

ROBERTA VERGARA DA SILVA

**ESTUDO PROSPECTIVO DO IMPACTO DA COMORBIDADE
PSIQUIÁTRICA NO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE PACIENTES
INTERNADOS EM ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2000

ROBERTA VERGARA DA SILVA

**ESTUDO PROSPECTIVO DO IMPACTO DA COMORBIDADE
PSIQUIÁTRICA NO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE PACIENTES
INTERNADOS EM ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientadora: Prof. Dra. Leticia Maria Furlanetto

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2000

Silva, Roberta Vergara da. *Estudo prospectivo do impacto da comorbidade psiquiátrica no tempo de permanência de pacientes internados em enfermarias de clínica médica.* Florianópolis, 2000.
28 p.

Trabalho de conclusão no Curso de Medicina, -Universidade Federal de Santa Catarina.

1.Distúrbios Mentais 2.Morbidade 3.Hospital Geral 4.Psiquiatria

AGRADECIMENTOS

A minha família, e principalmente aos meus pais, que estiveram sempre a meu lado, orientando e guiando meus passos.

A minha irmã Julia, pelo carinho e companheirismo de todas as horas, e pela grande ajuda no emprego adequado da língua portuguesa.

Ao meu namorado Lucio, por todas as horas que deixamos de estar juntos para que este trabalho pudesse ser realizado, e por todo o seu apoio durante a sua confecção.

A minha orientadora, Prof. Dr^a. Letícia Furlanetto, por tudo que aprendi com a realização deste trabalho, e pela sabedoria de orientar de forma tão especial, permitindo-me “aprender a voar”. Obrigada.

Aos pacientes que voluntariamente participaram deste estudo, mostrando, mais uma vez, o quanto têm para nos ensinar, mesmo em momentos tão delicados de suas vidas.

Agradeço a Deus por tudo.

ÍNDICE

1– Introdução.....	1
2– Objetivo.....	6
3– Método.....	7
4– Resultados.....	10
5– Discussão.....	15
6– Conclusão.....	18
7– Referências.....	19
Normas adotadas.....	25
Resumo.....	26
Summary.....	27
Apêndice.....	28

1. INTRODUÇÃO

A comorbidade psiquiátrica em pacientes internados em hospitais gerais consiste em transtornos mentais que coexistem com doenças clínicas ou cirúrgicas. Há, na população de pacientes com doenças físicas, um aumento na prevalência de transtornos psiquiátricos tais como transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de álcool e transtornos mentais orgânicos.¹⁻⁴ E, neste grupo com comorbidade psiquiátrica, há um aumento na incapacidade funcional,⁵ morbidade^{6,7} e mortalidade.⁸⁻¹³

Os transtornos mais estudados em pacientes com doenças físicas são os transtornos depressivos. Estudos mostram que 20 a 40 % dos pacientes com doenças orgânicas apresentam depressão.^{1-3, 14} A variação nos valores de prevalência encontrados está associada à inexistência de critérios diagnósticos validados para esta população.¹⁵ Os instrumentos de avaliação existentes, elaborados para pacientes psiquiátricos, não se mostram válidos para verificar a presença de depressão em indivíduos com condições médicas associadas. Isto ocorre porque estes instrumentos utilizam sintomas somáticos como insônia, perda do apetite e letargia, que podem ser afetados por doenças físicas, não significando, necessariamente, sintomas depressivos. Outra categoria muito estudada é o *delirium*, com taxas de prevalência que variam de 15 a 50%, de acordo com o tipo de hospital avaliado e a idade da amostra.^{16, 17}

Silverstone *et al.*,¹⁸ analisando pacientes adultos nas enfermarias de clínica médica e utilizando os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-IV,¹⁹ para o diagnóstico de transtornos mentais, encontraram uma prevalência de 36,8%. A depressão maior esteve presente em 5,1% dos pacientes; 9,6% apresentavam prejuízo cognitivo;

13,7% apresentaram transtorno de ajustamento; 5,8% transtornos de ansiedade e 5,4% dependência ou abuso de álcool. Este estudo mostrou também um baixo reconhecimento dos transtornos psiquiátricos nos pacientes com doenças físicas por parte da equipe médica.

