



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**Prescrição de Psicofármacos e Transtornos Mentais
Comuns em Pacientes Internados nos Hospitais
Universitários da Cidade de Pelotas/RS**

Sílvia Tremper Minasi

Orientador: Prof^a. Dr^a. Gabriele Cordenonzi Ghisleni
Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi

Pelotas, RS
2012

SÍLVIA TREMPER MINASI

**Prescrição de Psicofármacos e Transtornos Mentais
Comuns em Pacientes Internados nos Hospitais
Universitários da Cidade de Pelotas/RS**

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Gabriele Cordenonzi Ghisleni
Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi

Pelotas, RS
2012

Agradecimentos

À professora Elaine Tomasi, pelo carinho, pela paciência, atenção e dedicação dispensadas; pela orientação segura e pelas valiosas contribuições ao trabalho.

Aos meus familiares, minha mãe Leila, pelas palavras de estímulo e coragem; ao meu pai Luís Fernando, por todo o exemplo dado diariamente através de seus grupos de estudos e orientações que já presenciei; aos meus irmãos, pela paciência e compreensão.

Aos colegas, efetivos ou freqüentadores, da CCIH do Hospital Escola, por tornarem as dificuldades mais leves e descontraídas.

SÍLVIA TREMPER MINASI

**Prescrição de Psicofármacos e Transtornos Mentais
Comuns em Pacientes Internados nos Hospitais
Universitários da Cidade de Pelotas/RS**

Projeto de pesquisa elaborado para o Mestrado em Saúde e Comportamento da UCPEL, sob a orientação da Prof^a. Dr. Elaine Tomasi.

Pelotas, Agosto de 2010

Sumário

I. Identificação	6
1.1 Título.....	6
1.2 Mestranda.....	6
1.3 Orientador.....	6
1.4 Instituição.....	6
1.5 Linha de pesquisa.....	6
1.6 Data.....	6
II. Delimitação do Problema	7
2.1 Introdução.....	7
2.2 Objetivos.....	9
2.3 Hipóteses.....	10
III. Revisão de Literatura	11
3.1 Estratégias de busca.....	11
3.2 Resultados da busca.....	12
IV. Metodologia do Projeto	20
4.1 Delineamento.....	20
4.2 População Alvo.....	20
4.3 Tamanho da amostra.....	20
4.4 Amostragem.....	21
4.5 Instrumentos.....	21
4.6 Variáveis.....	22
4.7 Aspectos Legais	23
4.8 Seleção, treinamento e projeto piloto	23
4.9 Coleta de dados.....	24
4.10 Processamento e análise dos resultados.....	25
4.11 Controle de Qualidade.....	24
4.12 Divulgação dos Resultados.....	25
4.13 Cronograma.....	26
4.14 Orçamento.....	26
V. Referências	27
ANEXO I- Entrevista com SRQ-20.....	29
ANEXO II – Escala HAD	32
ANEXO III- Termo Consentimento Livre e Esclarecido	33

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Prescrição de Psicofármacos e Transtornos Mentais Comuns em Pacientes Internados nos Hospitais Universitários da Cidade de Pelotas/RS.

1.2. Mestranda: Sílvia Tremper Minasi

1.3. Orientador: Prof^a. Dr. Elaine Tomasi

1.4. Instituição: Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Linha de Pesquisa: Epidemiologia

1.6. Data: Agosto de 2010.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução:

Transtornos mentais comuns (TMC) são desordens psicológicas manifestadas por sintomas de ansiedade, sintomas depressivos não psicóticos ou como manifestações psicossomáticas de outras doenças crônicas que acometem a população em geral^[1]. De acordo com a OMS, a ansiedade pode ser caracterizada como transtornos neuróticos secundários a situações estressantes e somatoformes, podendo ser transitória, percebida como nervosismo ou desassossego. Os transtornos de ansiedade podem ser comórbidos entre si, devido a suas inúmeras caracterizações, com outros transtornos psicossomáticos^[2-4] e com outras morbidades clínicas do indivíduo ^[2, 4-9].

No Brasil, a prevalência de tais sintomas varia entre 18 a 50% na população de adultos em geral ^[4]. Como se sabe, fatores sócio-demográficos, condições de saúde e estilo de vida são fatores promotores do aparecimento de sintomas de TMC. Doenças crônicas, doenças da senilidade, trauma e stress pós-traumático são muitas vezes fatores que desencadeiam o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos. A presença de sintomas físicos acaba por diminuir a qualidade de vida deste paciente, promovendo um acréscimo de sintomas psicológicos nas doenças ^[10].

No ambiente hospitalar, o paciente pode apresentar sintomas de ansiedade e depressão transitórios, manifestados por medo, angústia, ansiedade, insônia, entre outros. Internações hospitalares, por períodos curtos ou longos, para fins de tratamento ou diagnóstico; a influência do ambiente hospitalar, de agentes estressantes, a distância dos familiares, a luta contra a doença, a incerteza da cura

e a morbidade clínica são também fatores que promovem o surgimento dos sintomas ^[2]. Pacientes portadores de enfermidades crônicas de longa data, em fases mais avançadas e/ou terminais, geralmente já apresentam sintomas psicológicos antes da internação, mas o fato de estarem precisando de atendimento mais especializado, ou estarem em fase terminal da doença, também promove um acréscimo na manifestação de tais sintomas ^[10].

A manifestação de sintomas psicológicos durante a internação é dada pelo aparecimento de quadros ansiosos (fobia específica, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático) ^[2] e a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos varia muito na literatura, indo de 15% a 50%.

O uso de psicofármacos vem sendo uma prática comum no meio clínico, pois o controle dos níveis de ansiedade e depressão muitas vezes é fundamental para a preservação da qualidade de vida e manutenção da sobrevivência do paciente. Muitas vezes, em casa, por orientação médica, a pessoa faz uso de medicamentos para manter seus níveis de humor e de ansiedade e enfrentar suas enfermidades crônicas, da velhice e suas condições sociais ^[11-13].

Durante o período de internação, a manifestação dos sintomas ansiosos e depressivos pode se tornar mais clara, pois o paciente já tinha tais sintomas, mas de forma difusa e inespecífica. No momento da internação, a necessidade de tratamento farmacológico torna-se evidente para facilitar o tratamento clínico, a manutenção da estabilidade emocional e o enfrentamento da doença. Sabe-se que é prática comum na medicina o uso de medicamentos antidepressivos e sedativos em meio hospitalar. A prescrição médica de psicofármacos pode tornar-se fator determinante para a manutenção e sucesso do tratamento clínico ^[11, 12, 14].

A presença de transtornos de ordem psíquica influi na aceitação e adesão ao tratamento clínico das demais doenças, na dificuldade de diagnóstico, na

depreciação da qualidade de vida, no surgimento de outras comorbidades. As medicações psicoativas mais comumente prescritas são os antidepressivos, tais como amitriptilina e fluoxetina, e os hipnóticos sedativos, como o diazepam, o flunitrazepam e o lorazepam^[15].

Traçar o perfil de consumo de psicofármacos em hospitais, bem como relacioná-lo à presença de TMC durante a internação e anterior a ela, pode permitir para a reformulação de práticas clínicas, onde se otimize a terapia medicamentosa, se diminua o custo do tratamento, se reduza a incidência de efeitos adversos e interações medicamentosas e se consiga uma melhor manutenção da sobrevivência do paciente quando da alta hospitalar. Portanto, esta pesquisa visa determinar a prevalência de TMC em pacientes internados em unidades de clínicas hospitalares e acompanhar a prescrição médica deste paciente a fim de traçar o perfil de prescrições de drogas psicoativas para a manutenção e controle de tais transtornos.

2.2 Objetivos:

2.2.1 Geral:

Descrever a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e uso de psicofármacos por adultos antes e durante a hospitalização.

2.2.2 Específicos:

- Comparar o perfil de uso domiciliar de psicofármacos com o uso hospitalar;
- Investigar associações entre o uso domiciliar de psicofármacos e as características demográficas e da morbidade psíquica;
- Investigar associações entre o uso hospitalar de psicofármacos e as características demográficas, da internação e da morbidade psíquica;
- Descrever o padrão de prescrições de psicofármacos dos pacientes hospitalizados de acordo com características da internação.

2.3 Hipóteses:

- O padrão de uso de psicofármacos durante a internação hospitalar é diferente do padrão de uso domiciliar;
- O uso prévio de drogas psicoativas é maior em mulheres do que em homens e entre portadores de doenças crônicas;
- Independente do motivo da internação, a maioria dos pacientes internados recebe medicação psicoativa;
- A ocorrência de distúrbios psiquiátricos é mais freqüente entre pessoas com doenças crônicas;
- O perfil da prescrição de drogas psicoativas durante a internação hospitalar varia de acordo com a clínica.

III. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Estratégias de busca:

As bases consultadas foram a PUBMED, a LILACS e a SCIELO. O quadro abaixo apresenta os descritores utilizados em cada base e o número de resumos encontrados e selecionados, bem como o número de artigos incluídos até o momento.

Os critérios de inclusão foram: idioma inglês, português e espanhol, publicação nos últimos cinco anos, humanos, adultos com 19 anos e mais e trabalhos publicados em revistas clínicas (PUBMED).

Base	Descritores	Resumos Encontrados	Resumos Selecionados	Artigos Incluídos
PUBMED	common mental disorders	713		
	common mental disorders prevalence	354		
	common mental disorders prevalence in hospitalization	31	1	1
	anxiety disorders in hospitalization	37	6	3
	anxiety disorders in hospitalization and HAD scale	12	2	2
	HAD Scale	6529		
	hospital anxiety and depression	243		
	hospital anxiety and depression scale	140	9	1
	Prevalence and comorbidity of mental disorders in a general hospital	40	2	2
	clinical psychopharmacology	6	1	1
	medical prescription in a general hospital	22	1	1
	medical prescription in a university hospital	55	1	1
LILACS	common mental disorders	147	5	2
	common mental disorders prevalence	63	10	5
	anxiety disorders in hospitalization	7	3	1
	HAD Scale	724		
	clinical psychopharmacology	22	2	
	medical prescription in a general hospital	7	1	1
	medical prescription in a university hospital	11	1	
SCIELO	common mental disorders	257.759		
	common mental disorders prevalence	65	4	1
	anxiety disorders in hospitalization	4	2	1
	HAD Scale	1.111		
	hospital anxiety and depression	88	12	4
	clinical psychopharmacology	6	2	
	medical prescription in a general hospital	10	3	
TOTAL			68	26

3.2 Resultados da busca:

Depressão e ansiedade são sintomas freqüentemente encontrados na população em geral. No ambiente hospitalar, a incidência de transtornos mentais comuns aumenta devido a fatores estressantes e traumáticos em que o paciente é submetido. O diagnóstico, a ausência dos familiares, o enfrentamento da doença e a busca da cura promovem a manifestação de sintomas psiquiátricos [2, 16].

Indivíduos idosos, portadores de doenças crônicas, e em fases terminais são mais propensos a desenvolver sintomas de transtornos mentais comuns. A maioria dos sintomas manifesta-se como ansiedade e depressão [2, 4, 5, 7, 8, 10, 17].

Pacientes com diagnóstico de câncer apresentam mais sintomas psicossomáticos. O desgaste físico provocado pelo tratamento oncológico, a dor e a pouca chance de cura são alguns fatores que predispõem ao aparecimento de depressão [2, 10].

