

Comparação entre solicitações psiquiátricas de dois hospitais gerais universitários brasileiros: uso do protocolo de registro de interconsulta em saúde mental

A comparison of consultative psychiatric services in two Brazilian university hospitals using a standardized protocol for recording liaison consultations

Tatiana Iuriko Kawasaki Nakabayashi ¹
 Karen Aguirres Guerra ²
 Roberto Molina de Souza ¹
 Sonia Regina Loureiro ¹
 José Onildo Betioli Contel ¹
 Catalina Camas Cabrera ¹
 Jaime Eduardo Cecílio Hallak ¹
 Flávia Lima Osório ¹
 Cybele Garcia Leal ¹
 Armanda Carla T. Brandão Fragata Rufino ²
 José Alexandre de Souza Crippa ¹

Abstract

The objective of the present report was to compare consultative psychiatric services in two Brazilian university hospitals and to evaluate the applicability of a standardized protocol (PRISMe) for recording psychiatric liaison consultations. Analyses of psychiatric consultations and the attached protocol were performed. 541 consecutive liaison consultations were included in the final sample (438 consecutive consultations from the Federal university hospital in São Paulo and 103 from the Federal university hospital in Santa Catarina). In both hospitals, the majority of patients were female, married, white, and 31 to 60 years of age. Depression and adjustment and personality disorders were the most common psychiatric diagnoses, which could explain the higher referral of female patients. The results are consistent with the Brazilian and international literature, and the differences between the two hospitals could be related to both logistical differences between the consultative psychiatric services and the socioeconomic contexts. The findings confirm the applicability of the PRISMe and suggest that systematization of clinical and demographic information is important for future comparative studies.

Psychiatry; Mental Health; Diagnosis

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Correspondência

T. I. K. Nakabayashi
 Hospital das Clínicas,
 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
 Av. Bandeirantes 3900,
 Ribeirão Preto, SP
 14040-901, Brasil.
 tatiana_nakabayashi@terra.com.br

Introdução

Ao longo dos anos, pôde-se identificar um aumento na valorização dos serviços de interconsulta nos hospitais gerais ¹. A importância desse investimento reside no fato de que parece ocorrer uma elevada morbidade psiquiátrica em pacientes internados nessas instituições ². A partir da década de 1980, houve um aumento significativo na produção de conhecimento na área, sendo publicados muitos trabalhos a respeito da interconsulta e da psiquiatria no hospital geral ^{3,4,5,6,7,8,9,10}.

Entretanto, a maioria dos trabalhos publicados na área usou protocolos individuais para obtenção dos dados, o que dificulta a comparabilidade e generalização dos resultados. Igualmente, nenhum dos estudos nacionais procurou comparar diferentes serviços de interconsulta. Isto seria particularmente importante, com a utilização de instrumento padronizado, na realização de futuros estudos multicêntricos na área, como os desenvolvidos pelo *European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW)* ^{11,12,13,14,15,16}.

Assim, o presente estudo visou, durante o período de implementação e uso de um *Protocolo de Registro de Interconsulta em Saúde Mental (PRISMe)*: (i) obter informações clínico-demográficas dos pacientes cujos pedidos de interconsulta foram solicitados aos serviços de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital das Clíni-

cas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), e do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC); (ii) descrever as clínicas solicitantes, função do profissional solicitante, motivo de solicitação, diagnóstico clínico e possível diagnóstico psiquiátrico; (iii) descrever a avaliação, conduta e desfecho propostos pelo interconsultor, destacando os diagnósticos psiquiátricos, as intervenções farmacoterapêuticas, o plano de tratamento e encaminhamento; e (iv) analisar os padrões atuais de uso do serviço de Interconsulta Psiquiátrica, considerando o tempo de internação, o tempo de solicitação e o tempo de resposta do pedido de interconsulta.

Método

Foram considerados todos os Pedidos de interconsulta consecutivos para os serviços de Interconsulta Psiquiátrica realizados no HCFMRP-USP (entre agosto de 2005 a dezembro de 2007, período em que foi implementado o protocolo) e no HU-UFSC (entre janeiro a dezembro de 2007) aos pacientes internados nas enfermarias de tais hospitais.

Desenvolvimento do PRISMe

O PRISMe foi elaborado com base na *Patient Registration Form* (PRF) do ECLW¹². Por ser um instrumento estruturado, este protocolo possibilita coletar informações descritivas a respeito do planejamento, andamento e avaliação do serviço de interconsulta.

Procedimento de coleta de dados

Cada instituição contou com uma pesquisadora responsável pelo levantamento dos dados mediante análise dos registros nos pedidos de interconsulta e no PRISMe. Nos casos nos quais ocorreu ausência de informações, foi realizada a consulta dos prontuários dos pacientes nos serviços de arquivo médico.

Caracterização dos locais de estudo

O HCFMRP-USP é um hospital geral universitário de nível assistencial terciário de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta instituição oferece serviços de alta tecnologia e procedimentos médicos especializados e é considerada referência para uma área do interior do Estado de São Paulo que engloba cerca de 1.200.000 habitantes (Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto,

Secretaria Estadual de Saúde. <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/cerest/index.php?pagina=/cerest/il6cidades.htm>, acessado em Jan/2009).

As enfermarias possuem 692 leitos distribuídos em 580 leitos gerais, 23 leitos particulares, 36 leitos de Hospital-Dia e 53 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Estas instalações estão distribuídas entre diversas clínicas, incluindo Cirurgia e Clínica Médica, entre outros. É importante ressaltar que a Unidade de Emergência (UE) do HCFMRP-USP é uma instalação localizada no centro do Município de Ribeirão Preto, enquanto que o hospital é localizado no *campus* da universidade, sendo, portanto, duas instituições distintas. Os casos mais urgentes são atendidos na UE e, após a estabilização do quadro do paciente, são encaminhados ao HCFMRP-USP caso necessitem de um atendimento mais complexo.

O HU-UFSC é uma instituição de referência para todo o Estado de Santa Catarina, abrangendo cerca de 5.900.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_22.pdf, acessado em Jan/2009). Este hospital é responsável por atendimentos nos três níveis assistenciais do SUS.

A estrutura do HU-UFSC é baseada em quatro áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia, além da Emergência. O número total de leitos é de 247.

Para o cálculo da taxa de encaminhamento, foram excluídos os leitos das clínicas que contaram com psiquiatra em sua equipe interna nos períodos considerados para este estudo.

Foi utilizada a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁷ para definir e categorizar os diagnósticos clínicos e psiquiátricos.

A realização da pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética de ambos os hospitais.

Análise dos dados

Foi realizada a análise estatística para estabelecer as frequências das variáveis e foi empregado teste do qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis. O coeficiente de concordância kappa foi aplicado para verificar a concordância entre as variáveis categóricas. O nível de significância estabelecido foi $p \leq 0,05$. E o programa SAS/STAT (SAS Inst., Cary, Estados Unidos) foi usado para a análise.

Resultados

Número de solicitações e taxa de encaminhamento

No HCFMRP-USP, foram realizados 543 pedidos de interconsulta para a Psiquiatria dos quais foram excluídos 105 (19,3%) por não apresentarem o PRISMe preenchido, restando 438 pedidos. No HU-UFSC, foram feitos 110 pedidos de interconsulta e excluídos sete (6,4%), restando 103. O número total de pedidos de interconsulta inclusos na amostra final foi 541.