A presença de comorbidade psiquiátrica vem sendo associada ao uso excessivo de recursos médicos.^{20, 21} Dois indicadores que podem ajudar a compreender este aumento no uso dos recursos são o tempo de internação e o número de reinternações.²²

As primeiras investigações sobre a relação entre comorbidade psiquiátrica e tempo de internação iniciaram no final da década de 70.^{23, 24} Porém, estes primeiros estudos não são controlados para fatores de confusão, como a gravidade física do paciente, a idade dos pacientes e as características da amostra estudada.

Levenson *et al.*,²⁵ em uma investigação avaliando a relação entre as alterações psicopatológicas encontradas em pacientes internados em hospital geral e sua relação com o uso e o custo dos serviços médicos, utilizaram instrumentos de rastreamento para ansiedade, depressão, confusão mental e dor. Pacientes com altos níveis de alterações psicopatológicas apresentaram uma mediana de tempo de internação 40% maior e gastos 35% maiores do que os dos pacientes com baixos níveis de alterações psicopatológicas. Esta diferença não foi atribuível à gravidade ou ao tipo de doença física.

Thomas *et al.*,¹⁶ avaliando os efeitos do *delirium* em pacientes internados em enfermaria de clínica médica, encontraram um aumento no tempo de permanência de 10 dias para pacientes com essa comorbidade.

Fulop *et al.*,²⁶ em um estudo prospectivo, realizaram a avaliação de pacientes maiores de 65 anos de idade, internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas, sendo objetivo do estudo analisar o tempo de internação destes pacientes com e sem morbidade psiquiátrica associada. No momento da

internação, foi observada uma prevalência de 44,5% de transtornos psiquiátricos, sendo 10,9% transtornos de ansiedade, 18,8% transtornos depressivos e 27% prejuízo cognitivo (*delirium* e demência). A análise estatística mostrou um aumento significativo no tempo de internação dos pacientes com prejuízo cognitivo, porém, não revelou aumento no tempo de internação para os demais diagnósticos. Esta pesquisa levou em consideração a gravidade da doença física em sua análise estatística, controlando para este fator de confusão.

Saravay *et al.*,²⁷ em uma revisão sobre comorbidade psiquiátrica e o tempo de internação em hospital geral, avaliaram a influência da comorbidade psiquiátrica no tempo de permanência hospitalar e na utilização de recursos médicos e no custo dos pacientes clínicos e cirúrgicos internados. Foi avaliada a literatura de língua inglesa de 1980 a 1992, através da MEDLINE, sendo encontrados 26 estudos. Os aspectos mais criticados destes estudos foram a pequena amostra analisada, a realização de estudos retrospectivos por apresentarem falhas inerentes aos seus desenhos, e a falta de medida ou controle da gravidade da doença física, que representa uma influência importante no tempo de permanência hospitalar. Após análise exaustiva, os autores concluíram que prejuízo cognitivo associado a *delirium* ou demência, humor depressivo e outras variáveis de personalidade contribuíram para um aumento no tempo de internação e uma maior utilização dos hospitais e outros recursos de saúde após a alta. No quadro I apresentamos esta revisão da literatura, acrescida de alguns trabalhos mais recentes que encontramos na literatura.

Quadro I: Revisão sobre comorbidade psiquiátrica e tempo de internação em hospital geral

