



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da
Saúde**

Ana Elisa Sá Antunes Ribeiro

**Caracterização clínica e sócio-demográfica
dos pacientes idosos internados em
Hospital terciário e avaliados pelo Serviço
de Interconsulta Psiquiátrica**

**São José do Rio Preto
2018**

Ana Elisa Sá Antunes Ribeiro

Caracterização clínica e sócio-demográfica dos
pacientes idosos internados em Hospital
terciário e avaliados pelo Serviço de
Interconsulta Psiquiátrica

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto para obtenção
do Título de Mestre no Curso de
Pós-graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático:
Psicogeriatría.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo
Filho

São José do Rio Preto
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

SÁ ANTUNES RIBEIRO, Ana Elisa

Caracterização clínica e sócio-demográfica dos pacientes idosos internados em Hospital terciário e avaliados pelo Serviço de Interconsulta Psiquiátrica

São José do Rio Preto, 2018

51 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Psicogeriatría

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho

1. Idosos; 2. Caracterização de Idosos; 3. Interconsulta Psiquiátrica; 4. Saúde do Idoso Hospitalizado.

ANA ELISA SÁ ANTUNES RIBEIRO

Caracterização clínica e sócio-demográfica dos
pacientes idosos internados em Hospital
terciário e avaliados pelo Serviço de
Interconsulta Psiquiátrica

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE

Presidente e Orientador: Dr. Gerardo Maria de
Araújo Filho

2º Examinador: Dra. Carina Alexandra Rondini

3º Examinador: Dr. João de Castilho Cação

Suplentes: Dra. Cleusa Pinheiro Ferri

Dra. Emirene Maria Trevisan

Navarro da Cruz

São José do Rio Preto, 09/03/2018.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Lista de Tabelas	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Resumo	v
Abstract	vii
1. INTRODUÇÃO	1
1.2. Objetivos	6
1.2.1. Objetivo geral	6
1.2.2. Objetivos específicos.....	6
2. MÉTODO	7
2.1. Desenho do estudo	7
2.2. Participantes do estudo	7
2.3. Procedimentos	7
2.4. Análise estatística	8
2.5. Aspectos éticos.....	8
3. RESULTADOS	10
3.1. Análise descritiva	10
3.2. Análise comparativa.....	21
3.2.1. Dados sociodemográficos	21
3.2.2. Solicitação IP	21
3.2.3. Diagnóstico realizado pela equipe de IP	22
3.2.4. Comportamento suicida.....	22
4. DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÃO	33
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
7. APÊNDICE.....	41
8. ANEXO	51

DEDICATÓRIA

A minha família, sempre tão amorosa.

AGRADECIMENTOS

À FAMERP e Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela oportunidade de realização do curso.

Ao professor Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho, pelos ensinamentos e orientações durante toda a minha formação e na realização da pesquisa. Muito obrigada, aprendi muito com você.

À professora Dra. Lilian Castiglioni por toda atenção e auxílio com meus dados.

A meu pai, Waldo, por sempre me apoiar e acreditar em mim.

À minha mãe, Diana, e irmão, Diego, pesquisadores que eu admiro muito e me ajudaram com dicas valiosas e acolhimento afetuoso durante a realização do trabalho. Sempre serei grata.

À minha avó Tereza por ser sempre uma incentivadora do estudo durante toda minha vida.

Ao meu marido, Flávio, por ser meu companheiro amado durante essa fase e tantas outras. Sem você não seria possível.

À minha filha, Marina, que ainda nem chegou, mas já é a motivação para tudo.

Aos professores do programa de mestrado em Ciências da Saúde pelos ensinamentos.

Aos acadêmicos que me ajudaram na coleta de dados: Leopoldo e Maicon.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com o gênero, faixa etária, estado civil, religião e escolaridade. HB-FAMERP 2010-2014..... **11**
- Tabela 2.** Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com o aspecto ocupacional. HB-FAMERP 2010-2014..... **12**
- Tabela 3.** Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com a especialidade solicitante e o motivo de parecer psiquiátrico. HB-FAMERP 2010-2014..... **14**
- Tabela 4.** Distribuição de diagnósticos Clínicos e Psiquiátricos (CID-10) dos pacientes idosos atendidos pelo serviço de interconsulta psiquiátrica. HB-FAMERP 2010-2014..... **15**
- Tabela 5.** Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com antecedentes psiquiátricos, número de medicações em uso, internação psiquiátrica, uso de substâncias psicoativas, comportamento suicida e comorbidades clínicas. HB-FAMERP 2010-2014..... **16**
- Tabela 6.** Distribuição do tempo médio de internação do idoso, solicitação do parecer psiquiátrico e resposta da equipe de interconsulta psiquiátrica à especialidade solicitante. HB-FAMERP 2010-2014..... **18**
- Tabela 7.** Distribuição das condutas sugeridas pelo serviço de interconsulta psiquiátrica para os pacientes idosos. HB-FAMERP 2010-2014..... **19**
- Tabela 8.** Distribuição dos medicamentos mais prescritos pelo serviço de interconsulta psiquiátrica aos pacientes idosos. HB-FAMERP 2010-2014..... **20**

LISTA DE ABREVIATURAS

IP: Interconsulta psiquiátrica

HB: Hospital de Base

FAMERP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

CLP: Consultation liaison psychiatry

OMS: Organização Mundial de Saúde

TP: Transtornos psiquiátricos

SCPD: Sintomas comportamentais e psicológicos associados aos quadros demenciais

SUS: Sistema Único de Saúde

SPM: Solicitação de parecer médico

RPM: Resposta de parecer médico

CID-10: Código Internacional de Doenças, 10ª versão

DSM- V: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edition

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

DP: Desvio padrão

SPA: Substâncias psicoativas

ISRS: Inibidor seletivo da recaptação de serotonina

TAE: Tentativa de autoextermínio

BZD: Benzodiazepínico

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento é uma realidade para a maioria das sociedades e traz desafios. O paciente idoso está mais vulnerável à hospitalização e, como consequência, ao seu impacto sobre a sua saúde. Diante da grande prevalência de alterações comportamentais nessa população internada, a atuação do psiquiatra por meio da Interconsulta psiquiátrica (IP) assume um papel importante. Poucos estudos têm avaliado o serviço de IP e o seu impacto na população idosa internada. **Objetivos:** Caracterizar o perfil clínico e sócio-demográfico de idosos hospitalizados que necessitaram de IP, possibilitando a identificação de suas características e principais transtornos psiquiátricos e clínicos. **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, de corte transversal no qual foram analisadas as solicitações de IP para idosos internados no Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP nos anos de 2010 a 2014, por meio de protocolo semiestruturado. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, e também por meio do teste qui-quadrado. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Foram avaliados 204 idosos pelo serviço de IP neste período. A média de idade foi de 70,27 anos; 55,4% eram do sexo feminino, 43,6% dos pacientes eram casados, 92,69% apresentavam baixa escolaridade e a grande maioria, 94,4% não exercia atividade remunerada. As avaliações foram solicitadas, em sua maior parte, pela equipe clínica médica (38,7%), sendo os principais motivos de internação as doenças hipertensivas (11,76%). Mais da metade apresentava antecedentes psiquiátricos e usava psicofármacos, especialmente, os benzodiazepínicos.

Destes, 24,11% necessitaram de internação no passado. Os motivos mais frequentes de solicitação de IP foram: dificuldade em lidar com a internação (24,74%) e doença psiquiátrica prévia (22,2%). Entre os diagnósticos psiquiátricos, os transtornos de humor foram os mais frequentes, em especial, os transtornos depressivos (44,89%). A maioria dos pacientes avaliados pela IP (60,78%) foi tratada com condutas farmacológicas orientadas pela equipe.

Conclusão: O aumento do envelhecimento em associação com as fragilidades do idoso tornam as taxas de internações hospitalares e de alterações comportamentais nessa população mais prevalentes. Os idosos atendidos pelo serviço de IP apresentam características comuns com outros idosos avaliados em pesquisas nacionais e internacionais. A IP pode favorecer o estreitamento da relação entre médicos e a equipe multidisciplinar, propiciando, assim, uma abordagem e tratamento adequados aos pacientes idosos. O uso de protocolo semiestruturado para coleta de informações contribuiu para o conhecimento mais profundo da população atendida e do serviço médico prestado. Comparações futuras podem gerar tanto maior conhecimento, quanto aperfeiçoamento e devem ser estimuladas.

Descritores: Idosos; Caracterização de Idosos; Interconsulta Psiquiátrica; Saúde do Idoso Hospitalizado.

ABSTRACT

Introduction: The aging process is a reality for most societies and it brings challenges. The elderly patients are more vulnerable to hospitalization and, as a consequence, the impact of this environment on their health. Given the high prevalence of the development of behavioral changes on this population, the psychiatrist plays an important role through Consultation Liaison Psychiatry (CLP). Few studies have evaluated the CLP service and its impact on the elderly inpatient population. **Objectives:** To characterize the clinical and socio-demographic profile of the hospitalized elderlies who needed CLP, allowing the identification of their characteristics and main psychiatric and clinical disorders. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out to analyze the CLP requests for elderly patients admitted at Hospital de Base of São José do Rio Preto from 2010 to 2014, using a semi-structured protocol. Data were analyzed by means of a descriptive statistics, with absolute and relative frequencies, as well as Chi-Square test. A value of $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** A total of 204 elderly individuals were evaluated at the CLP service in this period. The mean age was 70.27%, 55.4% were female, 43.6% were married, 92.69% had low schooling and the vast majority did not have paid work (94, 4%). The majority of the evaluations was requested by the medical clinic (38.7%), the main reasons for hospitalization were hypertensive diseases (11.76%). More than a half had a psychiatric history and used psychotropic drugs, especially benzodiazepines. Of these, 24.11% required hospitalization in the past. The most frequent reasons for requesting CLP were: difficulty in dealing with hospitalization (24.74%) and

previous psychiatric illness (22.2%). Among psychiatric diagnoses, mood disorders were the most frequent, especially depressive disorders (44.89%). The majority of the patients evaluated by CLP service (60.78%) was treated with pharmacological procedures guided by the team. **Conclusion:** The increase of aging in association with the elderlies' fragility makes hospital admissions rates and behavioral changes to this population more prevalent. The elderlies attended by the CLP service have common characteristics with other elderly people evaluated in national and international surveys. CLP can favor a closer relationship between physicians and the multidisciplinary team, thus providing a more appropriate approach and treatment for the elderly patients. The use of a semi-structured protocol for collecting information has added a deeper understanding of this population assisted as well as the medical service provided. Further comparisons can generate greater knowledge, refinement, and should be encouraged.