No HU-UFSC, de janeiro a dezembro de 2007, foram realizadas 9.603 internações nas enfermarias do hospital. Assim, a taxa de encaminhamento para o serviço de interconsulta psiquiátrica foi de 1,1%. Já, no HCFMRP-USP, para se calcular a taxa de encaminhamento, foram considerados apenas os pedidos de interconsulta realizados no mesmo período estabelecido para o HU-UFSC em relação às internações ocorridas (n = 23.056). Foram realizados 219 pedidos de interconsulta, tendo, assim, uma taxa de encaminhamento para este serviço de interconsulta psiquiátrica de 0,9%.

Dados sócio-demográficos

Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os pacientes atendidos nos dois hospitais no que diz respeito ao sexo (p = 0,54), à faixa etária (p = 0,58), à cor e/ou etnia (p = 0,68) e ao estado civil (p = 0,47). De modo geral, foram atendidos com frequência pacientes do sexo feminino, entre 21 a 60 anos, caucasianos e casados.

Foram encontradas diferenças relacionadas à procedência dos pacientes (p < 0,01), às pessoas com quem (ou onde) os pacientes conviviam (p < 0,01), à situação laboral (p < 0,01) e à escolaridade (p = 0,02). Os pacientes que foram atendidos no HCFMRP-USP procederam, em grande maioria, de cidades do Estado de São Paulo (n = 224; 52,3%) enquanto que, no HU-UFSC, os pacientes atendidos procederam majoritariamente da própria cidade de Florianópolis (n = 60; 59,4%). Apesar dos pacientes, em ambos os hospitais, residirem com seus cônjuges e filhos com maior frequência, no HU-UFSC, essa parcela foi mais elevada (n = 40; 41,2%) que em Ribeirão Preto (n = 120; 29,2%).

Em ambos os hospitais, a inatividade por invalidez/afastamento e o cuidado com o lar foram as situações mais alegadas entre os pacientes assistidos. Porém, no HU-UFSC, o emprego formal foi mais frequente (n = 13; 13,1%) quando comparado com o HCFMRP-USP (n = 27; 6,3%).

A respeito da escolaridade, no HCFMRP-USP, os pacientes tinham o ensino fundamental incompleto em 49,1% (n = 186) dos casos, enquanto que, no HU-UFSC, essa frequência foi menor (n = 26; 32,1%) (Tabela 1).

Clínicas solicitantes

No HCFMRP-USP, a Clínica Médica foi responsável por 33,3% (n = 146) das solicitações e a Nutrologia, por 11% (n = 48). Por outro lado, no HU-UFSC, a grande maioria (n = 70; 67,9%) dos pedidos de interconsulta foram solicitados pela Clínica Médica e 9,7% (n = 10), da Emergência.

Profissionais solicitantes

Foram evidenciadas diferenças significativas quanto à função dos profissionais solicitantes (p < 0,01). No HU-UFSC, os pedidos de interconsulta foram solicitados basicamente pelos residentes (n = 81; 79,4%) e pelos médicos assistentes (n = 20; 19,6%), enquanto que, no HCFMRP-USP, além dos residentes (n = 359; 82,7%) e dos assistentes (n = 12; 2,7%), também solicitaram pedidos de interconsulta psicólogos (n = 39; 9%), doutorandos (n = 22; 5,1%) e terapeutas ocupacionais (n = 2; 0,5%).

Tanto em Ribeirão Preto quanto em Florianópolis, a presença de sintomas psiquiátricos foi considerada, pelos profissionais solicitantes, como o motivo principal para a solicitação de avaliação do interconsultor (n = 209; 47,8%, e n = 37; 36,6%, respectivamente). Porém, em Florianópolis, destaca-se que o risco suicida motivou 37,6% (n = 38) dos pedidos de interconsulta, sendo o motivo mais frequente e significativamente mais comum (p < 0,01) do que em Ribeirão Preto (n = 27; 6,2%) (Tabela 2).

Diagnósticos clínicos e psiquiátricos

Não foi encontrada diferença estatística entre os serviços quanto ao diagnóstico psiquiátrico fornecido pelo interconsultor (p = 0,25). Porém, quanto ao diagnóstico clínico, foi observada diferença particularmente quanto à condição "outros" (p < 0,01) (Tabela 2). Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentemente realizados pelos psiquiatras foram referentes ao episódio depressivo, aos transtornos de adaptação e aos transtornos de personalidade, sendo que estas condições psiquiátricas foram mais frequentes em pacientes de 31 a 60 anos de idade (p < 0,01).

Não foi evidenciada associação entre o diagnóstico psiquiátrico e o clínico em Florianópolis (p = 0,12). Entretanto, em Ribeirão Preto, foram encontradas associações entre episódio depres-

Tabela 1

Dados sócio-demográficos referentes aos pacientes atendidos pelos serviços de interconsulta psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) e do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Variáveis	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	273 (62,5)	61 (59,2)	0,54
Masculino	164 (37,5)	42 (40,8)	
Faixa etária (anos)			
Até 14	17 (3,9)	-	0,58
15-20	36 (8,3)	8 (8,0)	
21-30	71 (16,3)	15 (15,0)	
31-40	76 (17,4)	22 (22,0)	
41-50	93 (21,3)	25 (25,0)	
51-60	68 (15,6)	15 (15,0)	
61-70	49 (11,2)	10 (10,0)	
Acima de 71	26 (6,0)	5 (5,0)	
Raça/Etnia			
Branca	337 (77,8)	84 (82,4)	0,68
Parda	50 (11,6)	8 (7,8)	
Preta	45 (10,4)	10 (9,8)	
Amarela	1 (0,2)	-	
Estado civil			
Casado/União consensual	216 (50,1)	60 (58,3)	0,47
Solteiro	114 (26,5)	21 (20,4)	
Separado/Desquitado	65 (15,1)	15 (14,6)	
Viúvo	36 (8,4)	7 (6,8)	
Procedência			
Estado de São Paulo/Estado de Santa Catarina	224 (52,3)	41 (40,6)	< 0,01
Ribeirão Preto/Florianópolis	170 (39,7)	60 (59,4)	
Outros estados	34 (7,9)	-	
Vive com/onde			
Cônjuge e filhos	120 (29,2)	40 (41,2)	< 0,01
Pais	90 (21,9)	12 (12,4)	
Cônjuge	70 (17,0)	15 (15,5)	
Só e com filhos	56 (13,6)	10 (10,3)	
Parentes	33 (8,0)	3 (3,1)	
Sozinho	32 (7,8)	8 (8,3)	
Em instituição	5 (1,2)	2 (2,1)	
Amigos	3 (0,7)	3 (3,1)	
Outros	2 (0,5)	4 (4,1)	
Situação laboral			
Inativo(a) por invalidez	117 (27,2)	32 (32,3)	< 0,01
Cuidando do lar	112 (26,1)	19 (19,2)	
Desempregado	51 (11,9)	9 (9,1)	
Autônomo	42 (9,8)	3 (3,0)	
Estudante	39 (9,1)	3 (3,0)	
Aposentado (tempo de serviço)	33 (7,7)	10 (10,1)	
Empregado(a) formalmente	27 (6,3)	13 (13,1)	
Empregado(a) informalmente	8 (1,9)	10 (10,1)	
Outros	1 (0,2)	-	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	Valor de p
Escolaridade			
Analfabeto	35 (9,3)	6 (7,4)	0,02
Ensino fundamental incompleto	151 (40,1)	20 (24,7)	
Ensino fundamental completo	47 (12,5)	6 (7,4)	
Ensino médio incompleto	56 (14,9)	19 (23,5)	
Ensino médio completo	63 (16,7)	22 (27,2)	
Ensino superior incompleto	8 (2,1)	5 (6,2)	
Ensino superior completo	15 (4,0)	3 (3,7)	
Mais de uma faculdade	2 (0,5)	-	

Tabela 2

Dados referentes aos motivos de solicitação psiquiátrica alegados pelos profissionais solicitantes, diagnósticos psiquiátricos fornecidos pelos interconsultores e os diagnósticos somáticos dos pacientes internados.