Estudo/Ano	Desenho	N	Idade	Controle gravidade física	Controle outras variáveis	Variáveis Psiquiátricas Independentes	Resultados
Sheppard <i>et al.</i> , 1980 ²⁸	Retrospectivo	100	75-91	Não	Não	Confusão mental após cirurgia de quadril	↑* Tempo Internação
Erkinjuntti <i>et al.</i> , 1996 ²⁹	Prospectivo	2.000	≥55	Não	Sim	Demência moderada a grave	↑ Tempo Internação
Maguire <i>et al.</i> , 1986 ³⁰	Prospectivo	419	>70	Não	Não	Confusão mental	↑ Tempo Internação
Levenson <i>et al.</i> , 1986 ³¹	Prospectivo	80	NLG†	Não	Sim	Depressão, Ansiedade, Dor	Sem efeito no Tempo Internação
Johnston <i>et al.</i> , 1987 ³²	Transversal	164	>65	Não	Não	Prejuízo cognitivo	↑ Tempo Internação
Rockwood <i>et al.</i> , 1988 ³³	Transversal	196	>65	Não	Não	Prejuízo cognitivo	↑ Tempo Internação
Thomas <i>et al.</i> , 1988 ¹⁶	Prospectivo	133	NLG	Não	Não	Delirium	↑ Tempo Internação
Rogers <i>et al.</i> , 1989 ³⁴	Prospectivo	46	≥60	Não	Sim	Delirium pós cirurgia ortopédica	Sem ↑ significativo do Tempo Internação
Levenson <i>et al.</i> , 1990 ²⁵	Prospectivo	455	NLG	Sim	Sim	Depressão, Ansiedade, Dor	↑ Tempo Internação
Francis <i>et al.</i> , 1990 ³⁵	Prospectivo	229	≥ 70	Sim	Sim	Delirium	↑ Tempo Internação
Saravay <i>et al.</i> , 1991 ³⁶	Prospectivo	278	NLG	Sim	Sim	Prejuízo Cognitivo, Depressão, Ansiedade	↑ Tempo Internação
Mayou <i>et al.</i> , 1991 ³⁷	Prospectivo	457	NLG	Não	Sim	Prejuízo Cognitivo, Transtornos afetivos, Abuso de substâncias	↑ Tempo Internação Não ↑ Tempo Internação
Incalzi <i>et al.</i> , 1992 ³⁸	Prospectivo	308	>70	Sim	Sim	Prejuízo Cognitivo Depressão	Sem efeito no Tempo Internação
Verbosky <i>et al.</i> , 1993 ³⁹	Prospectivo	48	NLG	Sim	Sim	Depressão	↑ Tempo Internação
Fulop <i>et al.</i> , 1998 ²⁶	Prospectivo	467	≥65	Sim	Sim	Prejuízo Cognitivo. Depressão, Transtornos de Ansiedade	↑ Tempo Internação Não ↑ Tempo Internação

Adaptado de Saravay *et al.*²⁷

* ↑ = aumento; † NLG = não limitado a pacientes geriátricos.

No Brasil, há estudos que avaliaram a morbidade psiquiátrica em pacientes adultos internados em enfermaria geral,^{40, 41} porém, não foram encontrados, nas bases de dados MEDLINE e LILACS, estudos relacionando o tempo de internação e a comorbidade psiquiátrica.

O conhecimento sobre a comorbidade psiquiátrica e sua repercussão no tempo de internação de pacientes internados em hospital geral brasileiro pode orientar medidas de detecção e tratamento precoce destas comorbidades, permitindo, assim, uma alteração na evolução e custos destes pacientes.

2. OBJETIVO

Determinar a influência da presença de comorbidade psiquiátrica no tempo de permanência hospitalar de pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3. MÉTODO

3.1. Amostra

Durante o período de dezembro de 1997 a abril de 1998, foram internados 401 pacientes nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC.

A amostra foi composta de acordo com os seguintes critérios:

3.1.a) Inclusão:

- Idade: igual ou maior que 18 anos
- Consentimento pós-informação

3.1.b) Exclusão:

- Pacientes que não conseguiram cooperar de maneira adequada com a entrevista por alterações decorrentes da doença de base ou da condição física (por exemplo: afasia, astenia, hipoacusia, dispnéia, dor intensa)
- Pacientes provenientes da emergência com mais de 72 h de internação
- Pacientes cirúrgicos
- Recusa do paciente

3.2. Procedimentos

Nas primeiras 72 horas de internação todos os pacientes consecutivamente admitidos nas enfermarias de clínica médica que preencheram os critérios de inclusão e exclusão foram entrevistados para o preenchimento do questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas (apêndice) e avaliação psiquiátrica. Dados referentes às doenças físicas foram coletados dos prontuários e questionados aos pacientes. A data da alta e a informação sobre óbito durante a internação foram coletadas através de registros do Serviço de Arquivos Médicos (SAME).

3.3. Avaliações

3.3.a) Diagnóstico psiquiátrico: a coleta de dados foi feita através de uma entrevista semi-estruturada, o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS),⁴² sendo os diagnósticos realizados de acordo com os critérios do DSM-IV.¹⁹ Os pacientes que preencheram os critérios diagnósticos para *delirium* e/ou demência, de acordo com o DSM-IV,¹⁹ foram agrupados em uma categoria diagnóstica “prejuízo cognitivo”, conforme realizado por vários autores que pesquisaram nesta área.^{18, 26, 36}

3.3.b) Gravidade da doença física: foi utilizado o Índice Charlson de Comorbidade Física.⁴³ Este índice leva em consideração o número e a gravidade das doenças físicas, e foi elaborado para ser utilizado em estudos da avaliação do prognóstico, uma vez que é capaz de prever mortalidade.

