**Manejo de Transtornos Psiquiátricos em Pacientes Hospitalizados**

Fabiana Soares Machado1  
  
Izabella de Sousa Borges2  
  
Mariana Nunes Soares3  
  
Hellen Bruna Ramos Santos4  
  
Pedro Barbosa Gomes5

**Resumo**

Objetivo: O manejo de transtornos psiquiátricos em pacientes hospitalizados é uma área complexa e multifacetada da medicina que envolve a avaliação, diagnóstico, tratamento e monitoramento contínuo de pacientes com condições psiquiátricas graves. Este resumo cobre os principais aspectos desse manejo, incluindo as abordagens terapêuticas, os desafios específicos enfrentados em um ambiente hospitalar e as estratégias para garantir um tratamento eficaz e seguro.A avaliação inicial é crucial e inclui uma análise detalhada do histórico médico e psiquiátrico do paciente, avaliação do estado mental, exames físicos e, se necessário, testes laboratoriais e de imagem. A identificação de comorbidades médicas é essencial, pois condições médicas subjacentes podem exacerbar ou imitar sintomas psiquiátricos.Equipe Multidisciplinar: Integração de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais para um tratamento holístico.  
**Palavras - Chave:** Transtornos, Saúde Mental, Internação  
E-mail da autora: fabimachadomed@gmail.com  
  
  
Uniatenas1  
fabimachadomed@gmail.com  
  
UniAtenas2  
izabella\_sg@hotmail.com  
  
 Uniatenas3  
marianans188@gmail.com  
  
Centro Universitário Estácio Ribeirão Preto4  
hellenbrunaufu@gmail.com  
  
Uniatenas5  
bg4medicina@gmail.com

**Introdução**

Os transtornos mentais são comuns entre pacientes que buscam serviços de atendimento médico ambulatorial. Uma avaliação do grau e do padrão desses transtornos nesse contexto tem sido considerada muito importante, por causa do potencial para encontrar pessoas com transtornos mentais, e proporcionando atenção necessária a elas(1).

Estudos realizados pela OMS em 14 países(2), demonstraram claramente que uma proporção substancial (cerca de 24%) de todos os pacientes em contextos de atenção primária apresentava transtorno mental. Os diagnósticos mais comuns foram depressão, ansiedade e transtornos do uso de substâncias. Estes transtornos estiveram presentes isoladamente ou conjuntamente com um ou mais transtornos físicos. Não foram encontradas diferenças constantes na prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Os transtornos de ansiedade e depressão são mais freqüentes nos pacientes com doenças físicas crônicas. A associação entre doenças físicas e transtornos de ansiedade e depressão podem trazer dificuldades diagnósticas adicionais e o não reconhecimento desta associação pode trazer prejuízos em múltiplas áreas da vida dos pacientes e prescrição inadequada de medicamentos, como os benzodiazepínicos(3). Bridges e Golsberg(4) descreveram o achado clássico que entre os pacientes com transtornos mentais como problema principal, 83% se apresentam com queixas físicas e 17% com queixas psicológicas. Os médicos de atendimento primário reconhecem de forma correta os transtornos mentais em apenas 50% dos pacientes com queixas físicas.

Para Evans e col.(5), a prevalência de depressão entre indivíduos com doença física é bastante elevada, muitas vezes excedendo 50% em pacientes com câncer, doença de Parkinson ou esclerose múltipla. Vale salientar que, além de exacerbar consideravelmente o sofrimento que acompanha essas doenças graves, a depressão aumenta a morbimortalidade das mesmas. A depressão em pacientes com doenças físicas também representa grande ônus financeiro para a sociedade, devido ao aumento custos econômicos associado ao maior uso de serviços por estes pacientes(6).

Os transtornos do humor são duas a três vezes mais freqüentes em indivíduos com doenças físicas do que na população geral(7). De acordo com Raison e col.(8), diversos fatores afetam esta prevalência. Os mais óbvios incluem: 1) diferenças na depressão entre estados de doença e seus tratamentos; 2) diferenças na gravidade de doença; e 3) variações nos critérios usados para definir depressão. Algumas doenças médicas que têm sido descritas como estando associadas a taxas elevadas de depressão incluem a doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doenças neurodegenerativas e transtornos auto­imunes(5,9).

