testemunhar uma morte, acidentes graves e abuso sexual. O abuso sexual foi o preditor mais forte de TEPT<sup>18</sup>. Esses aspectos relatados na literatura podem explicar a elevada prevalência de TEPT no presente estudo, considerando que a comunidade tem sérios problemas de violência.

Diversos estudos utilizando critérios do DSM-III-R pesquisaram a prevalência, incidência e morbidade do TEPT e de situações traumáticas. Breslau et al. encontraram uma prevalência de TEPT ao longo da vida de 11% para mulheres e 5,5% para os homens, enquanto Kessler et al. encontraram uma prevalência do transtorno ao longo da vida entre 8 e 12% nos Estados Unidos, sendo esta média duas vezes mais

freqüente nas mulheres<sup>1,2</sup>. Esses estudos evidenciaram também que 40 a 70% dos indivíduos vivenciaram pelo menos um trauma maior ao longo da vida, sugerindo que fatores constitucionais e socioculturais também estão envolvidos no desenvolvimento da síndrome, além da magnitude do evento traumático. Na realidade, dependendo da vulnerabilidade do indivíduo, o TEPT poderia ser causado por eventos traumáticos relativamente comuns na comunidade. O presente estudo mostrou uma tendência de maior freqüência de TEPT entre mulheres, confirmando os dados da literatura.

Kessler et al.<sup>1</sup> também observaram que o índice de TEPT foi mais alto entre mulheres (10,4%) do que entre homens (5,0%). Dados australianos<sup>19</sup> recentemente reproduziram o achado em relação ao estado civil, mas encontraram uma diferença muito menor em relação ao gênero em um estudo de prevalência de 12 meses. É interessante que a Austrália parece ter um índice menor de prevalência global de TEPT em 12 meses (1,33%), comparado com o estudo feito nos EUA (3,9%)<sup>19</sup>.

Há várias limitações no presente estudo, as quais devem ser consideradas antes que se façam generalizações para outras comunidades. A coleta de dados foi realizada na sala de espera de um posto de saúde, o que pode ter ocasionado um viés de seleção e pode explicar o fato de a prevalência de TEPT encontrada ser tão superior à encontrada nos EUA (o mesmo é válido para a exposição a eventos traumáticos). O tamanho pequeno da amostra é outra limitação do estudo e pode ter levado a erros na inferência da prevalência. Porém, estima-se que as freqüências dos desfechos devem ser elevadas nessa comunidade. Os pacientes avaliados apresentaram uma elevada freqüência de depressão grave, o que não seria esperado em atenção primária. O viés de aferição não pode ser descartado, considerando que o relato da informação não foi validado através de uma entrevista psiquiátrica. Por outro lado, este estudo possibilita levantar uma série de hipóteses e certamente possibilita alertar os médicos de atenção primária para a ocorrência de TEPT e sua comorbidade com alcoolismo e sintomas depressivos, além da necessidade de identificar esses problemas precocemente. A partir dos resultados deste estudo, percebeu-se que o TEPT pode ter uma elevada prevalência em comunidades pobres de periferia urbana e que os profissionais de

saúde e os gestores devem desenvolver estratégias para tratar essa morbidade como prioridade e desenvolver uma linha de pesquisa sobre o assunto.

#### Agradecimento

Ao Dr. Flávio Shansis, que contribuiu na revisão da literatura e na identificação dos instrumentos de pesquisa disponíveis para a realização deste trabalho.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
2. Breslau N, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
3. Schestatsky S, et al. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(supl.1):8-11.
4. Davidson JRT. Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 1992;160:309-14.
5. Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review. *JAMA* 1992;286:633-8.
6. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995;56(4):423-32.
7. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
8. Gorenstein C, Andrade L HSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000.
9. Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Disponível em: [www.abipeme.org.br](http://www.abipeme.org.br). Acessado: 7 jul. 2004.
10. Davidson, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997;27:153-60.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
12. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, et al. Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
13. Foa E. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl.17):29-34.
14. Berlim MT, Perizzolo J, Fleck MPA. Posttraumatic stress disorder and major depression. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(supl.1):51-4.
15. Davidson JRT, Swartz MS, Storck M, Krishnan KRR, Hammett EB. A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1985;142:90-3.
16. Cottler LB, Compton WM III, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry* 1992;149:664-70.

17. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(3):28.
18. Bruce SE, Weisberg RB, Dolan RT, Machan JT, Kessler RC, Manchester G, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3(5):211-7.
19. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2001;31:1237-47.

## RESUMO

**Introdução:** O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas como a re-experiência do evento traumático (pesadelos, idéias intrusivas, sintomas somáticos relacionados ao momento do trauma), evitação e embotamento (evitar situações, pessoas ou comportamentos que relembram o trauma e ter dificuldade para lidar com novas situações ou sentimentos) e excitabilidade aumentada (insônia, irritação, dificuldade de concentração e um estado permanente de alerta e sobressalto). É importante saber a frequência do transtorno numa comunidade pobre.

**Objetivo:** Identificar a frequência de TEPT e a presença de sintomas depressivos e alcoolismo em um serviço de atenção primária.

**Metodologia:** O estudo ocorreu na Unidade de Saúde Divina Providência, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Realizou-se uma amostragem aleatória dos pacientes que consultaram no posto. Foram aplicados instrumentos para a identificação de TEPT, sintomas depressivos, alcoolismo e perfil sociodemográfico.