Variáveis	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	Valor de p
Motivos de solicitação			
Sintomas psiquiátricos presentes	209 (47,8)	37 (36,6)	< 0,01
Antecedentes psiquiátricos	72 (16,5)	-	
Sintomas físicos mal definidos	41 (9,4)	8 (7,9)	
Risco suicida	27 (6,2)	38 (37,6)	
Avaliação quanto ao uso de psicotrópicos	24 (5,5)	3 (3,0)	
Outros	64 (14,7)	15 (14,9)	
Diagnóstico psiquiátrico			
Episódio depressivo	130 (19,1)	35 (20,4)	0,25
Transtornos de adaptação	107 (15,7)	19 (11,1)	
Transtornos de personalidade	73 (10,7)	21 (12,2)	
Delirium *	43 (6,3)	8 (4,7)	
Outros transtornos mentais **	40 (5,9)	5 (2,9)	
Outros	288 (42,3)	84 (48,8)	
Diagnóstico somático			
Doenças infecciosas e parasitárias	90 (15,4)	12 (8,3)	< 0,01
Doenças do sistema circulatório	76 (13,0)	20 (13,9)	
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	76 (13,0)	15 (10,4)	
Doenças do aparelho digestivo	61 (10,4)	7 (4,9)	
Neoplasias	50 (8,6)	7 (4,9)	
Outros	232 (39,7)	83 (57,6)	

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; HU-UFSC: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Não induzido por substâncias psicoativas;

** Devido à lesão e disfunção cerebral ou doença física.

sivo e transtornos de adaptação com algumas condições médicas gerais ($p < 0,01$), como, por exemplo, doenças infecciosas, parasitárias e relacionadas ao sistema circulatório (Tabela 3).

Os diagnósticos psiquiátricos se mostraram associados ao sexo do paciente ($p < 0,01$) sendo que a maioria das condições psiquiátricas, com destaque para os transtornos de personalidade

(n = 73; 77,6%) e os episódios depressivos (n = 103; 62,4%), acometeu mais pacientes do sexo feminino.

Foi realizada, também, uma análise de concordância entre as hipóteses de diagnóstico psiquiátrico fornecidas pelos profissionais solicitantes e os diagnósticos dados pelos interconsultores após a avaliação dos pacientes. Aproximadamente metade (n = 164; 48,5%) dos diagnósticos fornecidos pelos solicitantes e pelos interconsultores coincidiram.

Antecedentes psiquiátricos e ideação suicida

No HU-UFSC, apesar dos antecedentes psiquiátricos não terem sido um aspecto motivador para solicitação de pedido de interconsulta, foram solicitadas mais avaliações para pacientes com história psiquiátrica prévia, comparado ao HCFMRP-USP. No HU-UFSC, 72,9% (n = 102) dos pacientes assistidos já tinham sido submetidos a tratamentos psiquiátricos ou psicoterapia, enquanto que, em Ribeirão Preto, esse número

foi significativamente menor (n = 261; 52,3%) (p < 0,01).

Os pacientes do HU-UFSC apresentaram mais ideação suicida no momento da avaliação (p = 0,01) e mais tentativas prévias de suicídio (p < 0,01) quando comparados com os pacientes atendidos no HCFMRP-USP.

Planos de tratamento e prescrição de medicações psicotrópicas

Os planos de tratamento propostos pelos interconsultores incluíram atendimentos individuais em mais do que 1/3 dos casos avaliados e prescrição de psicofármacos em torno de 27% (n = 70 no HU-UFSC; n = 244 no HCFMRP-USP). Ressalta o fato de que no HU-UFSC, foi maior a frequência de pacientes que não estavam submetidos a tratamento psicofarmacológico até o momento da avaliação do interconsultor e, após a visita, passaram a fazê-lo (p = 0,01). Do mesmo modo, ocorreu a necessidade de novos exames e de avaliações de outros profissionais segundo a opinião do interconsultor (p < 0,01).

Tabela 3

Dados referentes aos diagnósticos somáticos e psiquiátricos (fornecidos pelos interconsultores) dos pacientes assistidos.

Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico somático							
	Doenças infecciosas e parasitárias		Doenças do sistema circulatório		Doenças do aparelho digestivo		Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	
	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)
Episódio depressivo	19 (26,8)	1 (12,5)	14 (28,6)	1 (7,7)	6 (15,0)	1 (16,7)	13 (25,0)	4 (40,0)
Outros transtornos mentais *	11 (15,5)	-	1 (2,0)	3 (23,1)	-	-	2 (3,9)	-
Transtornos de personalidade	7 (9,9)	-	3 (6,1)	2 (15,4)	3 (7,5)	2 (33,3)	4 (7,7)	-
Transtornos de adaptação	6 (8,5)	2 (25,0)	4 (8,2)	-	11 (27,5)	1 (16,7)	5 (9,6)	1 (10,0)
Delirium **	4 (5,6)	-	9 (18,4)	2 (15,4)	3 (7,5)	1 (16,7)	1 (1,9)	-
Outros	24 (33,8)	5 (62,5)	18 (36,7)	5 (38,5)	17 (42,5)	1 (16,7)	27 (51,9)	5 (50,0)

Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico somático				Valor de p	
	Neoplasias		Outros		HCFMRP-USP	HU-UFSC
	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)	HCFMRP-USP (%)	HU-UFSC (%)		
Episódio depressivo	6 (15,0)	3 (42,9)	27 (17,3)	17 (23,9)	< 0,01	0,12
Outros transtornos mentais *	-	-	11 (7,1)	2 (2,8)		
Transtornos de personalidade	2 (5,0)	-	12 (7,7)	9 (12,7)		
Transtornos de adaptação	19 (47,5)	-	30 (19,2)	2 (8,5)		
Delirium **	3 (7,5)	-	10 (6,4)	4 (5,6)		
Outros	10 (25,0)	4 (57,1)	66 (42,3)	33 (46,5)		

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; HU-UFSC: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Devido à lesão e disfunção cerebral ou doença física;

** Não induzido por substâncias psicoativas.

Não foram verificadas diferenças significativas entre o HCFMRP-USP e o HU-UFSC em relação às classes de medicações psicotrópicas em uso pelo paciente no momento da avaliação ($p = 0,59$) nem quanto às prescritas pelo interconsultor ($p = 0,09$). As classes mais utilizadas antes da avaliação do interconsultor em Ribeirão Preto e Florianópolis foram os benzodiazepínicos ($n = 132$; 39,8%, e $n = 28$; 29,5%, respectivamente), os antidepressivos ISRS ($n = 67$; 20,2%, e $n = 26$; 27,4%) e os antipsicóticos típicos ($n = 52$; 15,7%, e $n = 18$; 19%). Por outro lado, as classes mais prescritas pelos interconsultores foram os antidepressivos ISRS ($n = 104$; 31%, e $n = 39$; 34,2%), os benzodiazepínicos ($n = 88$; 26,2%, e $n = 30$; 26,3%) e os antipsicóticos típicos ($n = 63$; 18,8%, e $n = 21$; 18,4%).

