



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**ERICK OLIVEIRA CUNHA**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PACIENTES  
INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**ARACAJU**

**2017**

**ERICK OLIVEIRA CUNHA**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PACIENTES  
INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina como requisito parcial para obtenção de título de graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Msc Salvyana Carla Palmeira Sarmiento

**ARACAJU**

**2017**

É concedida à Universidade Federal de Sergipe permissão para reproduzir cópias desta monografia e emprestar ou vender tais cópias desta monografia para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

---

ERICK OLIVEIRA CUNHA

**ARACAJU**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PACIENTES**  
**INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina como requisito parcial para obtenção de título de graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Msc Salvyana Carla Palmeira Sarmento

---

Erick Oliveira Cunha

Doutorando

---

Prof. Msc. Salvyana Carla Palmeira Sarmento

Orientadora

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Prof. Examinador

**ARACAJU**

**2017**

**ERICK OLIVEIRA CUNHA**

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PACIENTES  
INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina como requisito parcial para obtenção de título de graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Msc Salvyana Carla Palmeira Sarmento

**BANCA EXAMINADORA**

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

---

**ARACAJU**

**2017**

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família, minha mãe Isabel, meu Pai Elias e aos meus irmãos Éverton e Isabella, por todo apoio e carinho, sem vocês não conseguiria vencer, muito obrigado.

Aos Professores: Salvyana Palmeira, Enaldo Vieira, Edméa Oliva-Costa, e Karla Mansila, agradeço pelos ensinamentos e a dedicação que vocês tiveram comigo. Agradeço também aos professores do Departamento de medicina, que são exemplos de cientificidade e humanismo, meu singelo e sincero muito obrigado!

Agradeço a todos os participantes do GEPS pela ajuda e companheirismo durante a execução deste trabalho, em especial à Juliana Gonçalves e Mariana Aguiar, com quem trabalhei muito próximo durante a realização do PIBIC.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, contribuindo para ampliar o conhecimento científico.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:**

- ONU: Organização das Nações Unidas
- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
- TM: Transtorno Mental
- TMC: Transtorno Mental Comum
- UFS: Universidade Federal de Sergipe
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças
- MTSM: Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental
- DALY: Disability adjusted life of years
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- SRQ20: Self Report Questionnaire 20
- HU: Hospital Universitário
- UFS: Universidade Federal de Sergipe

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO

**TABELA 1.** PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 18 DE NOVEMBRO DE 2015 A 18 DE MARÇO DE 2016. (N = 87).

**TABELA 1.** VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 18 DE NOVEMBRO DE 2015 A 18 DE MARÇO DE 2016.....

**TABELA 2.** FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 18 DE NOVEMBRO DE 2015 A 18 DE MARÇO DE 2016.....

**TABELA 3.** RESULTADOS DA REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA VARIÁVEIS RELACIONADAS A TMC EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 18 DE NOVEMBRO DE 2015 A 18 DE MARÇO DE 2016.....

**TABELA 5.** RESULTADOS DA ANÁLISE MULTIVARIADA DA REGRESSÃO LOGÍSTICA COM OR AJUSTADA PARA VARIÁVEIS RELACIONADAS A TMC EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ENTRE 18 DE NOVEMBRO DE 2015 A 18 DE MARÇO DE 2016.....

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO: SAÚDE MENTAL NO MUNDO.....	13
2.1.1. IDADE ANTIGA:.....	13
2.1.2. IDADE MÉDIA.....	14
2.1.3. RENASCENÇA.....	14
2.1.4. REVOLUÇÃO FRANCESA .....	15
2.1.5. PÓS SEGUNDA GUERRA E DIAS ATUAIS.....	15
2.2. CONTEXTO HISTÓRICO: SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	16
2.3. TRANSTORNOS MENTAIS.....	18
2.3.1. CONCEITO.....	18
2.3.2. EPIDEMIOLOGIA.....	19
2.4. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	20
2.4.1. CONCEITO.....	20
2.4.2. EPIDEMIOLOGIA.....	20
2.4.3. INSTRUMENTO DIAGNOSTICO.....	21
2.5. INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA.....	21
2.5.1. HISTÓRICO.....	21
2.5.2. CONCEITO.....	22
2.5.3 OBJETIVOS.....	22
2.5.4 EPIDEMIOLOGIA.....	23
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
4. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	28
5. ARTIGO ORIGINAL.....	35
5.1. RESUMO E ABSTRACT.....	35
5.2 INTRODUÇÃO .....	37
5.3. MÉTODOS.....	39
5.4. RESULTADOS.....	41
5.5. DISCUSSÃO.....	44
5.6. CONCLUSÃO.....	46
5.7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
6. TABELAS E ANEXOS.....	57

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental e a psiquiatria passaram por várias vertentes durante a história, desde os tempos antigos, quando o louco era visto como uma obra divina (Pelbar, 1989), passando pela idade média, sendo vistos como arte demoníaca (Foucault, 1972; Pessotti, 1999), na renascença como estorvo da sociedade, passando então por várias exclusões, através das naus dos loucos, que os mandavam em barcos pelo mar aberto sem rumo, ou através do grande enclausuramento, onde eram trancafiados nos antigos leprosários, junto com todo tipo de miserável e excluídos da sociedade sociedade (Foucault, 1972; Pelbar, 1989; Torre and Amarante, 2001). Pós Revolução Francesa e devido aos pensamentos de Pinel, o louco foi tratado como enfermidade médica, sendo então criados hospícios exclusivos para o tratamento “adequado” (Foucault, 1972; Torre and Amarante, 2001). Só nos anos 50 foram descobertos os primeiros psicofármacos, sendo então controlados efetivamente vários sintomas psíquicos e inúmeros doentes saíram da institucionalização para atendimento ambulatorial (Aguiar, 2004).

Em 1991 a Organização das Nações Unidas (ONU) redigiu uma carta com 25 princípios fundamentais para proteção de indivíduos com transtorno mental (TM) e para melhoria da assistência à saúde desses pacientes. Em 2001 a ONU classificou como o ano da luta pela saúde mental e pelos doentes mentais (Goulart, 2006).

No Brasil os portadores de TM a princípio eram trancados juntamente com outros miseráveis, por caridade e não para tratamento, nas santas casas de misericórdia, comandadas pela igreja católica. Em 1842, foi criado a primeiro hospício exclusivo para esses pacientes, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, surgindo após vários outros em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará, esses comandados por médicos para tratamento, a partir do século XX. (Borges, Baptista, 2008)

Em 1989 o Deputado Paulo Delgado, apresentou um projeto de lei nº. 3657/89, que trata sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentava também a internação psiquiátrica compulsória (Borges, Baptista, 2008).

Após vários debates, três conferências nacionais de saúde mental, inúmeras portarias e leis, principalmente após a lei n.º. 10.219/2001, a Política Nacional de Saúde Mental foi consolidada e assim surge o novo modelo de assistência psiquiátrica do Brasil. Com ele o Ministério da Saúde preconiza a saúde mental sendo tratada por uma

rede assistencial tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como o pilar central da rede. (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

A assistência deve ser prestada também pela rede básica, através da estratégia de saúde da família, além dos ambulatórios especializados, leitos em hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial. Esse modelo de assistência ainda hoje não está concretizado na sua totalidade (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

Segundo o código internacional de doenças na sua décima edição, o TM são enfermidade de magnitude psíquica em associação a algum comprometimento funcional de base física, psicológica, social ou uma associação desses. Os TM produzem prejuízos em todos os âmbitos no indivíduo, seja ele pessoal, social e financeiro (CID 10, 2003; Santos and Siqueira 2010). Apresentam grande prevalência no Brasil, chegando a taxas de 20,2% (Faisal-Cury et al., 2009), e em países da América Latina a 26,7% (Araya et al. 2001). TM representa cerca de 13% a 14% de todas as enfermidades, contudo, menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em saúde mental (Rocha et al., 2010). Assim são poucos os casos de TM diagnosticados corretamente e grande parte não recebe tratamento adequado, elevando os custos sociais e econômicos, o que foi observado em diversas pesquisas (Almeida-Filho et al., 1997).

Transtorno mental comum (TMC) é caracterizado por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, redução da capacidade de concentração, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e transtornos de causa orgânica indefinida (Goldberg and Huxley, 1992; Patel, 2003). É o TM mais prevalente, cujas taxas variam entre 7% e 30% (Lima et al. 1996; Ludemir and Melo, 2002). Na população brasileira entre 22% e 35% (Ludemir and Melo, 2002), e em pacientes atendidos pela estratégia saúde da família da cidade de Petrópolis, a prevalência foi de 56% (Fortes et al., 2008). O TMC tem maior prevalência em pacientes do sexo feminino (Araujo et al. 2005), idade mais avançada, acima dos 40 anos (Costa and Ludemir, 2005), baixa renda, baixa escolaridade, condições precárias de moradia (Lima, 1996; Ludemir and Melo, 2002; Costa and Ludemir, 2005). Que apresentam algum antecedente de TM (Costa et al., 2010) e utilizam de forma crônica psicofármacos (Lima et al., 2008), tem pouco apoio emocional (Lima et al., 1996; Costa et al., 2010; Costa and Ludemir, 2005), e apresentavam doença crônica, seja ela de caráter infeccioso, neoplásico, cardiovascular, dentre outras (Zewdu and Abebe, 2015; Araujo et al., 2014).

A interconsulta psiquiátrica foi conceituada por Nogueira-Martins (Nogueira-Martins, 1993), como a presença do psiquiatra em uma unidade ou serviço, atendendo à solicitação de um médico de outra especialidade, sendo então, uma atividade interprofissional e interdisciplinar. Tem como objetivos auxiliar no diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com transtorno psiquiátrico, atuar e fazer uma ligação com a medicina geral, orientar o médico solicitante com relação a situações de emergência psicológica, manejo de psicofármacos e permitir o cuidado do paciente em seu contexto físico, social e emocional (Nogueira-Martins, 1997; Nogueira-Martins and Botega, 1998; Schmitt and Gomes, 2005), ajudando então na diminuição da morbimortalidade dos enfermos, no tempo de internamento e custos para a sociedade (Nogueira-Martins and Botega, 1998; Schmitt and Gomes, 2005; Santos et al., 2011).

Existem poucos estudos verificando a prevalência desse transtorno mental em pacientes internados nas enfermarias de hospitais gerais, demonstrando a importância da nossa pesquisa.

Esse estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de transtorno mental comum em pacientes internados em enfermarias clínica e cirúrgica de um Hospital Universitário, identificar prováveis fatores de risco que estão influenciando no surgimento do TMC, e verificar a prevalência de interconsultas psiquiátricas solicitadas para os pacientes internados.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Contexto Histórico: Saúde mental no mundo.**

A história da saúde mental, ou como próprio Foucault dissertou, “A história da loucura”, passa por várias transformações ao decorrer do tempo, desde a idade antiga, até os dias atuais (Foucault, 1972).