Diversos estudos têm demonstrado que a frequência de transtornos do humor aumentam à medida que piora a gravidade da doença médica, com as taxas de prevalência da depressão aumentando de 4,8% a 9,2% em pacientes ambulatoriais, para 22% a 33% em pacientes hospitalizados(10,11).

Brasil(12) afirma que no contexto de doença clínica, o médico tem de diferenciar sintomas de depressão maior não só daqueles transtornos de ajustamento e de reação patológica à doença, mas também daqueles que são manifestações diretas da própria doença clínica. Esta dificuldade é ainda maior quando se trata de um paciente com doença clínica, já que neste caso há uma base real para o sentimento de tristeza, associado a uma doença clínica grave, e porque os sintomas somáticos como anorexia e perda de energia podem ser decorrentes da doença clínica.

Na verdade, dois extremos podem conduzir a erros no raciocínio diagnóstico: por um lado, pacientes deprimidos não são diagnosticados devido à crença de que sintomas depressivos são uma resposta normal a doenças físicas que ameaçam ou alteram drasticamente a vida de alguém; do outro lado extremo, o diagnóstico de depressão é relizado em pacientes com sintomas físicos causados unicamente pela doença de base(13,14).

De acordo com Botega e Silveira(15), o paciente pode trazer à consulta uma combinação de sintomas (depressão, ansiedade, preocupações, fadiga, insônia) freqüentemente acompanhados de várias queixas corporais (dores, tontura, zumbido, fraqueza) que podem dificultar o raciocínio clínico. O médico também pode ser movido por preconceitos em relação à depressão e a transtornos mentais em geral e, assim, deixar de detectar o problema e de oferecer tratamento específico.

Linden e col.(16) utilizaram dados de "Problemas Psicológicos nos Cuidados Gerais à Saúde" (PPGHC), que é um estudo multicêntrico(2), coordenado pela Organização Mundial da Saúde em 15 centros de 14 países, incluindo a cidade do Rio de Janeiro. Neste estudo foi encontrado que os médicos generalistas prescreveram uma ampla diversidade de medicamentos psicotrópicos, no tratamento de transtornos psicológicos. Os ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos foram as classes de drogas mais comumente prescritas, cada uma representando cerca de 20% do total. Antipsicóticos, analgésicos e medicamentos à base de ervas foram responsáveis por 5% a 10% do total de prescrições.

Ainda em relação a este estudo(16), as taxas de prescrição para diferentes diagnósticos de transtornos mentais da CID­10 (1993) variaram de 19,3%, na depressão recorrente, a 55,0%, na agorafobia. Apenas 7,7% dos pacientes diagnosticados como apresentando transtornos de ansiedade receberam antidepressivos, enquanto 34,1% receberam tranqüilizantes. Entre aqueles diagnosticados como apresentando depressão, 31,9% e 25,5% receberam antidepressivos e ansiolíticos, respectivamente, mostrando elevada prescrição de ansiolíticos em pacientes deprimidos. Também foi observado que muitas drogas prescritas não tinham eficácia clínica comprovada, como medicamentos à base de ervas e analgésicos (35,6% das prescrições) e tranqüilizantes diversos (41,3% das prescrições), denotando que o reconhecimento dos transtornos mentais é importante, mas não é uma condição suficiente para o tratamento adequado com drogas.

Este estudo foi realizado com pacientes com freqüentaram o Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Severino Sombra (Vassouras ­ RJ), entre os meses de agosto de 2005 e julho de 2006. O nosso objetivo foi verificar a freqüência de transtornos mentais nestes pacientes.