A necessidade de profissionais específicos para avaliar a presença de transtornos psiquiátricos em pacientes internados deve ser considerada para o manejo do tratamento clínico pela equipe médica. O manejo incorreto dos sintomas psíquicos pode levar a uma maior dificuldade de diagnóstico e tratamento promovendo o período de internação do paciente no hospital. Sabe-se que quanto mais tempo o indivíduo precisar ficar hospitalizado, mais ele ficará sujeito a manifestar outros sintomas [2, 18].

Estudos mostram a necessidade de diagnosticar a presença de TMC em pacientes com doenças metabólicas para que se consiga otimizar o tratamento e a sobrevivência do paciente. Acredita-se que a presença de transtornos mentais esteja relacionada ao diagnóstico e tratamento de doenças metabólicas, como a diabetes, por exemplo. Existem hipóteses de que altos níveis de depressão afetam o

metabolismo endócrino do paciente. O estresse provocado pelo diagnóstico da doença desencadeia um processo metabólico alterado [16].

Na China, um estudo mostra que comorbidades psíquicas em pacientes com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) têm agravamento da doença e um maior número de internações hospitalares [19].

Estudos multicêntricos demonstram a diversidade existente na manifestação dos sintomas. A variação cultural, os diferentes níveis de atendimento, o grau de capacitação do médico, o tipo de população atendida, o modelo assistencial de saúde e as políticas públicas precisam ser considerados no manejo da sintomatologia e prevenção dos sintomas [9, 16, 18, 20, 21]. Cuidados paliativos são importantes, pois tem como principais objetivos aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida destes pacientes seja durante a internação hospitalar ou em domicílio [6, 10, 16, 18, 21].

O uso de medicamentos para controle dos sintomas mentais é uma prática comum, tanto em ambiente hospitalar como fora dele [7, 12, 19, 22]. Em Pelotas/RS, cerca de 13% da população em geral já fez uso de medicação antidepressiva e ansiolítica [5].

Acredita-se que a administração concomitante de vários medicamentos em pacientes aumenta as chances de desenvolverem os transtornos [9, 21].

A prescrição de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos é necessária para manter o estado psicológico do paciente durante a internação. O uso de medicamentos pode de fato reduzir e conter as manifestações psíquicas do paciente, mas pode, também, promover um acúmulo de drogas prescritas a ele [9, 10, 13]. A grande quantidade de medicamentos prescritos pode promover o aparecimento de nova sintomatologia, provocada tanto por reações adversas do paciente ao medicamento como por interações entre as drogas prescritas [13].

Em contradição, alguns autores indicam o uso de psicofármacos para tratar os sintomas psicológicos do paciente, por este auxiliar no tratamento da doença física ^[19].

Existem estudos relacionando a patologia de base, que motivou a internação com a prevalência de TMC e ainda com as medicações prescritas ao paciente. Alguns sugerem que determinadas drogas pressupõem o aparecimento dos sintomas psiquiátricos ^[9, 13, 20].

As condutas médicas e de enfermagem, durante a internação são também determinantes para a precoce avaliação e diagnósticos dos sintomas. O acompanhamento do paciente por parte da enfermagem, a observação do comportamento do paciente, a ação conjunta de uma equipe multidisciplinar faz com que todos os aspectos característicos da complexidade da doença sejam observados e conduzidos de forma mais completa e assertiva ^[18].

Estudos na Europa indicam que as diferentes manifestações dos transtornos mentais dependem da doença física do paciente, do manejo da terapia e dos cuidados recebidos. Salienta-se que é importante definir critérios que permitam definir e caracterizar cada tipo de transtorno e criar, a partir daí, protocolos de tratamento para os pacientes que internarem nas instituições de saúde ^[9, 13, 21].

A eficácia da prescrição de antidepressivos é um fator determinante dos resultados e dos custos com saúde mental e cuidados de saúde. O tratamento ideal é aquele que envolve monitoramento e adequação de dose e tempo de uso com as características patológicas do paciente ^[12, 13].

Nos Estados Unidos, um estudo mostra que apenas 46% das prescrições de antidepressivos estavam adequadas. Entre os erros mais comuns no tratamento estavam a escolha do medicamento, a dose e/ou o tempo de uso. Treze por cento das prescrições foram feitas sem critérios de uso ou posologia ^[13].

Para a melhor escolha, é necessário avaliar o mecanismo de ação da droga prescrita. Alguns psicofármacos usuais têm igual efeito, mas mecanismos de ação diferentes, provocando novos sintomas ou demora no aparecimento de efeito. O ajuste de dose e tempo de uso também é fator determinante para o efeito esperado. Para promover a terapia com psicofármacos, sugere-se que a prescrição seja feita em conjunto, com clínico e o psiquiatra prescrevendo ^[13].

A otimização da terapia se dá através do conhecimento dos sintomas dos transtornos que acometem o paciente, na sua avaliação mais precisa pela equipe, da coerência na prescrição dos medicamentos, na conduta tomada pelo médico e na evolução do quadro clínico.

Criar protocolos e guias de orientação para prescrição hospitalar podem servir para melhorias na qualidade de vida do paciente, reduzir o tempo e custo da internação ^[10, 13, 16, 21].

A seguir, apresenta-se um quadro resumido com os principais artigos utilizados na elaboração deste projeto.

AUTOR PAÍS, ANO	DELINEAMENTO	POPULAÇÃO ESTUDADA	DEFECCHO/ INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES E LIMITAÇÕES
Coelho et al Brasil, 2009	Estudo transversal	- 1440 sujeitos com idade superior a 40a - amostragem em múltiplos estágios - zona urbana - 1 suj/residência	- transtornos mentais comuns (TMC) - SQR-20 + questionário estruturado	P = 30,2% - associação com baixa escolaridade e classe social; - prevalência maior na faixa de 46-55 anos; - associação à doenças crônicas e politerapia	- indivíduos mais idosos têm mais doenças crônicas e usam mais medicação; - baixa escolaridade, baixa classe social, baixa renda, desemprego alteram a prevalência de TMC - fumo pode ser fator de confusão (TMC x doença)
Lima et al Brasil, 2008	Estudo transversal	-1023 sujeitos com idade superior a 15a - amostragem estratificada por conglomerado	- impacto sócio-econômico dos transtornos mentais comuns e uso de psicotrópicos - SRQ-20	- 13,4% procurou serviço de saúde devido a TMCs; - 13,3% fizeram uso de psicotrópicos antidepressivos e benzodiazepínicos (BZD); - BZDs associados a mulheres e TMCs; - maior renda, maior consumo de BZD	- 10% da população, em média, usam psicotrópicos; - BZDs e antidepressivos são distribuídos pela rede pública municipal; - necessidade de melhor caracterização dos TMCs, para atendimento e diagnóstico em serviços comunitários; - intervenções não devem ser somente medicamentosas;
Carone et al Itália, 2007	Estudo de caso- controle	-140 sujeitos - grupo exposto = 90 pctes internados - grupo controle = 50 sujeitos (familiares e funcionários) - amostragem randomizada nos grupos	- transtornos depressivos em pctes internados - GHQ-12 + PHQ	- com GHQ-12, apenas mulheres, em ambos os grupos, manifestaram sintomas de insônia e estresse; - com PHQ, não houve manifestação de sintomas	- resultados mostrados por grupo, uma tabela de resultado para cada grupo; - ausência de testes estatísticos; - apenas análise qualitativa
Hernández et al Chile, 2005	Estudo transversal	- 406 sujeitos em alta hospitalar no período; - amostragem aleatória simples	- tipo e frequência de transtornos de ansiedade, comorbidade psíquica e doenças hospitalares; - SCID 1.0 – DSM III – versão para pacientes não psiquiátricos	P = 26,1% em mulheres P = 12,8% em homens - maior presença de fobia específica; - transtornos ansiosos não associados a outros transtornos mentais; - ansiedade está mais associada à depressão e uso de substâncias; - maioria dos pacientes avaliados sofria de hipertensão	- não há estudos com mesmo tipo de amostra, o que dificulta comparação; - tempo investido e cumulação da amostra impedem repetição do estudo; - necessidade de melhor descrição dos transtornos para melhor classificação e identificação dos mesmos

AUTOR, PAÍS ANO	DELINEAMENTO	POPULAÇÃO ESTUDADA	DEFECHO/ INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES E LIMITAÇÕES
Palma et al Chile, 2008	Estudo transversal	- 58 pacientes hospitalizados com doença crônica em estágio avançado	- prevalência e acurácia diagnóstica de sintomas físicos, psíquicos e delírio em ptes internados; - CAM (Confusion Assessment Method), para delírio; - ESAS (Edmonton Symptoms Assessment Scale), para dor e sintomas físicos; - HADS, para ansiedade e depressão	P = 22% para delírio P = 78% para sintomas P = 51,1% para ansiedade (30,2% para score \geq 11) P = 27,9% para depressão (11,6% para score \geq 11) - sintomas mais comuns: dor, cansaço, anorexia e insônia	- pequeno tamanho de amostra; - alta sensibilidade de ESAS em relação à HADS; - baixa concordância entre pacientes e médicos na avaliação dos sintomas; - pacientes podem apresentar disfunções cognitivas para relatar os sintomas; - relato do paciente é considerado padrão ouro para avaliação dos sintomas
Petra et al Alemanha, 2003	Estudo de caso-controle	- coorte de adultos portadores de diabetes mellitus tipo I (DMI) - 313 adultos internados com diagnóstico recente de diabetes tipo I no grupo caso - 2046 adultos sadios no grupo controle	- surgimento de transtornos psicológicos com o diagnóstico de DM através da manifestação dos sintomas; - DSM-V	- 12,5% desordens psiquiátricas; - OR 2,5 IC 99% (1,1 – 5,0); - diferença não significativa na prevalência de acordo com o tipo de diabetes; - nº de episódios de depressão igual em ambos os grupos (Ca e Co)	- primeiro grande estudo de coorte de adultos com diabetes; - metanálise mostra que não há diferença entre os tipos de diabetes I e II; - grupo exposto = 24/ grupo controle = 194; - diferentes técnicas de entrevistas utilizadas; - hipóteses: 1. depressão precede diabetes; 2. altos níveis de depressão afeta metabolismo endócrino, afetando a diabetes; 3. stress provocado pelo diagnóstico ou tratamento da DM
Ndeti, et al Kenia, 2009	Estudo transversal	- 2707 pacientes de clínicas públicas e privadas; - Amostragem aleatória da clínica	- prevalência de TMC e comorbidades em pacientes adultos; - BDI (Beck Depression Inventory); LSAD; NOK, MMSE e CIDI	- 4,1% TMC por diagnóstico clínico; - 42,3% depressão por BDI; - 2,36% desordens psiquiátricas por NOK; - 21,4% depressão severa e 26,5% depressão leve, 11% de ansiedade por LSAD - maior ocorrência em pacientes com câncer e/ou AIDS	- médicos detectaram apenas 4,1% dos transtornos, necessidade de mais conhecimento; - maior prevalência que na comunidade; - diferentes centros de atendimento, em diversas regiões do país; diferentes culturas regionais mostram a variação dos índices encontrados; - não houve aplicação em hospitais psiquiátricos, daí a baixa prevalência de psicose - necessidade de políticas públicas de saúde no Kenya; - instrumentos auto-aplicáveis