#### **2.1.1. Idade Antiga:**

Na Grécia antiga o “louco” não era excluído da sociedade, pelo contrário, para Sócrates a loucura era entendida como uma divindade, sendo por ele dividida em quatro grupos: A loucura profética (Apolo), a ritual (Dionísio), a poética (As musas) e a erótica (Atenas) (Pelbar, 1989). Platão acreditava fielmente na loucura como divina, como uma

mensagem de Deus e do destino. Segundo Platão era melhor um delírio vindo de Deus, do que o achismo do homem (Pelbar, 1989).

Hipócrates contestava a hipótese da loucura divina, sua hipótese era baseada em causas orgânicas que acometiam o encéfalo. A loucura era devido a alteração da BÍLIS: a loucura mais simples, devido a alteração na bÍlis amarela, a melancolia devido a bÍlis negra e os estados de maior agitação e perversidade pelo aquecimento do encéfalo pela bÍlis (Pessotti, 1999).

### **2.1.2. Idade Média:**

Essa é uma época na qual o cristianismo detinha autoridade sobre todos os aspectos vivenciados pelo ser humano, seja religioso, científico, moral, ético, social e pessoal. O cristianismo moldava o mundo a partir dos ensinamentos de Deus, que todos deveriam obedecer e temer, e orquestrando o mundo estaria a religião cristã. A loucura foi rapidamente associada a um cunho religioso (Pessotti, 1999).

O louco nessa época era considerado não como criatura divina, mas como criatura do demônio, trazendo consigo tudo de pior que existisse no mundo (Foucault, 1972; Pessotti, 1999). Mesmo assim, a princípio o louco não era enclausurado, mas passava por vários rituais de exorcismos e os mais agitados e agressivos, eram submetidos a castigos físicos, flagelamentos, jejuns prolongados e outras torturas, para que os demônios saíssem deles, no denominado “ Período de caça aos loucos” (Pelbar, 1989).

Nessa época a Lepra, mais do que a loucura, era a maior encarnação do mal, sendo os leprosos excluídos da sociedade, mandados aos leprosários, enormes casas onde se amontoavam, com a ideia de exclusão pela salvação divina. No final da idade média, os leprosários ficaram vazios, durante um longo período, cerca de dois séculos (Foucault, 1989).

### **2.1.3. Renascença:**

A loucura no século XV até o século XVII era tida como um sarcasmo do saber, não era a realidade do mundo, era a realidade que o homem acreditava existir. A loucura estava explicitamente ligada a Razão e era a fonte de todas as fraquezas humanas (Foucault, 1972, p. 24). Estava presente na literatura, teatro, poesia, nas artes em geral. Nesta época, o louco era visto como o detentor da verdade (Foucault, 1972, p.

14). Após essa época, sob influência dos pensamentos de Descartes, a loucura passa a ser vista não como razão, mas como desrazão. A partir disso, a ciência a transformou numa doença e o homem contemporâneo parou de se comunicar com o louco (Foucault, 1972; Pelbar, 1989).

Nesse período o louco sofreu vários tipos de exclusão, a princípio a “Nau dos Loucos” os loucos eram colocados em navios e levados mar a dentro para outras cidades, em busca da razão. Nas cidades, eram maltratados, trancafiados ou enxotados, pelos cidadãos, em contrapartida outros recebiam moradia e donativos. “A navegação entrega o homem à incerteza da sorte” (Foucault, 1972, p. 12). Durante a crise econômica do período renascentista, houve aumento do número de mendigos nas ruas. Foi proposto, não como medida de cura e sim de disciplina para os “vagabundos” e manutenção da ordem pública, O “Grande enclausuramento”, cujo objetivo perverso, era trancafiar, nos antigos leprosários, denominados agora como asilos, hospícios e hospitais gerais, todas as prostitutas, doentes venéreos, desafetos do Rei, moribundos, mendigos, desordeiros, marginais e também os loucos (Foucault, 1972; Pelbar, 1989; Torre and Amarante, 2001).

#### **2.1.4. Revolução Francesa:**

Após a revolução francesa, o grande enclausuramento foi bastante criticado por vários pensadores, cujo destaque foi do Dr. Philippe Pinel, que foi o primeiro clínico da loucura. Pinel acabou com o grande enclausuramento, mostrou que a loucura era uma doença mental e objeto de tratamento médico, surgindo então o termo psiquiatria, como uma área de saber e estudos. (Foucault, 1972; Torre and Amarante, 2001).

Pinel então transforma os hospitais gerais, onde se recebia todo tipo de miserável, em hospitais psiquiátricos, em busca da cura para esses doentes (Foucault, 1972). A proposta terapêutica de Pinel, não era pautada em questões físicas, mas sim morais, como isolamento do mundo externo, para que recuperasse a racionalidade moral, fazendo com que indiretamente criasse a exclusão social desses indivíduos (Foucault, 1972; Torre and Amarante, 2001).

#### **2.1.5: Pós segunda guerra a dias atuais:**

O ano de 1952 foi um marco na história da psiquiatria, quando foi descoberto o primeiro psicofármaco. Desde então a indústria farmacêutica começa a investir cada vez

mais na saúde mental (Aguiar, 2004). Também nesse mesmo ano surgiu o Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM), a princípio com diagnósticos bastante influenciados pela psicanálise e pela psiquiatria social comunitária (Aguiar, 2004). A partir de 1980, com o DSM III, ocorre a quebra dessa influência, com o investimento das grandes indústrias farmacêuticas e das grandes seguradoras de saúde que custearam fervorosamente as pesquisas e a construção de um manual não mais baseado em influências, mas sim em dados científicos. Surge então o termo transtorno mental, diagnosticado a partir de determinados sintomas numa variação de tempo. (Aguiar, 2004).

Após a segunda guerra mundial, várias regiões do mundo se organizaram com relação aos cuidados em psiquiatria, sendo diferentes vertentes, baseada em paradigmas que cada região se influenciava. (Goulart, 2006). Dentre os paradigmas de influência temos a psiquiatria comunitária, a de setor, a antipsiquiatria, as comunidades terapêuticas e a psiquiatria democrática, que era o modelo da Itália na década de 60 e 70. Este último preconizava a desinstitucionalização que significa a desconstrução de modelos e valores racionais de descartes, criando a psiquiatria democrática e transformando as relações de poder dentro das instituições pública e privadas (Goulart, 2006). O modelo italiano de psiquiatria democrática foi referência para a reordenação do sistema de assistência aos pacientes psiquiátricos no Brasil (Goulart, 2006).

Em 1991 a Organização das Nações Unidas (ONU) redigiu uma carta com 25 princípios fundamentais para proteção de indivíduos com TM e para melhoria da assistência à saúde desses pacientes. O ano 2001 foi declarado pela ONU como o ano da luta pela saúde mental e pelos doentes mentais. (Goulart, 2006).

## **2.2. Contexto Histórico: Saúde mental e Psiquiatria no Brasil.**

No período colonial o portador de TM, na época chamado de alienado, idiota, louco, era tratado de acordo com a quantidade de bens que a família tinha. (Oda and Dalgarrondo, 2004; Miranda-Sá, 2007). Os alienados com condições econômicas mais favoráveis eram tratados em casa, como não era reconhecido um problema médico, os doentes mais “tranquilos”, ficavam em casa, e as vezes eram mandados para Europa. Os mais agitados, eram trancafiados em quartos separados de suas residências. Os alienados pobres e tranquilos, ficavam vagando sem rumo pelas cidades e os mais

agitados eram trancafiados em cadeias, onde sofriam maus tratos e muitos morriam. (Oda and Dalgarrondo, 2004).

Devido a crescente urbanização, aumentaram também as reclamações devido aos alienados perambulando pelas ruas. Com a vinda da família real para o Brasil em 1801, esses alienados, que eram trancafiados em cadeias, juntamente com criminosos, arruaceiros e vadios, são agora trancafiados nas Santas Casas de Misericórdia, que em vários relatos da literatura não eram tão diferentes das cadeias. Eram casas coordenadas pela igreja católica, abrigavam vários tipos de miseráveis, com o objetivo mais de caridade do que de alguma assistência médica. (Oda and Dalgarrondo, 2004).

Baseados nas ideias da Revolução Francesa e de Pinel, a saúde mental muda em todo o mundo, não sendo diferente aqui no Brasil. (Miranda-Sá, 2007). A primeira instituição destinada unicamente aos alienados, foi criada por Dom Pedro II em 1841 ao completar a maioria, demorando 10 anos para ser construída, sendo no ano de 1852 inaugurado o Hospício Pedro II. Durante o segundo Reinado, foram criadas ainda instituições, que se intitulavam, Hospícios exclusivos para alienados, nas regiões de São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará. Essas instituições ainda passaram um bom tempo sendo administradas pela igreja católica e somente no século XX que o médico nelas adentrou. (Oda and Dalgarrondo, 2004; Miranda-Sá, 2007).

Devido à não sintetização de medicamentos psiquiátricos, a assistência a esses pacientes não só no Brasil, mas no mundo, vinha declinando. Com a descoberta pós segunda guerra mundial dos fármacos psiquiátricos, houve então um importante controle dos sintomas mentais. Essa situação, abriu precedentes para que o tratamento do transtorno mental se tornasse, único e exclusivamente farmacológico, com organizações enriquecendo pelos lucros advindos das medicações. Porém inúmeros pacientes que viviam em hospício, já na primeira gestão do Serviço Nacional de Doenças Mentais com o professor Jurandyr Manfredini, passaram a ser atendidos ambulatorialmente, iniciando assim, as primeiras ideias para mudança do modelo de assistência ao paciente psiquiátrico, cujo objetivo era tirar esses pacientes dos hospícios, ou seja a desinstitucionalização e reinserção na sociedade. (Miranda-Sá, 2007).

Nos anos 70 e 80 a OMS preconiza a descentralização dos serviços psiquiátricos e a integração desses serviços em unidades de cuidados gerais, pois notou-se que era impossível esse tipo de cuidado apenas para serviços especializados. (Nunes

et al., 2007). Nessa perspectiva inicia no Brasil o debate sobre a abordagem da assistência psiquiátrica, tendo como proposta, seguir os passos das mudanças feitas na Europa, como da psiquiatria preventiva e comunitária através da expansão de serviços não terceirizados, comunidades terapêuticas, em busca da maior humanização possível nos hospitais que cuidam desses transtornos. (Borges and Baptista, 2008).

Em 1978 surge o Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) com propostas de tirar esses doentes dos manicômios, devido a falência de tratamento dessas instituições, as más condições de funcionamento e maus tratos. (Borges and Baptista, 2008). Em 1989 o Deputado Paulo Gabriel Godinho Delgado, do estado de Minas Gerais, baseado no Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são de universalidade, integralidade e descentralização, criado em 1988, apresentou um projeto de lei nº. 3657/89, que fala sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentava também a internação psiquiátrica compulsória, (Borges and Baptista, 2008).

