

KAREN AGUIRRES GUERRA

**CARACTERIZAÇÃO DE 2 ANOS DE
INTERCONSULTORIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL
GERAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA (HU-UFSC)**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

KAREN AGUIRRES GUERRA

**CARACTERIZAÇÃO DE 2 ANOS DE
INTERCONSULTORIA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL
GERAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA (HU-UFSC)**

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

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz
Professor Orientador: Prof.^a Ana Maria Maykot Prates Michels
Professor Co- orientador: Prof.^a Armanda Carla Teixeira Brandão Fragata
Rufino**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jaime e Rosangela, por todo o amor e apoio concedidos, essenciais para a minha formação.

A minha irmã Karine, pelo companheirismo.

Ao meu amado noivo Luiz Henrique, por todos os momentos de compreensão e apoio durante a graduação.

A prof.^a Armanda, exemplo de profissional e pessoa, por tudo que me ensinou e pelo auxílio na confecção deste trabalho.

A prof.^a Ana Michels pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos pacientes sem os quais a realização deste trabalho seria impossível.

RESUMO

Introdução: Interconsultoria psiquiátrica refere-se à avaliação de pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas.

Objetivo: Caracterização da interconsultoria psiquiátrica do HU-UFSC.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal através da análise dos protocolos de registro de interconsulta em saúde mental (PRISMe) aplicados em pacientes internados nas enfermarias do HU-UFSC, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. Os protocolos foram preenchidos pelos residentes do segundo ano de psiquiatria da SES-SC no momento da interconsulta. Nove pacientes foram excluídos pela ausência do protocolo preenchido. Assim, a amostra foi composta por 193 pacientes.

Resultados: A taxa de encaminhamento à psiquiatria foi 0,9%. A amostra foi composta predominantemente por pacientes do sexo feminino (65,3%), casados ou em união estável (52,3%) e inativos por invalidez/afastados do trabalho (25,9%). Os principais diagnósticos clínicos foram as lesões/envenenamentos (18,8%). A categoria diagnóstica psiquiátrica mais prevalente foi a de transtornos do humor (34,1%), com destaque para depressão (25,2%). Os principais motivos para a solicitação de interconsulta foram a presença de sintomas psiquiátricos (36,3%) e o risco suicida (28%). Em 47,1% dos casos não foi levantada nenhuma hipótese de diagnóstico psiquiátrico pelo solicitante. Dentre os que formularam alguma hipótese, a sensibilidade dos diagnósticos chegou a 34,2% para depressão.

Conclusões: Existe uma dificuldade dos profissionais de outras especialidades em relação ao reconhecimento e/ou manejo de problemas psiquiátricos. Logo, a interconsultoria psiquiátrica tem grande importância, não apenas como um modo de assistência, mas também de suporte e orientação para as outras especialidades.

ABSTRACT

Introduction: Consultation-liaison psychiatry refers to the evaluation of patients that are under other specialists' care.

Objective: Characterization of the consultation-liaison at HU-UFSC.

Method: A transversal study was performed through the analysis of the consultation-liaison register protocol (PRISMe) applied to medical inpatients at the wards of HU-UFSC between January 2007 and December 2008. The protocols were filled out by the psychiatry second-year residents of SES-SC in the moment of the consultation. Nine patients were excluded due absence of the filled out protocol. So, the sample was composed by 193 patients.

Results: Referral rate for psychiatric consultation was 0,9%. The sample was composed predominately by female (65,3%), married (52,3%), and retired for disability (25,9%). The main clinical diagnoses were the injuries/poisoning (18,8%). The most prevalent psychiatric diagnose category was the mood disorders (34,1%), mainly depression (25,2%). The main reasons for psychiatric consultation request were the presence of psychiatric symptoms (36,3%) and the suicidal risk (28%). In 47,1% of the cases no psychiatric diagnose hypothesis was raised by the solicitants. Among those who formulated some hypothesis, the diagnoses' sensibility reached 34,2% for depression.

Conclusions: There is a difficulty of other specialties' professionals in relation to the recognition and/or treatment of psychiatric problems. Therefore, consultation-liaison psychiatry has great importance, not only as a way of assistance, but also of support and orientation for other specialties.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças, décima edição
DP	Desvio padrão
ECLW	European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics
HU-UFSC	Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISRS	Inibidor seletivo da recaptação da serotonina
PRISMe	Protocolo de registro de interconsulta em saúde mental
SC	Santa Catarina
SES-SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SPA	Substância psicoativa
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sócio-demográficos dos pacientes atendidos pela interconsultoria psiquiátrica.....	9
Tabela 2- Clínicas solicitantes de interconsulta psiquiátrica.....	11
Tabela 3- Diagnósticos clínicos dos pacientes atendidos pela interconsulta, de acordo com a CID-10.....	11
Tabela 4- Motivos de solicitação de interconsulta psiquiátrica.....	12
Tabela 5- Hipóteses de diagnóstico psiquiátrico formuladas pelos solicitantes.....	13
Tabela 6- Diagnósticos psiquiátricos fornecidos pelos interconsultores.....	13
Tabela 7- Sensibilidade das hipóteses de diagnóstico psiquiátrico dos solicitantes.....	14
Tabela 8- Medicações em uso pelos pacientes antes da avaliação psiquiátrica e prescritas pelo interconsultor.....	15
Tabela 9- Número de dias de internação dos pacientes atendidos pela interconsulta psiquiátrica.....	16
Tabela 10- Tempo decorrido entre a data da internação do paciente e a data do pedido de interconsulta (tempo para solicitação).....	16

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
LISTA DE TABELAS	vii
SUMÁRIO	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	4
3 MÉTODO	5
3.1 Desenho	5
3.2 Local	5
3.3 Amostra	5
3.4 Procedimentos	6
3.5 Protocolo utilizado	6
3.6 Aspectos Éticos	6
4 RESULTADOS	8
5 DISCUSSÃO	18
6 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
NORMAS ADOTADAS	26
APÊNDICE	27

1. INTRODUÇÃO

A interconsulta é uma área da psiquiatria que envolve a assistência, o ensino e a pesquisa. É também um recurso metodológico do qual o profissional de saúde mental pode usufruir no auxílio do manejo de pacientes com problemas psicológicos, psiquiátricos e psicossociais e de transtornos interpessoais que envolvem o paciente, a família e a equipe de saúde.¹

De acordo com Botega,² o termo interconsulta, no Brasil, abrange tanto a consultoria psiquiátrica quanto a psiquiatria de ligação. Consultoria refere-se à atuação de um profissional da saúde mental na avaliação de pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas. Neste caso, o contato do profissional é episódico e se dá em resposta a um pedido de parecer. Já a psiquiatria de ligação diz respeito ao profissional de saúde mental que é membro de uma determinada equipe médica e cuja participação é contínua.