3.4. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética HU-UFSC. Antes da avaliação de todos os pacientes, foi obtido o consentimento pós-informação. Das informações que foram dadas aos pacientes constaram: explicações sobre a pesquisa e o esclarecimento de que a participação no estudo não era obrigatória. Além disso, foi explicado que em nada seria alterado o seu tratamento caso se recusasse a participar.

No caso dos pacientes que apresentavam alterações na capacidade de julgamento (por exemplo, aqueles com prejuízo cognitivo), o consentimento pós-informação foi obtido com um familiar ou acompanhante.

3.5. Análise Estatística

Para a caracterização da amostra foram utilizados porcentagens, médias e desvios-padrão.

Na análise multivariada foi utilizada a Análise de Covariância, visando a avaliar a influência da presença dos transtornos mentais sobre o tempo de internação (dias), controlando o efeito de fatores de confusão, denominados covariáveis. Em nosso estudo as covariáveis consideradas foram a idade e o escore de Charlson (índice de gravidade física). O critério de determinação de significância foi o nível de 5%, ou seja, se o valor de p do teste for menor ou igual a 0,05, então existe significância estatística.

4. RESULTADOS

A amostra apresentou um predomínio do gênero masculino, a faixa etária variou de 18 a 94 anos, sendo a média 52,95 e o desvio padrão em relação a média de 18,28. Houve um predomínio da raça branca. A escolaridade foi inferior a cinco anos em mais da metade da amostra, como podemos observar na tabela I.

Tabela I – Características sociodemográficas da amostra (N=317)

Característica	n	%
Gênero		
Masculino	205	64,7
Feminino	112	35,3
Idade		
18-64	221	69,9
≥65	95	30,1
Raça		
Branca	294	92,7
Negra	22	6,9
Estado Civil		
Solteiro(a)	40	12,7
Casado(a) / Coabitando	211	66,8
Viúvo(a) / separado(a) /divorciado(a)	65	20,6
Escolaridade		
<5 anos	140	52,8
5-8 anos	75	28,3
>8 anos	50	18,9

Fonte: HU-UFSC, 1997/98

Do total de pacientes analisados, 40 (12,6%) foram a óbito durante a internação.

O tempo de internação variou de 1 a 120 dias, com média de 13,32 dias e desvio padrão em relação à média de 12,02 dias.

A distribuição da amostra de acordo com a especialidade médica que motivou a internação mostrou um predomínio de condições gastroenterológicas, cardiovasculares e neurológicas. Na tabela II, observamos em quais especialidades médicas distribuiu-se a amostra estudada.

Tabela II – Doenças que motivaram a internação, de acordo com a CID-10*

Especialidade	n	%
Infecto-parasitárias	38	12
Neoplásicas	37	11,7
Endocrin./metab. /imunológ.†	24	7,6
Neurológicas	43	13,6
Cardiovasculares	50	15,8
Pneumológicas	35	11,0
Gastroenterológicas	55	17,4
Geniturinárias	13	4,1
Reumatológicas	2	0,6
Indefinidas	2	0,6
Lesões externas/Envenenamentos.	2	0,6
Outros	16	5,0

*CID-10 = Classificação internacional de Doenças, décima revisão⁴⁴;

†Endocrin./metab./imunológ. = Endocrinológicas/metabólicas/imunológicas;

Fonte: HU-UFSC, 1997/98.

Encontramos como transtorno psiquiátrico mais prevalente o prejuízo cognitivo, e em segundo lugar os transtornos depressivos, como podemos observar na tabela III.

Tabela III- Comorbidade psiquiátrica nos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica*

Comorbidade Psiquiátrica	n	%
Transtorno de Ajustamento	14	4,4
Transtornos de Ansiedade	6	1,9
Transtornos Relacionados ao Álcool	27	8,5
Transtornos Relacionados a Outras Drogas	6	1,9
Prejuízo Cognitivo [†]	64	20,2
Transtornos Depressivos	52	16,4

*segundo critérios do DSM-IV¹⁹;

† Prejuízo cognitivo = delirium e/ou demência ;

Fonte: HU-UFSC, 1997/98.