Após vários debates, três conferências nacionais de saúde mental, inúmeras portarias e leis, principalmente após a lei nº. 10.219/2001, a Política Nacional de Saúde Mental foi consolidada e assim surge o novo modelo de assistência psiquiátrica do Brasil. Com ele o Ministério da Saúde preconiza a saúde mental sendo tratada por uma rede assistencial, tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como o pilar central da rede. (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

A assistência deve ser prestada também pela rede básica, através da estratégia de saúde da família, além dos ambulatórios especializados, leitos em hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial. Esse modelo de assistência ainda hoje não está concretizado na sua totalidade (Onocko-Campos, Furtado, 2006).

## **2.3. Transtornos Mentais**

### **2.3.1. Conceito:**

O conceito de TM é enfatizado na Classificação Internacional de doenças (CID-10), no capítulo de Transtornos Mentais e de Comportamento, classificando assim, como patologias de magnitude psíquica em associação a algum comprometimento estrutural, resultante de alguma disfunção de componentes físicos, psicológicos, sociais, ou uma associação destes. Os transtornos mentais produzem

prejuízos em todos os âmbitos no indivíduo, seja ele pessoal, social e financeiro (Santos and Siqueira, 2010).

### **2.3.2. Epidemiologia:**

O estudo Global Disease Burden, avaliou as 130 enfermidades mais prevalentes no mundo. Observou as patologias que mais comprometiam funcionalmente o indivíduo e obtiveram a seguinte conclusão: sete dentre as dez primeiras causas de incapacidade nos anos vividos desses pacientes se deviam aos TM, sendo depressão maior a aquela com a maior taxa evidenciada nesse estudo (WHO, 2001).

Alguns estudos mostraram alta prevalência de TM no Brasil, chegando a taxas de 20,2% (Faisal-Cury et al., 2009). Em países da América Latina a prevalência ainda foi maior, chegando a 26,7% (Araya et al., 2001). Num contexto geral dos TM, a maior prevalência está entre as mulheres, pacientes de baixa renda, baixa escolaridade, com aumento da idade, piores condições de moradia, solteiros, com pouco apoio emocional (Santos and Siqueira, 2010; Goncalves and Kapczinski, 2008; Almeida Filho et al., 1997).

Os TM representam cerca de 13% a 14% de todos os agravos a saúde, mas, devido a vários fatores intrínsecos e extrínsecos, sua natureza subjetiva e estigma da população, menos de 1% dos gastos totais em saúde, são investidos em saúde mental (Rocha et al., 2010). Devido a essa triste realidade, poucos casos de TM são diagnosticados corretamente e recebem tratamento adequado, o que eleva os custos sociais e econômicos. (Almeida-Filho et al., 1997). Em virtude da dificuldade no diagnóstico e tratamento, perdem-se dias de trabalho, além de aumentar os custos da saúde pública (Ludermir and Melo, 2002; Maragno et al., 2006).

Em 1996 cientistas da Universidade de Havard, publicaram uma pesquisa sobre a incapacidade das doenças, com base no indicador disability adjusted life of years (DALY) que mostra os anos de vida perdidos do paciente, ajustados devido a incapacidade funcional. Dentre as dez doenças mais incapacitantes, cinco delas são mentais. Com isso, os TM ganharam destaque, como problema de saúde pública (Lopez and Murray, 1996). Nesse contexto vamos estudar o transtorno mental comum (TMC), pois é o TM mais prevalente na população e um dos mais subdiagnosticados (Skapinakis et al., 2013).

## **2.4. TMC**

### **2.4.1. Conceito:**

O conceito de TMC surgiu na década de 1970 por meio de pesquisas sobre adoecimento mental no âmbito da atenção primária em saúde, sendo descrito por Goldberg e Huxley em 1992 (Goldberg and Huxley, 1992; Patel, 2003). Os referidos autores caracterizam-no por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, redução da capacidade de concentração, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e transtornos de causa orgânica indefinida (Goldberg and Huxley, 1992). O TMC não preenche critérios no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), para algum TM, seus sintomas levam o paciente a procurar auxílio médico, e quando buscam, não sabem expressar ao certo o que estão sentindo, com isso aumenta muito a dificuldade no seu diagnóstico e tratamento (Marin-Leon et al., 2007; Fortes et al., 2008). O TMC mesmo com esses sintomas inespecíficos, pode levar a uma incapacidade semelhante a doenças crônicas (Marin-Leon et al., 2007; Fortes et al., 2008).

### **2.4.2. Epidemiologia:**

Alguns estudos revelaram, que a prevalência de TMC na população industrializada variava entre 7% e 30% (Lima, 1996). Na população brasileira a prevalência variava entre 22% e 35% (Ludermir and Melo, 2002) e em pacientes atendidos pela estratégia saúde da família a prevalência foi de 56% (Fortes et al., 2008).

A pesquisa realizada em 2007 com estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) revelou taxa de 42,5% de TMC (Costa et al., 2010). A grande maioria das pesquisas mostraram a maior prevalência em pacientes do sexo feminino (Araujo et al., 2005), idade mais avançada, baixa renda, baixa escolaridade, baixas condições de moradia (Lima, 1996; Ludermir and Melo, 2002; Costa and Ludemir, 2005), que já apresentavam algum TM associado e utilizavam psicofármacos (Costa et al. 2010), pouco apoio emocional (Lima, 1996; Costa et al, 2010; Costa and Ludemir, 2005), e apresentavam doença crônica, seja ela de caráter infeccioso, neoplásico, cardiovascular, dentre outras (Zewdu and Abebe, 2015; Araujo et al., 2014).

### **2.4.3. Instrumento de diagnóstico (SRQ20):**

A OMS desenvolveu em 1980 o Self Report Questionnaire 20 (SRQ20), para detecção de TMC na população geral (Gonçalves et al., 2014). Para ser validado no

Brasil foi submetido a um estudo e validação em 1986 por Williams P. e Mary JJ. (Mary and Williams, 1986).

É um instrumento com índices de especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e erro de classificação de respectivamente 81%, 89%, 81%, 82% e 19%. O que demonstrou que é um instrumento bastante satisfatório, se comparar com estudos com a estrutura de investigação semelhante (Mary and Williams, 1986).

Esse questionário é composto por 20 questões relacionadas à condição de saúde mental nos últimos 30 dias, cujas respostas são objetivas, binárias, do tipo sim e não, contendo um ponto de corte determinado. O melhor ponto de corte para esta pesquisa foi determinado, a partir do trabalho original de Mary JJ. (Mary and Williams, 1986), de outros estudos tanto no Brasil, como internacionais, sendo: nos homens score igual ou acima de seis considera-se os casos como suspeitos, enquanto que nas mulheres, score igual ou acima de oito, considera-se casos suspeitos (Ludermir and Melo, 2002; Costa and Ludemir, 2005; Mary and Williams, 1986).

## **2.5. Interconsulta Psiquiátrica:**

### **2.5.1. Histórico:**

A relação da psiquiatria com hospitais gerais já existe desde o século XVIII. Mas, a partir do século XX, principalmente após a II Guerra Mundial, que essa relação cresceu, principalmente nos Estados Unidos e na Europa (Nogueira-Martins, 1997; Nogueira-Martins and Botega, 1998; Schmitt and Gomes, 2005). No Brasil, só a partir de 1950 que surgiram as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, e foi com o novo modelo de assistência psiquiátrica que cresceu essa realidade (Nogueira-Martins and Botega, 1998). Apenas em 1970 foi iniciada a prática da interconsulta psiquiátrica no Brasil. A escola paulista de medicina foi a pioneira, num serviço estruturado de interconsulta, isso em 1977 e em prática se expandiu em 1980, com a publicação de Nogueira-Martins e Frenk, que relatava várias experiências nessas práticas, num hospital geral (Nogueira-Martins and Botega, 1998).

### **2.5.2. Conceito:**

Desde o seu surgimento até agora existem vários tipos de conceituação para a interconsulta psiquiátrica, num conceito mais amplo temos que:

“A interconsulta psiquiátrica se refere à presença do psiquiatra em uma unidade ou serviço médico atendendo à solicitação de um médico de outra especialidade. A Interconsulta é, portanto, em essência, uma atividade Interprofissional e interdisciplinar” (Nogueira-Martins,1993).

### **2.5.3. Objetivos:**

Os objetivos do serviço de interconsulta são: auxiliar no diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com algum tipo de transtorno psiquiátrico, seja ele orgânico ou psíquico; atuar e fazer uma ligação com a medicina geral, orientar o médico solicitante com relação a situações de emergência psicológica, manejo de psicofármacos, visualização do paciente em seu contexto físico, social e emocional. Deve integrar da melhor forma a terapêutica dos pacientes com toda equipe, um cuidado integral com esses enfermos, inclusive, difundir o conhecimento em psiquiatria para outras áreas (Nogueira-Martins and Botega, 1998; Schmitt and Gomes, 2005).

Edward Billings, o criador do termo "consultation-liaison psychiatry" já mostrava os benefícios da interconsulta psiquiátrica, há mais de cinquenta anos, relatando, o que até hoje vem se concretizando (Levitan and Kornfeld, 1981; Munford et al., 1984; Santos et al., 2011).

"A integração dos princípios da Psiquiatria com os de outras áreas da Medicina diminui os erros diagnósticos e terapêuticos, reduz o tempo de hospitalização e isto representa uma economia para o hospital, para o paciente e para a comunidade" BILLINGS (apud HALES, 1985)".

### **2.5.4. Epidemiologia:**

A proporção de TM em pacientes internados em hospital geral, chega a ser de 50%, variando devido as condições sociais, tipo de doença, que podem ser clínicas ou cirúrgicas, gravidade e cronicidade da patologia, instrumentos de pesquisa, entre outros. Esses transtornos podem ser devido a um problema mental associado, quadro clínico de base, reações agudas a doença, ao tratamento ou a hospitalização (Ogawa et al., 2010; Ogawa et al., 2012).

Apenas 30% dos pacientes acometidos por TM, em hospitais gerias, são diagnosticados e tratados. Essa complicada realidade é devido a vários fatores, falta de queixa pelo paciente, falta de privacidade no leito, baixa especificidades dos sintomas como (ansiedade, tristeza, inapetência, falta de ar, fadiga, insônia) não sendo então valorizados pelos plantonistas ou diaristas e mesmo que os médicos suspeitem, não tratam por se sentirem inseguros. Com esses e outros fatores, há um aumento da morbimortalidade dos enfermos, tempo de internamento e custos para a sociedade (Nogueira-Martins and Botega, 1998).

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, A. A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro, Editora: **Relume Dumará**, 2004, 166 p.

Almeida-Filho, N.; Mari, J.J.; Coutinho, E.; Franca, J.F.; Fernandes, J.; Andreoli, S.B. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **The British Journal of Psychiatry**. Salvador, Bahia, 1997; 171: 524- 9.

Araújo, G.S.; Pereira, S.M.; dos Santos D.N.; Marinho, J.M.; Rodrigues, L.C.; Barreto, M.L. Common mental disorders associated with tuberculosis: A matched case-control study. **PLoS One**. Salvador Bahia, 2014;9(6).

Araújo, T.M.; Pinho. O.S.; Almeida, M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**. Recife 2005; 5: 337-348.