A interconsulta psiquiátrica desenvolveu-se inicialmente a partir da década de 30, nos Estados Unidos, aliada à instalação das unidades psiquiátricas em hospitais gerais, fato que favoreceu a aproximação da psiquiatria com outras especialidades clínicas. O ápice desse desenvolvimento se deu no período pós-guerra, devido ao grande número de ex-combatentes internados em hospitais e que apresentavam transtornos psiquiátricos.³

Já no Brasil, o estabelecimento de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais iniciou-se após a década de 50.⁴ A fundação do primeiro serviço de interconsulta do país ocorreu apenas no ano de 1977, na Escola Paulista de Medicina, constituindo-se num estágio do programa de residência médica em psiquiatria.⁵ O apogeu da expansão desta área no país se deu na década de 80,¹ através da elaboração de teses sobre o tema, publicação de livros e realização de eventos científicos. Entre os eventos, destacaram-se o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna em 1987, na Universidade de São Paulo, e o I Encontro Brasileiro de Interconsulta Psiquiátrica em São Paulo, no ano de 1989.² Esta área da psiquiatria se fortaleceu ainda mais com a promulgação da Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001,⁶ que recomenda a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, favorecendo o intercâmbio entre psiquiatras e colegas de outras especialidades médicas.

Em Florianópolis, o hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), fundado em 1980, conta com atendimento de interconsultoria psiquiátrica há 13

anos. Inicialmente este atendimento se dava através da consultoria de apenas uma psiquiatra, Dra. Leticia Furlanetto, que atendia todo o hospital. Posteriormente, há 5 anos, com a participação da residência médica em psiquiatria nesta instituição, a interconsultoria passou a ser um dos estágios desta especialização.

Atualmente, a necessidade da presença dos serviços de interconsulta em hospitais gerais está aparentemente bem estabelecida. Várias pesquisas nacionais demonstraram uma alta taxa de comorbidade psiquiátrica em pacientes internados, que varia de 20 a 60%,² valores que se assemelham aos encontrados na literatura internacional.⁷ Essa variação deve-se às diferenças entre as populações estudadas e à metodologia utilizada. Além disso, outros dados têm fortalecido a importância da interconsultoria, como a diminuição do tempo de internação e a maior adesão ao tratamento dos pacientes que usufruíram de atendimento especializado.^{8,9,10} Porém, apesar dos estudos mostrarem evidências desta importância, o número de serviços de interconsulta no país ainda é bastante restrito. De acordo com a diretoria administrativa da Associação Brasileira de Psiquiatria, há apenas 36 serviços credenciados junto a este órgão.

Dentro deste contexto, há uma escassez de pesquisas nesta área, principalmente na literatura nacional: dos 1486 artigos publicados entre 1981 e 1995 no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, na Revista Brasileira de Psiquiatria e na Revista de Psiquiatria Clínica, apenas 71 tratavam do tema.¹¹

É importante frisar, também, as baixas taxas de pacientes internados encaminhados à psiquiatria, que na literatura nacional variam de 0,5 a 2%.^{12, 13} Em pesquisa desenvolvida em 1986, no hospital geral de Oxford, com a finalidade de analisar o manejo dos médicos em relação a problemas psicológicos, Mayou e Smith¹⁴ definiram alguns elementos que poderiam justificar tais taxas. De acordo com os autores, os principais motivos alegados pelos profissionais para não solicitarem avaliação psiquiátrica foram a crença de que os pacientes não gostam do encaminhamento para esta especialidade, a estigmatização do paciente por necessitar de consulta do psiquiatra, a ineficácia do tratamento psiquiátrico e a falta de tempo para conversar com os pacientes sobre problemas emocionais. Apesar de ter se desenvolvido há mais de 20 anos, os achados deste estudo mantêm-se bastante atuais. Em 2003, Morgan e Killoughery¹⁵ repetiram a pesquisa citada e confirmaram os mesmos resultados, exceto em relação à ineficiência das intervenções psiquiátricas. Outros autores^{16,17} também apontam que muitos transtornos mentais não são reconhecidos pelos médicos e por isso os pacientes não chegam a ser avaliados por um especialista.

Desta maneira, tendo em vista a relevância do tema em questão, a necessidade de pesquisas nessa área e o fato de não haver nenhum estudo anterior sobre a interconsulta no

HU-UFSC, a proposta deste trabalho é colaborar com o aprimoramento da interconsultoria psiquiátrica desta instituição, através do fornecimento de dados que poderão ser utilizados no estabelecimento de prioridades em relação ao ensino e à assistência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterização da interconsultoria psiquiátrica do HU-UFSC.

2.2 Objetivos específicos

Obter informações a respeito das características sócio-demográficas dos pacientes e das fontes de solicitação dos pedidos de interconsulta.

Descrever os diagnósticos clínicos e psiquiátricos dos pacientes avaliados.

Identificar as intervenções e planos de tratamento sugeridos pela interconsultoria.

3. MÉTODOS

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo observacional transversal.

3.2 Local

A pesquisa desenvolveu-se no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), em Florianópolis.

3.3 Amostra

A amostra foi composta pelos pacientes internados nas enfermarias do HU-UFSC para os quais foram solicitados os serviços de interconsulta psiquiátrica, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008.

3.3.1 Critérios de inclusão

- a) solicitação de avaliação da psiquiatria por meio de pedido de parecer;
- b) pedido de parecer acompanhado do protocolo de registro de interconsulta em saúde mental (PRISMe) preenchido parcial ou integralmente;
- c) consentimento do paciente ou responsável após esclarecimento acerca do estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

- a) todos os pacientes que não aceitaram participar do estudo.

3.4 Procedimentos

Os dados do estudo foram obtidos mediante o estudo dos PRISMes aplicados em pacientes internados nas enfermarias do HU-UFSC durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. Os leitos da hematologia não foram incluídos neste estudo, pois esta especialidade conta com um psiquiatra de ligação na sua equipe e os dados não foram disponibilizados para a pesquisa. Os protocolos foram preenchidos pelos residentes do segundo ano de psiquiatria da SES-SC no momento da interconsulta.