Keywords: Elderly; Elderlies' Characterization; Consultation Liaison Psychiatry; Health of Hospitalized Elderly.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade para a maioria das sociedades. Considerado um fenômeno mundial, o envelhecimento das populações é uma tendência certa e traz desafios.⁽¹⁾ Conceitualmente, trata-se de uma mudança na estrutura etária da população com uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto populacional.⁽²⁾ A distribuição etária mundial sofre uma profunda transformação. A queda da taxa de natalidade, mortalidade e a maior expectativa de vida contribuem para o gradativo aumento de idades mais avançadas.⁽¹⁾ Em todo o mundo a expectativa de vida subiu de 47 anos em 1950-1955 para 70 em 2010-2015, com queda de 5 para 2,6 filhos por mulher no período, e espera alcançar 77 anos em 2045-2050, com média de 2 filhos por mulher. Em muitos países desenvolvidos, e também em países em desenvolvimento, as taxas de fecundidade já são menores que 2 filhos por mulher.⁽³⁻⁴⁾

De forma inédita na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos de idade.⁽⁵⁾ A proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. Entretanto, o processo de envelhecimento apresenta diferenças entre países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Nos últimos esse processo teve início recente, no final do século passado, e ocorre de forma acelerada, diferente da transição gradativa observada nos países desenvolvidos.⁽³⁾ Atualmente a maior parte da população idosa vive em países em desenvolvimento e até 2050 estima-se que 79% da população com 60 anos ou mais, cerca de 1,6 bilhões de pessoas, viverão nesses países.⁽³⁾

No Brasil, observa-se o fenômeno com a redução da taxa de fecundidade em meados de 1960 e o aumento da longevidade entre os brasileiros. No período de 1960 a 2010, a expectativa de vida ao nascer aumentou em 25 anos, chegando a 73,4 anos.⁽⁶⁾ Segundo dados da OMS, até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.⁽⁷⁾

Longevidade é, sem dúvida, um recurso valioso para o indivíduo. Proporciona não só anos a mais de vida, mas a oportunidade de repensar e traçar novos planejamentos. Contudo, a amplitude das oportunidades deve levar em conta um importante fator, a saúde.⁽⁵⁾ A população em envelhecimento cria novas demandas sociais e relacionadas à saúde. Os problemas de saúde dos idosos são, em sua maioria, de natureza crônica e necessitam de intervenções custosas e com tecnologia mais complexa.⁽⁸⁾ As doenças não transmissíveis transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões.⁽⁷⁾ Serviços hospitalares são utilizados de forma mais intensiva, com tratamentos de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada, envolvendo maiores custos.⁽⁹⁾

Dentre os problemas de saúde que acometem o idoso, os transtornos psiquiátricos (TP) são frequentes nessa população. Estimativas da literatura consideram que pelo menos 25% dos idosos apresentem TP e/ou alguma alteração comportamental significativa.⁽¹⁰⁻¹¹⁾ Existem duas populações de pacientes com TP entre idosos: os portadores de TP desde a juventude e que envelhecem e aqueles cuja sintomatologia surge pela primeira vez após os 60 anos de idade (início tardio dos sintomas).⁽¹²⁻¹³⁾ Destacam-se, nessa

população, os transtornos de humor (principalmente a depressão), os transtornos de ansiedade e os sintomas comportamentais e psicológicos associados aos quadros demenciais (SCPD) e degenerativos do Sistema Nervoso Central, tais como insônia, agitação psicomotora, desorganização do comportamento, perambulação e agressividade.⁽¹²⁾

De forma geral, o paciente idoso está mais vulnerável à hospitalização e ao impacto da mesma sobre sua saúde física e mental. A diminuição da capacidade funcional e as mudanças na qualidade de vida, muitas vezes definitivas, são algumas das repercussões da hospitalização do indivíduo idoso.⁽¹¹⁾ Alterações comportamentais também são mais evidenciadas e casos de *Delirium*, ou estado confusional agudo, são frequentes em pacientes internados em hospital geral, em especial os com complicações clínicas mais graves como os indivíduos com idade avançada.⁽¹²⁾ Quadros clínicos, como o *Delirium*, podem mimetizar uma série de transtornos mentais, como depressão, esquizofrenia e mania.⁽¹²⁾

Diante da vulnerabilidade da saúde do idoso e da maior necessidade de hospitalização entre a população, bem como da grande incidência de alterações comportamentais no hospital geral, a interconsulta psiquiátrica (IP) assume papel importante na compreensão e na evolução desses casos. O serviço de IP é parte da assistência psiquiátrica em hospitais gerais e atua na interface entre a psiquiatria e as demais especialidades médicas. A denominação interconsulta, como é compreendida no Brasil, inclui o modelo de consultoria psiquiátrica e a psiquiatria de ligação. Na primeira o profissional de saúde mental avalia e indica tratamento para pacientes que estão sob os

cuidados de outros especialistas, tem sua participação episódica no ambiente hospitalar em casos específicos. Na psiquiatria de ligação, o psiquiatra é parte da equipe e participa constantemente dos cuidados assistenciais e discussões interdisciplinares.⁽¹⁴⁾ Assim, a IP auxilia o médico não psiquiatra a diagnosticar e a tratar/conduzir uma série de alterações comportamentais associadas ao idoso, sejam preexistentes ou associadas à condição de internação. Também tenta compreender aspectos psicossociais do adoecimento físico, as complicações psiquiátricas de cada doença, o comportamento diante do adoecer e a própria efetividade das ações em saúde durante a hospitalização.⁽¹⁵⁾

O desenvolvimento da IP ocorreu a partir da década de 1930, sobretudo nos Estados Unidos, com o surgimento de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. No Brasil, a IP se estruturou e se organizou como estágio em residência médica no final da década de 1970, com crescimento significativo da IP a partir da década de 1980.⁽¹⁴⁾ Embora existam relatos prévios do funcionamento do serviço de IP em São José do Rio Preto-SP, seu primeiro registro data de abril de 2001, com importante reorganização do serviço no ano de 2010. Atualmente o serviço de IP faz parte do programa de residência e estágio médico da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), tendo como sede o Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB). O HB é o hospital escola da FAMERP, uma unidade hospitalar terciária, que atende pacientes adultos e pediátricos de 102 municípios da região de São José do Rio Preto-SP, totalizando mais de 2 milhões de habitantes. Atualmente oferta 708 leitos em todo o seu complexo hospitalar e abrange 30 especialidades e 117

subespecialidades médicas com 85% de seu serviço prestado ao Sistema Único de Saúde (SUS).⁽¹⁶⁾

Mesmo diante da crescente demanda, poucos estudos científicos evidenciam e descrevem as características sociodemográficas, clínicas, psiquiátricas e neurológicas dos pacientes idosos hospitalizados e atendidos pela IP, o que possibilitaria um aumento na qualificação da assistência prestada. Faz-se necessária, portanto, a produção de dados que informem as características sócio-demográficas, clínicas e psiquiátricas dos pacientes idosos hospitalizados atendidos pela IP, objetivo deste estudo.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral:

Apresentar as características sociodemográficas, clínicas e psiquiátricas dos pacientes idosos hospitalizados atendidos pela IP no HB-FAMERP.

1.2.2. Objetivos específicos:

1. Caracterizar os pacientes idosos hospitalizados atendidos pela IP no HB-FAMERP do ponto de vista sociodemográfico;

2. Apresentar os principais transtornos psiquiátricos e clínicos dos pacientes idosos hospitalizados atendidos pela IP no HB-FAMERP;

3. Associar os transtornos psiquiátricos dos pacientes idosos hospitalizados atendidos pela IP no HB-FAMERP a outras características clínicas e sociodemográficas.

4. Gerar dados que, num futuro breve, sejam base para novas pesquisas e aprimoramentos do serviço de IP na região.

2. MÉTODO

2.1. Desenho do estudo

Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, de corte transversal, baseado em análise documental, desenvolvido no Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB). A população estudada foi constituída em sua totalidade de idosos de ambos os gêneros internados e atendidos pelo serviço de interconsulta psiquiátrica no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

2.2. Participantes do estudo

Conforme a classificação de idoso pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o limite etário mínimo para o idoso se estabelece de acordo com o nível socioeconômico do país. Desta forma, foram considerados idosos participantes do estudo pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.⁽¹⁷⁾ Os critérios de exclusão incluem idade menor que 60 anos e a não ocorrência da avaliação psiquiátrica devido à alta médica ou outro motivo.

2.3. Procedimentos

A coleta dos dados foi realizada através da análise de 02 (dois) documentos contidos no prontuário de internação do paciente. O primeiro documento corresponde à Solicitação de Parecer Médico (SPM) de qualquer especialidade médica não psiquiátrica para a equipe de IP. Neste documento há um detalhamento dos dados epidemiológicos, da história clínica pregressa e atual do paciente, eventual histórico psiquiátrico e/ou quadro psiquiátrico atual, além da descrição/detalhamento do motivo da SPM para a equipe de IP. O segundo documento consiste na Resposta de Parecer Médico (RPM), o qual foi elaborado pela equipe de IP após a avaliação do paciente. Neste documento, a

equipe de IP disponibilizou à especialidade solicitante do SPM uma anamnese e exame psíquico com os aspectos neuropsiquiátricos mais detalhados, contribuindo com a elaboração de hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais, além de possíveis condutas psiquiátricas a serem aplicadas, tais como: tratamento medicamentoso com psicofármacos, avaliação pelo serviço de psicologia intra-hospitalar, encaminhamento para a psicoterapia e atendimento psiquiátrico ambulatorial ou internação psiquiátrica. Nos casos em que ambos os documentos estavam incompletos, o prontuário eletrônico foi consultado.

Um protocolo semiestruturado foi aplicado durante a coleta para determinar os dados sociodemográficos, clínicos e psiquiátricos mais relevantes para, posteriormente, serem tabelados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2013®. Os diagnósticos clínicos e psiquiátricos contidos no protocolo semiestruturado obedeceram aos critérios estabelecidos pela CID-10 e DSM- V.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

2.4. Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS, versão 24 da IBM, ano de 2014. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, e também através do teste qui-quadrado. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

2.5. Aspectos Éticos

O presente estudo foi embasado de acordo com os princípios éticos definidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e

cadastrado na Plataforma Brasil (protocolo nº 34033314.1.0000.5415). A utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensável, uma vez que este estudo se propôs a realizar a análise das solicitações e dos relatórios da equipe IP, através de revisão de prontuários e, desta maneira, sem contato pessoal com os pacientes e responsáveis.