**Resultados:** Dos 54 pacientes entrevistados, 83,3% eram mulheres, e a média da idade foi de 39 anos. Os sintomas depressivos severos foram identificados em 28% dos pacientes; 59% tinham o critério de TEPT e 12,5% apresentavam problemas com álcool.

**Conclusões:** A amostra do sexo feminino foi predominante e houve uma elevada prevalência de TEPT.

**Descritores:** Transtorno de estresse pós-traumático, atenção primária, alcoolismo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Posttraumatic stress disorder (PTSD) is characterized by the development of symptoms such as the reexperience of traumatic events (nightmares, intrusive thoughts, somatic symptoms associated with the trauma), avoidance (trying to avoid situations, people or behaviors

associated with the trauma and having difficulty in dealing with new situations and feelings) and increased arousal (insomnia, irritability, difficulty in concentrating, hypervigilance and exaggerated startle response). Being aware of the frequency of PTSD in poor communities is of paramount importance.

**Objective:** To identify the frequency of PTSD and the presence of depressive symptoms and alcohol abuse in a primary health care service.

**Methods:** The study was carried out at the Divina Providência Health Care Service, Grupo Hospitalar Conceição. Patients seen at the service were selected randomly. PTSD, depression, alcohol abuse and the sociodemographic profile of the patients were determined.

**Results:** Of the 54 patients included in the study, 83.3% were female; mean age was 39 years. Severe depressive symptoms were found in 28% of the patients; 59% fulfilled the criteria for PTSD diagnosis, and 12.5% had problems with alcohol.

**Conclusions:** The majority of patients were female, and the prevalence of PTSD was high.

**Keywords:** Post traumatic stress disorder, primary health care, alcohol abuse.

**Title:** Post traumatic stress disorder in a primary health care service

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno de estrés postraumático (TEP) se caracteriza por el desarrollo de síntomas como la retomada de la experimentación del evento traumático (pesadilla, ideas de intrusión, síntomas somáticos relacionados a la ocasión del trauma); evitación y embotamiento (evitar situaciones, personas o comportamientos que recuerden el trauma y tener dificultad para convivir con nuevas situaciones o sentimientos) y excitabilidad ampliada (insomnio, irritación, dificultad de concentración y un estado permanente de alerta y sobressalto). Es importante saber la frecuencia en una comunidad pobre.

**Objetivo:** Identificar la frecuencia del TEP, la presencia de síntomas de depresión y alcoholismo en un servicio de atención primaria.

**Metodología:** El análisis se realizó en la Unidad de Saúde Divina Providência del Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição. Se hizo una muestra aleatoria de los pacientes que consultaron en el Servicio. Se utilizaron los síntomas depresivos, el alcoholismo y el perfil sociodemográfico como instrumentos de la identificación del TEP.

**Resultados:** De los 54 pacientes entrevistados 83,3% eran mujeres y el promedio de edad fue de 39 años. Se identificó síntomas depresivos severos en 28% de los pacientes, el 59% tenían el criterio de TEP y el 12,5% presentaban problemas con el alcohol.

Conclusión: *La mayoría de los pacientes entrevistados era del sexo femenino y hubo una alta prevalencia de TEP.*

Palabras clave: *Trastorno de estrés postraumático, atención primaria de salud, alcoholismo.*

Título: *Trastorno de estrés postraumático en una unidad de salud de atención primaria*

Endereço para correspondência:  
Airton Tetelbom Stein  
Rua Sarmiento Leite, 245  
CEP 90050-170 – Porto Alegre – RS  
E-mail: [astein@via-rs.net](mailto:astein@via-rs.net)

Copyright © Revista de Psiquiatria  
do Rio Grande do Sul – SPRS



## **ANEXO 1 - GRUPO DE CATEGORIAS DOS EVENTOS TRAUMÁTICOS CONFORME A DSM-IV<sup>7</sup>**

### **EIXO IV - PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS**

**Problemas com o grupo de apoio primário:** por exemplo, morte de um membro da família; problemas de saúde na família: ruptura da família por separação, divórcio ou desavença, despejo de casa, novo casamento do pai/mãe; abuso sexual ou físico, superproteção pelos pais; negligência da criança; disciplina inadequada; discórdia com irmãos, nascimento de um irmão.

**Problemas relacionados ao ambiente social:** por exemplo, morte ou perda de um amigo; apoio social inadequado; viver sozinho; dificuldades com aculturação; discriminação; adaptação à transição no ciclo de vida (tal como aposentadoria).

**Problemas educacionais:** por exemplo, analfabetismo, problemas acadêmicos, discórdia com professores ou colegas de escola, ambiente escolar inadequado.

**Problemas ocupacionais:** por exemplo, desemprego, ameaça de perda de emprego, problemas no trabalho estressante, condições de trabalho difíceis, insatisfação com o emprego, mudança de emprego, discórdia com chefe ou colegas de trabalho.

**Problemas de moradia:** por exemplo, falta de moradia, moradia inadequada, vizinhança perigosa, discórdia com vizinho ou locador.

**Problemas econômicos:** por exemplo, extrema pobreza, recursos financeiros inadequados, apoio previdenciário inadequado.

**Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde:** por exemplo, serviços inadequados de cuidados à saúde, indisponibilidade de transporte aos locais de cuidados à saúde, seguro saúde inadequado.

**Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal:** por exemplo, detenção, encarceramento, litígio, vítima de crime.

**Outros problemas psicossociais e ambientais:** por exemplo, exposição a desastres, guerras e outras hostilidades, discórdia com prestadores de serviço que não fazem parte da família, tais como conselheiro, assistente social ou clínico, indisponibilidade de agências de serviços sociais.