Observamos, como já mencionado acima, 40 óbitos durante a internação, sendo que estes pacientes não mais poderiam ser avaliados em relação ao tempo de internação, constituindo o óbito fator de censura para o cálculo deste tempo. Realizamos, então, um cálculo estatístico separando o grupo principal em dois subgrupos, com e sem os pacientes que foram a óbito, com o objetivo único de corrigir este fator de censura. As tabelas IV e V fornecem o resultado da análise de covariância para o tempo de internação considerando toda a amostra (n = 317) e para o subgrupo de pacientes excluindo os óbitos (n = 277), respectivamente. Esta análise foi realizada para cada covariável separadamente (idade e escore de Charlson) e para as duas simultaneamente, ou seja, foi analisada a influência do transtorno controlando o efeito individual da covariável e o efeito simultâneo das duas covariáveis.

Tabela IV. Análise de covariância do tempo de internação para o total da amostra (n = 317)

Transtornos	Covariáveis	Valor de F	Valor de <i>p</i>
Diagnóstico Psiquiátrico*	Idade	3,62	0,057
	Escore de Charlson †	2,27	0,097
	As duas simultaneamente	2,93	0,087
Transtorno de Ansiedade	Idade	1,93	0,16
	Escore de Charlson	1,38	0,24
	As duas simultaneamente	1,48	0,22
Transtorno Depressivo	Idade	0,54	0,46
	Escore de Charlson	0,41	0,52
	As duas simultaneamente	0,36	0,55
Prejuízo Cognitivo ‡	Idade	22,1	<0,01
	Escore de Charlson	15,3	<0,01
	As duas simultaneamente	17,8	<0,01
Transtorno por uso de Substâncias	Idade	0,81	0,36
	Escore de Charlson	0,67	0,41
	As duas simultaneamente	1,05	0,30

* Diagnóstico Psiquiátrico = presença de algum transtorno de acordo com o DSM-IV;¹⁹

† Escore de Charlson = índice de gravidade física;

‡ Prejuízo Cognitivo = delirium e/ou demência.

Fonte: HU-UFSC, 1997/98.

Tabela V. Análise de Covariância do Tempo de Internação para o subgrupo sem óbitos (n = 277)

Transtornos	Covariáveis	Valor de F	Valor de <i>p</i>
Diagnóstico Psiquiátrico *	Idade	3,99	0,046
	Escore de Charlson †	3,80	0,050
	As duas simultaneamente	3,95	0,047
Transtorno de Ansiedade	Idade	1,83	0,17
	Escore de Charlson	1,32	0,25
	As duas simultaneamente	1,45	0,22
Transtorno Depressivo	Idade	0,49	0,48
	Escore de Charlson	0,28	0,59
	As duas simultaneamente	0,24	0,62
Prejuízo Cognitivo ‡	Idade	29,4	<0,01
	Escore de Charlson	21,8	<0,01
	As duas simultaneamente	26,2	<0,01
Transtorno por uso de Substâncias	Idade	1,04	0,30
	Escore de Charlson	1,06	0,30
	As duas simultaneamente	1,70	0,19

* Diagnóstico Psiquiátrico = presença de algum transtorno de acordo com o DSM-IV;¹⁹

† Escore de Charlson = índice de gravidade física;

‡ Prejuízo Cognitivo = delirium e/ou demência.

Fonte: HU-UFSC, 1997/98.

5. DISCUSSÃO

Observamos neste estudo uma diferença estatisticamente significativa no tempo de internação entre os pacientes com ou sem prejuízo cognitivo, mesmo controlando o efeito das covariáveis, individualmente ou simultaneamente.

Os resultados da análise estatística do subgrupo sem os óbitos durante a internação foram consistentes com os da amostra completa. Na análise do subgrupo sem os óbitos durante a internação, o diagnóstico psiquiátrico teve fortalecida sua tendência, inicialmente constatada no total da amostra, a aumentar o tempo de internação, passando a apresentar uma influência significativa sobre este. O diagnóstico psiquiátrico pode ter apresentando influência significativa devido basicamente ao efeito do subgrupo dos pacientes com prejuízo cognitivo. Porém, este fato não compromete a conclusão sobre a presença de um diagnóstico psiquiátrico como fator de aumento de tempo de internação.

Os demais transtornos (transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias) não mostraram influência significativa sobre o tempo de internação.

Os nossos resultados foram ao encontro dos de autores da literatura mundial,^{16, 26, 28-30, 32, 33, 35-37, 45} os quais também demonstram influência do prejuízo cognitivo aumentando significativamente o tempo de internação. Diferentemente, Incalzi *et al.*,³⁸ não encontraram efeito do prejuízo cognitivo no tempo de permanência hospitalar, ao avaliar prospectivamente pacientes com mais de 70 anos. É possível que esta diferença seja atribuível à faixa etária da amostra por eles estudada. Rogers *et al.*,³⁴ avaliando 46 pacientes cirúrgicos não encontraram efeito algum do prejuízo cognitivo sobre o tempo de internação,

entretanto, o pequeno tamanho da amostra pode ter sido responsável pelo resultado deste estudo.

