**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

MARIA GABRIELA JUNQUEIRA PERNAMBUCO BARBOZA GOMES

**Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por
um Serviço de Interconsulta de Terapia Ocupacional em um
Hospital Geral Universitário**

Ribeirão Preto
2008

MARIA GABRIELA JUNQUEIRA PERNAMBUCO BARBOZA GOMES

**Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por
um Serviço de Interconsulta de Terapia Ocupacional em um
Hospital Geral Universitário**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa

Ribeirão Preto
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Gomes, Maria Gabriela Junqueira Pernambuco Barboza

Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por um Serviço de Interconsulta de Terapia Ocupacional em um Hospital Geral Universitário. Ribeirão Preto, 2008.

152 p.: il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde mental.

Orientador: Crippa, José Alexandre de Souza.

1. Interconsulta Psiquiátrica. 2. Terapia Ocupacional.
3. Serviços de Saúde Mental

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA GABRIELA JUNQUEIRA PERNAMBUCO BARBOZA GOMES

Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por um Serviço de Interconsulta de Terapia Ocupacional em um Hospital Geral Universitário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em: de de 2008.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus pela benção de mais essa oportunidade.

Ao Fabrício, meu amor, pela compreensão e apoio; aos meus pais, Bete e Mario, aos meus irmãos, Nina e Tales, e à nossa luz, Matheus, pelo carinho e pela motivação, que foram fundamentais durante este trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa, por ter me apresentado o mundo científico, pela parceria e por ter acreditado no nosso trabalho.

A Luciene V. de Moraes, uma referência profissional especial, pelo incentivo para a realização deste trabalho.

A Catalina, Cibele, Elaine, Flávia e Natália, pessoas especiais que se reuniram no Serviço de Interconsulta em Saúde Mental do HCFMRP-USP e com quem tive o prazer de conviver.

Às Profas. Dras. Valéria Elui e Marysia M. R. P. De Carlo por facilitarem meu andamento profissional e o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos companheiros de Pós-Graduação, especialmente ao Alaor, à Clarissa, à Kátia e à Tatiana por percorrermos juntos um novo caminho.

Aos amigos Fernanda, Germano e Pedrinho por compartilharem dúvidas e esperanças.

À Sônia (secretária do Curso de Terapia Ocupacional da FMRP-USP) pelo apoio no início da Pós-Graduação, à Eliana e à Vera, funcionárias do Same (Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP), pela paciência, e aos demais funcionários do HCFMRP-USP que, de alguma forma, auxiliaram-me na coleta de dados.

Ao CEMEQ (Centro de Métodos Quantitativos da FMRP-USP), especialmente ao Davi, pela disponibilidade e pelo auxílio para realizar o tratamento estatístico dos dados.

A todos que me apoiaram e que me acompanharam durante o percurso das trilhas da Terapia Ocupacional.

RESUMO / SUMMARY

RESUMO

A Interconsulta Psiquiátrica é considerada uma área da Psiquiatria, que trabalha no Hospital Geral compondo uma equipe (Psiquiatria de Ligação) ou prestando seus serviços a uma equipe solicitante (Consultoria Psiquiátrica). O Serviço de Interconsulta em Psiquiatria (SIP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) teve início em março de 1978 e a Terapia Ocupacional passou a integrar esta equipe em 1999. O cotidiano hospitalar tem uma marca própria com obrigações como usar vestimentas, ter horários previamente estabelecidos para se alimentar, para cuidar de sua higiene e para receber visitas, inclusive dos familiares. Os terapeutas ocupacionais, como profissionais que lidam com o cotidiano do indivíduo, têm sido inseridos nas equipes multiprofissionais do Hospital Geral, contribuindo com seus conhecimentos teóricos e técnicos específicos para cuidar de pessoas hospitalizadas. Apesar das várias funções que a Terapia Ocupacional (TO) pode exercer no Serviço de Interconsulta, existe escassez de estudos publicados sobre o perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos, o que prejudica o planejamento de ações e o levantamento da necessidade de recursos humanos para aquele Serviço. O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo retrospectivo dos Pedidos de Interconsulta (PIs) para a TO do Serviço de Interconsulta em Saúde Mental (SISMen) do HCFMRP - USP no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Os sujeitos foram os indivíduos que estiveram internados nas enfermarias do *campus* do hospital universitário e para quem foi solicitada a assistência do Serviço de TO naquele período, perfazendo um total de 633 pacientes e 709 PIs. Os dados foram coletados mediante consulta dos PIs e dos prontuários dos pacientes. A maioria dos sujeitos consultados foi do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto e houve distribuição equilibrada entre os solteiros e casados. Quanto à idade e à situação laboral, a média de idade dos pacientes foi de 39,2 anos e a maioria deles era autônoma ou aposentada, seguida de dona de casa. Verificou-se que a Clínica Médica foi a responsável por mais do que um terço dos Pedidos de Interconsulta feitos para o Serviço de TO, seguida das clínicas Unidade Metabólica e Psiquiatria respectivamente; o tempo médio de internação dos pacientes encaminhados para esse Serviço foi de 51 dias, sendo que a média de internação no HCFMRP-USP foi de 6,4 dias. Consequentemente, o gasto desses pacientes variou entre uma e 2,4 vezes mais do que os pacientes internados nesta instituição. A taxa média de encaminhamento para a TO do SISMen foi de 0,5%, sendo que o motivo de solicitação mais freqüente esteve relacionado aos aspectos emocionais do indivíduo, seguido por fatores referentes à hospitalização. Estes dados, de modo geral, estão de acordo com a literatura nacional e internacional dos SIPs. Concluiu-se que há necessidade de um instrumento padronizado para avaliar a população atendida pelo Serviço de Interconsulta de TO e que alguns pontos merecem estudos mais detalhados como a possibilidade de existência de associações entre dados sócio-demográficos e clínicos e o encaminhamento dos pacientes para esse Serviço.