AUTOR, PAÍS ANO	DELINEAMENTO	POPULAÇÃO ESTUDADA	DEFECHO/ INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES E LIMITAÇÕES
Jonge, et al Holanda, 2000	Estudo de Coorte, multicêntrico	- 2158 pacientes que internaram em hospitais	- complexidade do tratamento; - entrevista estruturada; - exame clínico	- significativa correlação com tempo de internação, medicamentos, intervenções de enfermagem, e consultas (0.30-0.65);	<ul style="list-style-type: none"> - cuidados médicos e de enfermagem são mais fortemente ligados à complexidade do que o tempo de internação; - pacientes com tendências suicidas eram encaminhados para hospitais psiquiátricos; - modelo de complexidade e estratégias de atendimento para detecção de comorbidades psiquiátricas e atendimento multiprofissional integrado - cuidados paliativos e políticas de saúde podem reduzir o tempo de internação do paciente e a complexidade de seu tratamento; - menos tempo internado, menos risco de complicações e mais disponibilidade de atendimento à população
King, et al Inglaterra, 2008	Estudo observacional	- 7027 sujeitos que buscaram atendimento para TMC	<ul style="list-style-type: none"> - prevalência de TMC em países da Europa; - CIDI e PHQ (Patient Health Questionnaire) - questionário sócio-demográfico 	<ul style="list-style-type: none"> - maior prevalência de TMC em mulheres - mais depressão em homens dos 30 aos 50 anos e em mulheres dos 18 aos 30; - mais ansiedade em homens de 40 a 60 anos (associação não linear); - maior prevalência de Síndrome do Pânico entre 40 e 50 anos, em ambos os sexos 	<ul style="list-style-type: none"> - práticas similares de atendimento primário à saúde; todos os países do estudo possuem modelos assistenciais e políticas de saúde, onde o acesso é gratuito; - existência de diferentes culturas entre os países; - estudo apenas mostra prevalência de TMC entre os países, não mostra características da população afetada.
Lenze et al, Estados Unidos, 2000	Estudo transversal	- 182 sujeitos deprimidos com mais de 60 anos	- prevalência de ansiedade generalizada e episódios depressivos	<ul style="list-style-type: none"> - 35% tiveram pelo menos, um transtorno de ansiedade na vida; - 23% apresentam algum transtorno de ansiedade no momento do estudo; - transtornos mais comuns são pânico, fobias específicas e fobias sociais; - associação com baixa produtividade e sintomas somáticos; - alta relação com suicídios 	<ul style="list-style-type: none"> - sugere estudo prospectivo para analisar cronicidade dos episódios depressivos e ansiosos; - depressão geriátrica aumenta a probabilidade de manifestar sintomas; - a baixa na produtividade e aparecimento dos sintomas somáticos são relacionados com episódios depressivos e ansiosos e vice-versa; - uso de medicamentos mascararam alguns sintomas; - ausência de critérios bem definidos para caracterizar e diferenciar os sintomas de transtornos de ansiedade e depressão.

AUTOR, PAÍS ANO	DELINEAMENTO	POPULAÇÃO ESTUDADA	DEFECHO/ INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES E LIMITAÇÕES
Xu, et al China, 2008	Estudo de coorte, multicêntrico	- 419 pacientes com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) estável	- agravamento da doença e internações hospitalares - HAD	<ul style="list-style-type: none"> - depressão aumenta a incidência de agravamento dos sintomas da DPOC (IRR=1,51 com IC95% = 1,01 – 2,24); - depressão aumenta a incidência de crises agudas (IRR= 1,56 com IC95% = 1,02 – 2,40); - depressão provoca mais hospitalizações dos pacientes com DPOC (IRR = 1,72 com IC 95% = 1,04 – 2,85); - pacientes ansiosos tem maior tempo de duração das crises agudas; - pacientes deprimidos têm mais mortalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - paciente monitorado por telefone durante 12m; -agravamento determinado pelo uso de antibiótico, corticosteróide ou broncodilatador; - pequeno número de pacientes com ansiedade; - quadros depressivos alteram metabolismo e podem influenciar no agravamento da doença; - sugere estudos clínicos para avaliar o efeito de antidepressivos e psicoterapia para manutenção da DPOC.
Weilburg, et al Estados Unidos, 2003	Estudo retrospectivo	- 15476 prescrições médicas de 1.550 pacientes	- tratamento antidepressivo adequado	<ul style="list-style-type: none"> - 14,9% dos pacientes tinham antidepressivo prescrito; - 53% eram tratados apenas com inibidores da recaptação da serotonina, e 7% com tricíclicos - 49% de prescrições feitas por psiquiatras, 28% por clínicos gerais; - 46% dos pacientes receberam tratamento adequado; 	<ul style="list-style-type: none"> - fluoxetina foi escolhido como referência por ser o mais usualmente prescrito; - tratamento adequado inclui escolha correta do medicamento, definição de dose e tempo de uso para cada paciente; - necessidade de avaliação do psiquiatra para definição da eficácia do tratamento; - prescrição em conjunto diminui erros e promove a terapia, - divulgação do medicamento, relação médico-paciente, custo, efeitos adversos e aderência ao tratamento são fatores que influem na adequação do tratamento, bem como a distribuição através de políticas de saúde.

IV. METODOLOGIA

4.1 Delineamento:

Estudo analítico, observacional, transversal.

4.2 População alvo:

Pacientes adultos que internarem nas clínicas médica dos hospitais universitários da cidade de Pelotas/RS, Hospital Escola da UFPel/FAU e Hospital Universitário São Francisco de Paula da UCPel, durante o período de 01 de março a 31 de maio de 2011.

4.3 Tamanho da amostra:

Considerando que expostos serão os pacientes classificados como portadores de ansiedade pela escala HAD, que a prevalência do desfecho – presença de psicofármacos na prescrição - em não expostos varie de 10% a 30%, com razões de prevalência de 1,5 a 2, obteve-se as estimativas apresentadas no quadro a seguir.

Não exposto / exposto	Prevalência do desfecho em não expostos	Razão de Prevalência	Amostra	Tamanho final da amostra (+10% perdas/ recusas)
3 / 1	10%	2,0	548	603
3 / 1	30%	1,5	460	506
3 / 2	25%	1,8	200	220
2 / 1	20%	1,8	297	327
1/ 1	30%	1,5	350	385
1 / 1	30%	1,8	140	154

Assim, se forem incluídos 385 pacientes, o estudo terá poder de 80% e nível de confiança de 95% para detectar diferenças de, no mínimo, uma vez e meia mais a presença de psicofármacos na prescrição em pacientes ansiosos comparados com os não ansiosos, já acrescidos 10% para perdas e recusas.

Levantamento do número total de internações nas clínicas médica durante o primeiro semestre de 2010 nos dois estabelecimentos revelou uma média aproximada de 160 internações / mês, sendo 36 internações / mês na FAU e 124 internações / mês no HUSFP.

Assim, estima-se que em no máximo três meses de trabalho de campo, os dados sejam coletados.

Outra informação necessária para o planejamento do estudo é o tempo médio de internação, uma vez que um dos instrumentos deve ser aplicado alguns dias após a internação. Como se observou, a duração da internação é em torno de 15 dias para pacientes da clínica médica.

4.4 Amostragem:

Os sujeitos serão incluídos na amostra intencionalmente, uma vez que todos os pacientes adultos que internarem na unidade em ambos os hospitais durante o período do estudo serão convidados a participar.

4.5 Instrumentos:

Para avaliar a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) antes da internação hospitalar, utilizar-se-á o “*Self-Reporting Questionnaire*” (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para rastreamento destes transtornos. O SRQ-20 é composto por 20 questões sobre sintomas físicos e psíquicos, com respostas dicotômicas (sim/não), onde serão considerados possíveis

casos de TMC os pacientes homens com escore maior ou igual a seis e as pacientes mulheres com escores maiores ou iguais a oito (Anexo I).

Para avaliar a presença de transtornos mentais, principalmente de depressão e ansiedade após a internação, será utilizada a “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HAD). Esta escala foi desenvolvida para ser aplicada em pacientes internados em hospitais gerais e destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos e baseia-se em como o paciente se sentiu durante a última semana. A escala HAD contém 14 questões simples, divididas em duas sub-escalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada sub-escala vai de 0 a 21 (Anexo II).

4.6 Variáveis:

A variável dependente será a presença de psicofármacos na prescrição do paciente e será obtida através da revisão da prescrição no serviço de farmácia hospitalar.

As variáveis independentes principais serão a presença de TMC antes da internação e de ansiedade durante a internação. Serão investigadas como co-variáveis o sexo, a idade, a cor da pele, a situação conjugal, a escolaridade, a classificação econômica, o consumo de álcool e tabagismo, presença de doenças crônicas e uso domiciliar de medicamento psicofármacos, todas incluídas em questionário próprio (Anexo I).

4.7 Aspectos legais:

O estudo será submetido aos Comitês de Ética de ambas as universidades, UFPel e UCPel, considerando que serão entrevistados pacientes de ambos os hospitais de ensino.

Antes da inclusão, o paciente será orientado sobre o objetivo do estudo, que sua participação não trará prejuízo ao tratamento proposto pelo médico, que terá direito a recusar sua participação e que em qualquer momento poderá desligar-se do estudo. Será orientado, também, sobre o anonimato das informações. Somente após tais esclarecimentos, ele poderá concordar formalmente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III)

A pesquisa a ser realizada apresenta risco mínimo para a saúde do paciente e seus resultados poderão contribuir para a identificação de fatores relacionados à presença de transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos entre pacientes internados.

4.8 Seleção e treinamento da equipe e estudo piloto:

A equipe será composta por acadêmicos do curso de Farmácia da UCPel, em estágio nestes hospitais, que serão selecionados, devidamente orientados e capacitados para a execução das tarefas. Os alunos selecionados participarão ativamente na execução do estudo piloto. Cada membro da equipe será orientado quanto à maneira padrão de se reportar ao paciente, bem como a forma correta de aplicação do questionário e das escalas nele contidas.

O estudo piloto será desenvolvido no Hospital Escola da FAU, na mesma unidade de internação onde se dará o estudo, captando os pacientes que internarem no período. Os dados oriundos do piloto serão analisados a fim de verificar sua

validade e decidir se podem compor a amostra final. Se muitas modificações tiverem de ser feitas no instrumento, os dados serão descartados.

Prevê-se que a capacitação da equipe possa ser realizada uma semana antes da execução do piloto que, por sua vez, está estimado para duas semanas antes do início da coleta de dados.

4.9 Coleta dos dados:

A coleta dos dados será feita entre os dias 01 de março e 31 de maio de 2011, com todos os pacientes que internarem nas unidades de Clínica Médica de ambos os hospitais de ensino.

Inicialmente, os pacientes serão abordados até 24h após a baixa hospitalar e convidados a participar do estudo. Neste momento, será explanado o objetivo da pesquisa e obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos que aceitarem participar. Em casos onde o próprio paciente não estiver em condições de responder ao primeiro questionário, o familiar responsável será convidado a participar e responder pelo paciente.

Neste primeiro momento será aplicado um questionário sobre as características sócio-demográficas, uso domiciliar de medicação psicoativa e transtornos mentais comuns, através do instrumento SRQ-20 (Anexo I).

Após o sétimo dia de internação, com o objetivo de aferir a prevalência de ansiedade e depressão durante a internação, será aplicada a escala HAD (Anexo II).