Após a visita do interconsultor, grande parte dos pacientes que já estava submetida a um tratamento psicofarmacológico teve sua classe medicamentosa suspensa ou substituída (coeficiente de concordância kappa = 0,04). Os pacientes cujas prescrições envolviam benzodiazepínicos tiveram suas classes medicamentosas suspensas ou alteradas em 73,5% ($n = 50$) dos casos. Já aqueles que utilizavam antipsicóticos típicos tiveram suas prescrições suspensas ou alteradas em 65,4% ($n = 17$) e aqueles que utilizavam antidepressivos ISRS tiveram suas classes medicamentosas alteradas em aproximadamente metade dos casos ($n = 15$).

Encaminhamento, comunicação da avaliação psiquiátrica e alta hospitalar

Após a alta hospitalar, foram realizados encaminhamentos para cerca de 1/3 dos pacientes atendidos no HU-UFSC, e apenas para 16% ($n = 70$) dos pacientes no HCFMRP-USP ($p < 0,01$). Dos encaminhamentos feitos, 76,5% ($n = 26$) dos casos do HU-UFSC e 42,8% ($n = 30$) do HCFMRP-USP foram realizados para o ambulatório de Psiquiatria ($p < 0,01$).

Tempo de internação

Em relação ao tempo de internação (período decorrido, em dias, entre a internação até a alta hospitalar), os pacientes permaneceram, no máximo, dez dias internados em 40,6% ($n = 41$) dos casos no HU-UFSC, e em 35,5% ($n = 127$), no HCFMRP-USP. Somente 14,9% ($n = 15$) dos pacientes no HU-UFSC, e 12,3% ($n = 44$) no HCFMRP-USP, permaneceram mais do que 51 dias internados.

No HU-UFSC, foi evidenciada associação entre o tempo de internação e os principais diagnósticos clínicos dos pacientes ($p < 0,01$), enquanto

que, no HCFMRP-USP, foi encontrada associação entre o tempo de internação e os principais diagnósticos psiquiátricos dos pacientes ($p < 0,01$) (Tabela 4).

Em 77,3% ($n = 75$) dos casos no HU-UFSC e 73,8% ($n = 285$) no HCFMRP-USP, os pedidos de interconsulta foram realizados em até dez dias após a internação do paciente, sendo que as clínicas que mais requeriram em tal período foram as Clínicas Médicas para ambos os hospitais. Em somente 4,1% ($n = 4$) dos casos no HU-UFSC e 5,7% ($n = 22$) no HCFMRP-USP, as solicitações foram feitas 51 dias ou mais decorridos da internação do paciente no hospital.

Tempo de solicitação

Não foram evidenciadas associações entre o tempo de solicitação (tempo decorrido entre a data de internação e a data do pedido de interconsulta) e as faixas etárias dos pacientes ($p = 0,12$), os motivos de solicitação dos pedidos de interconsulta ($p = 0,10$) ou os possíveis diagnósticos psiquiátricos fornecidos nos pedidos de interconsulta ($p < 0,19$) (Tabela 5). Foram encontradas somente associações relacionadas aos diagnósticos clínicos dos pacientes em ambos os hospitais ($p < 0,01$) (Tabela 6).

No HU-UFSC, o tempo de solicitação foi menor para pacientes com enfermidades relacionadas ao aparelho circulatório, sendo solicitados a esses pacientes pedidos de interconsulta em até dez dias após a internação, enquanto que o período mais estendido (acima de 40 dias) foi para pacientes acometidos por doenças infecciosas e endócrinas, metabólicas e nutricionais ($p < 0,01$). No HCFMRP-USP, os pedidos de interconsulta para pacientes com doenças infecciosas, endócrinas, metabólicas e nutricionais foram solicitados em até dez dias após a internação. Para aqueles pacientes que tiveram solicitação realizada após 50 dias de internação, os mais frequentes foram pacientes com doenças no aparelho digestivo ($p < 0,01$).

Em 72% ($n = 72$) dos casos no HU-UFSC e em 65,7% ($n = 260$) no HCFMRP-USP, os pacientes receberam até três atendimentos durante o período de internação. Nos dois hospitais, não foram encontradas evidências de associação entre a quantidade de atendimentos realizados pelo interconsultor e as enfermidades clínicas dos pacientes ou seus diagnósticos psiquiátricos.

Tempo de resposta

Para averiguar a existência de fatores que pudessem influenciar no tempo de resposta (tempo decorrido entre a data do pedido de interconsultor

Tabela 4

Dados referentes ao tempo de internação (duração da internação do paciente na enfermaria), aos diagnósticos somáticos dos pacientes internados e os diagnósticos psiquiátricos fornecidos pelos interconsultores.

Diagnóstico	Tempo de internação (em dias)							
	Até 10		11-20		21-30		31-40	
	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)
Somático								
Doenças infecciosas e parasitárias	27 (16,4)	1 (2,4)	23 (15,7)	1 (3,3)	14 (19,2)	2 (7,1)	-	-
Doenças do sistema circulatório	25 (15,2)	1 (2,4)	11 (7,5)	5 (16,7)	10 (13,7)	9 (32,1)	4 (28,6)	2 (28,6)
Doenças do aparelho digestivo	18 (10,9)	2 (4,9)	16 (10,9)	1 (3,3)	8 (11,0)	1 (3,6)	-	-
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	16 (9,7)	-	17 (11,6)	3 (10,0)	10 (13,7)	3 (10,7)	4 (28,6)	3 (42,9)
Neoplasias	15 (9,1)	-	14 (9,5)	1 (3,3)	4 (5,5)	2 (7,1)	2 (14,3)	-
Outros	64 (38,8)	37 (90,2)	66 (44,9)	19 (63,3)	27 (37,0)	11 (39,3)	4 (28,6)	2 (28,6)
Psiquiátrico								
Episódio depressivo	38 (21,2)	12 (20,7)	23 (13,8)	5 (16,1)	18 (19,6)	5 (15,2)	6 (31,6)	1 (10,0)
Transtornos de adaptação	22 (12,3)	5 (8,6)	25 (15,0)	4 (12,9)	14 (15,2)	3 (9,1)	5 (26,3)	1 (10,0)
Transtornos de personalidade	21 (11,7)	10 (17,2)	23 (13,8)	-	9 (9,8)	5 (15,2)	2 (10,7)	2 (20,0)
Delirium *	9 (5,0)	1 (1,7)	14 (8,4)	1 (3,2)	4 (4,4)	3 (9,1)	1 (5,3)	-
Outros transtornos mentais **	6 (3,4)	1 (1,7)	9 (5,4)	1 (3,2)	12 (13,0)	2 (6,1)	-	1 (10,0)
Outros	83 (46,4)	29 (50,0)	73 (43,7)	20 (64,5)	35 (38,0)	15 (45,5)	5 (26,3)	5 (50,0)