3.5 Protocolo utilizado

O PRISMe foi elaborado com base no Patient Registration Form do European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW).¹⁸

O PRISMe estrutura-se em quatro tópicos:

a) dados demográficos: idade, sexo, estado civil, procedência, cor, situação laboral e escolaridade do paciente.

b) dados do pedido de interconsulta: informações sobre a clínica solicitante, função do profissional solicitante, motivo da solicitação, diagnóstico clínico, possível diagnóstico psiquiátrico e as características qualitativas do pedido (presença do nome do profissional solicitante, manifestação ou não do que se esperava em relação ao atendimento e legibilidade da escrita).

c) avaliação e diagnóstico: contempla os aspectos a respeito da resposta ao pedido de parecer- período decorrido entre a data do pedido e a avaliação do interconsultor, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico clínico principal, assistência anterior em saúde mental, medicação psicotrópica em uso e presença ou não de risco suicida.

d) conduta e desfecho: informações a respeito das medicações prescritas pelo interconsultor, do plano de tratamento, do encaminhamento pós-alta hospitalar e do tempo total de internação do paciente.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC sob o protocolo nº 231/2008 e segue as orientações das resoluções nº 196/96 e

251/97 do Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes foram orientados a respeito do estudo e informados de que seu tratamento não seria alterado caso decidissem não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4. RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

Durante o período de estudo foram requisitados 202 pedidos de interconsulta para a psiquiatria. Desses, 9 (4,4%) foram excluídos por não apresentarem o protocolo preenchido. Assim, a amostra foi composta por 193 pedidos. Considerando que de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2008, foram realizadas 20.432 internações nas enfermarias e emergência do HU-UFSC, a taxa de encaminhamento para a interconsultoria psiquiátrica foi de 0,9%.

4.2 Dados sócio-demográficos

A distribuição da amostra segundo o sexo demonstrou um predomínio do feminino (65,3%), enquanto o masculino correspondeu a 34,7% dos casos. A idade dos pacientes incluídos no estudo variou de 14 a 86 anos e a média de idade \pm desvio padrão (DP) foi de $43,6 \pm 15,8$ anos. Em relação à procedência, a maior parte dos casos (n=117; 60,6%) era proveniente da própria cidade de Florianópolis. A respeito da escolaridade, os participantes tinham o ensino fundamental incompleto em 24,9% (n=48) dos casos. Entretanto, em 23,3% (n=45) dos protocolos esta informação não estava registrada. A maioria dos sujeitos era casada ou mantinha união estável (52,3%) e residia com seus cônjuges e filhos (32,1%). A inatividade por invalidez ou afastamento do trabalho e o cuidado com o lar foram as situações laborais mais frequentes entre os pacientes assistidos (25,9% e 20,7%, respectivamente). A **Tabela 1** mostra detalhadamente as características sócio-demográficas da amostra.

Tabela 1- Dados sócio-demográficos dos pacientes atendidos pela interconsultoria psiquiátrica.

VARIÁVEIS	N(193)	%
SEXO		
Feminino	126	65,3
Masculino	67	34,7
COR		
Branca	156	80,8
Negra	19	9,8
Parda	16	8,3
Não registrado	2	1,0
FAIXA ETÁRIA		
Até 14 anos	1	0,5
De 15 a 20 anos	11	5,7
De 21 a 30 anos	29	15,0
De 31 a 40 anos	43	22,3
De 41 a 50 anos	49	25,4
De 51 a 60 anos	29	15,0
De 61 a 70 anos	20	10,4
Acima de 71 anos	9	4,7
Não registrado	2	1,0
ESTADO CIVIL		
Casado (a) / União Estável	101	52,3
Solteiro (a)	41	21,2
Separado (a)	30	15,5
Viúvo (a)	20	10,4
Não registrado	1	0,5
PROCEDÊNCIA		
Florianópolis	117	60,6
Grande Florianópolis	39	20,2
Outras cidades de SC	34	17,6
Não registrado	3	1,6

Continua

VARIÁVEIS	N(193)	%
------------------	---------------	----------

VIVE COM / ONDE

Cônjuge e filhos	62	32,1
Cônjuge	31	16,1
Pais	23	11,9
Só, com filhos	20	10,4
Sozinho (a)	18	9,3
Parentes	13	6,7
Outros	5	2,6
Amigos	3	1,6
Em instituição	3	1,6
Não registrado	15	7,8

SITUAÇÃO LABORAL

Inativo (a) por invalidez/afastado	50	25,9
Cuidando do lar	40	20,7
Empregado (a) formalmente	23	11,9
Desempregado (a)	21	10,9
Inativo (a) por tempo de serviço	16	8,3
Autônomo (a)	15	7,8
Empregado (a) informalmente	12	6,2
Estudante	5	2,6
Não registrado	11	5,7

ESCOLARIDADE

Analfabeto (a)	12	6,2
Ensino Fundamental Incompleto	48	24,9
Ensino Fundamental Completo	16	8,3
Ensino Médio Incompleto	24	12,4
Ensino Médio Completo	34	17,6
Ensino Superior Incompleto	8	4,1
Ensino Superior Completo	5	2,6
Pós-Graduação	1	0,5
Não registrado	45	23,3

Conclusão – Tabela 1

4.3 Clínicas solicitantes

A maioria dos pedidos foi solicitada pela Clínica Médica (n=129; 66,8%), enquanto a clínica cirúrgica foi responsável por 14% das solicitações (n=27). A **tabela 2** exibe todas as clínicas que requisitaram avaliação psiquiátrica.

Tabela 2- Clínicas solicitantes de interconsulta psiquiátrica.

CLÍNICAS SOLICITANTES	N(193)	%
Clínica médica	129	66,8
Clínica cirúrgica	27	14
Ginecologia e obstetrícia	19	9,8
Emergência	12	6,2
UTI	3	1,6
Pediatria	2	1,0
Não registrado	1	0,5

4.4 Diagnóstico clínico

As lesões/envenenamentos (18,8%), doenças cardíacas/circulatórias (12,9%) e doenças endócrinas/nutricionais/metabólicas (10,9%) foram os principais diagnósticos clínicos dos pacientes que compuseram a amostra. A **Tabela 3** mostra os dados referentes a estes diagnósticos.