Para a aplicação do segundo questionário, será feito sorteio entre os pacientes internados há mais de sete dias, com a finalidade de pegar pacientes com diversos tempos de internação. O sorteio será feito diariamente, sendo de forma intercalada em cada Instituição (um dia no HE-UFPel/FAU, no dia seguinte no

HUSFP). Serão sorteados dez pacientes por dia e nestes será aplicado o segundo questionário.

Concomitantemente, serão extraídas do sistema de registro da farmácia hospitalar, informações que permitam conhecer as prescrições de tais pacientes, utilizando-se um instrumento a ser desenvolvido para este fim.

4.10 Processamento e análise dos dados:

Os dados serão digitados no programa Epi-Info e as variáveis serão analisadas através de um pacote estatístico. Neste momento, serão examinadas as frequências de todas as variáveis de interesse e serão verificadas as associações citadas nas hipóteses. Os testes do qui-quadrado para comparar proporções e o teste t para comparar médias serão utilizados para tal. Se necessário, será feita análise multivariada por regressão logística ou Poisson, dependendo da prevalência do desfecho.

4.11 Controle de qualidade:

Para garantir a qualidade do estudo, serão sorteados cerca de 5% de questionários para serem reaplicados nos pacientes, visando à veracidade das respostas fornecidas, a existência do paciente e da realização da entrevista.

4.12 Divulgação dos resultados:

A divulgação dos resultados obtidos com o presente estudo será feita mediante publicação dos mesmos nos Informativo Interno, intranet e site do Hospital Escola da UFPel/FAU e no Informativo Interno e intranet do Hospital Universitário São Francisco de Paula. Também serão publicados artigos em periódicos científicos e apresentados trabalhos em congressos.

4.13 Cronograma:

Atividade	Período (mês/ano)																
	2010									2011							
	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08
Revisão bibliográfica	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Qualificação do projeto					x												
Comitês de Ética							x	x	X								
Elaboração dos instrumentos					x	x	x	x									
Treinamento e projeto piloto									x	x	x						
Coleta de dados												x	x	x			
Processamento e análise de dados													x	x			
Produção do artigo														x	x	x	
Defesa da dissertação																	x

4.14 Orçamento:

Despesas	Valor Total (R\$)
Material de escritório	115,00
Equipamentos	1870,00
Instrumentos	350,00
Vales-transporte e seguro	320,00
Aquisição bibliográfica	240,00
TOTAL	2895,00

V. REFERÊNCIAS

1. Anselmi, L., et al., *Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS*. Rev Saúde Pública 2008. 42(Supl. 2): p. 26-33.
2. Hernández, G., et al., *Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna*. Rev Méd Chile 2005. 133: p. 895-902.
3. Lopes, C.S., E. Faerstein, and D. Chor, *Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde*. Cad. Saúde Pública, 2003. 19(6): p. 1713-1720.
4. Ludermir, A.B.F., Djalma A de Melo *Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns*. Rev Saúde Pública 2002. 36(2): p. 213-21.
5. Coelho, F.M.d.C., et al., *Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study*. Cad. Saúde Pública 2009. 25(1): p. 59-67.
6. Galvão, L.L.L.F., et al., *Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério*. Rev Assoc Med Bras, 2007. 53(5): p. 414-20.
7. Huffman, J.C., et al., *Recognition and Treatment of Depression and Anxiety in Patients With Acute Myocardial Infarction*. The American Journal of Cardiology, 2006. 98(3): p. 319-324.
8. Lenze, E.J., et al., *Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients*. 2000. p. 722-728.
9. Petrak, F., et al., *Prevalence of psychiatric disorders in an onset cohort of adults with type 1 diabetes*. Diabetes Metab Res Rev 2003 19: p. 216–222.
10. Palma, A., et al., *Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico: ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos?* Rev Méd Chile 2008; 136 p. 561-569.
11. Destro, D.R., *Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla*. 2009.
12. Lima, M.C.P., et al., *Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas*. Rev Saúde Pública 2008. 42(4): p. 717-23.

13. Weilburg, J.B., et al., *Evaluation of the Adequacy of Outpatient Antidepressant Treatment*. *Psychiatric Services*. 54(9).
14. Cunha, S.C., *Avaliação da adequação dos medicamentos prescritos para pacientes idosos internados em hospital de ensino da cidade de Fortaleza*. 2007.
15. Garnier, L.M., et al., *Sharing and selling of prescription medications in a college student sample*. *J Clin Psychiatry*, 2010. 71(3): p. 262-9.
16. Ndetei, D.M., et al., *The prevalence of mental disorders in adults in different level general medical facilities in Kenya: a cross-sectional study*. *Annals of General Psychiatry* 2009. 8(1).
17. Karkow, F.J., et al., *Subjective versus objective stress in noncritically ill hospitalized and outpatient adult men*. *Rev. Hosp. Clin*, 2004. 59: p. 161-167.
18. Jonge, P.d., et al., *Care Complexity in the General Hospital - Results From a European Study*. *Psychosomatics* 2001. 42(3): p. 204-212.
19. Xu, W., et al., *Independent Effect of Depression and Anxiety on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations and Hospitalizations*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2008. 178: p. 914-920.
20. Carone, A.R., et al., *Hospital anxiety and depression*. *Reumatismo*, 2007. 59(4): p. 304-315.
21. King, M., et al., *Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe*. *The British Journal of Psychiatry* 2008. 192: p. 362–367.
22. Robinson, J.A., et al., *Correlates of self-medication for anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *J NervMentDis*, 2009. 197(12): p. 873-8.

Anexo I – Primeira Entrevista

MESTRADO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO – UCPEL QUESTIONÁRIO DOS PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE PELOTAS/RS. – ENTREVISTA I

1. No. Questionário: ____	Nques ____
2. Nome: _____	
3. Leito: _____	
4. Hospital: (1) UFPel/FAU (2) HUSFP	Hosp__
5. Data da internação: __ / __ / 2011	Datint __ / __ / __
INICIALMENTE, VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PESSOAIS	
6. OBSERVAR: Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	Sexo __
7. Qual a sua idade? ____ anos	Idade ____
8. Em que cidade mora? _____	Cidad ____
9. Qual a sua situação conjugal agora? (1) solteiro(a) (2) casado(a) ou vive com companheiro(a) (3) viúvo(a) (4) separado(a)/divorciado(a) () Outro, qual? _____	Civil __
10. Qual a cor da pele? (1) branca (2) negra (3) parda (4) Outra: _____	Corpel __
11. Estudou até que ano? (0) analfabeto/ primário incompleto/ até terceira série do ensino fundamental (1) primário completo/ ginásio incompleto/ até quarta série do fundamental (2) Ginásio completo/ colegial incompleto ou fundamental completo (4) Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo (8) superior completo	Escol __
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE	
12. Você tem algum problema de saúde (doença crônica)? (0) Não PULAR PARA 16 (1) Sim	Dcron __
13. SE SIM: Qual(is)? 1. _____ Há quanto tempo? ____ anos e ____ meses 2. _____ Há quanto tempo? ____ anos e ____ meses 3. _____ Há quanto tempo? ____ anos e ____ meses	Qdoen1 ____ D1a ____ d1m ____ Qdoen2 ____ D2a ____ d2m ____ Qdoen3 ____ D3a ____ d3m ____
14. SE SIM: Para este(s) problema(s), você usa algum medicamento regularmente? (0) Não PULAR PARA 16 (1) Sim	Usamed __
15. SE SIM: Qual(is)? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	Qmed1 ____ Qmed2 ____ Qmed3 ____ Qmed4 ____
16. Quando você internou, veio direto de casa? (0) não (1) sim PULAR PARA 19	Veiocas __
17. SE NÃO: Veio de onde? (1) Pronto Socorro (2) Outro hospital	Veiohos __
18. SE SIM: Ficou internado lá por quanto tempo? ____ dias	Thosp __

19. E nos últimos 15 dias, sem contar aqui no hospital, você tomou algum medicamento? (0) Não PULAR PARA 21 (1) Sim – NÃO CONSIDERAR OS CITADOS NA QUESTÃO 15	Med15 __
20. SE SIM: Qual(is)? 1. _____ 2. _____ 3. _____	Qmed151 __ __ Qmed152 __ __ Qmed153 __ __
21. De modo geral, a maioria dos medicamentos que você toma é com receita médica? (0) Não (1) Sim	Recei __ __
22. Nos últimos 60 dias, você precisou consultar com médico? (0) Não PULAR PARA 25 (1) Sim	Consul __
23. SE SIM: Onde você consultou? Posto de saúde (0) Não (1) Sim Hospital (0) Não (1) Sim PS (0) Não (1) Sim Médico Particular (0) Não (1) Sim Convênio (0) Não (1) Sim Outro: _____	Posto __ Hospit __ PS __ Part __ Conv __ Outro __
24. SE SIM: Qual(is) foi o motivo da consulta? 1. _____ 2. _____ 3. _____	Motcons1 __ __ Motcons2 __ __ Motcons3 __ __
25. Você sabe o motivo desta sua internação? (0) Não PULAR PARA 27 (1) Sim	Intern __
26. SE SIM: Qual? _____	Motint __ __
27. Esta sua internação agora é pelo SUS? (1) Sim (2) Não, é por convênio (3) Não, é particular	SUS __
28. Você já fez alguma cirurgia? (0) Não PULAR PARA 31 (1) Sim	Cirurg __
29. SE SIM: Quantas? ____	Qtcirurg ____
30. SE SIM: Por qual motivo? (últimas cirurgias) 1. _____ Há quanto tempo? ____ anos e ____ meses 2. _____ Há quanto tempo? ____ anos e ____ meses	Tipocir1 __ __ __ C1a __ __ c1m __ __ Tipocir2 __ __ __ C2a __ __ c2m __ __
31. Você é fumante? (0) Nunca fumou PULAR PARA 34 (1) ex-fumante (2) ainda fuma	Fuma __
32. SE SIM: Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia? ____	Cigdia __ __
33. Se ex-fumante: há quanto tempo você deixou de fumar? __ anos (00) menos de 1ano	Exfum __ __
34. Você costuma tomar bebida alcoólica? (0) não PULAR PARA 36 (1) sim	Bebe __
35. SE SIM: Com que frequência? (1) diariamente (2) 2-3 vezes por semana (3) 1 vez por semana (4) de vez em quando (5) não sabe	Freqbeb __
AS PERGUNTAS A SEGUIR SÃO SOBRE COMO ESTÁ SE SENTINDO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	
36. No último mês, você:	
Teve dores de cabeça frequentes?	(0) Não (1) Sim Dorca __
Teve falta de apetite?	(0) Não (1) Sim Apet __