3. RESULTADOS

3.1. Análise descritiva

No período estudado, 204 idosos foram avaliados pelo serviço de IP. Três pacientes idosos foram excluídos do estudo. As causas foram: óbito antes da avaliação, paciente não foi localizado no hospital e impossibilidade de acesso ao prontuário eletrônico. O número de avaliações de idosos representou 14,33% de todas as avaliações realizadas no período. Dos pacientes avaliados, a maioria era do sexo feminino (55,4%) e a idade média à época da avaliação foi de 70,27 anos (DP \pm 7,41), com 52,4% entre 60 e 69 anos de idade. Predominavam os casados (43,6%), caucasianos (90,30%), católicos (72,8%), com baixa escolaridade (92,69%), sem exercício de atividade remunerada (94,4%), dos quais 65,4% eram aposentados (tabelas 1 e 2). Das ocupações informadas, em exercício ou não, prevaleceram os empregados rurais (16,46%) e donas de casa (43,90%). Dentre os avaliados 31,7% morava com o cônjuge e apenas 6,7% encontrava-se institucionalizado.

Diversas cidades da região foram atendidas pelo serviço de IP, com 55,17% das avaliações no período. Moradores do município de São José do Rio Preto-SP somaram 42,36% e uma pequena parcela de 2,46% vieram de outros estados. 100% deles brasileiros.

Tabela 1. Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com o gênero, faixa etária, estado civil, religião e escolaridade. HB-FAMERP 2010-2014.

Aspecto Sociodemográfico	N	%
Gênero (n=204)		
Masculino	91	44,6
Feminino	113	55,4
Idade (n=204) (Média: 70,27 anos) (D.P.: ±7,41)		
60-64	51	25,0
65-69	56	27,4
70-74	38	18,6
75-79	35	17,1
80-84	16	7,8
85-89	05	2,4
90-94	03	1,5
Estado Civil (n=197)		
Casado	86	43,6
Viúvo	53	26,9
Solteiro	25	12,7
Divorciado	24	12,2
União Estável	09	4,6
Ignorado	07	*
Religião (n=191)		
Católico	139	72,8
Evangélico	30	15,7
Espírita	12	6,3

Testemunha de Jeová	05	2,6
Sem Religião	05	2,6
Ignorado	13	*
Escolaridade (n=178)		
Analfabetos	35	19,66
Ensino fundamental incompleto	121	67,97
Ensino fundamental completo	09	5,05
Ensino médio incompleto	01	0,56
Ensino médio completo	07	3,93
Ensino superior completo	05	2,80
Ignorado	26	*

*Excluído.

Tabela 2. Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com o aspecto ocupacional. HB-FAMERP 2010-2014.

Aspecto Ocupacional	N	%
Exerce atividade remunerada? (n=195)		
Não	184	94,4
Sim	11	5,6
Ignorado	09	*
Causas de não exercer atividade remunerada (n=179)		
Aposentado	117	65,4
Do lar	49	27,4
Afastado por auxílio doença	08	4,5
Sob custódia	03	1,7
Desempregado	02	1,1

Ignorado	25	*
----------	----	---

*Excluído.

As especialidades médicas que mais solicitaram o serviço de interconsulta psiquiátrica foram a clínica médica (38,7%), a cardiologia (12,2%) e a cirurgia geral (9,8%). Dentre os motivos mais frequentes de solicitação estão dificuldade em lidar com a internação (24,74%) e a doença psiquiátrica prévia (22,2%), conforme observado na Tabela 3. Em 67,2% dos casos foram necessárias avaliações de outras equipes durante a internação.

Os principais diagnósticos clínicos feitos nesse grupo de pacientes foram as doenças hipertensivas (11,76%), a influenza e pneumonia (11,27%) seguida pela *Diabete Mellitus* (8,33%). Deve-se enfatizar que houve pacientes com mais de um diagnóstico clínico definido (Tabela 4). No geral, doenças cardiológicas acometeram 49,5% dos pacientes internados, doenças endocrinológicas/ metabólicas 29,2%, doenças respiratórias 17,64% e doenças neurológicas 14,7 %.

Entre os diagnósticos psiquiátricos formulados pelo interconsultor após avaliação, transtornos de humor foram os mais prevalentes com 44,89%, seguidos pelos transtornos mentais orgânicos (22,95%) e transtornos de ansiedade/de reação ao estresse/somatização (11,73%). Transtornos mentais devido a uso de substâncias psicoativas ocorreram em 8,67%, seguidos pelos transtornos psicóticos (7,65%). Três pacientes avaliados (1,53%) não preencheram critérios para formulação diagnóstica (Tabela 4). Em 44,6% dos pacientes avaliados pela equipe houve mais de uma hipótese diagnóstica psiquiátrica. De todos os casos avaliados, 21,93% evoluíram com *Delirium* comórbido ou isolado, e 11,27% com óbito.

Tabela 3. Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com a especialidade solicitante e o motivo de parecer psiquiátrico. HB-FAMERP 2010-2014.

Especialidade Solicitante/Motivo de Parecer	N	%
Especialidade Solicitante (n=204)		
Clínica Médica	79	38,7
Cardiologia	25	12,2
Cirurgia geral	20	9,8
Geriatria	15	7,3
Neurologia	13	6,4
Pneumologia	08	3,9
Gastroenterologia	07	3,4
Nefrologia	04	1,9
Hematologia	04	1,9
Outras	29	14,2
Motivo de Parecer (n=198)		
Paciente psiquiátrico prévio	44	22,2
Dificuldade de lidar durante a internação	49	24,74
Alteração comportamental aguda	21	10,6
Tentativa de suicídio/Risco de Suicídio	18	9,09
Agitação psicomotora	20	10,10
Uso/Abuso de substâncias psicoativas	13	6,56
Solicitação após exclusão de causa orgânica	08	4,04
Outras	25	12,56
Ignorado	06	*

*Excluído.

Tabela 4. Distribuição de diagnósticos Clínicos e Psiquiátricos (CID-10) dos pacientes idosos atendidos pelo serviço de interconsulta psiquiátrica. HB-FAMERP 2010-2014.

Diagnósticos	N	%
Diagnóstico Clínico (n=204)		
Doenças hipertensivas (I10 – I15)	24	11,76
Influenza (gripe) e pneumonia (J09 – J19)	23	11,27
Diabete Mellitus (E10 – E14)	17	8,33
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas (T36 – T50)	13	6,37
Doenças infecciosas intestinais (A00 – A09)	12	5,88
Outras doenças do aparelho urinário (N30 – N39)	11	5,39
Doença das artérias, arteríolas e capilares (I70 – I79)	10	4,90
Neoplasias Malignas, órgãos digestivos (C15-C26)	09	4,41
Doenças cerebrovasculares (I60 – I69)	07	3,43
Outros	123	60,29
Diagnóstico Psiquiátrico pelo interconsultor (n=196)		
Transtornos de humor/afetivos (F30-39)	88	44,89
Transtornos mentais orgânicos (F00-09)	45	22,95
Transtornos neuróticos, relacionados com “stress” e transtornos somatoformes (F40-48)	23	11,73
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29)	15	7,65
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10-19)	17	8,67

Outros transtornos	05	2,55
Sem critérios para diagnóstico psiquiátrico	03	1,53
Ignorado	08	*

*Excluído.

A prevalência dos pacientes avaliados que tinham antecedentes pessoais de doença psiquiátrica foi de 60,98%, com 56,77% em acompanhamento por profissional especializado e 24,11% com internação psiquiátrica prévia. Apenas 25,49% dos pacientes sabiam seu diagnóstico psiquiátrico. Uso de substâncias psicoativas (SPA) e comportamento suicida foram identificados em 14,40% e 13,5%, respectivamente. Comorbidades clínicas estavam presentes em 66,83% dos casos. (Tabela 5).

Entre os pacientes medicados com psicofármacos, apenas 31,25% estavam em monoterapia, 60,69% usavam 2 ou mais medicamentos. 51,78% dos pacientes usavam benzodiazepínico em monoterapia ou associação medicamentosa, seguidos pelos antidepressivos (48,21%) e antipsicóticos (40,17%).

Tabela 5. Distribuição do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica em idosos de acordo com antecedentes psiquiátricos, número de medicações em uso, internação psiquiátrica, uso de substâncias psicoativas, comportamento suicida e comorbidades clínicas. HB-FAMERP 2010-2014.

Característica clínica	N	%
Antecedentes psiquiátricos (n=182)		
Sim	111	60,98

Não	71	39,01
Ignorado	22	*
Acompanhamento médico especialista (n=118)		
Sim	67	56,77
Não	51	43,22
Ignorado	86	*
Número de psicofármacos em uso (n=112)		
Uma	35	31,25
Duas	38	33,92
Três	17	15,17
Quatro	08	7,14
Cinco ou mais	05	4,46
Nenhuma	09	8,03
Ignorado	92	*
Internação psiquiátrica prévia (n=141)		
Sim	34	24,11
Não	107	75,88
Ignorado	63	*
Uso de substâncias psicoativas (n=118)		
Sim	17	14,4
Não	101	85,59
Ignorado	86	*
Comportamento suicida (n=200)		
Sim	27	13,5
Não	173	86,5
Ignorado	4	*
Comorbidades clínicas (n=199)		

Sim	133	66,83
Não	66	33,16
Ignorado	5	*

*Excluído.

O tempo médio de hospitalização dos pacientes idosos avaliados foi de 18,1 dias (D.P.±18,3 dias) e 11,27% dos pacientes internados evoluíram para óbito. A especialidade médica responsável pela internação levou uma média de 8,55 dias (D.P.: ±11,1 dias) para solicitar avaliação pela equipe de IP, obtendo resposta em parecer com 1,8 dias (D.P.±1,3 dias) após solicitação (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição do tempo médio de internação do idoso, solicitação do parecer psiquiátrico e resposta da equipe de interconsulta psiquiátrica à especialidade solicitante. HB-FAMERP 2010-2014.

Tempo Médio de Internação/Solicitação do Parecer/Resposta do Parecer		
Tempo Médio de (em dias)(n=204)	Média	DP
Internação	18,1	±18,3
Solicitação do Parecer	8,55	±11,1
Resposta do Parecer	1,8	±1,3

Diversas propostas terapêuticas foram sugeridas pela equipe de IP após avaliação do paciente idoso. Na maioria dos casos a conduta sugerida pela equipe de IP envolveu mais de uma recomendação (71,56%). Introdução de psicofármacos ao paciente não tratado foi a conduta mais sugerida (60,78%), seguida de encaminhamento para seguimento ambulatorial em serviço de psiquiatria (41,67%) e manutenção de psicofármaco em uso (27,94%). O

encaminhamento para internação psiquiátrica representou 2,94% das condutas sugeridas. Em 73,22% dos casos a recomendação proposta pela equipe de IP foi seguida (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das condutas sugeridas pelo serviço de interconsulta psiquiátrica para os pacientes idosos. HB-FAMERP 2010-2014.