Tabela 3- Diagnósticos clínicos dos pacientes atendidos pela interconsulta, de acordo com a CID-10*.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO [†]	N(193)	%
Lesões/envenenamentos	48	18,8
Cardíacas/circulatórias	33	12,9
Endócrinas/metabólicas/nutricionais	28	10,9
Respiratórias	22	8,6
Infeciosas/parasitárias	21	8,2
Digestivas	16	6,2
Neoplasias	16	6,2
Neurológicas	16	6,2
Genitourinárias	13	5,1
Gravidez, parto e puerpério	13	5,1
Outros	30	11,7

* CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, décima revisão.

[†] Os valores somados ultrapassam o N total da amostra (193) devido aos pacientes possuírem mais de um diagnóstico.

4.5 Motivos para encaminhamento

Os principais motivos para a solicitação de interconsulta foram a presença de sintomas psiquiátricos, que motivou 36,3% dos pedidos (n=70) e o risco suicida, responsável por 28% (n=54) das solicitações. Os dados relativos aos motivos para solicitação encontram-se na **Tabela 4**.

Tabela 4- Motivos de solicitação de interconsulta psiquiátrica.

MOTIVOS DE SOLICITAÇÃO	N(193)	%
Sintomas psiquiátricos presentes	70	36,3
Risco suicida	54	28,0
Avaliação quanto ao uso de psicotrópicos	11	5,7
Sintomas físicos mal definidos	10	5,2
Abuso de psicotrópicos/SPA*	10	5,2
Problemas quanto à cooperação no tratamento	7	3,6
Antecedentes psiquiátricos	7	3,6
Não descrito	6	3,1
Outros	18	9,2

*SPA: substâncias psicoativas.

4.6 Hipóteses de diagnóstico psiquiátrico formuladas pelos solicitantes

Em 47,1% dos casos (n=98) não foi levantada nenhuma hipótese de diagnóstico psiquiátrico pelo profissional solicitante. Dentre os 52,9% (n=95) que formularam alguma hipótese, os transtornos do humor figuraram como o principal diagnóstico aventado por esses profissionais (30,9%; n=64), com destaque para episódio depressivo (26%; n=54). A **Tabela 5** exhibe detalhadamente estas hipóteses.

Tabela 5- Hipóteses de diagnóstico psiquiátrico formuladas pelos solicitantes.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO	N(193)*	%
Não informado	98	47,3
Transtornos do humor	64	30,9
Transtornos mentais devidos ao uso de SPA [†]	20	9,7
Transtornos neuróticos, relacionados com o stress e somatoformes	11	5,3
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	5	2,4
Transtornos mentais orgânicos	4	1,9
Transtornos alimentares	4	1,9
Transtorno da personalidade e do comportamento	1	0,5

* Os valores somados ultrapassam o N total da amostra (193) devido aos pacientes possuírem mais de um diagnóstico.

[†]SPA: substâncias psicoativas.

4.7 Diagnóstico psiquiátrico

Em relação aos diagnósticos fornecidos pelo interconsultor, destacam-se os transtornos do humor (34,1%; n=99), sobretudo episódio depressivo, que correspondeu a 25,2% dos casos (n=73). Os transtornos neuróticos, relacionados ao stress e somatoformes, categoria na qual se incluem os transtornos fóbico-ansiosos, foram diagnosticados em 19,7% dos casos (n=57), sendo seguidos pelos transtornos mentais orgânicos (inclusive *delirium*) com 11,7% dos casos (n=34). A **Tabela 6** mostra com mais detalhes todos os diagnósticos psiquiátricos.

Tabela 6- Diagnósticos psiquiátricos fornecidos pelos interconsultores.

DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO	N(193)*	%
Transtornos do humor	99	34,1
Transtornos neuróticos, relacionados com o stress e somatoformes	57	19,7
Transtornos mentais orgânicos	34	11,7
Transtornos mentais devidos ao uso de SPA [†]	32	11,0
Transtorno da personalidade e do comportamento	29	10,0
Sem diagnóstico	19	6,6
Retardo mental	8	2,8
Transtornos alimentares	5	1,7
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	4	1,4
Transtornos do comportamento e emocionais da infância/adolescência	3	1,0

* Os valores somados ultrapassam o N total da amostra (193) devido aos pacientes possuírem mais de um diagnóstico.

[†]SPA: substâncias psicoativas.

4.8 Sensibilidade das hipóteses de diagnóstico formuladas pelos solicitantes

Ao compararmos as tabelas 5 e 6 podemos observar que os transtornos do humor foram a principal hipótese levantada tanto pelos solicitantes como pelos interconsultores. Apesar desta concordância, indicativa de que os solicitantes também diagnosticam transtornos do humor, é relevante considerar que muitos quadros passaram despercebidos por estes profissionais solicitantes, tendo em vista a baixa sensibilidade destes diagnósticos, que chegou a 31,3% para os transtornos do humor e 34,2% para depressão. A sensibilidade destas hipóteses pode ser observada na **Tabela 7**.

Tabela 7- Sensibilidade das hipóteses de diagnóstico psiquiátrico dos solicitantes.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	SENSIBILIDADE* (%)
Transtornos alimentares	80,0
Transtornos mentais devidos ao uso de SPA [†]	37,5
Depressão	34,2
Transtornos do humor	31,3
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	25,0
Transtornos mentais orgânicos	5,8
Transtornos neuróticos, relacionados com o stress e somatoformes	5,2

* Sensibilidade: n° de diagnósticos realizados corretamente pelo solicitante numa certa categoria/n° de diagnósticos realizados pelo psiquiatra na mesma categoria

[†] SPA: substâncias psicoativas.

4.9 Prescrição de medicações psicotrópicas

A sugestão ou prescrição para o uso de psicofármacos estava incluída em 61,1% (n=118) dos planos de tratamento dos casos avaliados. Vale ressaltar que 59,1% (n=114) dos pacientes já estavam em uso de psicofármacos antes da avaliação.

Em relação às medicações em uso pelo paciente, as mais utilizadas foram os benzodiazepínicos (n= 61; 29,6%), os antidepressivos ISRS (n=45; 21,8%) e os antipsicóticos típicos (n=41; 19,9%). Destaca-se o fato de que após a consulta do psiquiatra, a maior parte dos pacientes teve a classe medicamentosa suspensa ou substituída (n= 79; 69,3%).