**Metodologia**

Para a realização da revisão bibliográfica desta pesquisa foi utilizada a base de dados do sistema MEDLINE, aplicando as seguintes palavras­chaves: "general health", "general practice", "outpatient clinics", "anxiety", "depression" and "mental disorder". Com finalidade de ampliar a nossa pesquisa, consultamos, ainda dentro do sistema MEDLINE, artigos correlatos àqueles encontrados inicialmente. De posse dos artigos, as referências bibliográficas dos mesmos também foram consultadas.

Foram entrevistados 103 pacientes, ao acaso, do Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Severino Sombra. Foram incluídos pacientes dos sexos masculino e feminino, entre 18 e 70 anos, que estavam em atendimento ou acompanhamento no Ambulatório de Clínica Médica, por qualquer queixa ou sintoma. Só foram incluídos os pacientes que pudessem responder por si próprios as perguntas formuladas (pacientes com alterações de nível de consciência ou pacientes que não pudessem falar não foram incluídos). Após concordância do paciente em participar da pesquisa, houve aplicação do questionário pelos pesquisadores. Os pacientes assinaram um Termo de Consentimento para participar voluntariamente do estudo (consentimento livre e esclarecido). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Severino Sombra e obedeceu aos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na World Medical Association.

Os pacientes que concordaram em participar do estudo foram entrevistados através de um questionário diagnóstico estruturado (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan e col.(17)), que explora, de forma padronizada, cada um dos critérios necessários para o estabelecimento dos principais diagnósticos de transtornos mentais da classificação americana do DSM IV(18). As características sociodemográficas da amostra foram obtidas através de uma entrevista clínica padronizada (questionário).

**Resultados**

A amostra foi constituída por 103 pacientes, sendo 50,5% (n=52) do sexo masculino e 49,5% (n= 51) do sexo feminino (Tabela 1). A idade média da amostra foi de 44,4 (±16,6) anos. Foi encontrado que 39,8% (n=41) dos pacientes da amostra apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico. Um transtorno de ansiedade esteve presente em 30% dos pacientes da amostra (n=31). Os principais transtornos mentais encontrados foram depressão (21,4%, n=22), transtorno de ansiedade generalizada ­ TAG (25%, n=26), agorafobia (7,8%, n=8) e síndrome de dependência de álcool (2,9%, n=3) (Tabela 2). Dos pacientes que apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico (n=41), 46,3% (n=19) apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo depressão e TAG a mais comum, representando 68,4% (n=13) destes casos.



**Discussão**

Foi encontrada uma elevada morbidade psiquiátrica na amostra estudada. A freqüência de depressão (21,4%) e transtornos de ansiedade (30,1%) foi maior do que o encontrado na população geral(19). Em estudo prévio em ambulatórios universitários especializados em asma, encontramos uma alta prevalência de depressão maior (24%), TAG (20,9%) e transtornos do espectro pânico/agorafobia (17,7%)(20). Nossos dados coincidem com estudos anteriores(21) e mostram a importância de uma boa avaliação psiquiátrica em pacientes que procuram serviços primários de atendimento médico.

O tratamento de pacientes com transtornos mentais em serviços de atendimento clínico ambulatorial é um tema que necessita ser mais explorado. Entre as questões discutidas, duas parecem mais importantes: primeiro, muitos indivíduos com transtornos mentais não solicitam tratamento e, segundo, dos que procuram tratamento, a maioria não procura serviços de atendimento em saúde mental. Regier(22) observou que em torno de 20% de uma estimativa de 32 milhões de pessoas com transtornos mentais não obtêm nenhum tipo de tratamento, enquanto 60% procuram tratamento em serviços de atendimento primário à saúde e 20% procuram profissionais de saúde mental.

Pacientes que freqüentam centros de atendimento médico freqüentemente descrevem múltiplos sintomas físicos. Katon e col.(23) revisaram 31 estudos envolvendo 16.900 pacientes com doenças clínicas, como diabetes, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, asma e osteoartrite. Encontraram que pacientes com doenças médicas crônicas e transtornos comórbidos de depressão e ansiedade relataram mais significativamente queixas somáticas, quando comparados àqueles que apresentam apenas doenças médicas. De acordo com Brasil(12), não mais do que a metade, freqüentemente apenas um terço dos casos de pressão é diagnosticado pelos clínicos. Destes casos diagnosticados, apenas 10% a 30% recebem tratamento antidepressivo adequado.