Palavras-Chave: Interconsulta Psiquiátrica; Terapia Ocupacional; Serviços de Saúde Mental.

SUMMARY

Consultation Liaison Psychiatric is considered to be an area of Psychiatry which is part of a General Hospital, involving a team (Liaison Psychiatry) or providing services to a team that requests them (Psychiatric Consultation). The Consultation Liaison Psychiatric Service (CLPS) of the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) was started in March 1978 and Occupational Therapy became part of this team in 1999. The daily hospital routine has specific rules such as wearing specific clothing and taking meals, caring for one's hygiene and receiving visits, including those of relatives, at pre-established times. Occupational therapists, as professionals who deal with the daily routine of an individual, have been inserted into the multiprofessional teams of the General Hospital, contributing their specific theoretical and technical knowledge to the care of hospitalized persons. Despite the various functions Occupational Therapy (OT) can perform in the CLPS, there is a scarcity of published studies on the sociodemographic profile of attended patients, impairing the planning of actions and the determination of the human resources needed for that Service. The objective of the present investigation was to conduct a retrospective study of the Requests of Consultation Liaison (RCLs) sent to the OT of the Service of The Consultation Liaison in Mental Health (SCLMH) of HCFMRP-USP during the period from January 2000 to December 2005. The subjects involved were the individuals who had been admitted to the wards of the University Hospital and for whom the assistance of the OT Service had been requested during that period, for a total of 633 patients and 709 RCLs. The data were collected from the RCLs and the medical records of the patients. Most of the subjects involved were women with incomplete elementary schooling, with a balanced distribution of single and married subjects. Mean patient age was 39.2 years and most patients were self-employed or retired, followed by the housewife category. Internal Medicine was responsible for more than one third of the RCLs sent to the OT Service, followed by the Metabolic Unit and Psychiatric clinics. The mean time of hospitalization of the patients referred to this Service was 51 days, with the mean duration of hospitalization at HCFMRP-USP being 6.4 days. Consequently, the expenses with these patients ranged from one to 2.4 times more than those for the patients hospitalized in this institution. The mean rate of referral to the OT of the SCLMH was 0.5%, with the most frequent reason for the request being related to the emotional aspects of the individual, followed by factors related to hospitalization. These data, in general, agree with the Brazilian and international literature about the CLPS. We conclude that there is the need for a standardized instrument for the evaluation of the population attended at the Consultation Liaison Service of OT and that some points need more detailed studies regarding the possibility of the existence of an association between sociodemographic and clinical data and the referral of these patients to the OT Service.

Key-Words: Consultation Liaison Psychiatric; Occupational Therapy; Mental Health Services.

LISTA DE FIGURAS

RESULTADOS

- Figura 1** – Comparação da porcentagem dos pacientes da TO, PQU e HC em relação ao sexo 59
- Figura 2** – Porcentagem dos PIs encaminhados para o Serviço de TO conforme o número de dias internado dos pacientes atendidos 63
- Figura 3** – Custo em Salários Mínimos dos pacientes encaminhados para o Serviço de TO do SISMen e dos pacientes internados no HCFMRP-USP no período de 2000 a 2005 65
- Figura 4** – Porcentagem dos PIs conforme a distribuição do tempo (dias) entre a internação e a solicitação do PI para Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005 66
- Figura 5** – Porcentagem da taxa de encaminhamento para o Serviço de Terapia Ocupacional (TO) e de Psiquiatria (PQU) do SISMen no período de 2000 a 2005 68
- Figura 6** – Porcentagem por PIs do número de atendimentos realizados pelo Serviço de TO do SISMen 70
- Figura 7** – Porcentagem por PIs conforme o tempo entre sua solicitação e a resposta pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005 72

LISTA DE TABELAS

INTRODUÇÃO

Tabela 1 – Fases do desenvolvimento da Ligação de acordo com Schwabs	17
Tabela 2 – Estudos nacionais sobre interconsulta psiquiátrica com pacientes internados em hospitais gerais	22
Tabela 3 – Estudos encontrados entre 1986 e 2006 mostrando as características sócio-demográficas da população atendida pelos SIPs	23
Tabela 4 – Principais diagnósticos psiquiátricos encontrados nos estudos realizados com a população atendida pelos SIPs	26
Tabela 5 – Principais motivos de solicitação apresentados nos estudos sobre o SIP	29
Tabela 6 – Principais condutas/orientações apontadas pelos estudos para os indivíduos atendidos pelos SIPs	30

MÉTODO

Tabela 7 – Número de leitos das Clínicas do HCFMRP-USP no ano de 2005	46
Tabela 8 – Número de leitos ativos e financiados pelo SUS por ano	47
Tabela 9 – Valores dos salários mínimos por ano	52

RESULTADOS

Tabela 10 – Características sócio-demográficas dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005	56
Tabela 11 – Distribuição etária dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005	57
Tabela 12 – Distribuição etária por sexo dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005	57
Tabela 13 – Distribuição do estado civil por sexo dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005	58
Tabela 14 – Pacientes da Terapia Ocupacional (TO) e da Psiquiatria (PQU) encami-nhados ao SISMen e internados no HCFMRP-USP (HC) por faixa etária no período de 2000 a 2005	60