Araya, R.; Rojas, G.; Fritsch, R.; Acuña, J. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and sócio-demographic correlates. **The British Journal of Psychiatry**. Santiago, Chile, 2001; 178: 228-33.

Borges, C.F.; Baptista, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev. 2008, v. 24, n. 2, p.456-468.

Carvalho, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **The British Journal of Psychiatry**. Rio de Janeiro, 2013 v. 62, n. 1, p. 38-45.

Costa, A.G.; Ludermir, A.B. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. Pernambuco, Recife 2005;21(1):73-79.

Costa, E.F.; Andrade, T.M.; Silvany, Neto A.M. et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Aracaju, Sergipe. 2010;32(1):11-19.

Faisal-Cury, A.; Menezes, P.; Araya, R. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy, **Arch Womens Ment Health**. São Paulo, 2009, vol. 12 5: 335-343.

Fortes, S.; Villano, L.A.B.; Lopes, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, mar. 2008.

Foucault, M. (1961) *História da Loucura na Idade Clássica*. 5ª Ed. São Paulo, Editora **Perspectiva**. 1972. 608 p.

Goldberg, D.P.; Huxley, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London, Tavistock/Routledge; 1992.

Gonçalves, D.A.; Mari, J.J.; Bower, P.; Gask, L.; Dowrick, C.; Tófoli, L.F.; Campos, M.; Portugal, F.B.; Ballester, D.; Fortes, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2014; 30(3):623-632.

Goncalves, D.M.; Kapczinski, F. Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio Grande do Sul, 2008, 24:2043-2053.

Goulart, M.S.B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006,1(1), 1-19.

Hales, R. E. The benefits of a Psychiatric Consultation-Liaison Service in a General Hospital. **General Hospital Psychiatry**, Bethesda EUA, 1985, 7:214-218.

Levitan, S.J.; Kornfeld D.S. Clinical and Cost Benefits of a Liaison Psychiatric. **American Journal of Psychiatry**. Nova York, 1981; 138(6):790-793.

Lima, M.C.P.; Menezes, P.R.; Carandina, L.; Cesar, C.L.G.; Azevedo, M.B.; Goldbaum, M. Common mental disorders and the use of psychoactive drugs: the impact of socioeconomic conditions. **Revista Saúde Pública**, São Paulo,2008;42(4):717-23.

Lima, M.S.; Beria, J.U.; Tomasi, E.; Conceicao, A.T.; Mari, J.J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med**. São Paulo,1996;26(2):211-222

Lopez, A.D.; Murray, C.C.The global burden of disease, 1990-2020. **Nature Medicine**. Geneva, Switzerland, 1998;4:1241-1243.

Lucchese R., Sousa K., Bonfim S.P., Vera I., Santana F.R. Prevalence of common mental disorders in primary health care. **Acta Paul Enferm**. 2014;27(3):200-7

Ludermir, A.B.; Melo Filho, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública Recife**, Pernambuco, 2002; 36:213-221.

Maragno, L.; Goldbaum, M.; Gianini, R.J.; Novaes, H.M.; Cesar, C.L. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro. 2006; 22(8):1639-1648

Mari, J.J.; Williams, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**. São Paulo, 1986;148:23-26.

Marin-Leon, L.; Oliveira, H.B.; Barros, M.B.; Dalgarrondo, P.; Botega, N.J. Social inequality and common mental disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Campinas, São Paulo. 2007;29(3):250-253.

Miranda-Sá, L.S.J. Breve Histórico da Psiquiatria no Brasil: do Período Colonial à Atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2007, v. 29, n. 2, p. 156-158.

Mumford, E.; Schlesinger, H.J.; Glass, G.V.; Patrick, C.; Cuerdo, T. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. **American Journal of Psychiatry**. Washington, USA, 1984; 141(10):1145-1158.

Nogueira-Martins, L.A. A interconsulta como instrumento da psiquiatria de hospital geral. **Caderno IPUB**. São Paulo 1997;6:33-44.

Nogueira-Martins, L.A.; Botega, N.J. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. **Revista ABP-APAL** São Paulo, 1998, 20(3):105-111.

Nunes, M.; Jucá, V.J.; Valentim, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Salvador, Bahia, 2007, v.23, n.10, p.2375-2384,

Oda, A.M.G.R.; Dalgalarrodo, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Campinas, São Paulo, 2004 VII (1):128-141.

Ogawa, A.; Nouno, J.; Shirai, Y. et al. Availability of psychiatric consultation-liaison services as an integral component of palliative care programs at Japanese cancer hospitals. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokio, Japan 2012, Volume 42, Issue 1, 1 January 2012, Pages 42–52

Ogawa, A.; Shimizu, K.; Akizuki, N.; Uchitomi, Y. Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. **Japanese Journal of Clinical Oncology**. Tokio, Japan 2010;40:1139–46.

Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Campinas, São Paulo, 2006, 22(5): 1053-1062.

Organização Mundial da Saúde. CID10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª Revisão. São Paulo: **EDUSP**; 2003. Vol 1 e 2.

Patel, V.; Kleinman, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organ**. Boston, 2003;81(8):609-15.

Pelbar, P.P. (1989). Da Clausura do fora ao fora da clausula. 1ª Ed. São Paulo, Editora **Brasiliense**. 235 p.

Pessotti, I. (1999). Os nomes da loucura. 1ª Ed. São Paulo. Editora **34**. 267 p.

Rocha, S.V.; Almeida, M.M.G.; Araújo, T.M.; Virtuoso-Júnior, J.S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Bahia, 2010;13(4):630-40

Santos, E.G.; Siqueira, M.M. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. Vitória, Espírito Santo, Brasil, **The British Journal of Psychiatry**. 2010;59:238-246.

Santos, N. C. A.; Slonczewski, T.; Prebianchi, H. B.; Oliveira, A. G.; Cardoso, C. S. Consultation-liaison psychology: demand and assistance in general hospital. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 2011; 16(2), 325-334.

Schmitt, R.; Gomes, R.H. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, jan/abr 2005;27(1):71-81.

Skapinakis, P.; Bellos, S.; Koupidis, S.; Grammatikopoulos, L.; Theodorakis, P.N.; Mavreas, V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**. Epiros, Grécia 2013;13:163.

Torre, E.H.G.; Amarante, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2001; 6(1):73-85.

World Health Organization. The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

Zewdu, S.; Abebe, N. Common mental disorder among HIV infected individuals at comprehensive HIV care and treatment clinic of Debre Markos Referral hospital,

Ethiopia. Zewdu and Abebe, **Journal of AIDS and Clinical Research**. Etiópia, 2015, 6:2.

#### **4. NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO**

##### **Revista da Associação Médica Brasileira-RAMB**

##### **Objetivo e Política editorial**

A Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB), editada pela Associação Médica Brasileira, tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento médico. A RAMB é indexada nas bases de dados SciELO, Science Citation Index Expanded (SCIE), Scopus, Web of Science, Institute for Scientific Information (ISI), Index Copernicus, LILACS, MEDLINE e CAPES - QUALIS B2. Atualmente, a revista é produzida apenas na versão on-line de livre acesso ([www.ramb.org.br](http://www.ramb.org.br)) e os artigos são publicados na língua inglesa.

A RAMB aceita para publicação artigos nas seguintes categorias: Artigos Originais, Artigos de Revisão, Correspondências, Ponto de Vista, Panorama Internacional, À Beira do Leito e Imagem em Medicina. A submissão dos artigos é totalmente gratuita, sem cobrança de qualquer taxa aos seus autores. O Conselho Editorial recomenda fortemente que os autores leiam a versão on-line da RAMB e analisem os artigos já publicados como modelo para a elaboração de seus trabalhos.

##### **Informações gerais**

##### **- Como submeter artigos**

Os artigos e correspondências deverão ser enviados somente via internet pelo seguinte endereço eletrônico: [www.ramb.org.br](http://www.ramb.org.br). Basta a realização de um cadastro, seguido do envio do manuscrito, obedecendo as normas aqui descritas. Só serão aceitos artigos que, dentre seus autores, contenha, no mínimo, um médico.

Os artigos poderão ser escritos em português, espanhol ou na língua inglesa, mas serão publicados na versão em inglês. Cada artigo, acompanhado de correspondência ao editor, deverá conter título, nome completo do (s) autor (es), instituição na qual o trabalho foi realizado e seção da revista à qual se destina.

O conteúdo do material enviado para publicação na RAMB não pode estar em processo de avaliação, já ter sido publicado, nem ser submetido posteriormente para publicação em outros periódicos. A critério do editor chefe, todos os artigos recebidos são revisados por membros do Conselho Editorial.

Ao preparar o manuscrito, os autores deverão indicar qual ou quais áreas editoriais estão relacionadas ao artigo, para que este possa ser encaminhado para análise editorial específica.

O Conselho Editorial recomenda que os autores façam uma busca por artigos relacionados ao tema e publicados anteriormente na RAMB ou em outros periódicos indexados no SciELO, utilizando as mesmas palavras-chaves do artigo proposto. Estes artigos devem ser considerados pelos autores na elaboração do manuscrito com o objetivo de estimular o intercâmbio científico entre os periódicos SciELO.

#### **- O que acontece depois que o artigo foi submetido?**

Em virtude do grande número de artigos enviados, o Conselho Editorial adotou critérios de seleção para o processo de revisão por pares. A exemplo do que acontece com outros periódicos, a maior parte dos artigos submetidos não passa para a fase detalhada de avaliação que é a revisão por pares. Os critérios que o Conselho Editorial adotou para essa seleção inicial incluem o perfil editorial da revista e de seus leitores, área de interesse do tema principal do trabalho, título e resumo adequados, redação bem elaborada, metodologia bem definida e correta (incluindo, no caso de estudos clínicos, tamanho amostral, metodologia estatística e aprovação por Comitê de Ética), resultados apresentados de maneira clara e conclusões baseadas nos dados. Esse procedimento tem por objetivo reduzir o tempo de resposta e não prejudicar os autores. A resposta detalhada, elaborada pelos revisores, só ocorre quando o artigo passa dessa primeira fase.

No caso de rejeição, a decisão sobre a primeira fase de avaliação é comunicada aos autores em média duas a três semanas depois do início do processo (que começa logo após a aprovação do formato pelo revisor de forma). O resultado da revisão por pares contendo a aceitação ou a rejeição do artigo para publicação ocorrerá no menor prazo possível.



- b) Nome, sobrenome do autor e instituição a qual pertence o autor.
- c) Nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado.
- d) Carta de apresentação, contendo assinatura de todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, porém apenas um deve ser indicado como responsável pela troca de correspondência. Deve conter telefone, fax, e-mail e endereço para contato.
- e) Aspectos éticos: carta dos autores revelando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar ou ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho. Na carta deve constar ainda, quando cabível, a data da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores. É absolutamente obrigatório o envio, juntamente com o artigo, do termo de copyright, disponível no site da Ramb, devidamente assinado pelos autores, sem o qual o artigo não seguirá o seu fluxo normal de avaliação.