Dormiu mal?	(0) Não	(1) Sim	Dormal __
Tem se assustado com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	Assust __
Teve tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim	Tremo __
Tem se sentido nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)?	(0) Não	(1) Sim	Nervos __
Teve má digestão?	(0) Não	(1) Sim	Madig __
Sentiu que as suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim	Idemba __
Tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim	Triste __
Chorou mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim	Chorou __
Conseguiu sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim	Prazer __
Teve dificuldade de tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim	Decis __
Achou que seu trabalho diário é penoso e lhe causa sofrimento?	(0) Não	(1) Sim	Penoso __
Achou que tem um papel útil na vida?	(0) Não	(1) Sim	Útil __
Perdeu o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim	Intere __
Sentiu-se uma pessoa sem valor?	(0) Não	(1) Sim	Valor __
Alguma vez pensou em acabar com a sua vida?	(0) Não	(1) Sim	Acabar __
Sentiu-se cansada(o) o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim	Cansa __
Sentiu alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim	Estoma __
Cansou-se com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	Canfac __
AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE VOCÊ TEM EM CASA E A QUANTIDADE			
37. Na sua casa tem? (ler opções)			
Rádio?	0	1	2 3 4 ou +
Carro?	0	1	2 3 4 ou +
TV em cores?	0	1	2 3 4 ou +
Banheiro?	0	1	2 3 4 ou +
Videocassete e/ou DVD?	0	1	2 3 4 ou +
Máquina de lavar roupa?	0	1	2 3 4 ou +
Geladeira?	0	1	2 3 4 ou +
Freezer ou geladeira duplex?	0	1	2 3 4 ou +
Empregada mensalista?	0	1	2 3 4 ou +
38. Você é a pessoa que tem a maior renda na sua casa? (0) Não (1) Sim PULAR PARA 40			Mairen __
39. SE NÃO: Qual a escolaridade da pessoa de maior renda? (0) analfabeto/ primário incompleto/ até terceira série do ensino fundamental (1) primário completo/ ginásio incompleto/ até quarta série do fundamental (2) Ginásio completo/ colegial incompleto ou fundamental completo (4) Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo (8) superior completo (7) NSA (9) ignorado			Escmre __
40. Entrevistador: _____			Entrev __
41. Data da entrevista: __ __ / __ / 2011			

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!
DAQUI A ALGUNS DIAS, TALVEZ A GENTE VOLTE A CONVERSAR!**

Anexo II – Segunda entrevista

MESTRADO DE SAÚDE E COMPORTAMENTO – UCPEL QUESTIONÁRIO DOS PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE PELOTAS/RS. – ENTREVISTA II

No. Questionário: __ __ __	Nques __ __ __
Nome: _____	
Leito: _____	
AGORA VOU LHE PERGUNTAR COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA. VOU LHE FAZER PERGUNTAS E LHE DIZER AS RESPOSTAS PARA QUE VOCÊ ESCOLHA A QUE MELHOR CONDIZ COM O QUE ESTÁ SENTIDO. NÃO É NECESSÁRIO QUE VOCÊ PENSE MUITO. NESTE MOMENTO, AS RESPOSTA ESPONTÂNEAS TÊM MAIS VALOR DO QUE AQUELAS EM QUE SE PENSA MUITO.	
1. Você se sente tenso ou contraído: (1) Boa parte do tempo (2) A maior parte do tempo (3) De vez em quando (4) Nunca	Tenso __
2. Você ainda sente gosto pelas mesmas coisas de antes: (1) Sim, do mesmo jeito que antes(2) Não tanto quanto antes (3) Só um pouco(4) Já não sinto mais prazer em nada	Gosto__
3. Você sente uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer: (1) Sim, e de um jeito muito forte(2) Sim, mas não tão forte (3) Um pouco, mas isso não me preocupa(4) Não sinto nada disso	Medo __
4. Você ri e se diverte quando vê coisas engraçadas: (1) Do mesmo jeito que antes(2) Atualmente um pouco menos (3) Atualmente bem menos(4) Não consigo mais	Ri__
5. Você está com a cabeça cheia de preocupações: (1) A maior parte do tempo(2) Boa parte do tempo(3) De vez em quando(4) Raramente	Cabechei__
6. Você se sente alegre: (1) Nunca(2) Poucas vezes(3) Muitas vezes(4) A maior parte do tempo	Alegre__
7. Você consegue ficar sentado à vontade e se sentir relaxado: (1) Sim, quase sempre(2) Muitas vezes(3) Poucas vezes(4) Nunca	Relax__
8. Você está lento para pensar e fazer as coisas: (1) Quase sempre(2) Muitas vezes(3) De vez em quando(4) Nunca	Lento__
9. Você tem uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:(1) Nunca (2) De vez em quando(3) Muitas vezes(4) Quase sempre	Friobarr__
10. Você perdeu o interesse em cuidar desua aparência: (1) Completamente(2) Não estou mais me cuidando como eu deveria (3) Talvez não tanto quanto antes(4) Me cuido do mesmo jeito que antes	Aparen__
11. Você se sente inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum: (1) Sim, demais(2) Bastante(3) Um pouco(4) Não me sinto assim	Inquiet__
12. Você fica esperando animado as coisas boas que estão por vir: (1) Do mesmo jeito que antes(2) Um pouco menos do que antes (3) Bem menos do que antes(4) Quase nunca	Anima__
13. De repente, você tem a sensação de entrar em pânico: (1) A quase todo momento(2) Várias vezes(3) De vez em quando(4) Não sinto isso	Panic__
14. Você consegue sentir prazer quando assiste um bom programa de televisão, de rádio, ou quando lê alguma coisa: (1) Quase sempre(2) Várias vezes(3) Poucas vezes(4) Quase nunca	Prazer__

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!
ANEXO III – Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E USO DE PSICOFÁRMACOS.**

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo avaliar a presença de sintomas de depressão e/ou ansiedade e os fatores ligados a eles em pacientes internados em hospitais universitários de Pelotas. Propõe-se, ainda, ver o quanto de medicamento para esses sintomas está sendo dado aos pacientes e descobrir as características da população que interna em nossos hospitais.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a dois questionários que serão aplicados por nossos pesquisadores em dois momentos diferentes. Você será procurado(a) por nossa equipe, novamente, entre o terceiro e quarto dia após a primeira entrevista.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco ao seu estado de saúde, mas permitirá a identificação de sinais para alguns problemas de ordem psicológica. Se os instrumentos aplicados detectarem sintomas depressivos e ansiosos elevados, você será encaminhado para atendimento no Ambulatório do Campus II da Saúde da UCPEL.

Se você não quiser participar, isto não vai fazer diferença no seu tratamento aqui no hospital.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com a farmacêutica coordenadora do projeto - Sílvia Minasi - através do número (53) 8409-1051 ou no Mestrado em Saúde e Comportamento da UCPEL (53) 2128-8404, com Elaine Tomasi.

Declaração da Cliente:

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do paciente para esclarecer as suas dúvidas. O paciente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador responsável: _____

Data: ___/___/_____

Fase do estudo: _____

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Para dar início ao trabalho campo, foi necessário encaminhar o projeto às Direções de ambos os hospitais. No Hospital Escola UFPel/FAU, para realizar pesquisa dentro da instituição, deve-se acessar o *site* do Departamento de Educação do hospital, preencher o formulário *on-line*, encaminhar a documentação exigida e aguardar a aprovação do departamento responsável pelo local onde será feita a coleta e da direção geral do Hospital. Já no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), o processo foi um pouco mais simples, tendo sido necessário encaminhar uma cópia do projeto e uma carta de apresentação à Direção e, em cerca de sete dias, obteve-se o parecer favorável para realização do estudo.

De acordo com o cronograma inicial, a solicitação ao HE UFPel/FAU foi encaminhada em janeiro de 2011 para que se obtivesse o parecer e se pudesse começar o estudo-piloto. Contudo, o tempo de resposta foi superior a 45 dias, atrasando o início das atividades. Quanto a essa demora no retorno, foi feita reclamação junto ao Departamento de Educação e à ouvidoria do hospital.

Enquanto aguardava o parecer, foi feita a busca de acadêmicos da Escola de Farmácia da UCPel para participar da coleta, porém, também por ser um período de férias, não havia como selecionar alunos.

Já em março, após parecer favorável para realização do projeto na FAU/UFPel, foram feitas novas tentativas para selecionar alunos. A coleta começou efetivamente em maio de 2011.

Para as entrevistas, era feito um levantamento das internações no período (diário, quando de terça a sexta, e do final de semana nas segundas-feiras) e a partir daí, eram identificados os pacientes a serem visitados.

No momento inicial da entrevista, era feito o convite a participar, a explanação sobre a pesquisa e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após o que eram obtidas as assinaturas. Uma cópia do TCLE era entregue ao paciente ou seu familiar e dava-se início à primeira entrevista. Após os agradecimentos, o paciente era orientado que, se ainda estivesse internado, teria uma nova conversa dali a uns sete dias e que seriam feitas mais algumas perguntas sobre como tem se sentido internado. Foi esclarecido a todos os pacientes e familiares que se eles não estivessem mais internados isso não traria problema, considerando a preocupação de alguns em não estar presente para responder a segunda parte da pesquisa.

Após um período de coleta apenas no HE UFPel/FAU, iniciou-se a coleta também no HUSFP. A demora em começar no outro hospital deu-se ao fato de que não houve mais participantes na coleta além de mim, portanto, era preciso estar em dois hospitais num mesmo período de tempo, sendo necessário optar por fazer um cronograma de atividade, visando estipular dias específicos para cada instituição.

Com isso, definiu-se que nas segundas, quartas e sextas feiras eram feitas entrevistas no HUSFP, enquanto que nas terças e quintas, no HE-UFPel/FAU. Tal programação foi assim elaborada tendo em vista que a rotatividade dos pacientes em leitos do HUSFP era muito maior do que na FAU e que em alguns momentos, era possível entrevistar pacientes da FAU e depois ir ao HUSFP. Foi considerado que não seriam feitas entrevistas pela manhã, pois como são hospitais de ensino, o “*round*” dos professores com os alunos é feito pela manhã, indisponibilizando o paciente para as entrevistas.

Uma das dificuldades encontradas diz respeito ao fato de que ambos os estabelecimentos eram hospitais-escola, fazendo com que, muitas vezes, os pacientes queixavam-se de já ter conversado com muitos estudantes, principalmente na FAU.

Durante todo o período de entrevistas, conforme projetado, foi feita a coleta dos dados referentes à prescrição dos medicamentos aos pacientes. Com isso, há cerca de um mês após o início da coleta, pode-se observar que a maioria das prescrições estava tendo psicofármacos. Foi realizado um levantamento entre todas as prescrições da Clínica Médica em dois momentos distintos. No primeiro, de 24 pacientes internados (participantes ou não da pesquisa), 17 deles estavam recebendo algum tipo de medicação psicoativa, representado 71% do total das prescrições da unidade. Uma semana depois, feito isso novamente, observou-se que esse índice havia aumentado para 77%, ou seja, 20 de 26 pacientes internados estavam recebendo algum psicofármaco enquanto internado. A partir daí, considerando as dificuldades logísticas, o tamanho amostral foi recalculado para 110 pacientes, já considerando as possíveis perdas.

Após o término das entrevistas, os dados foram duplamente digitados no programa Epi-Info, os bancos foram comparados, limpos e as variáveis finais foram tratadas e analisadas em um pacote estatístico.

ARTIGO

(A ser submetido à Cadernos de Saúde Pública)

Uso domiciliar e hospitalar de Psicofármacos em Pacientes Internados nos Hospitais Universitários de Pelotas/RS

Household and Hospital Psychotropics Drugs Use in Hospitalized Patients in University Hospitals of Pelotas/ RS

Sílvia Tremper Minasi¹

Gabriele Cordenonzi Ghisleni¹

Elaine Tomasi²

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil.

²Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

Resumo

Estudo transversal para descrever a prevalência de uso de psicofármacos durante a internação hospitalar e no domicílio, realizado com 110 pacientes adultos internados nos dois hospitais universitários da cidade de Pelotas/RS, que responderam ao SRQ-20 no início da internação e sete dias depois a escala HAD. Simultaneamente, fez-se análise das prescrições diárias. A prevalência de uso de psicofármaco domiciliar foi de 24,5% (IC95% 17,1% - 33,8%) enquanto que durante a internação foi de 52,7% (IC95% 43,0%-62,2%). Do total da amostra, 32,7%, não usavam em casa, mas receberam no hospital; 4,5% já usavam psicofármaco em casa, porém não receberam quando internados. Sexo feminino, presença de transtorno prévio e já ter feito cirurgia estiveram associados ao uso hospitalar, enquanto que para uso domiciliar, apenas a presença de transtorno prévio e a internação não SUS foram significativas. Os medicamentos psicotrópicos mais prescritos foram os ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, seguidos pelos antidepressivos, neurolépticos e anticonvulsivantes.

Palavras-chave: psicofármacos, pacientes internados, transtornos psíquicos.

Abstract

Cross-sectional study to describe the prevalence of psychotropic drug use during hospitalization and at home, conducted with 110 adult patients hospitalized in two university hospitals in Pelotas/RS, which answered to SRQ-20 at beginning of the hospitalization and HAD scale seven days later. Simultaneously, an analysis of daily prescriptions was performed. The prevalence of psychotropic drug use in the households was 24.5% (CI95% 17,1% - 33,8%) while during hospitalization was 52.7% (CI95% 43,0% - 62,2%). Based on the total sample, 32.7% not used at home, but received in the hospital, 4.5% had used psychotropic drugs at home, but had not received when hospitalized. Female gender, presence of previous disease and had already gone into surgery were associated with hospital use, while for household use, only the presence of previous disease and hospitalization non-SUS were significant. The most commonly prescribed psychotropic drugs were anxiolytics, hypnotics and sedatives, followed by antidepressants, neuroleptics and anticonvulsants.

Key-words: psychotropic drugs, inpatient, mental disorders.

Introdução

Os transtornos mentais comuns (TMC) estão sendo cada vez mais prevalentes em diferentes populações. Dentre os transtornos, os mais comuns são a ansiedade e a depressão. Estudos epidemiológicos indicam que tais transtornos estão intimamente relacionados às características da população, bem como sua situação sócio-econômica, comportamental e sua qualidade de vida. Pessoas com menos estudo, de níveis sócio-econômicos mais baixos e que não exercem atividades remuneradas apresentam maior prevalência de TMC¹⁻⁴. Sabe-se também que o estilo de vida e o grau de saúde do indivíduo estão diretamente relacionados ao aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão. Pessoas com saúde debilitada, portadores de doenças crônicas e usuários de medicação de uso contínuo têm maiores chances de desenvolverem tais transtornos^{1,2,5,6}.

Estudos prévios apontam que a presença de TMC está diretamente relacionada à quantidade de doenças que o paciente possui, à quantidade de medicamentos que ele precise tomar, à quantidade de intervenções que já tenha sofrido, ao número de internações hospitalares que teve, bem como o tempo em que ficou internado^{5,7-9}.

Por outro lado, o ambiente hospitalar pode desencadear o aparecimento de sintomas ansiosos e ou depressivos em pacientes internados. A condição clínica do paciente, o motivo da internação, o período em que ele permanece internado são alguns fatores que podem agravar os TMC^{7,10-14}.

Quanto mais debilitada for a saúde do paciente, maior a probabilidade de desencadear transtornos. Pacientes portadores de enfermidades crônicas de longa data, em fases mais avançadas e/ou terminais, geralmente já apresentam morbidades psicológicas antes da internação, mas o fato de estarem precisando de atendimento mais especializado, ou estarem em fase terminal da doença, também promove um acréscimo na manifestação de tais sintomas^{7,10,11,15}.

Algumas doenças são tão debilitantes que até já se pode prever que os pacientes manifestem algum sintoma psicossomático. Estudos indicam que o tratamento da morbidade psíquica acaba por melhorar a resposta do paciente ao tratamento clínico, promovendo a melhora do quadro geral do paciente, e assim, melhorando seu estado psicológico^{13,16,17}. Essa melhora emocional influi na

aceitação e adesão ao tratamento clínico das demais doenças, na facilidade de diagnóstico, na melhoria da qualidade de vida^{13,17,18}.

Todos os estudos encontrados referentes ao consumo de psicofármacos, ou são relacionados à pacientes psiquiátricos ou a drogas específicas. Apenas um estudo¹⁹, na Austrália, faz referência ao consumo de benzodiazepínicos prescritos a pacientes internados relacionando-os ao uso domiciliar e a probabilidade deste provocar dependência psíquica.

O objetivo deste trabalho foi descrever o uso domiciliar e hospitalar de psicofármacos por adultos internados em unidades de clínica médica em hospitais de ensino, relacionando-os com características demográficas e da morbidade psíquica.

Metodologia

Estudo analítico, observacional, transversal, realizado nos dois hospitais universitários da cidade de Pelotas/RS, Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) e Hospital Escola UFPel/FAU (HE-UFPel/FAU). O HUSFP é um hospital geral, que atende pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a convênios médicos e particulares, enquanto que o HE-UFPel/FAU atende somente pacientes do SUS.

Os pacientes adultos que internaram nas unidades de clínica médica destes hospitais durante os meses de maio a agosto de 2011, foram convidados a participar do estudo no início de seu período de internação.

A amostra foi determinada considerando-se expostos os pacientes portadores de ansiedade pela *“Hospital Anxiety and Depression Scale”* (HAD), e que a prevalência do desfecho – presença de psicofármacos na prescrição - em não expostos seria de 20% e entre os expostos seria de 50%, com uma diferença de 30 pontos percentuais, um alfa bidirecional de 5% e um poder de 80%. Assim, o tamanho da amostra necessário seria de 114 pacientes, já computado um acréscimo de 30% para perdas e recusas.

Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam mantidos desacordados, os desorientados, sem condições de responder e internados em leitos de isolamento.

Para avaliar a ocorrência dos TMC antes da internação hospitalar, enquanto em casa, utilizou-se o “*Self-Reporting Questionnaire*” (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para rastreamento. Tais transtornos não envolvem distúrbios psicóticos, dependência química ou transtornos de personalidade e são constituídos por um conjunto de sintomas que incluem insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento e dificuldade de concentração, além de queixas somáticas (cefaléia, falta de apetite, tremores e má digestão, entre outros). O SRQ-20 foi aplicado junto com as demais questões sobre a saúde do paciente e suas características sócio-demográficas. Esse primeiro instrumento foi aplicado nos primeiros dois dias de internação do paciente.

Para avaliar a presença de transtornos mentais, principalmente de depressão e ansiedade após a internação, utilizou-se a “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HAD), desenvolvida para pacientes internados em hospitais gerais a fim de detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos e baseia-se em como o paciente se sentiu durante a última semana. A escala foi aplicada sete dias após a aplicação da primeira entrevista.

O questionário sócio-demográfico visou obter informações sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade e classificação econômica do paciente, através da escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²⁰. Na mesma ocasião, aplicou-se perguntas sobre seu estado de saúde, presença de doenças crônicas e uso de medicação.

Concomitante a isso, fez-se o acompanhamento diário da prescrição médica de cada paciente, através da análise das prescrições nos postos de enfermagem. Junto à prescrição, obteve-se também o código da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10)²¹ usado pelo médico para justificar a internação.

Os dados obtidos foram analisados através de um pacote estatístico, onde foram verificadas as frequências das variáveis e testadas as associações. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparar proporções, considerando-se significativas as associações com p-valor menor do que 0,05.

A amostra consistiu de um total de 133 pacientes, tendo-se registrado 23 recusas. Todos os 110 pacientes responderam ao primeiro questionário, e 101 responderam ao segundo. Os pacientes que não responderam a segunda entrevista foram aqueles que, durante os sete dias subseqüentes à primeira, ou receberam alta, ou foram transferidos para outras unidades de internação (UTI, por exemplo).

Por tratar-se de perguntas sobre como o paciente se sentiu nos últimos dias, a participação do familiar ou acompanhante não foi considerada válida.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, sob o número 2010/69, passando também por aprovação da direção de ambos os hospitais. Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Da amostra, 50,9% era do sexo feminino. A maioria dos entrevistados, 44,5% tinha idade entre 41 e 60 anos, enquanto que 37,3% tinham mais de 61 anos e 18,2% tinham menos de 40. A situação conjugal sinalizou que mais da metade da amostra (53,6%) vivia com companheiro, e que a grande maioria era de classificação socioeconômico C (59,4%), seguido pelos níveis A e B (33%) e 7,5% de níveis D e E (Tabela 1). Observou-se também que três quartos da amostra eram oriundos da cidade de Pelotas/ RS.

Do total da amostra, 42,7% dos pacientes foram captados no Hospital Escola UFPel/FAU e 82,7% internaram via SUS. Quanto à origem dos pacientes, percebeu-se que 60,2% estiveram internados no Pronto Socorro (PS) e 12,6% em outros hospitais, enquanto que 27,2% vieram de suas residências. A maioria dos pacientes (69,3%) ficou esperando de um a três dias no PS antes da hospitalização. De acordo com o CID no prontuário, os principais motivos de internação estiveram relacionados a doenças cardiocirculatórias (19,1%), seguidos por neoplasias (18,2%) e doenças infecciosas e parasitárias (10%) (Tabela 1). Além destas, inclui-se na categoria outras, as doenças do sangue e hematopoiéticas, doenças do sistema endócrino, metabolismo e nutricionais, dos sistemas nervoso, respiratório, digestivo, osteomuscular, geniturinário, além de malformações, lesões e internação para investigação. A grande maioria dos entrevistados (98,2%) sabia o motivo que os levou a internar.

Observou-se que mais de 80,0% dos entrevistados possuía alguma doença crônica e que 70,0% já realizaram algum procedimento cirúrgico. Dentre os pacientes portadores de doenças crônicas, 42,7% possuíam alguma doença cardiocirculatória prévia, enquanto que 20,9% tinham doenças metabólicas e 13,6% neoplasias.

Na análise da presença de transtornos mentais comuns, 71,8% da amostra apresentou sintomas de ansiedade e ou depressão antes da internação. Após a internação, todos os pacientes apresentaram sintomas: 40% apenas sintomas depressivos e 60,0% sintomas depressivos e ansiosos. Nenhum paciente apresentou apenas sintomas de ansiedade (Tabela 1).

A maioria dos entrevistados referiu só tomar medicamento sob orientação médica e 80,2% usavam medicamentos de uso contínuo. Nos 15 dias anteriores à entrevista, 67,3% deles precisou tomar algum tipo de medicamento além dos de uso contínuo.

Na análise diária das prescrições, durante os sete dias da pesquisa, pode-se observar que 52,7% dos pacientes acompanhados tinham algum medicamento psicotrópico prescrito (IC95%: 43,0% - 62,2%). Deste total, 29,1% eram medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos; 22,7% eram drogas antidepressivas; 11,8% eram neurolépticos e anticonvulsivantes e 9,1 % eram analgésicos opióides (Figura 1).

A prevalência de uso domiciliar de psicofármacos foi de 24,5% (IC95%: 17,1% - 33,8%).

Do total da amostra, 42,7% não usavam psicofármacos nem em casa nem no hospital; 32,7%, não usavam em casa, mas receberam no hospital; 4,5% já usavam psicofármaco em casa, porém não receberam quando internados enquanto que 20,0% já usavam psicofármacos em casa e seguiram usando no hospital.