Diagnóstico	Tempo de internação (em dias)				Valor de p	
	41-50		Acima de 51		HCFMRP-USP	HU-UFSC
	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)		
Somático						
Doenças infecciosas e parasitárias	5 (23,8)	-	4 (7,6)	7 (24,1)	0,18	< 0,01
Doenças do sistema circulatório	2 (9,5)	-	10 (18,9)	3 (10,3)		
Doenças do aparelho digestivo	-	-	5 (9,4)	1 (3,5)		
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	5 (23,8)	-	8 (15,1)	6 (20,7)		
Neoplasias	2 (9,5)	-	1 (1,9)	4 (13,8)		
Outros	7 (33,3)	4 (100,0)	25 (47,2)	8 (27,6)		
Psiquiátrico						
Episódio depressivo	8 (25,8)	3 (30,0)	14 (20,3)	9 (34,6)	< 0,01	0,61
Transtornos de adaptação	-	2 (20,0)	15 (21,7)	3 (11,5)		
Transtornos de personalidade	2 (6,5)	1 (10,0)	6 (8,7)	2 (7,7)		
Delirium *	-	1 (10,0)	7 (10,1)	1 (3,9)		
Outros transtornos mentais **	5 (16,1)	-	-	-		
Outros	16 (51,6)	3 (30,0)	27 (39,1)	11 (42,3)		

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; HU-UFSC: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

* Não induzido por substâncias psicoativas;

** Devido à lesão e disfunção cerebral ou doença física.

Tabela 5

Dados referentes ao tempo de solicitação (tempo decorrido entre a data de internação e a data do pedido de interconsulta), os motivos de solicitação e as hipóteses de diagnósticos psiquiátricos fornecidos alegados pelo profissional solicitante.

	Tempo de solicitação (em dias)						Valor de p
	Até 10 (%)	11-20 (%)	21-30 (%)	31-40 (%)	41-50 (%)	Acima de 51 (%)	
Faixa etária (anos) *							
Até 14	11 (3,1)	1 (1,5)	-	1 (7,7)	-	2 (7,7)	0,12
15-20	33 (9,4)	5 (7,6)	-	3 (23,1)	-	1 (3,9)	
21-30	58 (16,6)	10 (15,2)	1 (4,8)	2 (15,4)	1 (25,0)	6 (23,1)	
31-40	73 (20,9)	7 (10,6)	1 (4,8)	1 (7,7)	-	4 (15,4)	
41-50	73 (20,9)	14 (21,2)	9 (42,9)	3 (23,1)	1 (25,0)	5 (19,2)	
51-60	52 (14,9)	11 (16,7)	2 (9,5)	2 (15,4)	2 (50,0)	3 (11,5)	
61-70	32 (9,1)	12 (18,2)	5 (23,8)	-	-	5 (19,2)	
Acima de 71	18 (5,1)	6 (9,1)	3 (14,3)	1 (7,7)	-	-	
Motivos de solicitação							
Sintomas psiquiátricos presentes	50 (14,3)	7 (10,5)	2 (9,5)	-	-	2 (8,0)	0,10
Risco suicida	18 (5,1)	3 (4,5)	1 (4,8)	-	1 (25,0)	1 (4,0)	
Antecedentes psiquiátricos	55 (15,7)	5 (7,5)	1 (4,8)	-	1 (25,0)	-	
Sintomas físicos mal definidos	34 (9,7)	7 (10,5)	1 (4,8)	3 (23,1)	-	1 (4,0)	
Avaliação quanto ao uso de psicotrópicos	144 (41,1)	34 (50,8)	11 (52,4)	10 (76,9)	2 (50,0)	14 (56,0)	
Outros	49 (14,0)	11 (16,4)	5 (23,8)	-	-	7 (28,0)	
Hipótese de diagnóstico psiquiátrico *							
Episódio depressivo	78 (30,0)	15 (33,3)	5 (38,5)	1 (16,7)	1 (50,0)	8 (47,1)	0,19
Transtornos de personalidade	10 (3,9)	1 (2,2)	-	-	-	-	
Delirium **	10 (3,9)	-	-	-	-	-	
Transtornos de adaptação	4 (1,5)	-	2 (15,4)	-	-	-	
Outros transtornos mentais ***	1 (0,4)	2 (4,4)	-	-	-	-	
Outros	157 (60,4)	27 (60,0)	6 (46,2)	5 (83,3)	1 (50,0)	9 (52,9)	

* Não foi evidenciada diferença significativa entre os dois hospitais ($p = 0,54$ para faixa etária; $p = 0,25$ para hipótese de diagnóstico psiquiátrico);

** Não induzido por substâncias psicoativas;

*** Devido à lesão e disfunção cerebral ou doença física.

ta e a resposta do interconsultor), foram investigadas associações entre algumas variáveis referentes à solicitação do pedido de interconsulta, à faixa etária e aos diagnósticos psiquiátricos e clínicos.

Não foi encontrada nenhuma associação entre o tempo de resposta e a legibilidade do pedido de interconsulta ($p = 0,30$); manifestação de expectativa por atendimento por parte do profissional solicitante ($p = 0,52$); e identificação e registro do nome desse último ($p = 0,97$). A legibilidade do pedido de interconsulta foi considerada totalmente legível em 77,8% ($n = 421$) de todas as solicitações avaliadas, a manifestação de expectativa esteve presente em 74,3% ($n = 402$) dos pedidos de interconsulta e, em 91,1% ($n = 493$) das solicitações, a identificação do profissional foi fornecida.

Também não foram evidenciadas associações entre o tempo de resposta e as faixas etárias dos pacientes atendidos ($p = 0,71$) ou os motivos de solicitação de interconsulta psiquiátrica ($p = 0,08$). O atendimento do interconsultor foi realizado no mesmo dia da solicitação ou no dia seguinte em mais do que 70% dos casos em todas as faixas etárias (em pacientes com até 14 anos de idade, esse número foi de 82,3%). Isto ocorreu independentemente dos motivos alegados (os pedidos que enfatizaram a avaliação quanto ao uso de psicotrópicos foram atendidos em 85,2% dentro desse prazo).

No HU-UFSC, não foram encontradas associações do tempo de resposta com os diagnósticos psiquiátricos ($p = 0,83$) e clínicos ($p = 0,42$). Entretanto, no HCFMRP-USP, foi evidenciada somente associação entre o tempo de resposta e os diagnósticos clínicos ($p < 0,01$; enquanto que a

Tabela 6

Dados referentes ao tempo de solicitação (tempo decorrido entre a data de internação e a data do pedido de interconsulta) e os diagnósticos somáticos dos pacientes internados.

Diagnóstico somático	Tempo de solicitação (em dias)							
	Até 10		11-20		21-30		31-40	
	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)
Doenças infecciosas e parasitárias	55 (15,3)	2 (2,1)	19 (22,1)	2 (12,5)	-	1 (10,0)	-	4 (66,7)
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	50 (13,9)	6 (6,4)	6 (7,0)	4 (25,0)	4 (21,0)	2 (20,0)	1 (8,3)	-
Doenças do sistema circulatório	41 (11,4)	13 (13,8)	16 (18,6)	4 (25,0)	6 (31,6)	1 (10,0)	2 (16,7)	-
Doenças do aparelho digestivo	36 (10,0)	4 (4,3)	5 (5,8)	-	3 (15,8)	-	-	1 (16,7)
Neoplasias	29 (8,1)	3 (3,2)	5 (5,8)	-	2 (10,5)	-	3 (25,0)	-
Outros	148 (41,3)	66 (70,2)	35 (40,7)	6 (37,5)	4 (21,1)	6 (60,0)	6 (50,0)	1 (16,7)

Diagnóstico somático	Tempo de solicitação (em dias)				Valor de p	
	41-50		Acima de 51		HCFMRP-USP	HU-UFSC
	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)	HCFMRP- USP (%)	HU- UFSC (%)		
Doenças infecciosas e parasitárias	-	3 (33,3)	3 (11,1)	-	< 0,01	< 0,01
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	-	3 (33,3)	1 (3,7)	-		
Doenças do sistema circulatório	1 (16,7)	-	-	-		
Doenças do aparelho digestivo	2 (33,3)	-	4 (14,8)	-		
Neoplasias	-	1 (11,1)	2 (7,4)	-		
Outros	3 (50,0)	2 (22,2)	17 (63,0)	-		

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; HU-UFSC: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

associação com os diagnósticos psiquiátricos obteve $p = 0,67$), o que indicaria uma tendência do interconsultor a responder mais rapidamente ao pedido de interconsulta segundo os diagnósticos clínicos. Dos pedidos que foram respondidos em até um dia, 15,8% eram pedidos de interconsulta realizados para pacientes com doenças infecciosas e parasitárias, 13,8% para pacientes com doenças do aparelho circulatório e 12,3% para pacientes com doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais.