Tabela 15 – Clínicas solicitantes dos Serviços de Terapia Ocupacional (TO) e Psiquiatria (PQU) do SISMen no período de 2000 a 2005	61
Tabela 16 – Diagnósticos psiquiátricos dos PIs encaminhados ao Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005	62
Tabela 17 – Custo em salários mínimos dos pacientes encaminhados para o Serviço de TO por clínica entre os anos de 2000 e 2005	64
Tabela 18 – Associação entre clínicas solicitantes e tempo entre internação e solicitação PI ao Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005	67
Tabela 19 – Motivos de solicitação apresentados nos PIs para o Serviço de TO do SISMen	69
Tabela 20 – Número de atendimentos de TO pelo número de dias internado	70

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 A Interconsulta Psiquiátrica: Conceitos e Aspectos Históricos	16
2 A Interconsulta Psiquiátrica no Brasil	19
2.1 Caracterização sócio-demográfica e clínica da população atendida por Serviços de Interconsulta Psiquiátrica (SIP) em Hospital Geral	22
2.1.1 Características sócio-demográficas	22
2.1.2 Características clínicas	25
3 O Processo de hospitalização	35
4 A Terapia Ocupacional e a Interconsulta Psiquiátrica	36
4.1 Histórico e participação da Terapia Ocupacional no Serviço de Interconsulta em Saúde Mental no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP- USP)	38
4.1.1 O acesso à assistência de TO	40
OBJETIVOS	42
1 Objetivo geral	43
2 Objetivos específicos	43
MÉTODO	44
1 Localização da situação do estudo	45
2 Procedimento	47
2.1 Sujeitos	47
2.2 Protocolo de Registro	47
2.3 Análise dos Pedidos de Interconsulta	48
3 Análise dos dados	52
4 Aspectos éticos	52

RESULTADOS	54
1 Variáveis sócio-demográficas	55
2 Variáveis clínicas	60
2.1 Dados clínicos	60
2.1.1 Clínicas solicitantes	60
2.1.2 Diagnóstico Psiquiátrico	62
2.2 Dados referentes à internação	63
2.2.1 Número de dias internado	63
2.2.2 Custo	64
2.2.3 Tempo entre internação e PI	66
2.3 Dados relacionados ao Serviço de Terapia Ocupacional do SISMen	68
2.3.1 Taxa de encaminhamento	68
2.3.2 Motivo de solicitação	69
2.3.3 Número de atendimentos	69
2.3.4 Tipo de atendimento	71
2.3.5 Tempo entre a solicitação e a resposta do PI	71
DISCUSSÃO	73
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	108
ANEXOS	150

1 A Interconsulta Psiquiátrica: Conceitos e Aspectos Históricos

O atendimento oferecido aos pacientes com transtornos mentais passou por várias transformações ao longo do tempo. Na Europa no século XV, os “loucos” eram acolhidos pelos hospitais gerais filantrópicos e tratados por pessoas sem formação médica (PESSOTI, 1996).

Durante a metade do século XVII e no decorrer do século XVIII, o Hospital Geral continuou a abrigar essa população. No século XVII nos EUA, houve um indício da origem dos serviços de ligação de saúde mental nos hospitais gerais baseado no entendimento da existência de uma correlação entre aspectos clínicos e psíquicos.

A Inglaterra, por sua vez, possuía, desde 1728, uma enfermaria psiquiátrica em um Hospital Geral, *Guy's Hospital* – Londres, isto porque foi um dos países que se destacou no remodelamento da atenção oferecida às pessoas com transtornos mentais (HALLAK, 1998).

No final do século XIX, com a consolidação dos serviços, Schwabs organizou o desenvolvimento dos serviços de ligação de saúde mental nos hospitais gerais em quatro fases, como mostra a Tabela 1 (CALLAGHAN et al., 2003).

Tabela 1 – Fases do desenvolvimento da Ligação de acordo com Schwabs

FASES	DATAS	DESCRIÇÕES
Preliminar	1885-1929	Primeiros conhecimentos da necessidade da ligação psiquiátrica e primeiros trabalhos clínicos
Pioneira	1930-1945	Desenvolvimento de programas educativos interessados no movimento psicossomático emergente
Desenvolvimento	1946-1979	Expansão dos serviços, equipes multiprofissionais são estabelecidas
Consolidação	1980-1989	Redução dos serviços, conduzidos por assuntos financeiros, não obstante o aumento da identificação de doenças mentais na população geral

Baseado em CALLAGHAN et al. (2003)

Em 1930, como respaldo do movimento da psicossomática e a influência das teorias psicanalíticas de Freud, surgiu a Interconsulta Psiquiátrica (ICP) e, a partir de então, as doenças somáticas passaram também a ser entendidas e pensadas sob o ponto de vista dos processos psicológicos (SMAIRA, 1999).

Após a Segunda Guerra Mundial, o serviço de ligação psiquiátrica consolidou-se no Reino Unido mediante contribuições significativas dos especialistas em psicologia médica no tratamento dos pacientes internados no Hospital Geral (MAYOU, 1990).

Nos países da América do Sul, até a década de 70, as políticas de tratamento dos doentes mentais resumiam-se às internações em hospitais psiquiátricos. A partir de 1980, com a ampliação dos movimentos pelos direitos humanos, houve grandes mudanças nas políticas de Saúde Mental, marcadas principalmente pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de se ter uma rede extramural de atenção ao doente mental, o que incluiu a criação das Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais e do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica (SIP) (BOTEGA, 2006a).

Isto ocorreu como uma alternativa ao tratamento oferecido pelo hospital psiquiátrico tradicional, marcando assim a “volta” da Psiquiatria ao Hospital Geral.