Tratamento Proposto pela Equipe de Interconsulta Psiquiátrica	N	%
Conduta* (n=204)		
Introdução de psicofármacos (paciente não tratado)	124	60,78
Encaminhamento para seguimento em ambulatório específico de saúde mental	85	41,67
Manutenção de psicofármacos (paciente já tratado)	57	27,94
Modificação de psicofármacos (troca de medicação)	34	16,67
Encaminhamento para psicoterapia	29	14,22
Avaliação de outros profissionais	29	14,22
Modificação de psicofármacos já prescritos (modificação de posologia)	24	11,76
Psicoterapia durante a internação	22	10,78
Exclusão de causas orgânicas (incluiria solicitação de novos exames e aguardar resultados de exames)	10	4,90
Encaminhamento para internação psiquiátrica	6	2,94

*Existem pacientes com mais de uma conduta proposta.

Dentre as classes de medicamentos mais indicadas pelo serviço de IP, observou-se a indicação dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) como conduta mais frequentemente sugerida (50%); os antipsicóticos (36,23%) e benzodiazepínico (20,29%) (Tabela 8). Mais de uma medicação por paciente pode ter sido prescrita.

Tabela 8. Distribuição dos medicamentos mais prescritos pelo serviço de interconsulta psiquiátrica aos pacientes idosos. HB-FAMERP 2010-2014.

Tratamento por Psicotrópicos	N	%
Classes de medicamentos prescritas (N=138)		
ISRS	69	50,00
Antipsicóticos	50	36,23
Benzodiazepínicos	28	20,29
Outros	18	13,04
Tricíclicos	6	4,35
Estabilizadores de humor	6	4,35
ISRSN	1	0,72

3.2. Análise comparativa

3.2.1. Dados sociodemográficos

O teste qui-quadrado para antecedentes psiquiátricos mostrou-se significativo quanto ao sexo, com predomínio de mulheres ($p=0,023$) e quanto ao estado civil, com antecedentes psiquiátricos mais frequentes em pacientes casados e divorciados ($p=0,012$). A presença de transtorno psiquiátrico associou-se à profissão, com predomínio dos trabalhadores do lar ($p<0,001$). A presença de antecedentes psiquiátricos e transtorno psiquiátrico diagnosticado na internação também foi significativa ($p=0,024$); assim como com a presença de diagnóstico psiquiátrico prévio e o diagnóstico específico de depressão ($p<0,001$). O teste qui-quadrado também foi significativo para antecedentes psiquiátricos e uso de benzodiazepínicos ($p<0,001$) e uso de antidepressivos ($p<0,001$). Outros dados significativos foram a presença de antecedentes psiquiátricos e uso de SPA ($p<0,001$) e de tentativa de autoextermínio (TAE) prévia, no qual se observou a não-associação de uso de SPA e ocorrência de TAE ($p<0,001$).

3.2.2. Solicitação de IP

O teste de qui-quadrado evidenciou associação significativa entre motivo da solicitação da IP e presença de antecedentes psiquiátricos, onde o maior motivo relatado foi a própria doença psiquiátrica ($p<0,001$), seguido de dificuldade do paciente em lidar com a hospitalização ($p=0,04$). O tempo de solicitação do pedido de IP também foi associado com presença de antecedentes psiquiátricos ($p=0,015$). Pacientes com antecedentes de doença psiquiátrica tiveram, em sua maioria, pedido feito em 1 dia, diferente da média

de 8,55 dias (D.P.: +- 11,1 dias) para os demais casos. O tempo de solicitação do pedido de IP também foi associado à presença de diagnósticos psiquiátricos durante a internação ($p < 0,001$), e o tempo de solicitação do parecer também foi de 1 dia para esses pacientes ($p < 0,001$).

3.2.3. Diagnóstico realizado pela equipe de IP

Os diagnósticos dados pela equipe de IP foram, em sua maioria, de transtornos de humor, principalmente depressão ($p < 0,001$). O diagnóstico de uso de SPA associou-se ao gênero, maioria masculino ($p = 0,021$); escolaridade, predominando pacientes com ensino fundamental incompleto ($p = 0,035$); estado civil, com predomínio de não-casados ($p = 0,031$) e internação psiquiátrica prévia, onde a maioria não apresentava internações ($p < 0,001$); comportamento suicida, não presente entre a maioria dos usuários de SPA ($p = 0,012$). A maior parte dos motivos da solicitação de IP entre os pacientes com intoxicação exógena foi tentativa de suicídio ($p < 0,001$) e uso de SPA ($p < 0,001$).

3.2.4. Comportamento suicida

O comportamento suicida ocorreu mais frequentemente entre os casados ($p = 0,007$) e o diagnóstico clínico mais encontrado entre pacientes com comportamento suicida foi intoxicação exógena ($p < 0,001$), em que a maioria estava internada pelo próprio comportamento ($p < 0,00$). O comportamento suicida associou-se à TAE anteriores ($p < 0,001$). Dentre estes, a maior parte já havia tentado suicídio ao menos uma vez ($p < 0,001$) e o método mais encontrado foi a intoxicação exógena ($p < 0,001$). Pacientes com

comportamento suicida apresentavam a tentativa de suicídio como motivo mais frequente de solicitação de parecer ($p < 0,001$)

Da mesma forma como o comportamento suicida, a intoxicação exógena foi mais diagnosticada entre os casados ($p = 0,028$), que na sua maior parte estava internada pela intoxicação ($p < 0,001$). Tal como o comportamento suicida, o grupo com intoxicação exógena esteve associado a TAE prévias ($p < 0,001$), tendo apresentado pelo menos uma TAE anterior ($p < 0,001$) e TAE prévia por intoxicação exógena ($p < 0,001$). A intoxicação exógena foi relacionada a comportamento suicida ($p < 0,001$). Teste qui-quadrado se mostrou significativo para intoxicação exógena e classe de psicotrópico em uso, onde a maioria fazia uso de benzodiazepínicos ($p = 0,026$). Conforme dito anteriormente, a maioria dos motivos da solicitação de IP entre os pacientes com intoxicação exógena foi tentativa de suicídio ($p < 0,001$) e uso de SPA ($p < 0,001$); sendo o plano de tratamento mais sugerido para esses pacientes o de seguimento ambulatorial ($p = 0,044$).

4. DISCUSSÃO

A avaliação realizada traz dados referentes à população de idosos atendidos em hospital escola do interior paulista pelo SUS, com suas particularidades sociodemográficas e clínicas. As características sociodemográficas encontrados foram semelhantes à de outros estudos alusivos a idosos hospitalizados.⁽²⁰⁻²²⁾

A maior parte dos pacientes atendidos pelo serviço de IP era do sexo feminino,^(20,23-27) com idade prevalente entre 60-69 anos⁽²²⁾ e casados.^(20,26-29) Houve predomínio feminino, pois, provavelmente, os transtornos psiquiátricos que justificaram os pedidos de avaliação se mostram frequentes no sexo feminino, tais como os transtornos de humor (depressão) e de adaptação,⁽³⁰⁻³²⁾ bem como pela maior capacidade feminina em expressar seus sentimentos e inquietudes psicológicas.⁽¹⁴⁾ A prevalência de católicos pode ser explicada pela proporção católica no país.⁽³³⁾

Diante da maioria caucasiana entre os pacientes, a avaliação pela IP foi mais frequente nessa população, como também observado em outros estudos.^(23,34) Quanto à baixa escolaridade, tal dado representa uma característica dos pacientes atendidos pelo serviço, com condições econômicas e sociais desfavoráveis e predomínio de ocupações laborais ligadas ao meio rural. Ademais, a faixa etária da população atendida reflete ainda mais a falta de investimento e incentivo educacional da época. Da mesma maneira, pode-se avaliar a grande proporção de pacientes sem exercício de atividade remunerada, sendo grande parte aposentada e, entre os trabalhadores ativos, maioria de trabalhadores do lar e empregados rurais.

A procedência dos pacientes obedece ao fluxo de atendimentos públicos estabelecido na região, onde o hospital de Base (HB) se encarrega do atendimento médico terciário dos pacientes da macrorregião e dos municípios de São José do Rio Preto-SP. De fato, o HB é responsável pelo atendimento de demandas clínico-cirúrgicas dos pacientes da região e ainda não possui unidade psiquiátrica. Desta forma, os pacientes avaliados são atendidos por equipes médicas para cuidados com sua saúde física.

Acredita-se que a avaliação por psiquiatra seja solicitada para apenas 1 a 13% dos pacientes, embora as taxas de morbidade psiquiátrica em pacientes internados em hospital geral possam atingir 20 a 60%.⁽³⁵⁾ Como o processo de envelhecimento aumenta a vulnerabilidade do idoso internado e há chances de desenvolvimento de transtornos psíquicos durante a hospitalização, pode ocorrer o agravamento de tais taxas.⁽¹¹⁻¹²⁾ Alguns dos fatores que podem contribuir para a modesta participação do psiquiatra interconsultor no cenário hospitalar podem ser a pouca valorização do serviço de IP por outros profissionais de saúde não psiquiatras⁽¹⁴⁾ e a dificuldade no reconhecimento e detecção dessa demanda.⁽³⁵⁾

Como também observado em outros estudos, o setor de clínica médica foi responsável pelo maior número de solicitações de IP,^(20,26-27,29,36) seguida pela equipe de cardiologia e cirurgia geral. Uma possível explicação é a ampla abrangência dos cuidados propostos pela clínica médica e o fato de ser a especialidade responsável por boa parte das internações hospitalares. Importante informar que as solicitações de IP no HB são feitas para pacientes

admitidos em enfermaria, o que justifica ausência de pedidos pelo serviço de emergência do hospital.