A ausência de influência dos transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias sobre o tempo de internação, demonstrada em nosso trabalho, está de acordo com vários estudos realizados previamente.^{26, 37} Distintamente, outros estudos mostraram que a presença de transtornos depressivos aumentam o tempo de internação. Levenson *et al.*,²⁵ avaliando a relação entre a psicopatologia apresentada pelos pacientes e a permanência hospitalar, encontraram um tempo de internação maior para os pacientes com sintomas depressivos. Contudo, diferentemente de nosso estudo estes autores não utilizaram diagnósticos psiquiátricos padronizados. Verbosky *et al.*,³⁹ analisando retrospectivamente pacientes referenciados para o serviço de interconsulta psiquiátrica, encontraram um aumento significativo no tempo de internação dos pacientes com transtornos depressivos, corrigindo para gravidade física. Esta divergência pode ser explicada por diferenças na metodologia entre o nosso estudo (amostra consecutiva) e a de Verbosky *et al.*,³⁹ que foi composta por pacientes para os quais foram solicitados pedidos de parecer à Psiquiatria.

Como limitações em nosso estudo podemos citar: o agrupamento de *delirium* e demência em uma única categoria diagnóstica; a não utilização do “Miniexame do Estado Mental”⁴⁶ para avaliar a função cognitiva dos pacientes e a utilização de uma amostra de hospital universitário.

O diagnóstico de *delirium* e demência como entidades separadas muitas vezes foi impossível, visto que pacientes com *delirium* poderiam apresentar um quadro associado de demência, porém, na vigência do *delirium* o diagnóstico de demência não é possível através da avaliação durante este quadro. Entretanto, algumas vezes, este diagnóstico de demência na vigência de *delirium* pôde ser feito com base nas informações dos familiares e nos registros médicos do paciente. Objetivando corrigir esta possível falha, agrupamos *delirium* e

demência em uma categoria denominada prejuízo cognitivo, sendo este agrupamento realizado por autores de diversos estudos nesta área.^{18, 26, 36} Este procedimento auxiliou a comparação dos nossos resultados com os resultados da literatura.

Em nosso estudo não utilizamos para a avaliação do estado mental o instrumento “Miniexame do Estado Mental”,⁴⁶ devido a sua baixa especificidade em populações com escolaridade inferior a oito anos,⁴⁷⁻⁴⁹ os quais necessitariam de ajustes nos escores obtidos durante o exame, estratificando os pacientes de acordo com sua escolaridade para interpretação dos resultados, mesmo assim de forma não muito confiável.⁵⁰

A amostra avaliada constituiu-se de pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital universitário, possivelmente não representando o universo dos hospitais públicos brasileiros. Contudo, nossos dados podem servir de incentivo e referência para próximos estudos.

De acordo com a nossa pesquisa nas bases de dados MEDLINE e LILACS, este trabalho constituiu-se na primeira avaliação nacional prospectiva sobre a relação entre comorbidade psiquiátrica e tempo de internação hospitalar. Além disso, foram realizadas análises estatísticas que permitiram o controle para gravidade física e idade da amostra, tornando os resultados mais válidos.

Nossos resultados revelam a necessidade de diagnóstico precoce de comorbidade psiquiátrica, principalmente *delirium* e demência, uma vez que, estes estão associados a uma maior permanência hospitalar, e conseqüentemente a maiores custos hospitalares. Assim, enfatizamos a necessidade do ensino quanto à prevenção e ao manejo clínico destes pacientes, objetivando melhoria na qualidade do atendimento, menores custos e menor permanência do paciente no ambiente hospitalar.

6. CONCLUSÃO

Observamos que a presença de prejuízo cognitivo aumenta o tempo de internação dos pacientes, não tendo os demais transtornos analisados influência no tempo de permanência hospitalar.

Diante dos resultados observados em nosso estudo e dos dados disponíveis na literatura, podemos enfatizar a importância da detecção precoce da presença de comorbidade psiquiátrica, haja vista que esta está associada a um maior custo hospitalar e a uma maior utilização dos serviços de saúde. Há a necessidade da realização de estudos avaliando o impacto da intervenção terapêutica precoce na evolução dos pacientes internados devido a doenças físicas e que apresentam comorbidade psiquiátrica.