Segundo Smaira (1999), o dualismo corpo-mente não era suficiente para explicar o processo do adoecer, sendo preciso retomar a concepção holística do homem, buscando os vários aspectos do seu funcionamento. Baseado em uma tentativa de retomar o entendimento da dinâmica dos múltiplos fatores associados ao adoecimento, o SIP surgiu com a proposta de avaliar e de auxiliar no manejo de situações desfavoráveis.

Assim, a ICP pode ser definida como uma área de conhecimento que se ocupa da assistência, do ensino e da pesquisa na relação da Psiquiatria com as outras especialidades médicas.

Segundo Shavitt, Busatto Filho e Miguel Filho (1989), a assistência na clínica de ICP *sensu lato* consiste na presença do psiquiatra junto a um médico de outra especialidade para auxiliá-lo nas dificuldades com o paciente, a equipe e os familiares. Estes autores apontam para a existência de dois termos usados para definir a relação da Psiquiatria com as outras áreas médicas: (i) consultoria psiquiátrica, quando o psiquiatra é solicitado episodicamente para avaliar se os sintomas físicos apresentados pelo paciente estão relacionados com algum problema mental e, então, propor condutas a serem seguidas pela equipe solicitante; (ii) psiquiatria de ligação, que consiste na presença do psiquiatra como membro da equipe de determinada unidade ou enfermaria, tendo acesso aos pacientes e preocupando-se com a relação médico-paciente e equipe-paciente.

A partir de 2001, a *American Board of Psychiatry and Neurology* reconheceu a Interconsulta Psiquiátrica (*Consultation-Liaison Psychiatry*) como uma área da psiquiatria, sendo denominada de 'Medicina Psicossomática' (KORNEFELD, 2002).

Segundo Botega (2006a), a denominação do que seria Interconsulta, no Brasil, envolve tanto a consultoria psiquiátrica quanto a psiquiatria de ligação

(*consultation-liaison psychiatry*, nos países anglo-saxônicos). De acordo com este mesmo autor, o objetivo principal do serviço de interconsulta é: “melhorar a qualidade de atenção ao paciente, auxiliando na provisão de cuidados a todos os aspectos envolvidos na situação de estar doente e hospitalizado”.

A Interconsulta Psiquiátrica é considerada uma área da Psiquiatria, que trabalha no Hospital Geral compondo uma equipe (Psiquiatria de Ligação) ou prestando seus serviços a uma equipe solicitante (Consultoria Psiquiátrica).

Os objetivos da Interconsulta são modificar a estrutura assistencial centrada na doença para uma forma centrada no paciente; valorizar a relação médico-paciente; e aprofundar o estudo da situação do doente e dos profissionais nas instituições assistenciais; além de aproximar a Psiquiatria de outras especialidades médicas (BOTEGA,2006a).

Neste último caso, pode-se dizer que cabe ao interconsultor assistir a equipe hospitalar, informando-lhe e ensinando-lhe sobre transtornos psiquiátricos e condições psíquicas relacionados à internação e avaliar e cuidar dos relacionamentos do paciente com a equipe e dos próprios profissionais entre si, proporcionando uma reflexão sobre a doença mental e o estigma que a acompanha (SHAVITT; BUSATTO FILHO; MIGUEL FILHO,1989).

2 A Interconsulta Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, o início da atenção extramural aos doentes mentais aconteceu em 1954 quando foi implantada uma enfermaria psiquiátrica com seis leitos femininos e uma unidade ambulatorial de Psiquiatria no Hospital das Clínicas da Universidade da

Bahia. Naquele mesmo ano, foi criada ainda a Unidade de Psiquiatria no Hospital dos Comerciários de São Paulo (BOTEGA, 2006a).

O primeiro Serviço de Interconsulta estruturado dentro de um programa de residência médica no Brasil foi fundado em 1977 no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina (MARCO, 2003).

O Brasil contava, na década de 90, com 69.237 leitos para internação psiquiátrica, sendo apenas 1765 em Hospitais Gerais, o que correspondia a 81 Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos, sendo a maioria deles localizada em capitais dos estados mais desenvolvidos do país (BOTEGA; SCHECHTMAN, 1997).

Em 1992, a Portaria 224 do Ministério da Saúde, baseada nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), versou sobre o atendimento em unidades básicas, em centros de atenção psicossocial e no hospital geral, para internação e emergência, além de implantar o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (FIDEPS), que prevê um adicional de até 75% sobre o montante pago pelo SUS aos hospitais que tenham enfermaria psiquiátrica ou hospital-dia.

A quantidade de Serviços de ICP no Brasil atualmente não é efetivamente conhecido. No entanto, sabe-se da existência de pelo menos 34 serviços credenciados na Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e localizados nas instituições descritas no Quadro 1 (NASCIMENTO; COSTA, 2005).

ESCOLA BAIANA DE MEDICINA	HOSPITAL PÉROLA BYNGTON
ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA	INSTITUTO PHILIPPE PINEL-RJ
FAC CIENCIAS MEDICAS – UNICAMP	PUC-RS
FAC. CIENCIAS MEDICAS – UERJ	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP	UERJ
FAC MEDICINA - UNIV FEDERAL DE GO	UNIV. FEDERAL DA BAIÁ
FFF CIENCIAS MEDICAS DE PORTO ALEGRE	UNIV FEDERAL DA PARAIBA
HOSPITAL ALBERT EINSTEIN-SP	UNIV FEDERAL GOIAS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIV F ESPIRITO SANTO	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HC-UFG	UNIV. FEDERAL DE SANTA MARIA-RS
HOSPITAL DO CANCER-FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	UNIV. FEDERAL RJ
HOSPITAL ESPANHOL	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RS
HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-EPM
HOSP SERVIDORES DO ESTADO RJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO	UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL SERV PUBLICO ESTADUAL	UNIVERSIDADE GAMA FILHO
HOSPITAL MUNICIPAL DO TATUAPÉ	USP – HC – FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Quadro 1. Serviços de Interconsulta Psiquiátrica credenciados junto à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

No contexto brasileiro, os estudos realizados com pacientes internados mostraram que apenas de 0,5 a 5% dos pacientes são avaliados pelo SIP (KERR-CORREA; SILVA, 1985; MILLAN et al., 1986; MAGDALENO JR.; BOTEGA, 1991; ANDREOLI, 1998; SMAIRA, 1999). Abaixo segue a Tabela 2, referente aos estudos nacionais com pacientes internados em hospitais gerais.