Os motivos para solicitação de IP são muito diversos, mas em geral o psiquiatra é chamado para avaliar o quadro mental do paciente, risco e/ou tentativa de suicídio, identificar possíveis transtornos psiquiátricos, auxiliar em diagnósticos diferenciais, aliviar tensões na relação médico-paciente ou da própria equipe diante do adoecer, auxiliar na dificuldade do paciente em lidar com a hospitalização e diagnósticos/ procedimentos difíceis.^(14,35) No presente estudo as principais razões para solicitação de IP foram a dificuldade do paciente em lidar com a internação e a presença de doença psiquiátrica prévia. Em pesquisa anterior a história psiquiátrica prévia também foi fator motivador de IP.⁽²⁰⁾ Talvez este dado demonstre uma insegurança e até dificuldades técnicas e afetivas das equipes hospitalares em compreenderem e conduzirem pacientes com transtornos psiquiátricos. No hospital geral, todos os pacientes compartilham da experiência estressante do adoecimento e suas condições psíquicas são influenciadas pelos acontecimentos, fato que gera maior tensão nas relações interpessoais, em especial do paciente x equipe e do mesmo em suas outras vivências.⁽¹⁴⁾

O envelhecimento como um processo multifatorial implica em alterações anatômicas e funcionais no organismo com redução da funcionalidade e qualidade de vida do idoso.⁽³⁷⁻³⁸⁾ Os problemas de saúde dos idosos são, em sua maioria, de natureza crônica, geram maior morbidade, incapacidade e mortalidade entre idosos.⁽⁷⁻⁸⁾ Entre elas as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório estão entre as mais frequentes causas de internação e

óbito em idosos.⁽³⁹⁾ Os diagnósticos clínicos que motivaram a internação de grande parte dos idosos avaliados nesse estudo foram também de ordem cardiológica e respiratória. Outros idosos adoeceram de doenças endocrinológicas e neurológicas.

Contudo, não só as doenças físicas comprometem a saúde do idoso. O envelhecimento populacional também aumenta a prevalência das doenças mentais. Estimativas da literatura consideram que pelo menos 25% dos idosos apresentem TP e/ou alguma alteração comportamental significativa.⁽¹⁰⁻¹¹⁾ Destacam-se, nessa população, os transtornos de humor (principalmente a depressão), os transtornos de ansiedade, os SCPD e sintomas degenerativos do Sistema Nervoso Central.⁽¹²⁾ Esse estudo encontrou dados que corroboram a literatura e também foram encontrados em outras pesquisas.^(12,20,40-41) Entre os pacientes avaliados, os diagnósticos psiquiátricos mais identificados pelo interconsultor foram transtornos do humor, em especial depressão,^(20,25,27,42-44) seguidos por transtornos mentais orgânicos, transtornos neuróticos que abrangem os transtornos de ansiedade, de reações ao estresse e de somatização, os transtornos por uso de SPA e, por fim, os transtornos psicóticos. Comorbidades psiquiátricas foram frequentes. Torna-se importante ressaltar os fatores de risco para depressão também achados nesse estudo, como a faixa etária da população (idosos), o sexo feminino e a associação com doença cardiovascular.⁽⁴⁵⁾

Observou-se que a maioria dos pacientes idosos internados e avaliados pela IP já tinham antecedentes pessoais de doença psiquiátrica e eram acompanhados por psiquiatra, embora a maioria não soubesse seu

diagnóstico. Em um estudo que comparou pedidos de avaliação de IP em dois hospitais também foram encontrados altos índices de antecedentes psiquiátricos entre os pacientes.⁽²⁰⁾ A prevalência alta de transtornos psiquiátricos em idosos justifica essas informações e também, nessa pesquisa, motivou muitos dos encaminhamentos para IP com tempo mais curto para realização do pedido. A maioria dos pacientes com antecedentes psiquiátricos apresentavam transtorno depressivo e pertenciam ao sexo feminino. Associação já encontrada em estudos anteriores.^(20,46-47) A própria presença de transtorno psiquiátrico diagnosticado pelo interconsultor foi mais frequente entre mulheres do lar. O predomínio feminino entre tais diagnósticos pode estar relacionado ao funcionamento hormonal e sua influência nas condições psíquicas e emocionais da mulher ao longo da vida.⁽²⁰⁾ Outro estudo mostrou que a depressão é subdiagnosticada na população idosa, particularmente nos idosos hospitalizados por condições clínicas e que tem risco aumentado para a doença.⁽⁴⁸⁾ Encontrou também evidências que sugerem dificuldades entre os médicos não psiquiatras em diagnosticar transtornos depressivos nos idosos. Metade dos indivíduos diagnosticados não estava tratada e entre os tratados, metade não usava medicação em dose ou tempo apropriados para atingir remissão dos sintomas.⁽⁴⁸⁾ Vale ressaltar que idosos deprimidos apresentam maior comprometimento físico, social e funcional, com prejuízos importantes na sua independência e qualidade de vida.⁽⁴⁹⁾

De forma geral, o paciente idoso está mais vulnerável a hospitalização, com mais acentuada diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes definitivas.⁽¹¹⁾ Assim, alterações

comportamentais são mais evidenciadas e casos de *Delirium*, ou estado confusional agudo são complicações frequentes em pacientes internados em hospital geral, em especial os com complicações clínicas mais graves como os indivíduos com idade avançada.⁽¹²⁾ Pouco mais de 20% dos pacientes submetidos a IP durante a pesquisa evoluíram com *Delirium*. A presença da patologia gera impacto negativo, com pior prognóstico durante a internação e alta hospitalar. Está associado a maior risco de queda, úlcera de pressão, tempo de hospitalização, institucionalização, comprometimento funcional e mortalidade. Embora muito importante, o *Delirium* frequentemente não é diagnosticado e pode trazer sérias consequências ao paciente.⁽⁵⁰⁾

Um dado que chama a atenção foi o número alto de pacientes em uso de medicamento benzodiazepínico (BZD). A presença de antecedentes psiquiátricos se mostrou significativa para uso de BZD e mais da metade dos idosos avaliados em tratamento com psicofármacos usavam essa classe medicamentosa, seguido pelo uso de antidepressivos e antipsicóticos, uso observado em outro estudo.⁽²⁰⁾ Inclusive foi a classe mais usada e mostrou significância para os pacientes internados por intoxicação exógena. Os BZD são classe de psicotrópicos disponíveis desde 1960 e constituem uma das classes de medicações mais prescritas no mundo.⁽⁵¹⁾ Seu uso de maneira inadequada e indiscriminada é observado em países desenvolvidos e em desenvolvimento e estima-se que o uso crônico ocorra em 1,6% da população adulta.⁽¹⁰⁾ Quanto à população geriátrica, estudos demonstram que mais de 80% desses pacientes faz uso de pelo menos um BZD ao dia.⁽¹²⁾ O uso de polimedicamentos evidenciado no paciente idoso associado ao uso de BZD

aumenta o risco de interações medicamentosas e de efeitos colaterais, além do potencial risco de abuso, dependência, alterações cognitivas e quedas. De modo geral, o uso de BZD deve ser evitado em idosos, principalmente nos mais velhos.⁽⁵⁰⁾

O uso e dependência de SPA, incluindo álcool, foi evidenciado em 14,4% dos pacientes avaliados pelo serviço de IP. Dados demonstram que a dependência química tem crescido entre os idosos. Estima-se que a taxa de alcoolismo no Brasil seja de 9%, com predomínio entre os homens.⁽⁵²⁾ Nos idosos, 2 a 10% teriam problemas com álcool entre os maiores de 65 anos e 10 a 20% na população idosa hospitalar.⁽⁵³⁾ Outro estudo, com adultos maiores de 65 anos encontrou prevalência nos últimos 12 meses de quase 5% de diagnósticos relacionados ao uso de SPA, incluindo álcool.⁽⁵⁴⁾ A maioria dos pacientes avaliados onde uso de SPA foi identificado eram homens e tinham baixa escolaridade. Talvez a alta porcentagem presente nesse estudo se justifique pela amostra selecionada de pacientes hospitalizados e pela dificuldade em diagnosticar dependência química ambulatorialmente, uma vez que idosos tendem a evitar a procura de tratamento, devido à vergonha, estigma ou percepção de que o uso não é grave o suficiente.⁽⁵⁰⁾

Outro tema delicado sobre a saúde mental de idosos é o comportamento suicida. Atualmente suicídio em idosos é um sério problema para diversas nações. Estudo multicêntrico em países europeus mostrou que as taxas médias de suicídio entre pessoas com mais de 65 anos atinge 29,3/100.000 e as tentativas de suicídio, 61,4/100.000, valores bem mais altos que na população geral.⁽⁵⁵⁾ A relação entre tentativa e suicídio efetivo também é muito

estreita, quase 2:1. Embora no Brasil as taxas de suicídio nessa população sejam relativamente mais baixas que em outros países, elas são 2 vezes mais altas que na população geral.⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾ No presente estudo a maioria dos pacientes com comportamento suicida e internados por intoxicação exógena eram casados e já tinham tentativas anteriores. O motivo da solicitação de IP foi a própria tentativa de suicídio. Outra pesquisa também identificou tentativas de suicídio entre os motivos de solicitação.⁽²⁰⁾ Já está claro que alguns dos fatores de risco para suicídio são tentativas anteriores e extremos de idade.⁽⁵⁰⁾ Assim, comportamento suicida no idoso deve ser assunto levado a sério.

Após avaliação dos casos, diversas propostas foram realizadas pelos interconsultores e predominaram associações de recomendações. A prescrição de psicofármacos foi a conduta mais sugerida em outros serviços de IP,^(20,22,58) e igualmente observada neste estudo. O encaminhamento para atendimento e seguimento ambulatorial especializado também foi frequente neste e em outros estudos, bem como as classes de medicações prescritas.^(20,22) Entre as medicações mais prescritas estavam os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), os antipsicóticos e benzodiazepínicos. As condutas adotadas pelo serviço de IP seguem a recomendação literária atual e tanto o encaminhamento para seguimento ambulatorial quanto a prescrição de fármacos são condutas frequentemente recomendadas.^(20,25,34,43) Em aproximadamente 75% dos casos a proposta foi executada pela equipe médica assistente, dado que sugere adequação e sentido diante dos casos analisados. O grande número de pacientes encaminhados para continuidade de assistência psiquiátrica demonstra a importância do serviço de IP em hospital geral.

Limitações do estudo foram evidenciadas e devem ser apontadas, tal como a amostra relativamente reduzida, restrita ao ambiente hospitalar, a ausência de grupo-controle, em estudo de corte transversal. Vale ressaltar também que os diagnósticos psiquiátricos não foram confirmados por instrumentos validados e padronizados.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou achados semelhantes aos da literatura nacional e internacional. Os idosos atendidos pelo serviço de IP apresentaram características comuns com outros idosos em situações parecidas e as diferenças demonstram as peculiaridades socioeconômicas e culturais dos indivíduos e da própria instituição.

O serviço de IP do HB-FAMERP é relativamente novo, poucos investimentos foram realizados para organização e padronização do atendimento prestado. O uso de protocolo semiestruturado para a coleta de informações contribui para o conhecimento mais profundo da população atendida e do serviço médico prestado. Comparações futuras podem gerar maior conhecimento, aperfeiçoamento e devem ser estimuladas.