Discussão

Do nosso conhecimento, não foi realizado nenhum estudo comparativo entre dois hospitais gerais universitários brasileiros com a utilização de um protocolo padronizado, o que atribui ao presente estudo um caráter inédito e pioneiro.

Características sócio-demográficas

Com maior frequência, foi solicitado atendimento para pacientes caucasianos, o que também foi observado em estudos nacionais anteriores^{3,8}. Igualmente de acordo com a maioria de trabalhos prévios^{3,18,19,20}, foram atendidos predominantemente pacientes entre 21 a 60 anos e pacientes casados ou com união consensual^{4,6,19,20}. A maioria das solicitações foi feita para pacientes do sexo feminino, o que também está de acordo com os resultados da literatura na área^{8,16,18,19,20}. Tal predominância do sexo feminino pode estar relacionada ao fato de que os possíveis transtornos psiquiátricos motivadores de solicitação (por exemplo, transtorno de adaptação e depressão) se mostraram frequentes em pacientes deste sexo^{21,22,23} e também pode estar relacionada, segundo Botega¹, a um aspecto cultural manifestado pelo sexo feminino: maior capacidade de comunicar suas inquietudes psicológicas e ansiedade.

Em ambas as cidades pesquisadas, a inatividade por invalidez (ou afastamento do trabalho) foi a situação laboral mais freqüentemente alegada, o que poderia estar relacionado à condição de saúde marcada pela gravidade ou cronicidade do quadro clínico dos pacientes. Este fato também foi evidenciado em outros estudos²⁰. Já o cuidado com a casa foi também uma das situações laborais mais freqüentes, o que poderia estar relacionado ao fato de que a maioria da amostra foi do sexo feminino.

Foi encontrada diferença significativa entre a procedência dos pacientes atendidos no HU-UFSC e no HCFMRP-USP. Pacientes atendidos no HCFMRP-USP procederam, em grande maioria, de municípios do Estado de São Paulo enquanto que, no HU-UFSC, freqüentemente, foram atendidos pacientes da própria cidade de Florianópolis. Uma possível explicação para este achado é o fato do HCFMRP-USP ser um hospital universitário predominantemente de nível assistencial terciário, cujo atendimento é livre a qualquer paciente da rede de saúde pública que necessite de serviços de alta complexidade e procedimentos médicos especializados. Sendo assim, são atendidos pacientes de todo o Estado de São Paulo e também de outros estados do país. Por outro lado, o HU-UFSC é responsável por oferecer atendimentos nos três níveis assistenciais e, desta forma, indivíduos da própria cidade têm maior acesso à instituição por meio da rede de saúde local, o que elevaria a freqüência de pacientes provenientes da própria cidade de Florianópolis.

Dados referentes ao reduzido nível de escolaridade dos pacientes atendidos pela interconsulta psiquiátrica do HCFMRP-USP representam uma realidade característica do hospital: a maioria dos pacientes assistidos não possui condições econômicas e sociais favoráveis, e muitos deles provêm de uma região caracterizada pela agroindústria canavieira cujos trabalhos rurais são muito freqüentes. Vale ressaltar também que o HCFMRP-USP realiza muito poucos atendimentos particulares e de outros convênios, portanto, assiste indivíduos desprovidos de maiores recursos econômicos, fato que normalmente está relacionado diretamente com o nível de escolaridade. Em relação ao HU-UFSC, segundo dados obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>, acessado em Jan/2009), a Região Sul do Brasil apresenta o maior índice de desenvolvimento humano, o que poderia explicar o maior nível de escolaridade dos pacientes assistidos no HU-UFSC.

Diagnósticos clínicos e psiquiátricos

A depressão foi o diagnóstico psiquiátrico mais freqüente entre os pacientes atendidos pelo serviço de interconsulta de ambos os hospitais, o que está de acordo com a maioria dos trabalhos realizados nesta área^{18,20,24,25,26}. Outros estudos também encontraram freqüências relevantes de transtornos de adaptação^{6,8,24,25,26} e transtornos de personalidade^{24,26} nos pacientes assistidos pela interconsulta psiquiátrica.

Acerca da associação encontrada entre os diagnósticos psiquiátricos e o sexo dos pacientes, assim como relatado em outros estudos^{27,28}, a depressão mostrou ser mais prevalente no sexo feminino, o que poderia estar relacionado ao funcionamento hormonal e sua influência no bem-estar psíquico e emocional da mulher ao longo de sua vida. Estudos acerca da relação entre gênero e transtornos de personalidade consideraram que alguns tipos de transtornos (por exemplo, *borderline* em mulheres²⁹, e anti-social e narcisista em homens³⁰) podem estar relacionados ao sexo, porém, devido a possíveis limitações metodológicas, esses aspectos necessitariam de maiores investigações.

A associação entre o diagnóstico psiquiátrico e o clínico foi evidenciada somente nos dados referentes ao HCFMRP-USP. Não foi verificada nenhuma destas associações no HU-UFSC, provavelmente pelo fato do tamanho da amostra ser reduzido.

No HCFMRP-USP, o episódio depressivo mostrou ser condição freqüente em pacientes acometidos por doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais assim como relatado por Teng et al.³². Também foi encontrada evidência de associação entre os transtornos de adaptação e as neoplasias e enfermidades relacionadas ao sistema digestivo, o que poderia estar relacionado à condição de hospitalização e gravidade da doença, além da sabida relação entre estas condições e aspectos relacionados à maior morbidade, mortalidade e prejuízo na qualidade de vida.

Clínicas solicitantes

Assim como encontrado em outros estudos^{6,19,20,32}, a Clínica Médica foi a responsável pelo maior número de solicitações e também a que solicitou mais precocemente pedidos de interconsulta aos pacientes internados de ambos os hospitais. Isso pode ser explicado pelo fato de a clínica médica abarcar o maior número de especialidades, o que aumentaria sua freqüência como clínica solicitante. No HCFMRP-USP, a

Nutrologia também se destacou entre as clínicas mais solicitantes devido à maior atenção voltada aos transtornos alimentares e, possivelmente, à ausência de uma equipe específica em Saúde Mental para essa clientela no hospital. Já, no HU-UFSC, como a Emergência não é uma unidade separada da instituição (como no caso do HCFMRP-USP), de fato seria de se esperar que muitas solicitações fossem feitas a seus pacientes, uma vez que são atendidos em condições de crise (muitas solicitações tiveram como motivo principal o risco suicida, sendo que a presença de ideação suicida e tentativas prévias de suicídio foram evidenciadas em mais de 20% dos casos avaliados pelos interconsultores).