A Figura 2 apresenta a relação entre o uso de psicofármacos na internação e no domicílio. Os pacientes que já faziam uso de medicações psicotrópicas receberam aproximadamente 90% (IC 95%: 1,39 – 2,55) mais dessas medicações durante a internação.

A única variável sócio-demográfica associada ao uso durante a internação foi o sexo do paciente, pois as mulheres tiveram 47% (IC 95%: 1,01 – 2,12) mais psicofármacos prescritos do que os homens (Tabela 3).

Quanto ao estado de saúde, podem-se observar diferenças significativas no uso hospitalar de psicofármacos em relação a já ter feito cirurgia, pois quem já havia feito algum procedimento cirúrgico teve 83% (IC95%: 1,09 – 3,06) mais psicofármacos prescritos. Entre os pacientes que já apresentavam algum transtorno mental prévio diagnosticado, a quantidade prescrita foi 95% maior (IC 95%: 1,50 – 2,53) (Tabela 3).

Em relação ao uso domiciliar, houve diferença significativa apenas para a presença de transtornos mentais prévios, onde o consumo foi, aproximadamente, cinco vezes maior (RP =5,13; IC 95%: 3,10 – 8,49) e para o tipo de internação, pois os pacientes não-SUS tiveram cerca de 2,5 vezes mais uso de psicofármacos do que os que internaram pelo SUS (IC 95%: 1,28 – 4,49). Para todas as demais variáveis, não foram observadas diferenças significativas (Tabela 3).

Discussão

O presente estudo avaliou a utilização de psicofármacos entre pacientes internados, comparando o consumo dentro e fora do hospital. Observou-se que o consumo durante a internação foi praticamente o dobro do domiciliar.

Apesar da escassa literatura referente ao objeto de estudo em questão, os resultados obtidos estão de acordo com estudos que dizem que pessoas portadoras de doenças crônicas estão mais propensas a desenvolver algum sintoma de ansiedade e depressão. Para algumas doenças específicas, como as oncológicas e cardiocirculatórias, é maior a ocorrência de tais sintomas, devido ao prognóstico da doença ^{1,22-27}. Estudos indicam que a presença de TMC em doentes crônicos intervém no prognóstico da doença, independente do tipo de doença crônica ^{13,16,28,29}, relação também encontrada pelo estudo, onde os pacientes portadores de tais doenças manifestaram maior prevalência de TMC. Pacientes cardíacos têm maior propensão a desenvolver algum transtorno ^{29, 30}, assim como a presença de sintomas psíquicos em pacientes crônicos aumenta o risco de reinternações ou reintervenções médicas ^{14,17,18}.

Além disso, já era esperado que o consumo de psicofármacos fosse elevado entre esses doentes, pois sua prescrição é sugerida em inúmeros estudos. Também é sabido que o acompanhamento psicológico e o tratamento de tais sintomas podem promover uma melhora na qualidade de vida do paciente ^{13,14,16-18,31}.

Em alguns casos, o tratamento medicamentoso é indicado como auxiliar para um desfecho positivo no tratamento, pois sabe-se que quanto mais procedimentos, intervenções e internações o paciente vier a sofrer, maior a probabilidade de desenvolver TMC ^{13,14,17}.

Cabe lembrar aqui que a presente amostra esteve constituída principalmente de pacientes crônicos, internados pelo SUS por doenças cardiocirculatórias e neoplasias e de classe econômica média e baixa.

Já era esperado que houvesse relação significativa entre a prescrição de psicofármacos e a presença de transtorno mental prévio, dadas as características da população analisada.

A elevada proporção de pacientes com TMC parece ter contribuído para a alta prevalência de uso de psicofármacos durante a internação, mas chama-se a atenção para que um terço dos pacientes não era usuários destes medicamentos antes da internação, o que pode vir a se configurar em um incentivo ao uso desnecessário. Por outro lado, alguns pacientes tiveram o uso de medicação psicotrópica descontinuada durante a internação, o que igualmente pode trazer danos¹⁹.

O reduzido tamanho da amostra não permitiu que se procedesse a uma análise ajustada dos fatores associados. Na análise não ajustada, apenas o sexo feminino, cirurgia prévia e presença de transtorno mental prévio estiveram significativamente associadas ao uso de psicofármacos durante a internação. Já o uso domiciliar foi significativamente maior entre os pacientes não-SUS e entre aqueles com TMC prévio.

O motivo da internação era conhecido por praticamente todos os pacientes, porém cerca de um terço haviam internado para fins de diagnóstico, depois de buscarem atendimento médico por sentir algum desconforto, mal-estar ou mesmo dor, tornando necessária a realização de mais exames para descobrir e tratar as causas de tais sintomas. A patologia de muitos pacientes nem sequer havia sido elucidada até o momento da entrevista. Esta situação de indefinição pode ter contribuído para aumentar os níveis de ansiedade e depressão e, assim, impactar na alta prevalência de utilização de psicofármacos.

Faz-se necessária a ampliação e manutenção de políticas públicas de atendimento para transtornos mentais comuns, notadamente em pacientes crônicos. Há que se considerar também que o envelhecimento da população aumenta o surgimento das doenças da senilidade, onde pessoas mais idosas são mais propensas a desenvolver sintomas ansiosos e depressivos^{11,12,15}.

No ambiente hospitalar, de acordo com os achados neste estudo, acredita-se que o paciente venha a desenvolver maior sintomatologia psicológica, uma vez que

a necessidade de cura, de diagnóstico, a presença da dor, ausência da família, entre outros tantos fatores, são agentes ansiosos ou depressivos¹.

Observou-se que de todos os pacientes internados que responderam à escala HAD, nenhum apresentou apenas sintomas de ansiedade, todos apresentaram ou sintomas ansiosos e depressivos ou apenas depressivos.

Acredita-se que um maior envolvimento de profissionais de diversas disciplinas junto à equipe médica, fornecendo, além do suporte medicamentoso, um suporte psicológico pode promover melhora da sobrevida do paciente. Além de otimizar as terapias, pode reduzir o número de intervenções médicas e reinternações, o que pode reduzir o custo com as internações hospitalares, incluindo os medicamentos e aumentara disponibilidade dos leitos.

Em hospitais universitários, estima-se que a maior parte das prescrições seja realizada por médicos residentes. Assim, um benefício secundário poderia ser esperado se pudéssemos recomendar aos Programas de Residência Médica que concentrassem esforços para proporcionar, aos profissionais, condições de qualificar o cuidado aos pacientes crônicos hospitalizados, reduzindo a prescrição excessiva de psicofármacos.

Referências

1. Coelho FMdC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVdS, Garcias CMM, Silva CVd. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2009 Jan. 2009;25(1):59-67.
2. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2008;42(Supl. 2):26-33.
3. Fu C-W, Tan AW, Sheng F, Luan R-S, Zhan S-Y, Chen W-Q, et al. The prevalence of anxiety symptoms and depressive symptoms in patients with somatic disorders in urban China: a multi-center cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2007;37(2):185-99.
4. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBdA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):717-23.
5. Atlantis E, Goldney R, Eckert K, Taylor A, Phillips P. Trends in health-related quality of life and health service use associated with comorbid diabetes and major depression in South Australia, 1998–2008. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011:1-7.
6. Deisenhammer E, Çoban-Başaran M, Mantar A, Prunnelechner R, Kemmler G, Alkin T, et al. Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011:1-9.
7. Gunn J, Ayton D, Densley K, Pallant J, Chondros P, Herrman H, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* ;. 2012 Feb 01;47(2):175-84.
8. Carone AR, D'Amore S, Albanese L, Craig F, Scagliusi P, D'Amore M. Hospital anxiety and depression. *Reumatismo*. 2007;59(4):304-15.
9. Anderson NJ, Bonauto DK, Adams D. Psychiatric diagnoses after hospitalization with work-related burn injuries in Washington State. *J Burn Care Res*. 2011 May-Jun;32(3):369-78.
10. Atlantis E, Shi Z, Penninx B, Wittert G, Taylor A, Almeida O. Chronic medical conditions mediate the association between depression and cardiovascular disease mortality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 2011 Mar 8.:1-11.

11. Bryant C, Jackson H, Ames D. The role of physical and psychological variables in predicting the outcome of hospitalization in very old adults. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;53(2):146-51.
12. Helvik AS, Engedal K, Selbaek G. The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalised elderly. *Aging Ment Health*. 2010 Sep;14(7):861-9.
13. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Oct;59(5):576-83.
14. Clark PG, Rochon E, Brethwaite D, Edmiston KK. Screening for psychological and physical distress in a cancer inpatient treatment setting: a pilot study. *Psychooncology*. 2011 Jun;20(6):664-8.
15. Bryant C, Jackson H, Ames D. Depression and anxiety in medically unwell older adults: prevalence and short-term course. *Int Psychogeriatr*. 2009 Aug;21(4):754-63.
16. Levinson D, Karger CJ, Haklai Z. Chronic physical conditions and use of health services among persons with mental disorders - results from the Israel National Health Survey. *General Hospital Psychiatry*. 2008;30(3):226-32.
17. Mudge AM, Kasper K, Clair A, Redfern H, Bell JJ, Barras MA, et al. Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study. *J Hosp Med*. Feb;6(2):61-7.
18. Seoane B, de la Iglesia F, NicolÃ¡s R, Ramos V, Pellicer C, Diz-Lois F. Análisis factorial de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes que ingresan en una unidad de corta estancia médica. *Rev méd Chile* 2009 sep 2009;137:1163-72.
19. Howes JB, Ryan J, Fairbrother G, O'Neill K, Howes LG. Benzodiazepine prescribing in a Sydney teaching hospital. *Med J Aust*. 1996 Sep 16;165(6):305-8.
20. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. ABEP. 2008;2008.
21. Saúde Omd. CID-10. USP. 2007.
22. Hernández G, Orellana G, Kimelman M, Ma CN, Ibáñez C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Méd Chile* 2005;133: 895-902.
23. Ludermir ABF, Djalma A de Melo Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.

24. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. Recognition and Treatment of Depression and Anxiety in Patients With Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*. 2006;98(3):319-24.
25. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, et al. Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry* 2000 May 1, 2000;157(5):722-8.
26. Palma A, del Río I, Bonati P, Tupper L, Villarroel L, Olivares P, et al. Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico: ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos? *Rev Méd Chile*. 2008;136:561-9.
27. Karkow FJ, Spiandorello WP, Godoy RF, Pezzi P, Karkow AGM, Faintuch J. Subjective versus objective stress in noncritically ill hospitalized and outpatient adult men. *Rev Hosp Clin*. 2004;59:161-7.
28. Volz A, Schmid JP, Zwahlen M, Kohls S, Saner H, Barth J. Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart failure: a comparison of different psychosocial aspects. *J Behav Med*. Feb;34(1):13-22.
29. Moser DK, Dracup K, Evangelista LS, Zambroski CH, Lennie TA, Chung ML, et al. Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*.39(5):378-85.
30. Chamberlain AM, Vickers KS, Colligan RC, Weston SA, Rummans TA, Roger VL. Associations of preexisting depression and anxiety with hospitalization in patients with cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc*. Nov;86(11):1056-62.
31. Scott KM, Von Korff M, Ormel J, Zhang M-y, Bruffaerts R, Alonso J, et al. Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*. 2007;29(2):123-33.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com características sócio-demográficas, da internação e da saúde.