#### **- Tópicos dos artigos**

Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas.

#### **- Notas de rodapé**

Apenas quando estritamente necessárias; devem ser assinaladas no texto e apresentadas em folha separada após a do resumo, com o subtítulo "Nota de rodapé".

#### **- Agradecimentos**

Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Deve vir antes das referências bibliográficas.

#### **- Resumo/Summary**

O resumo, com no máximo 250 palavras, deverá conter objetivo, métodos, resultados e conclusões. Após o resumo deverão ser indicados, no máximo, seis Unitermos (recomenda-se o vocabulário controlado do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, publicação da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Para os termos em inglês recomenda-se o MeSH da base Medline. O Summary visa permitir a perfeita compreensão do artigo. Apresentar

em folha separada e seguir o mesmo modelo do resumo: background, methods, results, conclusions. Deve ser seguido de keywords.

Artigos escritos em português devem conter, na segunda página, dois resumos: um em português e outro em inglês (Summary). Artigos escritos em espanhol devem apresentar resumos em inglês (Summary) e português. Os escritos em inglês devem conter resumo também em português.

### **- Referências bibliográficas**

As referências bibliográficas devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória sua citação. Devem ser citados todos os autores, totalizando seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado de acordo com a LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS do ano corrente, disponível também on-line nos sites: [www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html](http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) ou [www.nlm.nih.gov/citingmedicine](http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine) ou, se não for possível, a Associação de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos:

1. *Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5-year follow-up. Br J Cancer 1996; 73:1006-12.*
2. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med 1996; 124:980-3.*
3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust 1996; 164:282-4.*
4. Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J 1994; 84:15.*
5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.
6. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1): [24 screens]. Available from: URL: [www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm).*

7. Leite DP. Padrão de prescrição para pacientes pediátricos hospitalizados: uma abordagem farmacoepidemiológica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Referências de “resultados não publicados” e “comunicação pessoal” devem aparecer, entre parênteses, seguindo o (s) nome(s) individual (is) no texto. Exemplo: Oliveira AC, Silva PA e Garden LC (resultados não publicados). O autor deve obter permissão para usar “comunicação pessoal”.

#### **- Citações bibliográficas**

As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, na ordem em que aparecem no texto. Exemplo: Até em situações de normoglicemia <sup>6</sup>.

#### **- Figuras, tabelas, gráficos, anexos**

No original deverão estar inseridos tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. Devem ser apresentados apenas quando necessários, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no MÁXIMO TRÊS.

a) as figuras, sempre em preto e branco, devem ser originais e de boa qualidade. As letras e símbolos devem estar na legenda.

b) as legendas das figuras e tabelas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto.

c) as tabelas, com título e legenda, deverão estar em arquivos individuais.

d) é preciso indicar, em cada figura, o nome do primeiro autor e o número da figura. Figuras e tabelas deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto.

#### **- Abreviações / Nomenclatura**

O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no trabalho.

## **- Terminologia**

Visando o emprego de termos oficiais dos trabalhos publicados, a RAMB adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA). As indicações bibliográficas para consulta são as seguintes: FCAT – IFAA (1998) – International Anatomical Terminology – Stuttgart – Alemanha – Georg Thieme Verlag , Editora Manole.

## 5. ARTIGO ORIGINAL

### PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### PREVALENCE OF COMMON MENTAL DISORDER INPATIENTS OF A UNIVERSITY HOSPITAL.

**Autores:** Erick Oliveira Cunha<sup>1</sup>; Juliana Gonçalves Oliveira<sup>1</sup>; Mariana Aguiar Machado<sup>1</sup>; Salvyana Carla Palmeira Sarmiento<sup>2</sup>; Enaldo Vieira Melo<sup>3</sup>; Edméa Fontes de Oliva-Costa<sup>3</sup>

- 1- Estudantes de Graduação do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil;
- 2- Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Brasil;
- 3- Professores Adjuntos Doutores do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil.

Trabalho realizado no Campus da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista, s/n, Bairro Cidade Nova Aracaju – SE, CEP: 49060-108.

#### **RESUMO:**

**OBJETIVO:** Estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e fatores associados em pacientes internados no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe e possíveis fatores de risco.

**MÉTODO:** Estudo transversal, descritivo e analítico, com 87 pacientes internados num HU, através de dois instrumentos: questionário estruturado elaborado pelos autores e o Self Report Questionnaire (SRQ-20) para investigação de TMC. Análise de dados através de estatística descritiva, análise bivariada e análise multivariada por regressão logística e cálculo da odds ratio (OR).

**RESULTADOS:** A Prevalência de TMC foi 44,8% (IC 95%), no entanto, em apenas 3,4% dos pacientes houve solicitação de interconsulta psiquiátrica. Na regressão logística as variáveis analisadas foram: motivo do internamento, histórico de TM, internamentos anteriores, uso de psicofármaco, a enfermidade atrapalha o seu dia-a-dia,

efeito colateral de medicações utilizadas na internação e informações suficientes. No modelo ajustado as variáveis associadas ao TMC foram o uso de psicofarmacos com 9,32 vezes maior probabilidade, repercussão negativa da doença na vida do paciente, com 10 vezes maior probabilidade e o histórico de internamentos anteriores, com 3,2 vezes maior probabilidade.

**CONCLUSÃO:** A frequência de interconsultas foi muito baixa, o que se contrapõe com a alta prevalência de TMC indicando subnotificação dos casos, consecutivamente uma dificuldade no tratamento, aumentando assim a morbidade do paciente, o aumento do tempo de permanência hospitalar, maiores custos pessoais e maiores custos para saúde pública.

**Palavras chaves:** Transtorno mental comum; saúde mental; pacientes internados; interconsulta psiquiátrica; hospital universitário.

**ABSTRACT:**

**OBJECTIVE:** Estimate the prevalence of common mental disorder (CMD) and its associated factors in patients admitted to the University Hospital (UH), of the Universidade Federal de Sergipe.

**METHODS:** Cross-sectional, descriptive and analytical study, with 87 patients admitted in UH, through two instruments: structured questionnaire developed by the authors and the Self-Report Questionnaire (SRQ-20) to TMC research. Data analysis using descriptive statistics, bivariate analysis and multivariate logistic regression analysis and calculation of the odds ratio (OR).

**RESULTS:** TMC prevalence was 44.8% (95%), but in only 3.4% of patients was request liaison psychiatric. In the adjusted model the variables associated with the TMC were using psychopharms with 9.32 times more likely, negative impact of disease on patient's life, with 10 times more likely and the history of previous admissions, with 3.2 times more likely.

**CONCLUSION:** The frequency of referral was very low, which contrasts with the high prevalence of CMD indicating underreporting, consecutively a difficulty in treatment, thereby increasing patient morbidity, increased hospital stay, higher personal costs and higher costs for public health.

**Descriptors:** Common mental disorder; mental health; in patients; liaison psychiatry; general hospital.

## **INTRODUÇÃO:**

A saúde mental e a psiquiatria passaram por várias vertentes durante a história, desde os tempos antigos, quando o louco era visto como uma obra divina<sup>1</sup>, passando pela idade média, sendo vistos como arte demoníaca<sup>2,3</sup>, na renascença como estorvo da sociedade, passando então por várias exclusões, através das naus dos loucos, que os mandavam em barcos pelo mar aberto sem rumo, ou através do grande enclausuramento, onde eram trancafiados nos antigos leprosários, junto com todo tipo de miserável e excluídos da sociedade<sup>1,2,4</sup>. Após Revolução Francesa e devido aos pensamentos de Pinel, a loucura foi tratada como enfermidade médica, sendo então criados hospícios para seu tratamento “adequado”<sup>2,4</sup>. Só nos anos 50 foram descobertos os primeiros psicofármacos, sendo então controlados efetivamente vários sintomas psíquicos e inúmeros doentes saíram da institucionalização para atendimento ambulatorial<sup>5</sup>.

Em 1991, a Organização das Nações Unidas (ONU) redigiu uma carta com 25 princípios fundamentais para proteção de indivíduos com transtorno mental e para melhoria da assistência à saúde desses pacientes. Em 2001 a ONU classificou como o ano da luta pela saúde mental e pelos doentes mentais<sup>6</sup>.

No Brasil os portadores de TM, a princípio, eram trancados juntamente com outros miseráveis, por caridade e não para tratamento, nas santas casas de misericórdia, comandadas pela igreja católica. Em 1842, foi criado o primeiro hospício exclusivo para esses pacientes, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, surgindo após vários outros em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará, esses comandados por médicos para tratamento, a partir do século XX.<sup>7</sup>

Em 1989 o Deputado Paulo Delgado, apresentou um projeto de lei n.º 3657/89, que trata sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentava também a internação psiquiátrica compulsória<sup>7</sup>.

Após vários debates, três conferências nacionais de saúde mental, inúmeras portarias e leis, principalmente após a lei n.º 10.219/2001, a Política Nacional de Saúde Mental foi consolidada e assim surge o novo modelo de assistência psiquiátrica do Brasil. Com ele

o Ministério da Saúde preconiza a saúde mental sendo tratada por uma rede assistencial tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como o pilar central da rede.<sup>8</sup>

Segundo tal modelo, a assistência deve ser prestada também pela rede básica, através da estratégia de saúde da família, além dos ambulatórios especializados, leitos em hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial. Esse modelo de assistência ainda hoje não está concretizado na sua totalidade<sup>8</sup>.

TM são enfermidades de magnitude psíquica em associação a algum comprometimento funcional de base física, psicológica, social ou uma associação desses<sup>9</sup>. Os TM produzem prejuízos em todos os âmbitos no indivíduo, seja ele pessoal, social e financeiro<sup>9,10</sup>. Apresentam grande prevalência no Brasil, chegando a taxas de 20,2%<sup>11</sup>, e em países da América Latina a 26,7%<sup>12</sup>. TM representam cerca de 13% a 14% de todos os agravos a saúde, contudo, menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em saúde mental<sup>13</sup>. Assim são poucos os casos de TM diagnosticados corretamente e grande parte não recebe tratamento adequado, elevando os custos sociais e econômicos, o que foi observado em diversas pesquisas<sup>14</sup>.

Transtorno mental comum (TMC) é caracterizado por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, redução da capacidade de concentração, sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e transtornos de causa orgânica indefinida<sup>15,16</sup>. É o TM mais prevalente, cujas taxas variam entre 7% e 30%<sup>17</sup>. Na população brasileira entre 22% e 35%<sup>17,18</sup>, e em pacientes atendidos pela estratégia saúde da família da cidade de Petrópolis, a prevalência foi de 56%<sup>19</sup>. O TMC tem maior prevalência em pacientes do sexo feminino<sup>20</sup>, idade mais avançada, acima dos 40 anos<sup>19</sup>, baixa renda, baixa escolaridade, condições precárias de moradia<sup>17,18,19</sup>. Que apresentam algum antecedente de TM<sup>22</sup> e utilizam psicofármacos de forma crônica<sup>34</sup>, tem pouco apoio emocional<sup>17,21,22</sup>, e apresentavam doença crônica, seja ela de caráter infeccioso, neoplásico, cardiovascular, dentre outras<sup>23,24</sup>.