Por outro lado, as classes mais prescritas pelos interconsultores também foram os benzodiazepínicos (n=58; 29,6%), os antidepressivos ISRS (n=54; 27,6%) e os antipsicóticos típicos (n=39; 19,9%). Mais informações acerca das medicações em uso e das prescritas para

o paciente podem ser visualizadas na **Tabela 8**.

Tabela 8- Medicções em uso pelos pacientes antes da avaliação psiquiátrica e medicações prescritas pelo interconsultor.

VARIÁVEIS	N(114)	%
MEDICAÇÕES EM USO*		
Benzodiazepínico	61	29,6
Antidepressivo ISRS [†]	45	21,8
Antipsicótico típico	41	19,9
Antidepressivo tricíclico	27	13,1
Estabilizador do humor	22	10,7
Antipsicótico atípico	7	3,4
Outros	3	1,5
MEDICAÇÕES PRESCRITAS*		
Benzodiazepínico	58	29,6
Antidepressivo ISRS [†]	54	27,6
Antipsicótico típico	39	19,9
Antidepressivo tricíclico	18	9,2
Estabilizador do humor	16	8,2
Antipsicótico atípico	9	4,6
Outros	2	1,0

* Os valores somados ultrapassam o N total devido aos pacientes estarem em uso ou terem mais de uma medicação prescrita.

[†] ISRS = inibidor seletivo da recaptção da serotonina.

4.10 Tempo total de internação

Tempo total de internação refere-se ao tempo transcorrido, em dias, desde a data da internação até a data da alta. A média do tempo de hospitalização dos pacientes atendidos pela interconsulta \pm desvio padrão (DP) foi de $22,9 \pm 23,8$ dias. Eles permaneceram, no máximo, vinte dias internados em 58,8% (n=88) dos casos. Somente 11,5% (n=23) dos casos apresentaram tempo de internação igual ou superior a 50 dias. O tempo total de internação dos pacientes está apresentado com mais detalhes na **Tabela 9**.

Tabela 9- Número de dias de internação dos pacientes atendidos pela interconsulta psiquiátrica.

		<i>TEMPO DE INTERNAÇÃO (em dias)</i>							
		≤10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 69	≥70
N	68	42	36	11	8	8	6	8	
%	36,4	22,4	19,2	5,8	4,1	4,1	3	4,1	

4.11 Tempo para solicitação

Tempo para solicitação foi definido como o tempo decorrido, em dias, entre a data da internação do paciente até a data da solicitação do pedido de interconsulta. A média do tempo para solicitação \pm desvio padrão (DP) foi de $4 \pm 15,02$ dias.

Em 60,4% (n=111) dos casos, os pedidos foram realizados em até cinco dias após a internação. Apenas 4% (n=8) das solicitações foram feitas quarenta dias ou mais após a data da internação. A **Tabela 10** mostra os dados referentes ao tempo para solicitação de consultoria psiquiátrica.

Tabela 10- Tempo decorrido entre a data da internação do paciente e a data do pedido de interconsulta (tempo para solicitação).

		<i>TEMPO PARA SOLICITAÇÃO (em dias)</i>						
		≤2	3 a 5	6 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	≥41
N	69	42	23	26	10	6	8	
%	37,6	22,8	12,4	14,1	5,4	3,1	4	

4.12 Tempo para resposta

Tempo para resposta diz respeito ao número de dias entre a solicitação do pedido e a resposta do mesmo.

Todos os pedidos foram respondidos em, no máximo, nove dias. Vale ressaltar que em 79,1% (n=148) dos casos os pacientes foram avaliados em até dois dias após a solicitação.

5. DISCUSSÃO

Esse estudo foi o primeiro desenvolvido no HU-UFSC com o objetivo de caracterizar a interconsultoria psiquiátrica deste serviço, que já existe há 13 anos. O presente trabalho mostrou que os pacientes atendidos pela interconsultoria psiquiátrica eram predominantemente do sexo feminino, casados ou em união estável e inativos por invalidez/afastados do trabalho e donas de casa. A taxa de encaminhamento à psiquiatria foi de 0,9%. Os principais diagnósticos clínicos foram as lesões/envenenamentos. A categoria diagnóstica psiquiátrica mais prevalente foi a de transtornos do humor, com destaque para depressão.

Na amostra, houve um predomínio do sexo feminino, o que também foi encontrado por diversos autores.^{19,20,21} De acordo com Andrade et al.,²² em estudo que investigou a prevalência de transtornos psiquiátricos na população, as mulheres tem 1,5 vezes mais chance do que os homens de sofrerem de um transtorno mental durante a vida. Alguns fatores podem estar associados com esta chance aumentada, como o efeito dos esteróides sexuais femininos que agem na modulação do humor, a gravidez, as diferenças entre os gêneros de lidar com os problemas e buscar soluções e a maior susceptibilidade a ocorrência de eventos estressores na infância e adolescência.²³ Além disso, devemos considerar o aspecto cultural do comportamento feminino, já que as mulheres apresentam uma maior facilidade em manifestar suas inquietudes psicológicas e ansiedades, procurando, com maior freqüência, ajuda e tratamento.² Já em relação ao sexo masculino, para o qual é cobrada uma postura mais firme perante a sociedade, percebe-se uma dificuldade para exteriorização de sentimentos e conflitos, resultando numa menor procura por assistência médica.

Quanto à situação laboral, houve uma maioria de inativos por invalidez ou afastados do trabalho (n=50; 25,9%). Segundo Lopez e Murray,²⁴ das dez principais causas de invalidez em todo o mundo, cinco são transtornos psiquiátricos. A depressão é a maior responsável por incapacidade, o alcoolismo é a quarta causa mais freqüente, transtorno bipolar a sexta e esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo as nona e décima causas, respectivamente. Esses dados podem justificar a maior prevalência de inativos dentro da população deste estudo. Outra situação freqüente na amostra foi a de dona de casa, correspondendo a 20,7% dos casos (n=40). Este achado poderia estar relacionado com o fato de as mulheres não

estarem inseridas no mercado de trabalho na mesma proporção que os homens, principalmente nesta população de mais baixa renda. De acordo com dados mais recentes do IBGE²⁵, nos anos de 2007 e 2008 as mulheres corresponderam a 43,6% da população economicamente ativa do país enquanto os homens a 56,4%.