A expectativa com este trabalho é que possa contribuir com subsídios para o aprimoramento do serviço, promover o estreitamento entre as equipes de psiquiatria e demais equipes atuantes no hospital através da identificação de suas importâncias no atendimento desses pacientes. Ademais, espera-se que os resultados desse estudo sirvam de base para novas pesquisas e contribuições científicas.

Diante da vulnerabilidade do idoso internado e de sua fragilidade crescente mediante prolongamento da hospitalização, a presença da equipe de IP contribui para a compreensão do caso, como instrumento facilitador para as equipes e valioso na condução de condições que extrapolam a doença física, na tentativa de amenizar repercussões negativas e tensões desnecessárias. Mediante as informações observadas no estudo, enfatiza-se a importância do psiquiatra interconsultor no ambiente hospitalar, tanto no auxílio diagnóstico

como na orientação e condução de transtornos psiquiátricos e neuropsiquiátricos junto às equipes hospitalares.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Current Status of the Social Situation, Well- Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide. New York: United Nations; 2011. (<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/publications/current-status-older-persons.pdf> accessed 07/05/2017 as 20:05)
2. Carvalho, J A; Garcia, R A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.
3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Economic and Social Survey. Development in an Ageing World. New York: United Nations; 2007. (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf accessed 07/05/2017 as 13:00).
4. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. New York: United Nations; 2015. (https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf accessed 27/12/2017 as 13:00)
5. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. OMS, 2015.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas Nacionais- conta-satélite de saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012.
7. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
8. Veras, R P. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. Rev. Saúde Pública, v. 25, n. 6, São Paulo, 1991.
9. Coelho Filho, J M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev. Saúde Pública; 34: 666-71. 2000.
10. Siqueira, A B; Cordeiro, R C; Perracino, M R; Ramos, L R. Impacto funcional da internação de pacientes idosos. Rev. Saúde Pública; 38 (5): 687-94. 2004.

11. Creditor M C. Hazards of hospitalization of elderly. *Ann Inter Med*; 118: 219-23. 1993.
12. Agronin ME, Maletta GJ. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Philadelphia: Lipincott, Williams & Wilkins, 2011.
13. Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
14. Botega, NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: histórico e tendências*. In: Botega, NJ organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, pp 1-17, pp 99- 109. 2017.
15. Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Can J Psychiatry*. 28:329-38. 1983.
16. Hospital de Base. Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME). Apresentação: o Hospital, história do HB. Disponível em www.hospitaldebase.com.br/hospital-de-base, Acesso em 09/04/2017, as 17:25h.
17. World Health Organization. Active Ageing- a Policy Framework. A contribution of the world healthy organization to the second United Nations World Assembly on Aging, Madrid, Spain, april, 2002.
18. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; vol.1. 1997.
19. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; vol.2. 1997.
20. Nakabayashi TIK, Guerra KA, Souza RM, Loureiro SR, Contel JOB, Cabrera CC, Hallack JEC, Osório FL, Leal CG, Rufino ACTBF, Crippa JÁ. Comparação entre solicitações psiquiátricas de dois hospitais gerais universitários brasileiros: uso do protocolo de registro de interconsulta em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*; 26:1246-60. 2010.
21. Tramunt GK, Silva CTB, Nogueira EL, Ulrich LE, Bisol LW, Spanemberg L, Diefenthaeler EC, Cataldo Neto A. Perfil dos pacientes idosos internados na

- Unidade de Psiquiatria de um hospital universitário do sul do Brasil. *Scientia Medica*. 20:289-91. 2010.
22. Bambaren CY, Zimmermann PR, Sfoglia A. características das solicitações de interconsultas psiquiátricas em idosos internados em hospital universitário da região sul do Brasil. *PAJAR*; volume 3, número 1, PP 8-14. 2015.
 23. Andreoli PBA, Peluso ET, Andreoli SB, Martins LAN. Padronização e informatização de dados em serviços de interconsulta médico- psicológica de hospital geral. *Rev ABP-APAL*; 18: 89-94. 1996.
 24. 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*; 41: 330-8. 2000.
 25. Lipowski ZJ, Wolston EJ. Liaison psychiatry: referral patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry*; 138: 1608-11. 1981.
 26. 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*; 21: 310-7. 1999.
 27. 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*; 45: 470-6. 2004.
 28. Millan LR, Miguel Filho EC, Lima MGA, Fráguas Jr. R, Gimenes R. Psiquiatria no hospital geral: experiência de um ano. *Rev Psiquiatr Clin*; 13: 33-8. 1986.
 29. Magdaleno Jr. R, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral universitário: um ano no Hospital das Clínicas da UNICAMP. *J Brasil Psiquiatr*; 40:95-8. 1991.
 30. Shevitz SA, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Psychiatric consultation in general hospital: a report of 1000 referrals. *Dis Nerv Syst*; 37: 295-300. 1976.
 31. 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*; 21 Suppl: S43-53. 2005.

32. Vinberg M, Kessing LV. Risk factors for development of affective disorders. *Ugeskr Laeger*; 169: 1434-6. 2007
33. www.censo2010.ibge.gov.br; acessado em 10/10/2017 as 18:05h.
34. Kerr- Correa F, Silva BCM. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsulta. *J Bras Psiquiatr*; 34: 247-52. 1985.
35. Smaira SI, Kerr- Correa F, Contel JOB. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case- control study. *Rev Bras Psiquiatr*; 25: 18-25. 2003.
36. 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*; 12:316-23. 2006.
37. Freitas EV, Py L, Caçado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas, EV, Py L, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; P. 900-9. 2006.
38. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Brasília. Disponível em: [HTTP://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/nruf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/nruf.def). acessado em 22 de setembro de 2014.
40. Veras RP. País jovem com cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
41. Khon R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. *Am J Geriatr Psychiatry*.; 16:1020-8. 2008.
42. Brown A, Cooper F. The impact of liaison psychiatry service on patterns of referral in a general hospital. *Br J Psychiatry*; 150:83-7. 1987.
43. Fido AA, Al Mughaiseeb A. Consultation liaison psychiatry in a Kuwaiti general hospital. *Int J Soc Psychiatry*; 35: 274-9. 1989.
44. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients- relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*; 43: 24-30. 2002

45. Castro- de- Araújo LF, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino CMC. Depressive morbidity among elderly individuals Who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Rev Bras Psiquiat*; 35: 201-207. 2013.
46. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clín*; 33: 43-54. 2006.
47. Justo LP, Calil HM. Depressão- o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiquiatr Clin*; 33: 74-9. 2006.
48. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr*; 24:42-7. 2002.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; p. 192 (Série A. Normas e manuais técnicos) (Caderno de Atenção Básica n 19). 2006.
50. Forlenza OV, Radanovic M, Aprahamian I. Neuropsiquiatria geriátrica. 2 ed. São Paulo: Ed. Atheneu, Capítulo 43, PP 359-365. Capítulo 52 pp. 437-443. Capítulos 27 e 28. pp 207-219. 2014.
51. Bernik MA, Soares MBM, Soares CN. Benzodiazepínicos: padrões de uso, tolerância e dependência. *Arq Neuro Psiquiat*; 48 (1): 131-137. 1990.
52. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiat*; 13: S1516-444. 2009.
53. Schuckit MA. A clinical review of alcohol, alcoholism, and the elderly patient. *J Clin Psychiatry*; 43: 396-399. 1982.
54. Lin JC, Karno MP, Grella CE, Warda U, Liao DH, Hu P, et al. Alcohol , tobacco and nonmedical drug use disorders in U.S. Adults aged 65 years old: data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*; 19 (3): 292-9. 2011.
55. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behavior. *Int J Geriatr Psychiatry*; 16(3): 300-10. DOI: 10.1002/gps.337. 2001.

56. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica*; 22(8): 1587-96. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800007. 2006.
57. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. *Rev Saude Publica*; 44(4). 2010.
58. Vinberg M, Kessing LV. Risk factors for development of affective disorders. *Ugeskr Laeger*; 169: 1434-6. 2007.

7. APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

NOME _____

Prontuário _____

Data admissão _____ Data da alta _____

Número de avaliações da psiquiatria no período _____
(número de pareceres)

Atenção! Os dados abaixo devem ser coletados pela ficha de interconsulta, exceto item W que deve ser avaliado no MV!

A) CIDADE DE ORIGEM:

- | | | |
|----------------------|---------------------|---------------------------|
| 1) SJRP | 23) Lavínia | 45) Paranaíba |
| 2) Aparecida d'Oeste | 24) Monte Aprazível | 46) Palestina |
| 3) Álvares Florence | 25) Mirassol | 47) Planalto |
| 4) Adolfo | 26) Mendonça | 48) Pontes Gestal |
| 5) Bady Bassit | 27) Meridiano | 49) Rubinéia |
| 6) Balsamo | 28) Mirassolândia | 50) Riolandia |
| 7) Cosmorama | 29) Macedônia | 51) Santópolis do Aguapei |
| 8) Cedral | 30) Mira Estrela | 52) Santa Fé do Sul |
| 9) Catigua | 31) Nova Aliança | 53) Sales |
| 10) Dolcinópolis | 32) Nova Granada | 54) Santa Rita D'Oeste |
| 11) Fernandópolis | 33) Novo Horizonte | 55) Santa Adelia |
| 12) Guapiaçu | 34) Novaes | 56) Santa Albertina |
| 13) General Salgado | 35) Nhandeara | 57) Três Fronteiras |
| 14) Ibirá | 36) Neves Paulista | 58) Tanabi |
| 15) Içém | 37) Nipoa | 59) União Paulista |
| 16) Itajobi | 38) Onda Verde | 60) Ubarana |
| 17) Ipiúá | 39) Ouroeste | 61) Urupês |
| 18) Irapua | 40) Orindiuva | 62) Uchoa |
| 19) Ilha Solteira | 41) Poloni | 63) Valentim Gentil |
| 20) Jaci | 42) Potirendaba | 64) Vitória Brasil |
| 21) José Bonifácio | 43) Pontalinda | 65) Votuporanga |
| 22) Jales | 44) Pirangi | 66) Zacarias |
| 68) Catanduva | 69) Floreal | 70) São Paulo |
| 71) Jundiá | 72) Paulo de Faria | 73) Nova Itaparema |
| 74) Outro _____ | | 99) NI |

B) Nacionalidade

1. Brasileiro
2. outra

C) Sexo

1. Masculino
2. Feminino

D) Idade na data da avaliação psiquiátrica (em anos): _____

E) Mora com:

1. pais
2. conjuge
3. conjuge e filhos
4. filhos
5. amigos
6. sozinho
7. albergue
8. sem residencia fixa
9. institucionalizado
10. outros _____
99. não informado

F) Escolaridade

1. não alfabetizado
2. nao sabe
3. fundamental 1a a 4a incompleto

4. fundamental 1a a 4a completo
5. fundamental 5a a 8a incompleto
6. fundamental 5a a 8a completo
7. médio (2º grau) incompleto
8. médio (2º grau) completo
9. superior incompleto
10. superior completo
99. não informado

G) ESTÁ TRABALHANDO?