Tabela 2 – Estudos nacionais sobre interconsulta psiquiátrica com pacientes internados em hospitais gerais

AUTOR	Kerr-Corrêa e Silva (1985)	Millan et al. (1986)	Magdaleno Jr. e Botega (1991)	Smaira (1999)	Citéro (1999)
LOCAL	HC Botucatu	HC São Paulo	HC Campinas	HC Botucatu	Hospital do Câncer (SP)
PERÍODO	2 anos	1 ano	1 ano	6 meses	1 ano
NÚMERO DE INTERCONSULTAS	131	339	191	47	412
TAXA DE ENCAMINHAMENTO	0,5%	1,1%	2,1%	1,6%	5%
PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS PSQUIÁTRICOS	1) Neurose / reação vivencial anormal 2) Alcoolismo / <i>delirium</i> 3) Quadros orgânicos cerebrais 4) Reação exógena aguda	1) Psicoses orgânicas transitórias 2) Oligofrenia 3) Reação de ajustamento depressiva 4) Transtornos da personalidade	1) Reações de ajustamento 2) Psicoses orgânicas 3) Transtornos neuróticos 4) Transtornos da personalidade	1) Transtorno mental orgânico 2) Transtornos devidos ao uso do álcool 3) Transtorno depressivo 4) Transtorno de ansiedade	1) Sem diagnóstico 2) Transtorno do humor 3) Transtornos neuróticos / somatoformes 4) Transtorno mental orgânico

Modificada de Botega (2006c)

2.1 Caracterização sócio-demográfica e clínica da população atendida por Serviços de Interconsulta Psiquiátrica (SIP) em Hospital Geral

2.1.1 Características sócio-demográficas

Ao avaliar estudos sobre SIPs em hospitais gerais realizados nos últimos 20 anos, verifica-se que o período selecionado para a realização das pesquisas variou de 6 meses a 5 anos, sendo que o número de sujeitos dos estudos variou de 60 a 1249 e a taxa de encaminhamento para os referidos Serviços foi de 0,48 a 3,60%. Em relação ao sexo dos sujeitos, a maioria dos trabalhos apontou que os indivíduos consultados pelo SIP foram predominantemente do sexo feminino. A apresentação da idade aconteceu de três formas distintas: intervalo em sete artigos, média em

seis e média por sexo em dois, sendo que a faixa etária da maioria dos indivíduos variou de 30 a 50 anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Estudos encontrados entre 1986 e 2006 mostrando as características sócio-demográficas da população atendida pelos SIPs

Autor	País	Período	Sujeitos	Sexo (M/F- %)	Idade (a)	TE (%)
Millan et al, 1986	Brasil	1a	216	50,4/49,5	20 a 29	1,08
Schofield, Donan, Daly, 1986	Irlanda	1 a	231	40/60	35/>55	1,60
Srinivasan et al, 1987	India	7 m	150	53,3/46,7	33	3,60
Fido e Mughaiseeb, 1988	Kuwaiti	1 a	208	29,8/70,2	27,1M/21,3F	2,20
Magdaleno Jr. e Botega, 1991	Brasil	1 a	191	46,6/53,4	< 40	1,40
Huyse, Lyons, Strain, 1992	Holanda	1 a 5 m	316	52,2/47,8	60,2	2,60
Freyne et al, 1992	Irlanda	6 m	205	44,4/55,6	?	2
Collins, Dimsdale, Wilkins, 1992	EUA	9 m	476	58/42	?	?
Creed et al, 1993	Inglaterra	2 a	120*	43/57	43	?
Hall, 1994	Escócia	6 m	214	57/43	36	?
Souza, 1995	Brasil	10 m	155	54,2/45,8	31 a 60	0,48
Aghanwa, Mirakinyo, Aina, 1996	África	5 a	87	46/54	16 a 45	0,48
Spinelli, Toledo, Cantinelli, 1996	Brasil	6 m	60	51,6/48,3	20 a 40	1
Andreoli et al, 1996	Brasil	6 m	67	35,8/64,1	44M/38F	1,20
Alaja et al, 1999	Finlândia	1 a	1249	49,4/50,6	?	?
de Jonge et al, 2000	Holanda	6 m	100	48/52	?	?
Dhossche e Lorant, 2002	EUA	3 a	844	44,7/55,3-55,3/44,7	30 a 59	2
Smaira, Correa, Contel, 2003	Brasil	?	47*	51,1/48,9	20 a 39	1,60
Kishi et al, 2004	EUA	1 a	541	47,3/52,7	49,2	?