No que concerne à escolaridade, 24,9% da amostra (n=48) possuía o ensino fundamental incompleto. Porém, dados referentes à escolaridade não foram registrados em 23,3% dos protocolos. Tal fato reflete o desinteresse dos profissionais em relação a essa informação que deveria ser mais valorizada, tendo em vista que o baixo nível sócio-econômico está diretamente relacionado com o entendimento do paciente acerca de sua condição, com a maneira como o médico irá se expressar e também com a correta adesão e sucesso do tratamento.

A taxa de encaminhamento para a psiquiatria foi de 0,9% e está de acordo com a encontrada na literatura nacional que varia de 0,5 a 2%.^{12, 13} Mesmo assim, a taxa de encaminhamento do HU-UFSC se encontra abaixo da real demanda. Em pesquisa realizada nesta instituição²⁶ foi encontrada uma prevalência de comorbidade psiquiátrica de 30,8%, o que evidencia que apenas uma pequena parcela dos portadores de transtorno mental está sendo atendida por um psiquiatra. No ano de 1986, Mayou e Smith¹⁴ desenvolveram uma pesquisa no hospital geral de Oxford, com a finalidade de analisar o manejo dos médicos em relação a problemas psicológicos, que foi replicada em 2003 por Morgan e Killoughery.¹⁵ Este estudo demonstrou que apesar da ciência dos médicos de que fatores psicológicos podem influenciar o curso de doenças físicas ter aumentado de 77% em 1986 para 96% em 2003, ainda há barreiras para o encaminhamento ao psiquiatra. Dentre as barreiras, destacam-se a falta de tempo para conversar com os pacientes e avaliá-los em relação a distúrbios mentais e a estigmatização destes doentes.

Em relação aos diagnósticos clínicos, notamos que a categoria das lesões/envenenamentos foi a predominante entre os pacientes avaliados (n=48; 18,8%), seguida pelas doenças cardíacas/circulatórias (n=33; 12,9%). Por consequência, o risco suicida figurou como o segundo motivo para a solicitação de interconsulta, responsável por 28% (n=54) das solicitações, precedido somente pela presença de sintomas psiquiátricos (n=70; 36,3%). O suicídio no Brasil consiste num sério problema de saúde pública.²⁷ Nosso país encontra-se entre as dez nações com maiores números absolutos de casos, apresentando 7987 ocorrências em 2004.²⁷ De acordo com a World Health Organization (WHO),²⁸ as tentativas de suicídio são mais frequentes entre as mulheres que entre os homens, o que também, por sua vez, poderia corroborar a predominância do sexo feminino na amostra.

No que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico formulado pelos solicitantes, observamos que em 47,1% dos casos (n=98) não foi levantada nenhuma hipótese. Além disso, foi constatada uma baixa sensibilidade dos diagnósticos que estes profissionais realizaram. Houve uma sensibilidade de 31,3% para os transtornos do humor, 5,8% para os transtornos mentais orgânicos e 5,2% para os transtornos neuróticos, relacionados com o stress e somatoformes. Estes dados demonstram que vários quadros psiquiátricos não foram diagnosticados por estes médicos solicitantes, o que é especificamente preocupante no caso do *delirium*, visto que se trata de uma alteração de comportamento secundária a uma condição médica geral de base. Logo, esperava-se que os profissionais solicitantes tivessem habilidade técnica e experiência para identificação e manejo destes casos. Apenas os transtornos alimentares apresentaram uma alta sensibilidade (80%), o que provavelmente ocorreu devido ao pequeno número de casos na amostra (n=5). Além disso, são diagnósticos com sintomas fáceis de se identificar e bem difundidos pelos meios de comunicação.

Quando avaliamos os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes e, em particular, os transtornos do humor, observamos que os nossos resultados estão de acordo com a maioria dos trabalhos.²⁹ Dentre os transtornos do humor, a depressão foi o mais prevalente entre os pacientes atendidos pela interconsulta, o que apresenta também concordância com a literatura.^{19,30,31} Neste contexto, destaca-se a pesquisa mundial de saúde, realizada no Brasil em 2003 que apontou a depressão como a doença crônica mais comumente referida pelos entrevistados.³² Outros autores, entretanto, revelaram resultados discordantes. S. Grover et al³³ encontrou o *delirium* como o diagnóstico mais freqüente nos pacientes encaminhados ao psiquiatra. Tal discordância pode se dever ao fato de que apenas 10% dos casos de *delirium* são encaminhados à psiquiatria.³⁴ Além disso, 32 a 67% dos casos de *delirium* não são reconhecidos pelos médicos,³⁴ o que justificaria também a baixa sensibilidade (5,8%) da hipótese de transtorno mental orgânico dos solicitantes deste estudo. Outra categoria que merece destaque são os transtornos neuróticos, relacionados com o stress e somatoformes, que foram diagnosticados em 19,7% (n=57) dos casos. Está incluído nesta categoria o grupo dos transtornos ansiosos que estão freqüentemente associados a transtornos depressivos, tanto que aproximadamente 50% dos pacientes com episódio depressivo maior também apresentarão um transtorno ansioso em 6 a 12 meses.³⁵

Quanto ao plano de tratamento, a sugestão ou prescrição para o uso de psicofármacos figurou como a principal medida proposta pelos interconsultores, o que também foi evidenciado em trabalhos prévios.³⁶ Destaca-se o fato de que 59,1% (n=114) dos pacientes já estavam em uso de psicotrópicos antes da avaliação, seja por tratamento prévio ou pela

prescrição do solicitante. Dentre as medicações prescritas, as principais foram os benzodiazepínicos (n= 61; 29,6%). Tendo em vista a freqüente coexistência de transtornos depressivos e ansiosos citada anteriormente, é comum a associação de benzodiazepínicos com antidepressivos no início do tratamento, com a finalidade de um alívio imediato, até que os antidepressivos comecem a surtir efeito. Além disso, estes medicamentos apresentam efeito rápido e segurança em relação a efeitos colaterais e letalidade.³⁵ Entretanto, podemos inferir que há um exagero na prescrição desta classe medicamentosa. De acordo com pesquisa realizada no estado de São Paulo, a fim de analisar as prescrições de psicotrópicos retidas em drogarias, farmácias de manipulação, postos de saúde e hospitais, os benzodiazepínicos foram os medicamentos mais prescritos (76954 receitas de um total de 108215), exceto nas farmácias de manipulação, onde os anorexígenos prevaleceram.³⁷ É importante lembrar que a maioria dos pacientes do estudo tiveram a conduta em relação ao uso de psicofármacos alterada, tanto que em 69,3% (n=79) dos casos a classe medicamentosa foi suspensa ou substituída pelo interconsultor, o que demonstra a importância da intervenção do especialista.