SIM (1) NÃO (2)

Se não, por que?

- Afastado inss /auxílio doença (1)
- desempregado (2)
- sob custódia (3)
- aposentado (4)
- do lar (5)
- menor de idade (6)
- estudante (7)

Não informado (99)

H) RELIGIÃO

- 1) Católico
- 2) Evangélico
- 3) Espírita
- 4) Testemunha de Jeová
- 5) Espiritualista
- 6) Umbanda/camdomblé
- 7) Judaísmo
- 8) Budismo
- 9) Islamismo
- 10) Sem religião
- 11) Ateu
- 12) Outro _____
- 99) não informado

I) ESTADO CIVIL

Solteiro - (1)

Casado - (2)

Divorciado - (3)

Uniao estável (4)

Viúvo (5)

Não informado (99)

J) RAÇA

1. caucasiano
2. negro
3. pardo
4. amarelo
99. não informado

K) Profissão: (classificação CBO 2002)

1. abatedor
2. açougueiro
3. adestrador de animais
4. administrador (hóteis, igreja, ambulatório, arquivos)
5. administrador de edifícios
6. administrador de empresas
7. administrador de fundos e carteiras de investimento
8. administrador de redes
9. administrador de sistemas operacionais
10. administrador em segurança da informação
11. advogado
12. afiador
13. afinador
14. agenciador de propaganda
15. agente comunitário de saúde
16. agente de ação social
17. agente de defesa ambiental
18. agente de direitos autorais
19. agente de inteligência

20. agente de manobra e docagem
21. agente de polícia federal/proteção de aeroporto/proteção de aviação civil
22. agente de recrutamento e seleção
23. agente de saúde pública
24. agente de segurança (ferroviária, penitenciária, trânsito)
25. agente de viagem
26. agente fiscal
27. agente funerário
28. agricultor por conta própria
29. agricultor – empregador
30. agricultor – empregado
31. ajudante de cozinha/confeiteiro
32. ajudante de despacho aduaneiro
33. ajudante de motorista
34. ajudante de obras
35. ajudante de pintor
36. ajustador mecânico/ferramenteiro
37. alambiqueiro
38. alfaiate
39. almoxarife
40. analista de cobrança (contábil, contas, controle de qualidade)
41. analista de informações
42. analista financeiro
43. âncora de rádio e TV
44. apicultor
45. apresentador de eventos/circo
46. arquiteto
47. artesão
48. artista
49. ascensorista
50. assistente administrativo
51. assistente de vendas
52. assistente social
53. atendente comercial (loja, lanchonete, mercado ...)
54. atleta
55. auxiliar biblioteca/cartório/contabilidade/escritório/faturamento/escritório
56. auxiliar de enfermagem
57. babá
58. barbeiro
59. bibliotecário
60. bilheteiro
61. biólogo
62. biomédico
63. boiadeiro
64. borracheiro
65. cabeleireiro
66. cabos e soldados da polícia militar/corpo de bombeiros
67. caixa de banco
68. camareiros, roupeiros e afins
69. caminhoneiro
70. carpinteiro
71. carregador
72. carteiro
73. caseiro
74. ceramista
75. chaveiro
76. chefe de cozinha
77. churrasqueiro
78. cilindrista
79. cirurgião dentista
80. cobrador
81. coletor de lixo
82. comerciante
83. condutor de máquinas/processos robotizados/animais e veículos de tração
84. confeiteiro
85. conselheiro tutelar
86. contador
87. copeiro
88. corretor de imóveis/seguros
89. costureira
90. cuidador de idosos

91. do lar
92. eletricista
93. embalador
94. empregado doméstico (diarista, faxineiro ...)
95. encarregado (manutenção, obras)
96. encanador
97. enfermeiro
98. engenheiro
99. NÃO INFORMADO
100. NÃO SE APLICA
101. entregador
102. escrevente (cartório)
103. escriturário (administrativo)
104. escrivão (polícia)
105. esteticista
106. estivador
107. extrativista florestal (gomas, resinas, ceras, óleos, fibras)
108. farmacêutico
109. ferramenteiro
110. fiscal
111. fisioterapeuta
112. forjador
113. forneiro
114. frentista
115. fundidor
116. funileiro
117. galvanizador
118. garagista
119. garçom
120. garimpeiro
121. gerente comercial/marketing/comunicação
122. gerente administrativo/financeiro
123. gerente de manutenção e afins
124. gerente de obras
125. gerente de compras
126. gerente de frota
127. gerente de exportação
128. gerente de hotel
129. gerente de loja e supermercado
130. gerente de produção
131. gesseiro
132. guarda civil
133. inspetor de alunos
134. instalador de redes e cabos telefônicos
135. instalador de persianas/cortinas
136. instalador de linhas elétricas
137. jardineiro
138. joalheiro
139. jornalista
140. jornaleiro
141. lavadeiro
142. manicure
143. maquiador
144. marceneiro
145. marmorista
146. mecânico
147. médico
148. metalúrgico
149. mineiro
150. motociclista (mototáxi)
151. motorista
152. oficial de justiça
153. oficial da aeronáutica
154. oficial da marinha
155. oficial do exército
156. operador de telemarketing
157. padeiro
158. passador de roupas
159. peão
160. pecuarista
161. pedreiro

- 162. pescador
- 163. pintor
- 164. praças das forças armadas
- 165. produtores agrícolas
- 166. professor
- 167. psicólogo
- 168. químico
- 169. recepcionista
- 170. relojoeiro
- 171. salva-vidas
- 172. sapateiro
- 173. secretário
- 174. sepultador
- 175. serralheiro
- 176. servente de obras
- 177. socorrista
- 178. taxista
- 179. tecelão
- 180. torneiro
- 181. varredor de rua
- 182. vendedor
- 183. vidraceiro
- 184. vigilante/segurança
- 185. zelador

L) Equipe solicitante:

I) **1. Emergência 2. Enfermaria/UTI 3. Centro-cirúrgico**

II) Qual especialidade?

1. Clínica médica

Subespecialidade (Se existir) _____

- 1. Clínica Médica Geral
- 2. Cardiologia
- 3. Endocrinologia
- 4. Nefrologia
- 5. DIP
- 6. Pneumologia
- 7. Geriatria
- 8. Gastroenterologia
- 9. reumatologia
- 10. Hematologia
- 11. TMO
- 12. genética clínica
- 13. Outra _____

2. Cirurgia geral

Subespecialidade (se existir) _____

- 1. Cirurgia Geral
- 2. Vascular
- 3. Cardíaca
- 4. Urologia
- 5. Proctologia
- 6. Plástica
- 7. Tx fígado
- 8. Otorrino
- 9. cirurgia pediátrica
- 10. outra _____

3. Neurologia

vídeo-EEG/avaliação para cirurgia epilepsia? 1. sim 2. não

- 1. neuropediatria
- 2. adulto

4. Neurocirurgia

vídeo-EEG/avaliação para cirurgia epilepsia? 1. sim 2. não

5. Ortopedia

6. Pediatria

1. Pneumo
2. gastro
3. herbiatria
4. hemato
5. alergia
6. cardio
7. endocrino
8. dip infantil
9. crescimento
10. obesidade
11. fibrose cística
12. sd down
13. asma

7. Ginecologia/Obstetrícia

1. Pré-natal

8. Dermatologia

9. Oftalmologia

III) A equipe solicitante o fez a pedido de outra equipe? (por exemplo, a clínica médica fez a solicitação formal a pedido da neurologia)

1. sim 2. não

Se sim, qual?

1. Clínica Médica Geral
2. Cardiologia
3. Endocrinologia
4. Nefrologia
5. DIP
6. Pneumologia
7. Geriatria
8. Gastroenterologia
9. reumatologia
10. Hematologia
11. TMO
12. genética clínica
13. Cirurgia geral
14. Cirurgia Geral
15. Vascular
16. Cardíaca
17. Urologia
18. Proctologia
19. Plástica
20. Tx fígado
21. Otorrino
22. cirurgia pediátrica
23. Neurologia
24. Neurocirurgia
25. Ortopedia
26. Pediatria
27. Pneumo ped
29. gastro ped
30. herbiatria
31. hemato ped
32. alergia
33. cardio ped
34. endocrino ped
35. dip infantil
36. crescimento
37. obesidade ped
38. fibrose cística
39. sd down
40. asma
41. Ginecologia/Obstetrícia
42. Dermatologia
43. Oftalmologia