A baixa frequência de atendimentos a pacientes com histórico psiquiátrico no HCFMRP-USP pode estar relacionada à infra-estrutura da rede assistencial à saúde do Município de Ribeirão Preto e região. Desta forma, pacientes com enfermidades clínicas e psiquiátricas (ou com recidivas) passíveis de tratamento ambulatorial são assistidos no nível ambulatorial e centros de atenção psicossocial (CAPS) da rede municipal (diferentemente do HU-UFSC, que oferece assistência nos três níveis de atenção e o acesso é facilitado aos pacientes).

Profissionais solicitantes

Diferenças nas infra-estruturas dos serviços de interconsulta entre os dois hospitais podem explicar as variabilidades encontradas quanto aos profissionais solicitantes. A equipe profissional do HU-UFSC é composta por apenas médicos assistentes, residentes e um número mínimo de psicólogos contratados, o que poderia explicar a concentração de pedidos de interconsulta feitos por essas duas primeiras categorias. No HCFMRP-USP, houve maior distribuição entre os profissionais solicitantes, pois são oferecidos programas de aprimoramento, especialização e estágios em diversas áreas da saúde. Do mesmo modo, o hospital conta com uma equipe assistencial à Saúde Mental constituída por diversas categorias de profissionais, tais como alunos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da própria universidade, terapeutas ocupacionais, psicólogos e estagiários, além dos residentes e dos médicos assistentes.

As taxas de encaminhamento verificadas no HCFMRP-USP e no HU-UFSC (em torno de 1%) estão de acordo com as descritas na literatura nacional¹, apesar de que ainda inferiores a de outros países como os Estados Unidos e a Inglaterra¹. Sabe-se que a prevalência de transtornos psiquiátricos em hospitais gerais de modo geral, e universitários em particular, pode chegar até

50% das internações. Daí pode-se especular que há uma enorme demanda reprimida para atendimento psiquiátrico nestes hospitais estudados.

Tempo de internação

As diferenças encontradas acerca do tempo de internação no HU-UFSC e no HCFMRP-USP parecem também estar relacionadas à própria infra-estrutura das instituições. A estabilização do quadro clínico, independente da presença e evolução do quadro psiquiátrico, mostrou ser preditora do tempo de internação do paciente – o que também justificaria os freqüentes encaminhamentos realizados após a alta hospitalar para os pacientes com transtornos psiquiátricos. No HCFMRP-USP, apesar da demanda por atendimento também ser elevada, a presença e evolução de transtornos psiquiátricos mostrou ser influente no tempo de internação. Como a instituição possui várias equipes multiprofissionais em Saúde Mental que atuam em ligação, a assistência aos pacientes com enfermidades clínicas que apresentam transtornos psiquiátricos é facilitada – o que poderia resultar no número reduzido de encaminhamentos realizados após a alta hospitalar quando comparado ao HU-UFSC.

Tempo de solicitação e diagnóstico clínico

Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao tempo de solicitação em ambos os hospitais e este se mostrou associado aos diagnósticos clínicos. No HU-UFSC, foram solicitados mais rapidamente pedidos de interconsulta para pacientes internados com doenças do aparelho circulatório e tardiamente para aqueles com doenças infecciosas e endócrinas, metabólicas e nutricionais. Por outro lado, no HCFMRP-USP, pacientes com doenças infecciosas, endócrinas, metabólicas e nutricionais tiveram pedidos de interconsulta solicitados rapidamente e aqueles com doenças no aparelho digestivo tiveram solicitações realizadas tardiamente (após 50 dias de internação). Dessa forma, pode-se dizer que o diagnóstico clínico influenciou diferentemente no tempo de solicitação do PI em relação aos dois hospitais estudados.

Para exemplificar essa dinâmica, pode-se citar que no HU-UFSC, cujos pacientes com doenças infecciosas, parasitárias, endócrinas, metabólicas, nutricionais e neoplasias tiveram um tempo de internação prolongado (acima de 51 dias), provavelmente devido às complicações clínicas, à recorrente necessidade de intervenções e à demora na estabilização dos quadros clínicos. As solicitações dos pedidos de interconsulta daqueles com comprometimento endócrino,

metabólico e nutricional ou com neoplasias foram realizadas precocemente (em até dez dias após a internação) enquanto que os pacientes com doenças infecciosas e parasitárias tiveram solicitações de pedidos de interconsulta realizadas tardiamente (após um mês de internação). Esse fato pode ser atribuído pelo caráter emergencial das condições dos pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas e, especialmente, nutricionais, uma vez que muitos deles apresentaram quadros agudos de desnutrição ou disfunção que exigiram intervenção rápida e multiprofissional. No caso de pacientes com neoplasias, a gravidade do quadro costuma ser peculiar e qualquer alteração psiquiátrica requer uma avaliação mais precisa. Já a condição dos pacientes acometidos por doenças infecciosas e parasitárias, em especial àqueles com HIV/AIDS, foi caracterizada pela cronicidade do quadro e complicações ao longo do desenvolvimento da doença, o que justificaria a solicitação tardia de pedidos de interconsulta.

Tempo de resposta e diagnóstico clínico

Evidências apontam que o tempo de resposta está relacionado ao diagnóstico clínico do paciente, o que indicaria uma tendência do interconsultor a responder mais rapidamente aos pedidos de interconsulta segundo os diagnósticos clínicos dos pacientes. Pacientes com doenças infecciosas, parasitárias, endócrinas, metabólicas, nutricionais e relacionadas ao aparelho circulatório foram atendidas em até um dia após a realização dos pedidos de interconsulta.

Atendimentos realizados pelo interconsultor

Como não foram encontradas evidências que influenciassem o número de atendimentos feitos pelo interconsultor, como por exemplo o diagnóstico clínico ou psiquiátrico do paciente, pode-se entender que este número esteja relacionado à disponibilidade de atendimento por parte do mesmo.

Planos de tratamento e prescrição de psicotrópicos

A conduta adotada pelos interconsultores em relação ao plano de tratamento foi em acordo com a recomendada na literatura atual. Atendimentos individuais com interface terapêutica e prescrição de psicofármacos foram condutas freqüentemente sugeridas em diversos serviços de interconsulta psiquiátrica^{3,18,25} assim como observado nos hospitais envolvidos no presente estudo.

Em relação às classes de medicação psicotrópica prescritas, notou-se uma homogeneidade na conduta dos profissionais de ambos os hospitais. Isto pode ser atribuído às informações amplamente divulgadas acerca dos benefícios da utilização de benzodiazepínicos, antidepressivos ISRS e antipsicóticos típicos no tratamento de transtornos psiquiátricos.

Quanto às diferenças nas medicações benzodiazepínicas prescritas, as diferenças encontradas podem estar relacionadas ao acesso, seja do hospital ou do paciente, a tais medicações na rede pública de Ribeirão Preto e de Florianópolis.

Aspectos relacionados aos médicos clínicos, aos profissionais de saúde e aos interconsultores

Na maior parte dos pedidos de interconsulta não foi descrita uma hipótese para o possível diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, a maioria dos pedidos de interconsulta mencionou presença de distintos sintomas psiquiátricos para justificar a solicitação.