A interconsulta psiquiátrica foi conceituada por Nogueira-Matins<sup>25</sup> como a presença do psiquiatra em uma unidade ou serviço, atendendo à solicitação de um médico de outra especialidade, sendo então, uma atividade interprofissional e interdisciplinar. Tem como objetivos auxiliar no diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com transtorno psiquiátrico, atuar e fazer uma ligação com a medicina geral, orientar o médico solicitante com relação a situações de emergência psicológica, manejo de psicofármacos e permitir o cuidado do paciente em seu contexto físico, social

e emocional<sup>25,26,27</sup>, ajudando então na diminuição da morbimortalidade dos enfermos, no tempo de internamento e custos para a sociedade<sup>26,27,28</sup>.

Existem poucos estudos verificando a prevalência desse TMC em pacientes internados nas enfermarias de hospitais gerais, demonstrando a importância da presente pesquisa.

Esse estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de TMC em pacientes internados em enfermarias clínica e cirúrgica de um Hospital Universitário, identificar prováveis fatores associados e verificar a prevalência de interconsultas psiquiátricas solicitadas para os pacientes internados.

## **METODOS**

### **Local de estudo**

Hospital Universitário, no campos da saúde Prof. João Cardoso Nascimento Júnior da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

### **População – Alvo da pesquisa**

Pacientes de uma amostra randômica internados nas enfermarias de Clínica Médica I e II e Clínica Cirúrgica do HU/UFS no segundo semestre de 2015 e no início do primeiro semestre de 2016. Os pacientes com nível e/ou conteúdo de consciência rebaixados, ficaram fora da pesquisa e naqueles pacientes analfabetos e/ou com alguma dificuldade orgânica na leitura do texto, os entrevistadores precisaram ler as perguntas e respostas do questionário SRQ 20, sendo que os entrevistadores foram muito bem treinados antes das entrevistas para não direcionar nenhuma resposta dos pacientes.

Como critérios de inclusão, foram estudados pacientes a partir da idade adulta, sem distinção de outros fatores sociodemográficos. Como critérios de exclusão, foram excluídos da pesquisa pacientes com rebaixamento de nível de consciência, ou que por algum motivo não conseguiam ou não quiseram participar da pesquisa.

### **Desenho do estudo**

Foi realizado um estudo transversal descritivo analítico.

## **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro/2015 a março/2016, após aprovação do comitê de ética. Os questionários, apesar de autoaplicáveis, foram lidos para os pacientes de baixo nível educacional, pelos colaboradores da pesquisa. A privacidade do entrevistado foi preservada durante a coleta de dados.

## **Instrumentos da pesquisa**

Utilizamos para coleta dos dados um questionário estruturado autoaplicável elaborado pelos autores deste estudo, contendo questões relativas a dados sociodemográficos, aspectos pessoais e vivências psicoemocionais. Esse questionário foi testado em um estudo piloto no ano de 2005 com estudantes de medicina do quinto semestre, com o objetivo de avaliação e aperfeiçoamento do instrumento.

Também foi aplicada a escala validada internacionalmente e no Brasil para screening de TMC, o Self Report Questionnaire (SRQ), em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica I e II e Clínica Cirúrgica do HU/UFS no período de novembro/2015 a fevereiro/2016.

A OMS desenvolveu em 1980 o Self Report Questionnaire 20 (SRQ20), para detecção de TMC na população geral<sup>29</sup>. Para ser validado no Brasil foi submetido a um estudo e validação em 1986 por Williams P. e Mary JJ<sup>29</sup>. É um instrumento com índices de especificidade de (81%), de sensibilidade de (89%), valor preditivo positivo de (81%), valor preditivo negativo de (82%) e erro de classificação de (19%), considerados bem satisfatórios para estudos similares<sup>29</sup>. Esse questionário é composto por 20 questões relacionadas à condição de saúde mental nos últimos 30 dias, cujas respostas são objetivas, binárias, do tipo sim e não, contendo um ponto de corte determinado. O melhor ponto de corte para esta pesquisa foi determinado a partir do trabalho original de Mary JJ<sup>29</sup>, de outros estudos brasileiros e internacionais sendo: nos homens score até cinco significa casos não suspeitos, igual ou acima de seis considera-se os casos como suspeitos, enquanto que nas mulheres menor ou igual a sete para os casos não suspeitos e igual ou acima de oito para os casos suspeitos<sup>18,24,29</sup>. No nosso estudo a associação da variável dependente (TMC) com as variáveis explicativas (gênero, idade, religião, procedência, renda, atividade laboral, sexo, estado civil, tempo de internamento, tipo de

enfermidade, se a terapêutica hospitalar compromete as funções psíquicas, histórico pessoal e familiar de TM, se houve interconsulta psiquiátrica, uso de psicofármacos de forma crônica, uso de substâncias que causam dependência psíquica e física, antecedentes de internamentos anteriores e repercussão negativa da doença de base no estado mental).

### **Análise dos dados**

Partindo-se dos questionários preenchidos, elaborados de forma que as respostas já se apresentem codificadas, foi construído um banco de dados pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). A análise estatística foi realizada para identificar a prevalência de TMC e as variáveis associadas de acordo com as seguintes etapas:

1- Descrição da população através de estatísticas descritivas: a Estatística Inferencial não é adequada para este estudo, uma vez que estudaremos toda a população de pacientes internados no HU no período da pesquisa.

2- Análise Simples: construção de tabelas e o cálculo inicial de razões de prevalência (RP), que é uma medida apropriada de associação para estudos transversais e cálculo posterior do odds ratio (OR), porque é a medida obtida na regressão logística (etapa final da nossa análise) que pode também ser utilizada neste tipo de estudo;

3- Análise multivariada por regressão logística: os critérios de seleção de variáveis baseiam-se na importância da variável na literatura, na experiência dos autores e pela magnitude da OR. As variáveis que apresentarem associação com TMC > 30% permanecerão no modelo final.

### **Considerações éticas**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição e aprovado de acordo com a CAAE 48297115200005546. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os procedimentos éticos propostos e aprovados foram rigorosamente seguidos pela equipe de pesquisa.

## **RESULTADOS**

### **Descrição da Amostra**

Um total de 87 pacientes foram entrevistados das enfermarias clínica e cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, sendo 54(62,1%) do sexo masculino e 33(37,9%) do sexo feminino. Foram excluídos da pesquisa três pacientes, dois devido a rebaixamento de nível de consciência e um devido a incapacidade física (surdez), recusando-se a participar. A média de idade foi de  $49,7 \pm 17,8$  anos com mínimo de 17 e máximo de 85. A prevalência de casos suspeitos de TMC na amostra foi de 39(44,8%) com IC de (95% 34,5 a 55,2). (Tabela 1)

Quanto ao tempo de internamento 50% possuem um tempo de até 6 dias, 25% possuem um tempo de até 2 dias e 25% possuem tempo de internamento superior a 15.

### **Dados sociodemográficos:**

Os fatores sociodemográficos associados aos pacientes com suspeita de TMC foram o gênero, escolaridade, estado civil, renda familiar e se realiza alguma atividade laboral, estudam ou trabalham, sendo que, dos entrevistados, 54 eram do sexo masculino e 33 do sexo feminino, 58 tinham estudado até o ensino fundamental e 29 estudaram até o ensino médio e/ou superior, 66 tinham renda menor que um salário e 21 tinham renda maior que um salário, 49 tinham parceiro fixo e 28 não tinham parceiro fixo, 31 tinha alguma atividade laboral e 56 não. Dentre os pacientes com suspeita de TMC 64,1% eram do sexo masculino e 35,9% do sexo feminino, 58,9% não tinham parceiro fixo, sendo solteiros, casados ou viúvos e 41% tinham parceiro fixo, 74,4% tinha renda menor que um salário mínimo e 26,6% renda maior que um salário, 66,7% estudaram apenas até o ensino fundamental e 33,3% estudaram até o nível médio ou superior, 35,9 tinham alguma atividade laboral e 64,1 estavam impossibilitados de exercer alguma atividade laboral devido a sua enfermidade. Tabela(2).

### **Fatores associados:**

Com relação aos fatores associados aos pacientes com suspeita de TMC, o motivo da internação foi relevante, sendo que 58 pacientes foram internados por doenças clínicas, 29 por cirúrgicas. No histórico de transtorno mental, 40 pacientes tinham histórico e 47 não. Com relação as internações anteriores, a menos de um ano, 36 tinham passado por outras internações e 51 não. Notou-se que 25 pacientes utilizavam psicofármaco de forma contínua e 62 não utilizavam. Ao perguntar sobre a repercussão da doença na vida, 67 entrevistados afirmaram que a patologia que o fez ser internado repercutia negativamente em sua vida e 20 pacientes afirmavam que não. Avaliando o tratamento medicamentoso proposto no hospital, quanto a repercussão no estado mental do paciente, foi visto que, em 27 pacientes, o tratamento poderia ter esse efeito, sendo a metoclopramida a medicação com maior prevalência nessa análise. Em 50 entrevistados, o tratamento não esteve associado a efeito colateral no estado mental. Avaliando se o paciente estava recebendo informações suficientes para o entendimento da sua doença, 56 afirmaram estar recebendo informações suficientes e 31 afirmavam não estar.

Dentre os pacientes suspeitos de TMC, 79,5% apresentavam patologias clínicas e 20,5% patologias cirúrgicas, 51,3% tinham histórico de transtorno mental e

48,7% não apresentavam 56,4% tinham sido internados anteriormente e 44,6 não, 46,2% utilizavam psicofarmacos de forma contínua e 53,8 não utilizavam, 89,7% afirmavam que sua enfermidade repercutia negativamente na sua vida e 11,3 relatam que não repercutia dessa forma, 53,8% estavam recebendo informações suficientes sobre sua patologia e 46,2% não. (Tabela 3).

#### **Variáveis associadas ao TMC, analisadas na regressão logística.**

Na regressão logística, as variáveis analisadas que estavam associadas aos pacientes com suspeita de TMC foram: motivo do internamento, histórico de TM, internamentos anteriores, uso de psicofármaco, a doença atrapalha o seu dia-a-dia, efeito colateral de medicações utilizadas na internação e informações insuficientes. Sendo que pacientes em uso de psicofarmacos de forma continua tiveram cinco vezes mais chance de desenvolver TMC dos que os que não usam. Pacientes com histórico de TM tiveram 4,56 vezes mais chance dos que não tinham. Os que afirmaram que a sua doença interferia negativamente em sua vida tiveram 4,37 vezes mais chance, dos que afirmaram que não interferia no seu dia a dia. Pacientes que estavam sendo tratados com alguma medicação que poderia causar algum distúrbio nas funções mentais, tiveram 3,71 vezes mais chance do que os que não estavam sendo tratados com tais medicações. Os doentes que foram internados a menos de um ano dessa atual internação, tiveram 3,14 vezes mais chance de desenvolver TMC dos que aqueles que estavam internados pela primeira vez. Enfermos com patologias clínicas, tiveram 3 vezes mais chances dos que com patologia cirúrgica. Para finalizar os que afirmaram não receber informações suficientes sobre seu problema, tiveram 2,31 vezes mais chance de desenvolver TMC dos que estavam esclarecidos com sua patologia. (Tabela 4).