M) Diagnóstico Clínico (motivo da internação)**Qual? (pode marcar mais de um)**

- 1) A00-09 - doenças infecciosas intestinais
- 2) A80-89 infecções virais do SNC
- 3) B15-29 hepatite viral
- 4) B20-24 doenças pelo HIV
- 5) C00-C14 Neoplasia [tumores] malignas, lábio, cavidade oral e faringe
- 6) C15-C26 Neoplasia malignas, Órgãos Digestivos
- 7) C30-C39 Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos
- 8) C40-C41 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos ossos e das cartilagens articulares
- 9) C43-C44 Melanoma e outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os) da pele
- 10) C50 Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama
- 11) C51-C58 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos
- 12) C64-C68 Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário
- 13) C69-C72 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central
- 14) D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas
- 15) E00-E07) Transtornos da glândula tireoide
- 16) E10-E14) Diabetes mellitus
- 17) E40-E46) Desnutrição
- 18) E65-E68) Obesidade e outras formas de hiperalimentação
- 19) G00-G09) Doenças inflamatórias do sistema nervoso central
- 20) G20-G26) Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimento
- 21) G30-G32) Outras doenças degenerativas do sistema nervoso
- 22) G35-G37) Doenças desmielinizantes do sistema nervoso central
- 23) G60-G64) Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico
- 24) G80-G83) Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas
- 25) I05-I09) Doenças Cardíacas Reumáticas Crônicas
- 26) I10-I15) Doenças hipertensivas
- 27) I20-I25) Doenças isquêmicas do coração
- 28) I60-I69) Doenças cerebrovasculares
- 29) I70-I79) Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares
- 30) I80-I89) Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte
- 31) J00-J06) infecções agudas do trato respiratório superior
- 32) J09-19) Influenza (gripe) e pneumonia
- 33) J30-J39) Outras doenças do trato respiratório superior
- 34) J40-J47) Doenças crônicas das vias aéreas inferiores
- 35) J60-J70) Doenças do pulmão devido a agentes externos
- 36) L00-L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo
- 37) M00-M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
- 38) N00-N08) Doenças glomerulares
- 39) N10-N16) Doenças renais túbulo-intersticiais
- 40) N17-N19) Insuficiência renal
- 41) N20-N23) Calculose renal
- 42) N30-N39) Outras doenças do aparelho urinário
- 43) N40-N51) Doenças dos órgãos genitais masculinos
- 44) N60-N64) Doenças da mama
- 45) N70-N77) Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos
- 46) O00-O08) Gravidez que termina em aborto
- 47) O10-O16) Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério
- 48) O20-O29) Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez
- 49) O60-O75) Complicações do trabalho de parto e do parto
- 50) O80-O84) Parto
- 51) O85-O92) Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério
- 52) S00-04 Traumatismo cabeça/couro cabeludo/crânio
- 53) S05 Traumatismo dos olhos e da órbita ocular
- 54) S06-09 Traumatismo intracraniano/esmagamento da cabeça/amputação traumática de parte da cabeça
- 55) S10-S19 Traumatismo Pescoço
- 56) S14 Traumatismo de nervos e da medula espinhal (ao nível cervical)
- 57) S20-S29 Traumatismos Tórax
- 58) S30-S39 Traumatismos Abdome, dorso, coluna lombar e pelve
- 59) S40-S99 Traumatismos do ombro e do braço, cotovelo e antebraço, punho e mão, quadril e coxa, joelho e perna, tornozelo e pé
- 60) T00-T07) Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo
- 61) T08) Traumatismos de coluna
- 62) T10-13) Traumatismos de membro superior e inferior
- 63) T15-T19 Efeito da penetração de corpo estranho através de orifício natural
- 64) T20-T32) Queimaduras e corrosões
- 65) T33-T35) Geladuras (frostbite)
- 66) T36-T50 Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas
- 67) T51) Efeito tóxico do álcool
- 68) T52) Efeito tóxico de solventes orgânicos

- 69) T53) Efeito tóxico de derivados halogênicos de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos
- 70) T54) Efeito tóxico de corrosivos
- 71) T56) Efeito tóxico de metais
- 72) T58) Efeito tóxico do monóxido de carbono
- 73) T59) Efeito tóxico de outros gases, fumaças e vapores
- 74) T60) Efeito tóxico de pesticidas
- 75) T65) Efeito tóxico de outras substâncias e as não especificadas (cianetos, estricnina)
- 76) T71) Asfixia
- 77) T74) Síndromes de maus tratos (abandono, abuso sexual ...)
- 78) T75) Efeitos de outras causas externas (afogamento ...)
- 79) T86) Falha e rejeição de órgãos e tecidos transplantados
- 80) T90-T98) Sequelas de traumatismos, de intoxicações e de outras conseqüências das causas externas
- 81) V01-X59) Acidentes

N) Diagnóstico psiquiátrico citado por quem solicitou a prescrição:

(marcar especificador ao lado)

- 1) F00) Demência na doença de Alzheimer
- 2) F01) Demência vascular
- 3) F02) Demência em outras doenças classificadas em outra parte
- 4) F03) Demência não especificada
- 5) F04) Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
- 6) F05) Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
- 7) F06) Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física
- 8) F07) Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral
- 9) F09) Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado
- 10) F10) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- 11) F11) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- 12) F12) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
- 13) F13) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
- 14) F14) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
- 15) F15) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
- 16) F16) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- 17) F17) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- 18) F18) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- 19) F19) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
- 20) F20) Esquizofrenia
- 21) F21) Transtorno esquizotípico
- 22) F22) Transtornos delirantes persistentes
- 23) F23) Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- 24) F24) Transtorno delirante induzido
- 25) F25) Transtornos esquizoafetivos
- 26) F29) Psicose não-orgânica não especificada
- 27) F31) Transtorno afetivo bipolar
- 28) F32) Episódios depressivos
- 29) F33) Transtorno depressivo recorrente
- 30) F40) Transtornos fóbico-ansiosos
- 31) F41) outros transtornos ansiosos
- 32) F42) TOC
- 33) F43) reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
- 34) F44) Transtornos dissociativos
- 35) F45) Transtornos somatoformes
- 36) F50) Transtornos da alimentação
- 37) F53) Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério
- 38) F55) abuso de substâncias que não produzem dependência
- 39) F60) transtornos de personalidade
- 40) F63) transtornos dos hábitos e dos impulsos
- 41) F64) transtorno de identidade de gênero (transsexualismo, travestismo)
- 42) F65) transtornos da preferência sexual
- 43) F68) Sintomas físicos aumentados por fatores psicológicos (factício, munchhausen)
- 44) F70-79) Retardo Mental
- 45) F80) Transtornos do desenvolvimento da fala e da linguagem
- 46) F84) transtornos globais do desenvolvimento
- 47) F90) Transtornos hipercinéticos

- 48) F91 Distúrbios de conduta
 49) F93 Transtornos emocionais com início na infância (angústia de separação ...)
 50) F94 Transtornos do funcionamento social com início na infância e adolescência (mutismo ...)
 51) F95 Tiques
 52) F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente na infância
 (Enurese/encoprese/pica/gagueira ...)
 53) F99 Transtorno mental não especificado
 99) NÃO INFORMADO

O) Diagnóstico psiquiátrico final, dado pelo interconsultor
 UTILIZAR OS MESMOS DESCRITORES DA ANTERIOR!

P) Antecedentes psiquiátricos:

1. Sim; 2. Não 99. não informado

Se sim:

I) Era acompanhado por psiquiatra? 1. Sim 2. Não

II) Quantas e Qual a classe de medicação utilizada?

Medicações psiquiátricas:

- 1) uma
 2) duas
 3) três
 4) quatro
 5) mais de 5
 6) nenhuma

Classe:

- (1) estimulante
 (2) antidepressivo
 (3) antipsicótico
 (4) anticonvulsivante
 (5) lítio
 (6) benzodiazepínico
 (7) anticolinérgico
 (8) antihistamínico
 (9) anticolinesterásico
 (10) dissulfiram
 (11) naltrexona
 (12) Outra _____

III) Internação psiquiátrica prévia? 1. SIM 2. NÃO

IV) Diagnóstico psiquiátrico prévio (USAR DESCRIÇÃO DA QUESTÃO N)
 Associado ao uso de substâncias? 1. Sim 2. Não

Q) Comorbidades clínicas

1. Sim 2. Não

Se sim, quais? (USAR DESCRIÇÃO DA QUESTÃO M)

Medicações clínicas em uso (DESCREVER DOSES):

R) Comportamento suicida :

1. Sim; 2. Não

Internado pelo comportamento? 1. Sim 2. Não

Tentativas prévias? 1. Sim 2. Não

Quantas? (descrever em número) _____

Método? 1. enforcamento 2. afogamento 3. intoxicação exógena 4. ferimentos corto-contusos
 5. pular pontes/viadutos 6. se jogar na frente carros/motos 7. outros _____

S) MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

1. Paciente psiquiátrico prévio

2. Uso/abuso de substâncias
3. Tentativa de suicídio
4. Risco de suicídio
5. Agitação psicomotora
6. Dificuldade de lidar durante a internação
7. Psicossomática: sintomas físicos mal definidos
8. Solicitação após exclusão de causa orgânica
9. Alteração comportamental aguda
 - a. Qual? _____
10. Sintomas de abstinência
11. Outra
 99. não informado

T) Plano de tratamento proposto pelo interconsultor (podem ser marcados mais de uma):

1. Introdução de psicofarmacos (se paciente não estava em uso)
2. Manutenção de psicofarmacos (paciente já estava em uso)
3. Modificação de psicofarmacos já prescritos (modificação de posologia)
4. Modificação de psicofarmacos (troca de medicação)
5. Encaminhamento para psicoterapia
6. Psicoterapia durante a internação
7. Encaminhamento para internação psiquiátrica
8. Encaminhamento para seguimento em ambulatório específico de saúde mental
9. Exclusão de causas orgânicas (incluiria solicitação de novos exames, sejam eles laboratoriais ou de imagem; aguardar resultados de exames)
10. Avaliação de outros profissionais

U) Foi realizada prescrição de medicamentos?

1. sim 2. não

qual classe prescrita?

1. ISRS
2. Tricíclicos
3. ISRSN
4. Benzodiazepínicos
5. Estabilizadores de humor
6. Antipsicóticos
7. Outros _____

Descrever medicamentos:

V) Tempo de internação: (em dias) _____

X) Tempo de solicitação do pedido (quantos dias após o paciente ser admitido foi solicitado o parecer, em dias)

Y) Tempo de resposta (tempo entre o parecer chegar ao interconsultor e este responder, em dias)

W) Foi seguida a recomendação proposta pela equipe de interconsulta? (checar pelo MV)

1. Sim 2. Não 3. Parcialmente

Se não, porque?

1. não tem a medicação sugerida
2. contra-indicação clínica ao tratamento
3. outro _____

8. ANEXO

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho, pesquisador responsável pelo estudo “**Caracterização clínica e sócio-demográfica dos pacientes idosos internados no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – FUNFARME e avaliados pelo Serviço de Interconsulta Psiquiátrica**” considerando o descrito na Res. CNS 196/96-IV.3.c, solicito a dispensa da apresentação do TCLE, considerando o que se segue:

Procedimentos que serão realizados:

Coleta de dados através da análise das solicitações e dos relatórios das interconsultas psiquiátricas realizadas em 300 (trezentos) pacientes com idade superior a 60 anos no período de 2010 a 2014. Será utilizado um protocolo semi-estruturado para revisão de prontuário.

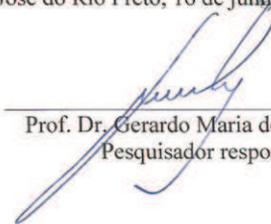
Justificativa quanto à impossibilidade de obtenção do TCLE:

Estudo retrospectivo a partir de revisão de prontuário.

Esclareço, ainda, que o responsável pela instituição que tem a guarda do material, conforme declaração anexa, como: arquivo, prontuário médico, banco de dados entre outros, permitiu a sua utilização, salvaguardando os interesses dos pesquisados quanto a sua imagem e sua privacidade.

Esclareço, finalmente, que assumo a total responsabilidade pelas informações apresentadas.

São José do Rio Preto, 16 de junho de 2014.


Prof. Dr. Gerardo Maria de Araújo Filho
Pesquisador responsável

Gerardo Maria de Araújo Filho
Psiquiatra
CRM 105.274