Estudo conduzido pela OMS em diferentes países ("Problemas Psicológicos nos Cuidados Gerais à Saúde")(16,24) com amostra de

26.422 indivíduos de 14 países encontrou uma a prevalência de depressão maior na prática clínica de 13,7%. Apesar desta alta prevalência, apenas 54% dos pacientes foram reconhecidos como "casos psiquiátricos" pelo médico generalista, sendo que apenas 15% receberam diagnóstico de depressão. Entre aqueles diagnosticados corretamente, apenas 43% tiveram prescrição de um medicamento antidepressivo. De acordo com Nett e col.(25), a falta de atenção e estigma relacionados aos transtornos mentais, variação na capacidade dos médicos generalistas em diagnosticar e tratar transtornos de ansiedade e depressão e a pressão de tempo sofrida por estes médicos podem contribuir para este problema.

Em idosos a relação entre doenças físicas e transtornos mentais também é extremamente importante. Balestrieri e col.(26) avaliaram 1.156 indivíduos, de 65 a 84 anos de idade, atendidos em centro médico primário na Itália. Destes, 748 apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. Um transtorno depressivo esteve presente em 36,5% dos casos. Também foram encontrados transtornos de ansiedade (18,2%), transtornos somatoformes (8,1%) e abuso de álcool (1,7%). Um outro achado deste estudo foi elevada prevalência de uso crônico de benzodiazepínicos em todas as categorias de transtornos psiquiátricos (cerca de 90% em cada grupo).

Kroenke e col.(27), também, encontraram elevada prevalência de transtornos de ansiedade em pacientes de centros primários de atendimento. De 965 pacientes avaliados, 19,5% apresentavam pelo menos um transtorno de ansiedade: 8,6% tinham transtorno de estresse pós­traumático, 7,6% TAG, 6,8% transtorno de pânico e 6,2% transtorno de ansiedade social. Cada transtorno foi associado prejuízo importante no funcionamento e incapacidade, que aumentava quanto maior a comorbidade destes transtornos de ansiedade. Em nosso estudo detectamos que 30% dos pacientes da amostra apresentavam transtornos de ansiedade, o que de fato aponta para a importância da associação entre doenças físicas e transtornos de ansiedade.

Os transtornos de ansiedade e depressão são freqüentes em serviços de atendimento médico ambulatorial. A ansiedade é um dos sintomas mais comuns nos consultórios médicos. Apresenta­se não apenas como uma reação a certas situações de vida, como o próprio adoecer, mas também em sua forma crônica, chamada de ansiedade generalizada(28). Apesar disso, a ansiedade é, ainda, uma condição subdiagnosticada, nem sempre recebendo atenção dos médicos(29).

Tem sido amplamente documentado que a maioria dos pacientes com transtornos mentais e problemas psicológicos na comunidade são mais tratados por clínicos gerais do que por psiquiatras(30). Muitas pesquisas regionais mostram que as drogas psicotrópicas têm um lugar de destaque no manejo de transtornos mentais e que os médicos de centros primários de atendimento são responsáveis pela maioria das prescrições de drogas psicotrópicas, incluindo os benzodiazepínicos(31).

De acordo com Zitman e Couvée(32), uma substancial proporção de usuários crônicos de benzodiazepínicos sofrem de depressão. Para esses pacientes, BZDs não são considerados um tratamento adequado. O valor terapêutico do uso crônico destas drogas é questionável e os BZDs não são reconhecidos como antidepressivos efetivos. Usuários crônicos de BZDs devem ser avaliados em relação à existência de transtornos mentais e, desta forma, reavaliar­se o tratamento. A depressão nestes pacientes em geral é acompanhada de elevados níveis de ansiedade. O estudo de Ormel e col.(33) ilustra bem este aspecto. Entre 1.994 pacientes avaliados, apenas 47% dos que apresentavam transtornos de ansiedade ou depressão, tiveram estes transtornos reconhecidos por clínicos gerais. Os pacientes com transtornos mentais reconhecidos pelos clínicos apresentaram episódios mais curtos dos transtornos (de ansiedade) e tiveram maior probabilidade de receber intervenções em saúde mental.