Médicos clínicos mostraram certa falta de familiaridade quanto à adequação de medicações psicotrópicas em possíveis casos psiquiátricos. Este fato pode estar relacionado à elevada suspensão ou troca dos psicotrópicos em uso após a avaliação dos interconsultores (entre 50% e 65% dos casos).

Limitações do estudo

Algumas limitações do presente estudo podem ser apontadas. Em relação ao tamanho da amostra, pode-se dizer que foi relativamente pequena, especialmente no HU-UFSC. As diferenças na infra-estrutura dos dois serviços e dos contextos regionais nos quais estão inseridos também são aspectos a serem mencionados. Outras limitações foram o razoável número de perdas por ausência do PRISMe anexado ao pedido de interconsulta e a impossibilidade de seguimento pós-alta dos pacientes. É importante ressaltar, também, que os diagnósticos psiquiátricos não foram confirmados por instrumentos validados e padronizados (*Structured Clinical Interview for DSM – SCID* – ou *Composite International Diagnostic Interview* – CIDI –, por exemplo).

Conclusão

Os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura nacional e internacional e as diferenças encontradas em relação à clientela as-

sistida, às clínicas e profissionais solicitantes e ao tempo de internação podem ser atribuídas à infra-estrutura (estrutura física e equipe profissional atuante) das instituições e aos contextos sócio-econômicos particulares nos quais estão inseridos. Porém, apesar dessas diferenças, as atitudes e condutas adotadas tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos interconsultores em ambos os hospitais foram homogêneas e condizentes com o difundido na literatura.

Os achados no presente estudo são pertinentes e podem auxiliar no aprimoramento dos serviços de interconsulta de ambos os hospitais.

Por fim, a aplicabilidade de um protocolo de registro, em especial o PRISMe, se mostrou viável e seu uso, promissor. Assim, pode-se dizer que futuros estudos com maior período de avaliação e maior número de serviços seriam particularmente necessários e oportunos.

Resumo

O objetivo do presente estudo foi comparar pedidos de interconsulta psiquiátrica realizados para dois hospitais gerais universitários brasileiros e avaliar a aplicabilidade de um protocolo de registro de interconsulta psiquiátrica (PRISMe). Foi realizada análise dos pedidos de interconsulta, do PRISMe anexado a eles e o número total de pedidos de interconsulta incluídos na amostra foi 541 (438 pedidos de interconsulta do HCFMRP-USP e 103 pedidos de interconsulta do HU-UFSC). Observou-se maior frequência de solicitação para pacientes do sexo feminino, caucasianos, entre 31 a 60 anos e casados. Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram depressão, transtornos de adaptação e de personalidade. Os resultados estão de acordo com a literatura nacional e internacional e as diferenças encontradas podem ser atribuídas às diferenças na infra-estrutura das instituições e nos contextos sócio-econômicos nos quais estão inseridas. Achados do presente estudo demonstram a aplicabilidade do PRISMe e sugerem que podem facilitar a sistematização da obtenção de achados clínico-demográficos e a comparabilidade entre as diferenças.

Psiquiatria; Saúde Mental; Diagnóstico

Colaboradores

T. I. K. Nakabayashi e J. A. S. Crippa participaram da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. A. C. T. B. F. Rufino contribuiu com a concepção, projeto, análise e interpretação dos dados e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. J. E. C. Hallak, F. L. Osório, S. R. Loureiro, C. G. Leal, J. O. B. Contel, C. C. Cabrera e K. A. Guerra participaram da concepção e projeto; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. R. M. Souza participou da análise e interpretação dos dados.

Agradecimentos

T. I. K. Nakabayashi é bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). J. A. S. Crippa e S. R. Loureiro recebem bolsa de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este trabalho teve apoio parcial da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP.

Referências

1. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2006.
2. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986; 149:172-90.
3. Kerr-Corrêa F, Silva BCM. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsulta. *J Bras Psiquiatr* 1985; 34:247-52.
4. Millan LR, Miguel Filho EC, Lima MGA, Fráguas Jr. R, Gimenes R. Psiquiatria no hospital geral: experiência de um ano. *Rev Psiquiatr Clín* 1986; 13:33-8.
5. Shavitt RG, Busatto Filho G, Miguel Filho EC. Interconsulta psiquiátrica: conceito e evolução. *Rev Paul Med* 1989; 107:108-12.
6. Magdaleno Jr. R, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral universitário: um ano no Hospital das Clínicas da UNICAMP. *J Bras Psiquiatr* 1991; 40:95-8.
7. Souza JRP. Consultoria psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44:123-8.
8. Andreoli PBA, Peluso ET, Andreoli SB, Martins LAN. Padronização e informatização de dados em serviços de interconsulta médico-psicológica de um hospital geral. *Rev ABP-APAL* 1996; 18:89-94.
9. Spinelli MA, Toledo ML, Cantinelli F. Psiquiatria de interconsulta no Hospital Geral: comunicação inicial de uma experiência. *Rev Assoc Med Bras* 1996; 42:175-84.
10. Smaira SI. Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em Hospital Geral: um estudo de caso controle [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1998.
11. Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) collaborative study I: general outline. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18:44-55.
12. Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Opmeer BC. The ECLW collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *J Psychosom Res* 1996; 40:143-56.
13. Alaja R, Seppä K, Sillanaukee P, Tienari P, Huyse FJ, Herzog T, et al. Psychiatric referrals associated with substance use disorders: prevalence and gender differences. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21:620-6.
14. Alaja R, Tienari P, Seppä K, Tuomisto M, Leppävuori A, Huyse FJ, et al. Patterns of comorbidity in relation to functioning (GAF) among general hospital psychiatric referrals. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:135-40.
15. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. European consultation-liaison psychiatric services: the ECLW collaborative study. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:360-6.
16. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. European consultation-liaison services and their user populations: the European consultation-liaison workgroup collaborative study. *Psychosomatics* 2000; 41:330-8.
17. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
18. Lipowski ZJ, Wolston EJ. Liaison psychiatry: referral patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry* 1981; 138:1608-11.
19. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatric in Italy. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:310-7.
20. Kishi Y, Meller WH, Kathol RG, Swigart SE. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics* 2004; 45:470-6.
21. Shevitz SA, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Psychiatric consultation in general hospital: a report of 1000 referrals. *Dis Nerv Syst* 1976; 37:295-300.
22. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl:S43-53.
23. Vinberg M, Kessing LV. Risk factors for development of affective disorders. *Ugeskr Laeger* 2007; 169:1434-6.
24. Brown A, Cooper F. The impact of a liaison psychiatry service on patterns of referral in a general hospital. *Br J Psychiatry* 1987; 150:83-7.
25. Fido AA, Al Mughaiseeb A. Consultation liaison psychiatric in a Kuwaiti general hospital. *Int J Soc Psychiatry* 1989; 35:274-9.
26. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients – relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics* 2002; 43:24-30.
27. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33:43-54.
28. Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiquiatr Clín* 2006; 33:74-9.
29. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Compr Psychiatry* 2003; 44:284-92.
30. Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JF. Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152:579-82.
31. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32:149-59.
32. Alhamad AM, Al-Sawaf MH, Osman AA, Ibrahim IS. Differential aspects of consultation-liaison psychiatry in a Saudi hospital. I: referral pattern and clinical indices. *East Mediterr Health J* 2006; 12:316-23.

Recebido em 27/Mar/2009

Versão final reapresentada em 17/Nov/2009

Aprovado em 01/Abr/2010