TE- taxa de encaminhamento

M/F- masculino/feminino

a/m- ano/meses

? - sem informação

* número total de sujeitos encaminhados para SIP

Dentre as variáveis sócio-demográficas apontadas pelos estudos, verificou-se que as mais citadas foram sexo e idade, enquanto outras como estado civil, cor, profissão, naturalidade, classe social e escolaridade foram consideradas por poucos estudos.

a) Sexo

A maioria dos estudos apontou que existe predominância de mulheres encaminhadas aos SIPs (CORDIOLI et al., 1986). O principal diagnóstico psiquiátrico verificado nos pacientes atendidos pelo SIP é depressão e como este

transtorno é mais freqüente em mulheres, pode-se justificar o fato da maioria das pessoas encaminhadas ao SIP ser do sexo feminino (SHEVITZ et al., 1976). Outra possibilidade poderia ser a de que esta predominância pode refletir o maior número de internação deste sexo no hospital geral, daí a importância dos estudos apresentarem os dados do SIP em relação à instituição em que ele está localizado.

b) Faixa etária

A faixa etária predominante dos indivíduos atendidos pelos SIPs varia de 30 a 50 anos. Neste sentido, Aghanwa, Mirakinyo e Aina (1996) apresentaram algumas hipóteses que justificam o maior encaminhamento de adultos jovens, dentre elas a maior acessibilidade desta população ao Hospital e à grande representatividade destas pessoas em relação à população geral daquele país. Esta última hipótese fez menção às diferenças de distribuição da população quanto à faixa etária dos diversos países, fator que deve ser considerado ao se analisar a realidade do SIP estudado.

O encaminhamento de pacientes jovens pode estar relacionado aos motivos de encaminhamento, especificamente as tentativas de suicídio, que são mais freqüentes em indivíduos entre 15 e 45 anos (WHO, 2003).

Por outro lado, um estudo realizado na Holanda (HUYSE et al., 1992) mostrou que a maioria dos pacientes atendidos tinha, em média, 60 anos de idade, o que pode refletir a realidade de um país desenvolvido que apresenta maior expectativa de vida, além das diferenças peculiares àquele Serviço.

c) Taxa de encaminhamento

Diversos estudos mostraram que de 20 a 60% dos pacientes internados em hospitais gerais apresentam transtornos psiquiátricos (MAYOU; HAWTON, 1986). Sabe-se também que transtornos mentais, estresses e traços de personalidade associados ao estilo de vida e a fatores ambientais podem causar condições médicas gerais, que poderão ser tratadas no hospital geral (RODIN, VOSHART, 1986; WELLS, GOLDING, BUMAM, 1988; FLORENZA, VIEIRA FILHO, 1997).

As taxas de encaminhamento para os SIPs encontrados nos estudos variaram de 0,48 a 3,60% em relação ao total das internações ocorridas nos Hospitais Gerais. Esse intervalo é considerado baixo em relação aos hospitais norte-americanos, nos quais, em média, quatro por cento dos pacientes internados são atendidos por psiquiatras. Por outro lado, assemelha-se à realidade brasileira, na qual a maioria dos estudos mostrou que de 1 a 2,5% dos pacientes internados são encaminhados para avaliação do interconsultor psiquiátrico (BOTEGA, 2006c).

2.1.2 Características clínicas

a) Diagnósticos psiquiátricos

Os diagnósticos psiquiátricos encontrados em estudos prévios, normalmente, são classificados de acordo com quatro critérios: CID-9 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1979), CID-10 (OMS, 1993), DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1980) e DSM-IV (APA, 1994), com exceção de alguns nos quais os critérios para o diagnóstico não foram especificados (Tabela 4).

Tabela 4 – Principais diagnósticos psiquiátricos encontrados nos estudos realizados com a população atendida pelos SIPs

Critério diagnóstico	Autor/Ano	Diagnósticos psiquiátricos (%)
CID 9	Schofield, Donan, Daly, 1986	Transtorno Neurótico (44)
	Millan et al, 1986	Síndrome Depressiva (13,9)
		Psicose Orgânica transitória (11,1)
	Srinivasan et al, 1987	Depressão Neurótica (18,7)
		Dependência de Álcool (11,3)
	Magdaleno Jr. e Botega, 1991	Reação de Ajustamento (24,6)
		Depressão-endógena, neurótica, reação depressiva (23)
	Creed et al, 1993*	Depressão (21)
	Souza, 1995	Reação Depressiva (17,4)
		Síndrome de dependência do álcool (11,6)
CID 10	Andreoli et al, 1996	Transtorno Neuróticos (33,3)
		Reação de Ajustamento (21,2)
	Alaja et al, 1999	Transtorno mental e de comportamento (87)
	Smaira, Correa, Contel, 2003	Transtorno Mental Orgânico (29,8)
		Alcoolismo (21,3)
DSM III	Fido e Mughaiseeb, 1988	Depressão (19,2)
		Transtorno de Ajustamento (19,2)
	Huyse, Lyons, Strain, 1992	Doença Mental Orgânica (43)
	Collins, Dimsdale, Wilkins, 1992	Abuso de substância (27,4)
		Transtorno Afetivo (24)
	Spinelli, Toledo, Cantinelli, 1996	Síndrome Mental Orgânica (28,3)
		Transtornos de Ansiedade (21,6)
	Aghanwa, Mirakinyo, Aina, 1996	Acute brain syndrome (25,3)
DSM IV		Psicose reativa breve (21,8)
	Kishi et al, 2004	Depressão (54,8)
		Transtornos associados ao álcool (25)
Não especificado	Freyne et al, 1992	Consultoria: Depressão reativa (20,1)
		Ligação: Transtorno de Personalidade (32,1)
	de Jonge et al, 2000	Delirium (28)
		Transtorno de humor (15)
	Hall, 1994	Distúrbio agudo situacional (31)
		Problemas com álcool (25)

* grupo de indivíduos atendidos pelo Serviço de Interconsulta

CID-9 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Nona Revisão

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão

DSM-III – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 3ª ed.