7. REFERÊNCIAS

1. Schwab JJ, Bialow M, Brown JM, Holzer CE. Diagnosing depression in medical inpatients. *Ann Intern Med* 1967;67(4):695-707.
2. Kathol RG, Petty F. Relationship of depression to medical illness. A critical review. *J Affect Disord* 1981;3(2):111-21.
3. Klerman GL. Depression in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4(2):301-17.
4. Wells KB, Godding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145:976-81.
5. Lyness JM, Caine ED, Conwell Y, King DA, Cox C. Depressive symptoms, medical illness, and functional status in depressed psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):910-5.
6. Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS. Depression, falls, and risk of fracture in older women. *Arch Intern Med* 1999;159:484-90.
7. Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* 1996;58(5):395-401.
8. Cole MG, Bellavance F. Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *Can Med Assoc J* 1997;157(8):1055-60.
9. Herrmann C, Brand-Direhorst S, Kaminsky B, Leibing E, Staats H, R ger U. Diagnostic groups and Depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. *Psychosom Med* 1998;60:570-7.

10. Faller H, Bülzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, Distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(8):756-62.
11. Roach MJ, Connors AF, Dawson NV, Wenger NS, Wu AW, Tsevat J, et al. Depressed mood and survival in seriously ill hospitalized adults. The SUPPORT Investigators. *Arch Int Med* 1998;158(4):397-404.
12. Shah A, Phongsathorn V, George C, Bielawska C, Katona C. Psychiatric symptoms as predictors of mortality in continuous care geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:695-702.
13. Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past and present depression: a predictive triade for mortality. *AmJ Psychiatry* 2000;no prelo.
14. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986;149:172-90.
15. Brasil MAA, Furlanetto LM. A atual nosologia psiquiátrica e sua adequação aos hospitais gerais. *Cadernos do IPUB: Saúde mental no hospital geral* 1997(6):59-70.
16. Thomas RI, Cameron DJ, Fahs MC. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. Exploratory study. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(10):937-40.
17. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama* 1994;272(22):1749-56.
18. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(1):43-51.
19. American Psychiatry Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4.ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.

20. Simon GE, Von Korff M. Somatization and psychiatric disorders in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1991;148:1494-500.
21. Simon GE, Von Korff M, Barlow W. Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:850-6.
22. Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987;144(7):878-82.
23. Kelley DC, Weng JS, Watson A. The effect of consultation on hospital length of stay. *Inquiry* 1979;16(2):158-61.
24. Lyons JS, Hammer JS, Strain JJ, Fulop G. The timing of psychiatric consultation in the general hospital and length of hospital stay. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8(3):159-62.
25. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990;147(11):1498-503.
26. Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 1998;39(3):273-80.
27. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1994;35(3):233-52.
28. Sheppard H, Cleak DK, Ward DJ, O'Connor BT. A review of early mortality and morbidity in elderly patients following Charnley total hip replacement. *Arch Orthop Trauma Surg* 1980;97(4):243-8.
29. Erkinjuntti T, Wikstrom J, Palo J, Autio L. Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med* 1986;146(10):1923-6.

30. Maguire PA, Taylor IC, Stout RW. Elderly patients in acute medical wards: factors predicting length of stay in hospital. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292(6530):1251-3.
31. Levenson JL, Hamer R, Silverman JJ, Rossiter LF. Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay: a pilot study. *Int J Psychiatry Med* 1986;16(3):231-6.
32. Johnston M, Wakeling A, Graham N, Stokes F. Cognitive impairment, emotional disorder and length of stay of elderly patients in a district general hospital. *Br J Med Psychol* 1987;60(Pt 2):133-9.
33. Rockwood K, Rockwood P, Eaton WH. Elderly long-stay surgical patients. *Can J Surg* 1988;31(1):62-4.
34. Rogers MP, Liang MH, Daltroy LH, Eaton H, Peteet J, Wright E, et al. Delirium after elective orthopedic surgery: risk factors and natural history. *Int J Psychiatry Med* 1989;19(2):109-21.
35. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama* 1990;263(8):1097-101.
36. Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Aloviz N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatry* 1991;148(3):324-9.
37. Mayou R, Hawton K, Feldman E, Ardern M. Psychiatric problems among medical admissions. *Int J Psychiatry Med* 1991;21(1):71-84.
38. Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, Terranova L, Porcedda P, Tresalti E, et al. Predicting mortality and length of stay of geriatric patients in an acute care general hospital. *J Gerontol* 1992;47(2):M35-9.
39. Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry* 1993;54(5):177-81.

40. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Junior C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30(3):127-31.
41. Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermaria de clínica médica. *J Bras Psiquiatr* 1996;45(6):362-70.
42. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35(7):837-44.
43. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
44. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID-10. 10ª revisão. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1996.
45. Rockwood K. Delays in the discharge of elderly patients. *J Clin Epidemiol* 1990;43(9):971-5.
46. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
47. Fillenbaum GG, Hughes DC, Heyman A, George LK, Blazer DG. Relationship of health and demographic characteristics to Mini-Mental State examination score among community residents. *Psychol Med* 1988;18(3):719-26.
48. Murden RA, McRae TD, Kaner S, Bucknam ME. Mini-Mental State exam scores vary with education in blacks and whites. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(2):149-55.

49. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, et al. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *J Psychiatr Res* 1989;23(1):87-96.
50. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. *Arch Neuropsychiatr* 1994;52(1):1-7.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado de acordo com a normatização da resolução nº 001/99 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Objetivo: Determinar a influência da presença de comorbidade psiquiátrica no tempo de permanência hospitalar de pacientes internados nas enfermarias de clínica médica. Método: Este estudo foi realizado em um hospital de atenção terciária, universitário (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina). Os autores entrevistaram prospectivamente 317 pacientes consecutivamente admitidos utilizando o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*. Os pacientes foram classificados em relação a suas comorbidades físicas de acordo com o Índice Charlson de Comorbidade Física. Resultados: Encontramos 156 pacientes (49,2%) apresentando comorbidade psiquiátrica, 6 (1,9%) apresentaram transtorno de ansiedade, 52 (16,4%) transtorno depressivo, 64 (20,2%) prejuízo cognitivo e 33 (10,4%) transtorno por uso de substâncias. Os pacientes que receberam o diagnóstico prejuízo cognitivo apresentaram uma permanência hospitalar significativamente maior ($F=17,8$; $p<0,01$). Não houve diferença no tempo de internação dos pacientes com transtornos de ansiedade, transtornos depressivos ou transtorno por abuso de substâncias. Conclusão: A presença de prejuízo cognitivo está associada a uma maior permanência hospitalar, mesmo corrigidos os possíveis fatores de confusão envolvidos, como a gravidade física do paciente e a idade. Há a necessidade da realização de estudos avaliando o impacto da intervenção terapêutica precoce na evolução dos pacientes internados devido a doenças físicas e que apresentam comorbidade psiquiátrica.

SUMMARY

Objective: To determine the difference in the length of hospital stay for medical inpatients with or without psychiatric comorbidity. Method: The study was performed at a tertiary, university-affiliated, teaching hospital (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina). The authors prospectively interviewed 317 admissions using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. The patients were rated for their physical comorbid conditions by using the Charlson Comorbidity Index. Results: At admission, 156 (49,2%) inpatients had a current psychiatric comorbidity, 6 (1,9%) had an anxiety disorder, 52 (16,4%) had depressive disorder, 64 (20,2%) had cognitive impairment, and 33 (10,4%) had substance abuse. The patients with cognitive impairment had a significantly prolonged hospital stay ($F=17,8$; $p<0,01$). There was no difference in the length of stay for the patients with anxiety disorders, depressive disorders or substance abuse. Conclusion: Patients with cognitive impairment had a prolonged length of stay even after controlling for illness severity and age. Further studies are needed to determine if early identification of patients with cognitive impairment and appropriate clinical and psychosocial interventions might improve quality of the medical care and shorten their hospital stay.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Nome: _____ Leito: _____ Nº Pront.: _____

Endereço: _____

Data nasc.: __/__/__ Idade: _____ (anos)

Sexo: masculino feminino Raça: branca negra parda amarela

Doença que motivou a internação: _____

Doenças físicas: _____

Data da internação: __/__/__

Data da alta: __/__/__

Tempo de internação: _____ (dias)

Morreu durante a internação?: SIM NÃO

**TCC
UFSC
CM
0432**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0432

Autor: Silva, Roberta Ver

Título: Estudo prospectivo do impacto da



972808531

Ac. 253581

Ex.1 UFSC BSCCSM