#### **Variáveis associadas ao TMC na análise do modelo ajustado de análise multivariada:**

No modelo ajustado de análise multivariada, as variáveis associadas ao TMC foram: uso de psicofármacos, com 9,32 vezes maior probabilidade de TMC nos pacientes que usam; Repercussão negativa da doença na vida do paciente, com 10 vezes maior probabilidade de TMC; histórico de internamentos anteriores, com 3,2 vezes maior probabilidade de TMC naqueles com histórico de internações anteriores, com menos de um ano dessa atual. (Tabela 5).

Apesar da grande prevalência de TMC nos pacientes estudados, apenas três interconsultas psiquiátricas foram solicitadas.

## **DISCUSSÃO:**

No nosso estudo foram entrevistados 87 pacientes internados nas enfermarias clínica e cirúrgica do HU-UFS. Os entrevistadores foram treinados antes das entrevistas, para não direcionar nenhuma resposta dos pacientes. O que se infere não ter interferido nos resultados obtidos.

Não se encontrou estudos na literatura sobre a prevalência de TMC em pacientes internados em hospitais universitários, mas comparando os presentes resultados com os trabalhos sobre prevalência de TMC em áreas parecidas com a do presente estudo, notamos algumas semelhanças e diferenças.

Entre elas a prevalência de TMC no presente trabalho de 44,8% foi alta, pois foi maior do que a da população industrializada de 7 a 30% mostrado no estudo de Goldberg<sup>15</sup> e da população brasileira em geral 22 a 35%<sup>17,18</sup>. Porém a prevalência é semelhante à de outros países em desenvolvimento como Chile que é de 47%<sup>12</sup>. Em um estudo com 714 pacientes atendidos pela estratégia de saúde da família da cidade de Petrópolis, a prevalência foi de 56%<sup>19</sup>, maior que o atual estudo. Uma possível explicação para essa discrepância com relação as prevalências, pode ser devido a fatores socioeconômicos mais baixos, que é a realidade da população atendida pela estratégia de saúde da família e países em desenvolvimento, em detrimento a países desenvolvidos. Mesmo na presente pesquisa não ser estatisticamente relevante, mas outras pesquisas mostraram associação direta com TMC em populações com baixa renda socioeconômica, devido redução da segurança, acontecimentos estressantes diários, frustração recorrentes, diminuição da autoestima, levando a maiores sintomas psíquicos<sup>18,30,34,47</sup>. As taxas também foram maiores numa pesquisa avaliando TMC em pacientes com AIDS na Etiópia<sup>23</sup>. Em outros países, essas pesquisas utilizaram a nota de corte menor igual a oito no SRQ20<sup>23</sup>. No nosso estudo e na grande maioria, a nota de corte foi inferior<sup>22,18,24,29</sup>. Utilizando ponto de corte determinado a partir do trabalho original de Mary JJ<sup>29</sup>, podendo então ter essa diferença de prevalência devido a essa diferença de ponto de corte. Possivelmente pela atual pesquisa e as demais que utilizaram um ponto de corte maior, serem mais rigorosas no diagnóstico de TMC, então ter a prevalência em proporções estatísticas menores.

O presente trabalho mostrou fatores associados ao TMC. A repercussão negativa da doença na vida do paciente foi um deles, com 10 vezes maior probabilidade de TMC, sendo dado relevante em alguns outros trabalhos de prevalência de TMC. Possivelmente devido a insegurança com relação a saúde, isolamento social com a internação, vivência difícil da hospitalização, dificuldade de aceitação do diagnóstico, tratamento e prognóstico, proporcionando com isso o adoecimento psíquico<sup>23,28,31</sup>. O histórico de internamentos anteriores, com 3,2 vezes maior probabilidade de TMC, foi também evidenciado em outros estudos. Esses internamentos frequentes tem um comprometimento social e laboral para o paciente, devido a insegurança com relação a saúde, o sofrimento ao passar diversas vezes por procedimentos invasivos, dificuldade em aceitar o diagnóstico e prognóstico, comprometem significativamente a estrutura psíquica desses pacientes<sup>23,31,33</sup>. Por fim o uso de psicofármacos de forma crônica teve também relação direta com TMC, com 9,32 vezes maior probabilidade. Fator associado mostrado no trabalho de Lima et al.<sup>34</sup> Possivelmente devido à natureza crônica e incapacitante das enfermidades nesses pacientes estudados, levando a incapacidade laboral e necessidade de várias internações, interferindo assim negativamente no dia a dia do enfermo. Devido a possível alteração de função psíquica pelos percalços na vida, trazidos pela doença, eles necessitam de uso de psicofármacos, causando com isso, vários efeitos colaterais físicos e psíquicos. Nessa linha de pensamento, esses pacientes aumentam o número de internações, tempo prolongado dessas internações, podem acontecer patologias hospitalares, como infecções, também aumentando custos para o paciente, para o hospital, para comunidade e aumentando sua morbimortalidade<sup>27,34</sup>.

Diferentemente de outras pesquisas, os dados sociodemográficos não tiveram relação direta com TMC, sendo estatisticamente insignificante. Contudo é importante salientar que na presente pesquisa, alguns dados sociodemográficos associados ao TMC diferiram minimamente das demais pesquisas da literatura. Também é interessante mostrar que após a análise de OR, não houve diferença significativa com relação a idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda e se o paciente estava ativo no mercado de trabalho. Em outros estudos, foi evidenciado uma maior prevalência de TMC em mulheres, idosos, desempregados, solteiros e baixo nível escolar. A única pesquisa que difere é a de Carvalho N.C<sup>35</sup> que relata predominância do sexo masculino, mas que ele associa a nota de corte do SRQ 20. No presente trabalho obtivemos uma mínima e estatisticamente insignificante predominância de TMC em indivíduos do sexo

masculino, com menor escolaridade, sem parceiro fixo, baixa renda e inativos no mercado de trabalho.

Por fim, na atual pesquisa foi notória a discrepância entre prevalência de TMC, de 44,8%, para apenas três solicitações de interconsultas psiquiátricas. O número solicitações de interconsultas psiquiátricas se mostrou muito pequeno diante da demanda de sintomas rastreados, mostrando uma falha no atendimento e condução desses pacientes. Mesmo com várias pesquisas mostrando a importância da interconsulta psiquiátrica<sup>25,26,27,28,32,36</sup> é ainda muito precário o diagnóstico do TMC em hospital geral. Essa situação acontece devido a vários fatores já explanados nesse trabalho, como: Falta de queixa pelo paciente; falta de privacidade no leito; os sintomas como (ansiedade, tristeza, inapetência, falta de ar, fadiga insônia) não são valorizados pelos médicos, mesmo que o médico suspeite não tratam por se sentirem inseguros, dentre outros fatores.<sup>25,26</sup> Isso é extremamente prejudicial não só para o paciente, mas também para o hospital e para saúde pública, pois esses pacientes além de não terem condições de trabalhar, existe um gasto relevante devido ao número e demora nas internações e com isso um aumento significativo da morbimortalidade desses enfermos e dos custos para a sociedade<sup>25,26,35</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A prevalência de pacientes internados que apresentam sofrimento psíquico foi alta, com altas chances de TMC, podendo evoluir para transtornos moderados e graves, porém assemelhou-se a estudos em populações semelhantes. É de extrema importância que medidas preventivas imediatas sejam tomadas, como o diagnóstico precoce pelo médico plantonista e solicitação de interconsultas psiquiátricas para aqueles pacientes. Esses pacientes são na grande maioria das vezes subdiagnosticados, são mínimas as solicitações de interconsultas e sofrem no futuro com as consequências do TMC, podendo leva-los a cometer suicídio.

Os fatores associados que mais influenciaram para o desenvolvimento de TMC foi a interferência negativa da doença na vida do enfermo, o uso contínuo de psicofármacos e o número de internações anteriores. É preciso desenvolver estratégias para modificar essa situação e prevenir esse sofrimento psíquico com prováveis complicações futuras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pelbar PP (1989). Da Clausura do fora ao fora da clausula. 1ª Ed. São Paulo, Editora Brasiliense. 235 p.
2. Foucault M. (1961) História da Loucura na Idade Clássica. 5ª Ed. São Paulo, Editora Perspectiva. 1972. 608 p.
3. Pessotti I. (1999). Os nomes da loucura. 1ª Ed. São Paulo. Editora 34. 267 p.
4. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2001; 6(1):73-85.
5. Aguiar AA. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro, Editora: Relume Dumará, 2004, 166 p.
6. Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. Pesquisas e Práticas Psicossociais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006,1(1), 1-19.
7. Borges CF; Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev. 2008, v. 24, n. 2, p.456-468.
8. Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Campinas, São Paulo, 2006, 22(5): 1053-1062.

9. Organização Mundial da Saúde. CID10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª Revisão. São Paulo: EDUSP; 2003. Vol 1 e 2.
10. Santos EG, Siqueira MM. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. Vitória, Espírito Santo, Brasil, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59:238-246.
11. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy, *Arch Womens Ment Health*, São Paulo, 2009, vol. 12 5: 335-343.
12. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and sócio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry* Santiago, Chile, 2001; 178: 228-33.
13. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Bahia, 2010;13(4):630-40
14. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli, SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*. Salvador, Bahia, 1997; 171: 524- 9.

15. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London, Tavistock/Routledge; 1992.
16. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organ.* Boston, 2003;81(8):609-15.
17. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med.* São Paulo, 1996;26(2):211-222
18. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública Recife, Pernambuco*, 2002; 36:213- 221.
19. Fortes S.; Villano LAB.; Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo*, v. 30, n. 1, p. 32-37, mar. 2008.
20. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil Recife* 2005; 5: 337-348.
21. Costa AG, Ludermir AB. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Caderno de Saúde Pública. Pernambuco, Recife* 2005;21(1):73-79.

22. Costa EF, Andrade TM, Silvany Neto AM, et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Aracaju, Sergipe. 2010;32(1):11-19.
23. Zewdu S, Abebe N. Common mental disorder among HIV infected individuals at comprehensive HIV care and treatment clinic of Debre Markos Referral hospital, Ethiopia. Zewdu and Abebe, *Journal of AIDS and Clinical Research*. Etiópia, 2015, 6:2.
24. Araújo GS, Pereira SM, dos Santos DN, Marinho JM, Rodrigues LC, Barreto ML. Common mental disorders associated with tuberculosis: A matched case-control study. *PLoS One*. Salvador Bahia, 2014;9(6).
25. Nogueira-Martins LA. A interconsulta como instrumento da psiquiatria de hospital geral. *Caderno IPUB*. São Paulo 1997;6:33-44.
26. Nogueira-Martins LA, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. *Revista ABP-APAL São Paulo*, 1998, 20(3):105-111.
27. Schmitt R, Gomes RH. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul*, jan/abr 2005;27(1):71-81.
28. Santos, N. C. A., Slonczewski, T., Prebianchi, H. B., Oliveira, A. G., Cardoso, C. S. Consultation-liaison psychology: demand and assistance in general hospital. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 2011; 16(2), 325-334.

29. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*. São Paulo, 1986;148:23-26.
30. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro. 2006; 22(8):1639-1648
31. Goncalves DM, Kapczinski F. Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brazil. *Caderno de Saúde Publica*. Rio Grande do Sul, 2008, 24:2043-2053.
32. Ogawa A, Nouno J, Shirai Y, et al. Availability of psychiatric consultation-liaison services as an integral component of palliative care programs at Japanese cancer hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Tokio, Japan 2012, Volume 42, Issue 1, 1 January 2012, Pages 42–52
33. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014; 30(3):623-632.
34. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Azevedo MB, Goldbaum M. Common mental disorders and the use of psychoactive drugs: the impact of socioeconomic conditions. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 2008;42(4):717-723.

35. Carvalho CN. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 2013 v. 62, n. 1, p. 38-45.
36. Ogawa A, Shimizu K, Akizuki N, Uchitomi Y. Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. Tokio, Japan 2010;40:1139–46.
37. Oda AMGR; e Dalgarrondo P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Campinas, São Paulo, 2004 VII (1):128-141.
38. Miranda-Sá, LSJ. Breve Histórico da Psiquiatria no Brasil: do Período Colonial à Atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 2007, v. 29, n. 2, p. 156-158.
39. Nunes M; Jucá VJ; Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Salvador, Bahia, 2007, v.23, n.10, p.2375-2384,
40. World Health Organization. *The World Health Report. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
41. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*. Geneva, Switzerland, 1998;4:1241-1243.

42. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos L, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. Epiros, Grécia 2013;13:163.
  
43. Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgarrondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Campinas, São Paulo. 2007;29(3):250-253.
  
44. Levitan S.J. e Kornfeld DS. Clinical and Cost Benefits of a Liaison Psychiatric. *American Journal of Psychiatry*. Nova York, 1981; 138(6):790-793.
  
45. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, Patrick C, Cuerdon T. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*. Washington, USA, 1984; 141(10):1145-1158.
  
46. Hales RE. The benefits of a Psychiatric Consultation-Liaison Service in a General Hospital. *General Hospital Psychiatry*, Bethesda EUA, 1985, 7:214-218.
  
47. Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7

## 6. TABELAS E ANEXOS

**Tabela 1. Prevalência de TMC em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016. (n = 87)**

	% (n)	IC 95%
<b>Presença de TMC</b>	44,8(39)	34,5 – 55,2
<b>Ausência de TMC</b>	55,2(48)	44,8 – 65,5

% (n): valores expressos em porcentagem e n  
IC: Intervalo de Confiança

**Tabela 2. Variáveis Sociodemográficas associadas ao TMC em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.**

Variáveis	Com TMC (n=39)	Sem TMC(n=48)	P
<b>Idade</b>	49,59 ± 18,4	49,85 ± 17,4	0,94
<b>Estado Civil</b>			
Sem parceiro (a) fixo	23 (58,9%)	26 (56,2%)	0,65
Com parceiro (a) fixo	16 (41%)	22 (45,8%)	
<b>Escolaridade</b>			
Até o fundamental	26 (66,7%)	32 (66,6%)	1
Do médio ao superior	13 (33,3%)	29 (33,3%)	
<b>Renda Familiar</b>			
Menor que um salário	29 (74,4%)	37 (77,1%)	0,77
Maior que um salário	10 (25,6%)	11 (22,9%)	
<b>Atividade Laboral</b>			
Sim	14 (35,9%)	17 (35,4%)	0,96
Não	25 (64,1%)	31 (64,6%)	
<b>Genero do Paciente</b>			
Masculino	25 (64,1%)	29 (60,4%)	0,72
Feminino	14 (35,9%)	19 (39,6%)	

**Tabela 3. Fatores associados ao TMC em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.**

Variáveis	Com TMC (n=39)	Sem TMC(n=48)	P
<b>Motivo do Internamento</b>			
Clínico	31 (79,5%)	27 (56,3%)	0,025
Cirúrgico	8 (20,5%)	21 (43,8%)	
<b>Histórico de transtorno mental</b>			
Sim	20 (51,3%)	20 (41,7%)	0,002
Não	19 (48,7%)	28 (58,3%)	
<b>Internamentos Anteriores</b>			
Sim	22 (56,4%)	14 (29,2%)	0,11
Não	17 (43,6%)	34 (70,8%)	
<b>Uso de Psicofármaco</b>			
Sim	18 (46,2%)	7 (14,6%)	0,002
Não	21 (53,8%)	41 (85,4%)	
<b>Doença Repercute</b>			
<b>Negativamente</b>			
Sim	35 (89,7%)	32 (66,7%)	0,016
Não	4 (10,3%)	16 (33,3%)	
<b>Efeito colateral de medicação</b>			
Sim	18 (46,2%)	9 (18,8%)	0,007
Não	21 (53,8%)	39 (81,3%)	
<b>Informações suficientes</b>			
Sim	21 (53,8%)	35 (72,9%)	0,067
Não	18 (46,2%)	13 (27,1%)	

**Tabela 4. Resultados da regressão logística para variáveis relacionadas a TMC em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.**

Variáveis	OR bruta	IC 95%	P
<b>Uso de Psicofármaco</b>			
Sim	5,02	1,81 – 13,91	0,002
Não	1		
<b>Histórico de Transtorno mental</b>			
Sim	4,56	1,15 – 7,90	0,002
Não	1		
<b>Doença Repercute</b>			
<b>Negativamente</b>			
Sim	4,37	1,32 – 14,47	0,016
Não	1		
<b>Efeito colateral de medicação</b>			
Sim	3,71	1,42 – 9,70	0,007
Não	1		
<b>Internamentos Anteriores</b>			
Sim	3,14	1,29 – 7,63	0,11
Não	1		
<b>Motivo de internamento</b>			
Clínico	3,01	1,15 – 11,90	0,025
Cirúrgico	1		
<b>Informações suficientes</b>			
Não	2,31	0,943 – 5,65	0,067
Sim	1		

OR: odds ratio

IC: Intervalo de confiança

**Tabela 5. Resultados da análise multivariada da regressão logística com OR ajustada para variáveis relacionadas a TMC em pacientes adultos internados num Hospital Universitário entre 18 de novembro de 2015 a 18 de março de 2016.**

Variáveis	OR ajustada	IC 95%	P
<b>Doença Repercuta</b>			
<b>Negativamente</b>			
Sim	10,09	2,165 – 47,03	0,003
Não	1		
<b>Uso de Psicofarmacos</b>			
Sim	9,32	2,39 – 36,2	0,001
Não	1		
<b>Internamentos Anteriores</b>			
Sim	3,186	1,151 – 8,821	0,026
Não	1		

OR: odds ratio

IC: Intervalo de confiança

## ANEXO 1

### APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL – Nº CAEE

The screenshot displays the 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' page on the Plataforma Brasil website. The header includes the 'Saúde' logo and navigation options like 'Informe o E-mail' and 'Informe a Senha'. The main content area is divided into sections:

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA:**
  - Título Público: A INTERCONSULTA PSQUIÁTRICA NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO MÉDICA
  - Pesquisador Responsável: ENALDO VIEIRA DE MELO
  - Contato Público: ENALDO VIEIRA DE MELO
  - Condições de saúde ou problemas estudados:
  - Descritores CID - Gerais:
  - Descritores CID - Específicos:
  - Descritores CID - da Intervenção:
  - Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 13/10/2015
- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:**
  - Nome da Instituição: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
  - Cidade: SÃO CRISTÓVÃO
- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:**
  - Comitê de Ética Responsável: 5546 - UFS - Hospital Universitário de Aracaju da Universidade Federal de Sergipe / HU-UFS
  - Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
  - Telefone: (79)2105-1805
  - E-mail: cephu@ufs.br
- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA:**

A circular stamp on the right side of the first section reads 'COORDENADOR' and 'PLATAFORMA BRASIL'.

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Através deste documento, eu \_\_\_\_\_, usuário do HU/UFS com RG \_\_\_\_\_ SSP-\_\_\_\_, residente na Rua(Av.) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ CE P \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ comprometo-me a responder com fidelidade os questionários relativos ao projeto de pesquisa “**A INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA NUM HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO COMO INSTRUMENTO NA FORMAÇÃO MÉDICA**”, coordenado pelo Profº do Departamento de Medicina da UFS, Enaldo Vieira de Melo e autorizo que os dados coletados sejam utilizados no relatório e análises finais e em publicações, de forma sigilosa, não identificável e eticamente correta, bem como, fui informado que posso retirar-me desta pesquisa em qualquer momento que assim o desejar. Também fui informado acerca do risco mínimo do desconforto devido à exposição ao responder o questionário e sobre benefício direto do encaminhamento à assistência, quando necessário.

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura do (a) Pesquisado (a)

---

Enaldo Vieira de Melo  
PESQUISADOR

CONTATOS: (79) 988480739 e [evm.estatistica@gmail.com](mailto:evm.estatistica@gmail.com)



13- A PATOLOGIA QUE MOTIVOU O INTERNAMENTO É CLÍNICA OU CIRÚRGICA? 1= Clínica                      2=Cirúrgica	<input type="checkbox"/>
14- IDENTIFIQUE A PATOLOGIA? _____	<input type="checkbox"/>
15- VOCE TEVE OUTROS INTERNAMENTOS NO ÚLTIMO ANO? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>
16- A TERAPÉUTICA PRESCRITA PODE COMPROMETER O FUNCIONAMENTO PSÍQUICO? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>
17- VOCÉ USOU OU USA ALGUM PSICOFÁRMACO? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>
18- NO ÚLTIMO ANO VOCE FEZ USO DE SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU PSÍQUICA? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>
19- A SUA DOENÇA ATUAL REPERCUTE NEGATIVAMENTE NO SEU DIA A DIA? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>
20- VOCE ESTÁ SATISFEITO COM OS CUIDADOS QUE ESTÁ RECEBENDO NESTE HOSPITAL? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>
21- VOCE ACHA QUE NESTE INTERNAMENTO RECEBEU AS INFORMAÇÕES SUFICIENTES SOBRE SUA DOENÇA E TRATAMENTO? 1= SIM                          2= NÃO	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 4

### SelfReportQuestionnaire(SRQ-20)

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 dias. Se você sentiu essa situação nos últimos 30 dias, responda sim, se não responda não. Se você está incerto sobre como responder uma pergunta, dê a melhor resposta que você puder.

Self Report Questionnaire  
Instrumento de rastreamento de TMC – SRQ 20  
Versão para a língua portuguesa

	SIM	NÃO
1. Tem dores de cabeça freqüentes?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta -se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente -se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que o costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldade para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço? (Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido idéias de acabar com a vida?		
18. Sente -se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		