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed.

Assim, pode-se dizer que diferentes critérios diagnósticos foram utilizados para descrever os transtornos psiquiátricos encontrados nos mais diversos estudos já realizados. Isto deve ter ocorrido pelo fato dos dados obtidos na maioria dos estudos ter sido feita de modo retrospectivo. Dessa maneira, o critério diagnóstico mais utilizado foi o CID 9, cuja vigência ocorreu durante o período de avaliação considerado na maioria dos estudos.

Em relação ao DSM-III, alguns autores defenderam que este seria o melhor critério diagnóstico, pois permitiria uma aproximação das condições clínica, psíquica e social no momento de se compor um diagnóstico (MILLAN et al., 1986; SPINELLI et al, 1996). Entretanto, outros pesquisadores apontaram que apesar de ser multiaxial, o DSM-III é pouco operacional para ser adotado por um SIP (MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991).

Creed et al. (1993) fizeram comparação entre três critérios diagnósticos psiquiátricos: CID-9, CID-10 e DSM-III, e concluíram que houve apenas pequena diferença na maioria das categorias diagnósticas, mesmo nos pacientes que não receberam um diagnóstico psiquiátrico. A principal discordância observada foi em relação ao transtorno somatoforme, que ocorreu com maior frequência com o uso da CID-10 em relação ao DSM-III.

Além do critério diagnóstico utilizado, outra variável que pode estar relacionada às diferenças quanto a elaboração do diagnóstico psiquiátrico é o profissional que realiza a avaliação. O estudo de Hall (1994) comparou os diagnósticos feitos por residentes e por psiquiatras e o coeficiente Kappa obtido foi de 0,38, o que representou fraca concordância. Assim, os autores consideraram que os residentes foram mais rigorosos nos seus diagnósticos. Uma amostra de pacientes avaliados por ambos os grupos de profissionais mostrou que os psiquiatras diagnosticaram 25% dos casos como depressão, contra 54% no caso dos residentes.

O uso de diferentes critérios diagnósticos nos estudos que avaliaram SIPs dificulta a comparabilidade dos resultados. Apesar disso, os principais diagnósticos psiquiátricos se relacionaram a transtorno depressivo, seguido de transtornos associados ao uso de álcool e de síndrome mental orgânica.

Os sintomas depressivos apresentados por pacientes com condições médicas gerais comumente diferem dos descritos em pacientes de serviços psiquiátricos. Algumas características que devem ser consideradas são: fatores estressantes (gravidade da doença clínica, impacto do diagnóstico, dor entre outros) influenciando no desencadeamento e na gravidade da depressão; confusão dos sintomas depressivos com a doença clínica e interações medicamentosas (BOTEGA et al, 2006).

A dificuldade apontada na literatura em se diagnosticar os casos de alcoolismo entre os pacientes internados pode também motivar o encaminhamento aos SIPs, e assim, justificar que os transtornos associados ao uso de álcool ocuparam o segundo lugar dentre os principais diagnósticos psiquiátricos encontrados na maioria dos estudos (RUMPF et al., 1999).

O terceiro diagnóstico psiquiátrico mais freqüentemente detectado tem sido o de síndrome mental orgânica ou *delirium*, que é uma complicação comum de doenças físicas caracterizada por rebaixamento súbito no nível de consciência. Esta condição afeta de 10 a 45% dos pacientes internados com idade avançada e com doenças graves ou que sofrem procedimentos cirúrgicos (VAN der MAST et al., 2000). A sua alta incidência e as alterações cognitivas decorrentes deste quadro podem justificar o grande número de encaminhamentos deste transtorno para atendimentos pelos SIPs.

b) Razão/Motivo dos encaminhamentos

A maioria dos estudos considerou essa variável para a elaboração da caracterização dos SIPs. Uma vez que não há um consenso sobre o que se deve considerar motivo para realizar o encaminhamento, estes podem ser agrupados em

cinco categorias: tentativa de suicídio, depressão, alteração de comportamento, avaliação psiquiátrica e problemas de manejo (Tabela 5).

Tabela 5 – Principais motivos de solicitação apresentados nos estudos sobre o SIP

Categoria	Motivo de solicitação (%)	Autor/Ano
Depressão	Depressão (11,1)	Millan et al, 1986
	Depressão(35,4)	Kishi et al, 2004
Tentativa de suicídio	Depressão/suicídio (44,8)*	Collins, Dimsdale, Wilkins, 1992
	Ações de dano intencional contra si mesmo (89)	Hall, 1994
	Tentativa de suicídio (43,3)	Fido e Mughaiseeb, 1988
	Comportamento parasuicida (38)	Schofield, Donan, Daly, 1986
	Ligação: Tentativa de suicídio (78,6)	Freyne et al, 1992
Alteração de comportamento	Depressão/suicídio (44,8)*	Collins, Dimsdale, Wilkins, 1992
	Consultoria: Problemas de manejo e comportamento(44,3)*	Freyne et al, 1992
	Agitação psicomotora (14,83)	Souza, 1995
	Alteração de comportamento (36,2)	Smaira, Correa, Contel, 2003
Avaliação psiquiátrica	Reconhecimento de transtorno psiquiátrico (47)	Creed et al, 1993
	Avaliação e conduta (62,7)	Andreoli et al, 1996
	Avaliação de sintomatologia psiquiátrica (46,1)	Magdaleno Jr. e Botega, 1991
Problemas de manejo	Consultoria: Problemas de manejo e comportamento(44,3)*	Freyne et al, 1992
	Administrar problemas (54,7)	Srinivasan et al, 1987

*motivo se encaixa em mais de uma categoria

De forma prática, as dificuldades em categorizar os motivos podem ser explicadas pelo fato dos médicos lidarem com pacientes que apresentam problemas mentais e não saberem como descrevê-los, utilizando, então, termos como ‘poliqueixoso’, ‘histérico’, ‘somatizador’ entre outros (CASSORLA, 1994).