A solicitação do pedido ocorreu em 60,4% (n=111) da amostra no início da internação, mais especificamente até 5 dias após a data da entrada e está de acordo com o descrito em trabalhos anteriores.³⁸ De acordo com Ormont et al,³⁹ o tempo para solicitação de consultoria psiquiátrica está relacionado a diversos fatores, dentre eles: as características do paciente, do médico assistente e do interconsultor. Alguns autores demonstraram uma relação entre a consulta psiquiátrica precoce e o menor tempo de internação hospitalar,^{9,40} porém neste estudo não foi possível tal associação tendo em vista que o HU-UFSC não possui dados confiáveis acerca do tempo médio de internação dos pacientes. Neste trabalho, o tempo de resposta foi de dois dias para a maioria dos casos, o que está de acordo com o protocolo da interconsultoria do HU-UFSC que preconiza o atendimento em, no máximo, quarenta e oito horas.

Como limitações do presente estudo, podemos citar tanto o tamanho da amostra limitado em relação ao tempo de avaliação, como os diagnósticos psiquiátricos não terem sido confirmados por instrumentos validados (por exemplo, SCID), em função de não haver disponibilidade de tempo e de experts para aplicação destes instrumentos que poderiam servir como o padrão ouro.

6. CONCLUSÃO

Existe uma dificuldade dos profissionais de outras especialidades em relação ao reconhecimento e/ou manejo de problemas psiquiátricos, tanto que 47,1% dos solicitantes não formularam nenhuma hipótese de diagnóstico psiquiátrico. Dentre os que formularam alguma hipótese, a sensibilidade foi muito baixa, inclusive para transtornos de base orgânica, como *delirium* e transtornos freqüentes na população, como depressão. Logo, a interconsultoria psiquiátrica no hospital geral tem grande importância, não apenas como um modo de assistência, mas também de suporte e orientação para as outras especialidades. A importância da intervenção do especialista também foi corroborada pelo fato de 69,3% dos pacientes que estavam em uso de medicação terem a classe medicamentosa suspensa ou substituída. Além disso, a consultoria se constitui numa importante oportunidade de avaliação precoce e eficiente dos transtornos psiquiátricos e do adequado manejo destes casos, o que inclui o risco de suicídio, que foi o segundo principal motivo de solicitação de interconsulta.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogueira-Martins LA, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. *Revista ABP-APAL* 1998; 20(3): 105-11.
2. Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 305-15.
4. Schmitt R, Gomes RH. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2005; 27(1): 71-81.
5. Nogueira-Martins LA, Frenk B. Atuação do profissional de saúde mental no hospital geral: a interconsulta médico-psicológica. *Bol psiquiatr* 1980; 13: 30-7.
6. Brasil. Lei federal nº 10216, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.
7. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 172-90.
8. Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of a liaison psychiatric. *Am J Psychiatry* 1981; 138(6): 790-3.
9. 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: 159-62.
10. Hengeveld MW, Ancion FAJM, Rooijmans HGM. Psychiatric consultations with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18(1): 33-43.
11. Figueira I, Leta J, De Meis L. Avaliação da produção científica dos principais periódicos brasileiros de psiquiatria no período de 1981 a 1995. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(4): 201-8.
12. Kerr-Corrêa F, Silva BCM. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. *J Bras Psiquiatr* 1985; 34: 247-52.
13. Magdaleno Jr R, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral universitário: um ano no Hospital das Clínicas da Unicamp. *J Bras Psiquiatr* 1991; 40(2): 95-8.
14. Mayou R, Smith EBO. Hospital doctor's management of psychological problems. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 194-7.
15. Morgan JF, Killoughery M. Hospital doctor's management of psychological problems-Mayou & Smith revisited. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 153-7.

16. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj ML, Sondergaard L, Munk-Jorgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res* 2001; 50: 199-204.
17. Alhamad AM, Al-Sawaf MH, Osman AA, Ibrahim IS. Differential aspects of consultation-liaison psychiatry in a Saudi hospital. I: referral pattern and clinical indices. *La Revue de Santé de La Méditerranée orientale* 2006; 12(3/4): 316-23.
18. Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Opmeer BC. The ECLW collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *J Psychosom Res* 1996; 40(2): 143-56.
19. Fráguas Jr R, Alves TCTF. Depressão no hospital geral: estudo de 136 casos. *Rev Ass Med Bras* 2002; 48(3): 225-30.
20. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year period. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24: 249-56.
21. Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A, Rigatelli M. Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the diagnostic criteria for psychosomatic research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics* 2004; 45(5): 386-93.
22. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316-25.
23. De Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33(2): 43-54.
24. Lopez AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med* 1998; 4(11): 1241-3.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2008.
26. Becker AB. Prevalência de comorbidade psiquiátrica em pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2002.
27. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do suicídio- Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
28. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for Police, firefighters and other first line responders. Geneva: World Health Organization; 2009.
29. Ellen S, Lacey C, Kouzma N, Sauvey N, Carroll R. Data collection in consultation-liaison psychiatry: an evaluation of Casemix. *Australas Psychiatry* 2006; 14(1): 43-5

30. Callaghan P, Eales S, Coates T, Bowers L. A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003; 10: 155-65.
31. Özkan S, Yücel B, Turgay M, Gürel Y. The development of psychiatric medicine at Istanbul Faculty of Medicine and evaluation of 889 psychiatric referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 216-23.
32. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, De Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Publica* 2005; 21 suppl 1: S43-53.
33. Grover S, Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S, Kumar S, Sharan P, Malhotra S, et al. Prevalence and clinical profile of delirium: a study from a tertiary-care hospital in North India. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 25-9.
34. Tennen GB, Rundell JR, Stevens SR. Mortality in medical-surgical inpatients referred for psychiatric consultation. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 341-6.
35. Valenstein M, Taylor KK, Austin K, Kales HC, McCarthy JF, Blow FC. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry* 2004; 138(6): 790-3.
36. Rigatelli M, Casolari L, Massari I, Ferrari S. A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: what happens to patients after discharge? *Psychoter Psychosom* 2001; 70: 276-82.
37. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2): 68-73.
38. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a european study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 124-32.
39. Ormont MA, Weisman HW, Heller SS, Najara JE, Shindledecker RD. The timing of psychiatric consultation requests: utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics* 1997; 38: 38-44.
40. Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS, Larson DB. The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hosp Community Psychiatr* 1988; 39: 173-6.

8. NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

APÊNDICE



PRISMe - Protocolo de Registro de Interconsulta em Saúde Mental

Serviço de Interconsulta em Saúde Mental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Setor: Psiquiatria Psicologia Terapia Ocupacional

DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome do Paciente (Iniciais): _____ Registro Nº: _____
Idade: _____ anos Sexo: F M
Estado civil: Solteiro Casado/Amasiado Separado/Desquitado Viúvo ?
Vive com: Sozinho(a) Com cônjuge Só, com filho(a)(s) Com cônjuge e filhos
 Com os pais Com parente(s) Com amigo(s) Em instituição Outros _____
Procedência: Ribeirão Preto Estado de SP Outro estado Outro país
Cor ou raça (IBGE): Branca Preta Parda Amarela Índio
Situação laboral: _____ Escolaridade: _____ anos
 Autônomo Analfabeto
 Empregado informalmente (*free lancer*) Ensino fundamental incompleto
 Empregado formalmente Ensino fundamental completo
 Cuidando do lar Ensino médio incompleto
 Estudante Ensino médio completo
 Desempregado Ensino superior incompleto
 Inativo (Aposentado por invalidez) Ensino superior completo
 Inativo (Aposentado por tempo de serviço) Mais de uma faculdade/ Pós-graduação
 Outros _____

DADOS DO PEDIDO DE INTERCONSULTA

Tipo de pedido: Urgência (plantão) Regular
Solicitação: Verbal Escrita Ambos
Clínica solicitante: _____
Está registrado o nome e a função do solicitante?: N S
Função do Solicitante: Médico residente/Aprimorando Médico assistente Docente Aluno/Doutorando Psicólogo
 Terapeuta Ocupacional Enfermeiro/Auxiliar Outros _____
Data do Pedido de Interconsulta: ____/____/____
Legibilidade do pedido: Total Parcial Ilegível
Está descrito o motivo da solicitação?: N S
Motivo **MAIS IMPORTANTE** da consulta (Se citado):
 Risco suicida Psicodiagnóstico
 Sintomas psiquiátricos presentes Problemas quanto a cooperação no tratamento/ adesão/manejo
 Sintomas físicos mal definidos/origem psicológica? Aval para procedimentos mutilantes/ de risco/ sem consentimento formal
 Doença de etiologia associada a fatores psicossociais Antecedentes psiquiátricos
 Abuso de psicotrópicos /substâncias psicoativas Atendimento ao familiar
 Avaliação quanto ao uso de psicotrópicos Outros _____
O solicitante manifesta expectativa para o atendimento?: N S
O solicitante descreveu o diagnóstico clínico?: N S
Se SIM qual(is)(múltiplos): A. _____
B. _____
C. _____
O solicitante redigiu o possível diagnóstico psiquiátrico?: N S
Se SIM qual(is)(múltiplos) (CID X e por extenso): a). F. _____ Nome _____
b). F. _____ Nome _____
c). F. _____ Nome _____

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Data da Resposta da Interconsulta: ____/____/____

O paciente foi informado da consulta? N S

Assistência em saúde mental antes da internação: N S

Se SIM qual(is)(múltiplos):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tratamento psiquiátrico ambulatorial prévio | <input type="radio"/> Psicofarmacoterapia |
| <input type="radio"/> Tratamento psiquiátrico ambulatorial atual | <input type="radio"/> Psicoterapia |
| <input type="radio"/> Semi-internação | <input type="radio"/> Terapia Ocupacional |
| <input type="radio"/> Internação psiquiátrica prévia (Se <u>SIM</u> , quantas) _____ | |

Risco Suicida Atual: N S

Tentativas anteriores N S (Se SIM, quantas) _____

O paciente tem condições de informar sobre si? N S Se NÃO, quem foi o informante: _____

Diagnóstico psiquiátrico (CID X e por extenso): Não Aplicável

Se SIM qual(is)(múltiplos):

a). F. _____ Nome _____

b). F. _____ Nome _____

c). F. _____ Nome _____

Diagnóstico Somático Principal (por extenso): _____

Medicação psicotrópica atualmente em uso e prescrita antes da avaliação do interconsultor? N S

Se SIM, qual(is)? (incluir a dose – nome genérico):

A. _____

B. _____

C. _____

CONDUTA E DESFECHO

Medicação prescrita pelo interconsultor?: N S

Se SIM, qual(is)? (incluir a variação da dose):

A. _____

B. _____

C. _____

Plano de tratamento (Múltiplos):

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Atendimento individual | <input type="radio"/> Sugestão/ prescrição de psicofármacos |
| <input type="radio"/> Atendimento grupal | <input type="radio"/> Sugestão de exames/ outras avaliações/ outros profissionais |
| <input type="radio"/> Atendimento de familiares | <input type="radio"/> Orientação a outras instituições |
| <input type="radio"/> Orientação à equipe | <input type="radio"/> Encaminhamento(s) especializado(s). Se <u>SIM</u> , qual(is) _____ |
| <input type="radio"/> Orientação aos familiares | |

Profissionais contatados até a alta (múltiplos): Médico residente/Aprimorando Médico assistente Docente

Aluno/Doutorando Psicólogo Terapeuta Ocupacional Enfermeiro/Auxiliar Outros _____

Foi feita reunião com a equipe solicitante?: N S Se SIM, quantas _____

O paciente recebeu alta médica antes do interconsultor ser comunicado?: N S

O interconsultor recomendou seguimento em saúde mental posterior?: N S

Se SIM, qual(is)? Psiquiátrico Psicoterápico Terapia Ocupacional

O caso foi discutido com supervisor? N S

Número total de atendimentos (incluindo a primeira avaliação): _____

Data da internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____ Número de dias internado: _____

Nome e Identificação do interconsultor: _____