O impacto da depressão na doença clínica é extremamente variável. A depressão aumenta o fardo da doença, dessa forma prejudicando a qualidade de vida. Além disso, a depressão tem implicações mais amplas no custo de tratamento da doença clínica. A depressão em associação com a doença clínica, está ligada a prognóstico de desfecho clínico mais negativo.

Pesquisas que forneçam dados que auxiliem o clínico geral no diagnóstico precoce e tratamento de transtornos de ansiedade e depressão em pacientes com doenças clínicas são importantes do ponto de vista da saúde pública. É fundamental o reconhecimento e manejo clínico dos transtornos de ansiedade e depressão pelos médicos responsáveis pelo atendimento primário à saúde. O treinamento de médicos clínicos gerais no diagnóstico dos principais transtornos mentais pode ser de grande importância. A identificação e tratamento destes transtornos nos pacientes com doenças médicas podem contribuir para melhoria do seu nível de saúde geral e qualidade de vida.

**Bibliografia**

* Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Relatório sobre a saúde no mundo. Organização Pan­Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde; 2001.
* Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on "Psychological Problems in General Health Care". Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 819­824.
* Fulop G , Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. Am J Psychiatry 1987; 144(7): 878­82.
* Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM­III psychiatric disorders in primary care. J Psychosomatic Res 1985; 29: 563­569.
* Evans DL, Staab JP, Petitto JM, Morrison MF, Szuba MP, Ward HE, et al. Depression in the medical setting: biopsychological interactions and treatment considerations. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl. 4): 40­55.
* Simon GE, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs of primary care patients with recognized depression. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(10): 850­856.
* Patten SB. Long­term medical conditions and major depression in a canadian population study at waves 1 and 2. J Affect Disord 2001; 63(1­3): 35­41.
* Raison CL, Purselle DC, Capuron L, Miller AH. O tratamento da depressão em doenças físicas. In: Licinio J, Wong M, organizadores. Biologia da Depressão. Porto Alegre: Artmed; 2005.
* Krishnan KR, Delong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C et al.. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. Biol Psyciatry 2002; 52(6): 559­588.
* Vonammon CS. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical poplations: using the MMSE, GHQ, and BDI. Gen Hosp Psychiatry 1983; 5(1): 15­24.
* Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry 1990; 51(Suppl.): 3­11.
* Brasil MAA. Depressão e doença clínica. In: Brasil MAA; Botega NJ; Hetem LA, organizadores. PEC ­ Programa de Educação Continuada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: ABP; 2006.
* Siverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. J Nerv Ment Dis 1996; 84: 43­51.
* Boland RJ, Lamdan RM, Ramchandani D, McCartney JR. Overdiagnosis of depression in the general hospital. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18:28­35.
* Botega NJ, Silveira GM. General practitioners' attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. Int J Soc Psychiatry 1996; 42: 230­237.
* Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. J Clin Psychopharmacol 1999; 19(2): 132­140.
* Sheehan DV, Lecrubier Y, Janavs J, Knapp E, Weiller E, Sheehan M, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview Version

4.4 (M.I.N.I.). University of South Florida, Tampa; 1996.

* American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM­IV. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
* Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. The cross­national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 305­309.
* Valença AM, Falcão R, Freire RC, Nascimento I, Nascentes R, Zin WA, et al. The relationship between the severity of asthma and comorbidites with anxiety and depressive disorders. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28(3): 206­208.
* Nascimento I, Nardi AE, Valença AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R et al. Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. Psychiatry Res 2002; 110(1): 73­80.
* Regier DA. Specialist/generalist division of responsibility for patients with mental disorders. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 219­ 224.