Variável	N= 110	%
Sexo		
Masculino	54	49,1
Feminino	56	50,9
Idade		
≤40 anos	20	18,2
41 a 60 anos	49	44,5
≥ 61 anos	41	37,3
Vive com companheiro		
Não	51	46,4
Sim	59	53,6
Cor da pele		
Branca	25	22,7
Não branca	85	77,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	28	25,5
Fundamental completo	25	22,7
Médio incompleto	35	31,8
Médio completo ou superior	22	20,0
Nível socioeconômico		
A e B	35	33,0
C	63	59,4
D e E	8	7,5
Hospital		
HE UFPEL/FAU	47	42,7
HUSFP	63	57,3
Tipo de internação		
SUS	91	82,7
Não SUS	19	17,3
Origem		
Domicílio	28	27,2
Pronto Socorro	62	60,2
Outro hospital	13	12,6
Tempo internado aguardando leito (dias) #		
De 1 a 3	52	69,3
De 4 a 6	16	21,3
7 ou mais	7	9,3
Motivo da internação (CID)		
Doenças cardiocirculatória	21	19,1
Neoplasias	20	18,2
Doenças infecciosas e parasitárias	11	10
Outras*	58	52,7
Doente crônico		
Não	20	18,2
Sim	90	81,8
Transtorno mental prévio		
Não	97	88,2
Sim	13	11,8
Doença cardiocirculatória prévia		
Não	63	57,3
Sim	47	42,7
Doença metabólica prévia		
Não	87	79,1
Sim	23	20,9
Neoplasia prévia		
Não	95	86,4
Sim	15	13,6

Outras doenças prévias*		
Não	69	62,7
Sim	41	37,3
Já fez cirurgia		
Não	33	30,0
Sim	77	70,0
Presença de sintomas ansiosos e depressivos em casa		
Não	331	28,2
Sim	79	71,8
Presença de sintomas ansiosos e depressivos no hospital		
Só depressão	33	39,8
Depressão e ansiedade	50	60,2

Tempo que ficou aguardando leito no PS. * compreende doenças do sangue e hematopoiéticas, doenças do sistema endócrino, metabolismo e nutricionais, dos sistemas nervoso, respiratório, digestivo, osteomuscular, geniturinário, além de malformações, lesões e internação para investigação.

Figura 1: Distribuição dos medicamentos psicoativos prescritos por classe terapêutica.

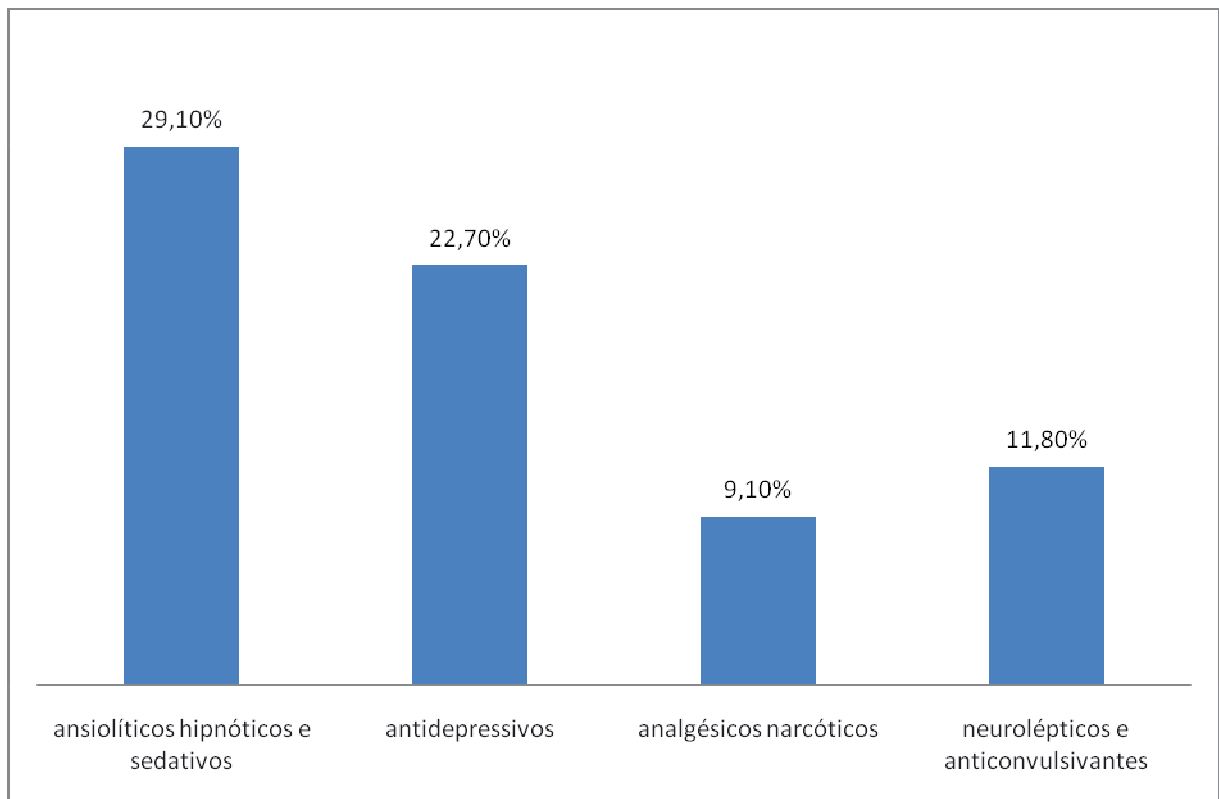


Figura 2: Uso hospitalar de psicofármacos de acordo com seu uso domiciliar.



Tabela 2: Características da prevalência do uso de psicofármacos antes e durante a internação hospitalar de acordo com as características sociodemográficas e da internação.

Variáveis	Prevalência de uso de psicofármacos durante a internação (%)	RP (IC 95%)	Prevalência de uso de psicofármacos antes da internação (%)	RP (IC 95%)
Sexo				
Masculino	42,6	1,00	16,7	1,00
Feminino	62,5	1,47 (1,01 – 2,12)	32,1	1,93 (0,93 – 3,91)
Idade				
≤40 anos	50,0	1,00	15,0	1,00
41 a 60 anos	51,0	1,02 (0,61 – 1,71)	16,3	1,09 (0,32 – 3,91)
≥ 61 anos	56,1	1,12 (0,67 – 1,88)	39,0	2,61 (0,86 – 7,90)
Vive com companheiro				
Não	60,8	1,33 (0,93 – 1,89)	23,5	1,00
Sim	45,8	1,00	25,4	0,93 (0,48 – 1,79)
Cor da pele				
Branca	40,0	1,00	8,0	1,00
Não branca	56,5	1,41 (0,84 – 2,36)	29,4	3,68 (0,93 - 14,46)
Escolaridade				
Fundamental incompleto	57,1	1,19 (0,71 – 2,0)	28,6	1,57 (0,54 – 4,55)
Fundamental completo	48,0	1,00	32,0	1,76 (0,61 – 5,05)
Médio incompleto	48,6	1,01 (0,59 – 1,72)	20,0	1,10 (0,36 – 3,33)
Médio completo ou superior	59,1	1,23 (0,72 – 2,10)	18,2	1,00
Nível socioeconômico				
A e B	65,7	1,75 (0,69 – 4,42)	31,4	2,51 (0,38 - 16,77)
C	46,0	1,23 (0,48 – 3,12)	23,8	1,90 (0,29 - 12,56)
D e E	37,5	1,00	12,5	1,00
Hospital				
HE UFPEL/FAU	59,6	1,25 (0,88 – 1,78)	17,0	1,00
HUSFP	47,6	1,00	30,2	1,77 (0,85 – 3,69)
Tipo de internação				
SUS	53,8	1,14 (0,68 – 1,89)	19,8	1,00
Não SUS	47,4	1,00	47,4	2,39 (1,28 – 4,49)
Origem				
Domicílio	67,9	1,45 (1,00 – 2,10)	17,9	1,00
Pronto Socorro	46,8	1,00	22,6	1,23 (0,50 – 3,17)
Outro hospital	53,8	1,15 (0,65 – 2,03)	53,8	3,02 (1,18 – 7,72)
Tempo internado aguardando leito (dias) #				
De 1 a 3	48,1	1,12 (0,46 – 2,76)	34,6	5,54 (0,80 - 38,32)
De 4 a 6	50,0	1,17 (0,44 – 3,13)	6,3	1,00
7 ou mais	42,9	1,00	28,6	4,57(0,49 – 42,52)
Motivo da internação (CID)				
Doenças cardiocirculatórias	57,1	1,05 (0,54 – 2,02)	23,8	1,59 (0,44 – 5,79)
Neoplasias	65,0	1,19 (0,64 – 2,23)	15,0	1,00
Doenças infecciosas e parasitárias	54,5	1,00	-	-
Outras*	46,6	0,85 (0,47 – 1,56)	32,8	2,18 (0,72 - 6,60)
Total	52,7%	--	24,5%	--

Tempo que ficou aguardando leito no PS. * compreende doenças do sangue e hematopoiéticas, doenças do sistema endócrino, metabolismo e nutricionais, dos sistemas nervoso, respiratório, digestivo, osteomuscular, geniturinário, além de malformações, lesões e internação para investigação.

Tabela 3: Características da prevalência do uso de psicofármacos antes e durante a internação hospitalar de acordo com o estado de saúde da amostra

Variáveis	Prevalência de uso de psicofármacos durante a internação (%)	RP (IC 95%)	Prevalência de uso de psicofármacos antes da internação (%)	RP (IC 95%)
Doente crônico				
Não	45,0	1,00	5,0	1,00
Sim	54,4	1,21 (0,72 – 2,04)	28,9	5,78 (0,83 – 40,11)
Transtorno mental prévio				
Não	47,4	1,00	16,5	1,00
Sim	92,3	1,95 (1,50 – 2,53)	84,6	5,13 (3,10 – 8,49)
Doença cardiocirculatória prévia				
Não	54,0	1,06 (0,74 – 1,52)	22,2	1,00
Sim	51,1	1,00	27,7	1,24 (0,65 – 2,39)
Doença metabólica prévia				
Não	54,0	1,13 (0,71 – 1,81)	24,1	1,00
Sim	47,8	1,00	26,1	1,08 (0,49 – 2,36)
Neoplasia prévia				
Não	51,6	1,00	24,2	1,00
Sim	60,0	1,16 (0,74 – 1,84)	26,7	1,10 (0,44 – 2,74)
Outras doenças prévias*				
Não	56,5	1,22 (0,83 – 1,80)	18,8	1,00
Sim	46,3	1,00	34,1	1,81 (0,95 – 3,47)
Já fez cirurgia				
Não	33,3	1,00	12,1	1,00
Sim	61,0	1,83 (1,09 – 3,06)	29,9	2,46 (0,92 – 6,57)
SRQ positivo				
Não	48,4	1,00	19,4	1,00
Sim	54,4	1,12 (0,74 – 1,70)	37,9	1,37 (0,61 – 3,08)
HAD				
Só depressão	57,6	1,00	15,2	1,00
Depressão e ansiedade	60,0	1,04 (0,72 – 1,51)	26,0	1,72 (0,67 – 4,36)
Total	52,7	--	24,5	--

*compreende doenças do sangue e hematopoiéticas, doenças do sistema endócrino, metabolismo e nutricionais, dos sistemas nervoso, respiratório, digestivo, osteomuscular, geniturinário, além de malformações, lesões e internação para investigação.