Um grande número dos estudos apresentaram como motivo de encaminhamento a tentativa de suicídio, o que pode estar relacionado ao fato de que a política de alguns hospitais é encaminhar todos os pacientes com comportamentos suicidas (tentativa e/ou ideação) para uma possível avaliação psiquiátrica (SCHOFIELD; DOONAN; DALY, 1986; HALL, 1994). Além disso, deve-se ressaltar que a ideação suicida freqüentemente está associada à depressão, que como foi relatado é o principal diagnóstico psiquiátrico encontrado em pessoas atendidas pelos SIPs (SHEVITZ; SILBERFARB; LIPOWSKI, 1976).

Independentemente da política institucional, Botega (2006c) relatou que os médicos costumam encaminhar pacientes com problemas psiquiátricos menos freqüentes e aqueles que apresentam problemas de manejo, cujo comportamento implica em risco para si ou para outros, como tentativas de suicídio e psicoses funcionais.

O diagnóstico de depressão dado pelo médico solicitante e usado como motivo para a realização do encaminhamento ao SIP pode incorrer em um erro de raciocínio clínico que atribui este diagnóstico a pacientes que estão vivendo um momento de tristeza ou cujos sintomas físicos estão relacionados à doença de base e não a condições psiquiátricas (SILVERSTONE, 1996).

c) Conduta/Orientação

A maioria dos estudos sobre SIPs descreveu esta variável, sendo que as condutas fornecidas pelos interconsultores podem ser agrupadas em quatro categorias: tratamento; encaminhamento pós-alta; orientação à equipe e alta (Tabela 6).

Tabela 6 – Principais condutas/orientações apontadas pelos estudos para os indivíduos atendidos pelos SIPs

Categoria	Conduta/orientação (%)	Autor/Ano
Tratamento		
Medicamentoso	Medicação (76,6)	Huyse, Lyons, Strain, 1992
	Medicação (78,07)	Souza, 1995
Psicoterápico	Psicoterapia (34,6)	Fido e Mughaiseeb, 1988
	Orientação da equipe e acompanhamento psicológico do paciente (74,3)	Magdaleno Jr. e Botega, 1991
	Seguimento psicossocial (74,1)	Huyse, Lyons, Strain, 1992
Encaminhamento pós-alta	Para outras áreas (29)	Schofield, Donan, Daly, 1986
	Ligação: para outros serviços PQU (60,7)	Freyne et al, 1992
	Acompanhamento ambulatorial (42)	Hall, 1994
Orientação à equipe	Orientação da equipe e acompanhamento psicológico do paciente (74,3)	Magdaleno Jr. e Botega, 1991
	Consultoria: Conselho (44,3)	Freyne et al, 1992
	Conversa entre solicitante e interconsultor (86)	Creed et al, 1993
Alta	Manejo/orientação à equipe (51)	
	Alta (69,4)	Millan et al, 1986
	Casa/alta (54)	De Jonge et al, 2000

Verifica-se que nos estudos que avaliaram SIPs, a abordagem terapêutica realizada pelos interconsultores foi mais comumente psicoterápica do que medicamentosa. Esta abordagem somada às orientações fornecidas à equipe, tem-se que a maioria das recomendações aborda os conflitos detectados no próprio paciente ou na relação entre o médico e o paciente. Isto mostra que a intervenção do interconsultor foca-se mais na dinâmica relacional do que nos eventuais sintomas psiquiátricos apresentados pelos pacientes.

Alguns autores mencionaram que o esclarecimento da dimensão psicológica da doença e a facilitação da expressão de sentimentos do paciente permitem à equipe solicitante lidar com situações consideradas difíceis (FREYNE et al., 1992). Além disso, outros autores apontaram o baixo índice de transferência dos pacientes para hospitais psiquiátricos como um indício da real possibilidade de se tratar transtornos psiquiátricos no Hospital Geral (MILLAN et al., 1986).

d) Diagnóstico Clínico

Poucos estudos consideraram o diagnóstico clínico para caracterizar a amostra de pacientes encaminhados ao SIP (SRINIVASAN et al., 1987; HUYSE et al., 1992; ALAJA et al., 1999). Três destes adotaram o CID-9 como critério de classificação e em um o diagnóstico clínico foi descrito sem que o critério fosse mencionado (AGHANWA; MIRAKINYO; AINA, 1996).

Srinivasan et al. (1987) apresentaram como principal diagnóstico clínico dos pacientes atendidos pelo SIP o ferimento e envenenamento (36,7%). Huyse et al. (1992) e Aghanwa et al. (1996) verificaram a participação das doenças infecciosas com 38,3% e 22,9% dos pacientes atendidos respectivamente. Além disso, Alaja et

al (1999) mostraram que uma condição médica geral físico foi detectada em 97% dos indivíduos encaminhados ao SIP. Neste último caso, os autores não distinguiram os diagnósticos das condições médicas gerais, apenas relataram que os pacientes apresentavam mais do que um diagnóstico clínico devido à gravidade dos problemas médicos e cirúrgicos apresentados pela população atendida.

Para compor o diagnóstico situacional do paciente e intervir na situação detectada como conflituosa, o interconsultor precisa conhecer características psicopatológicas, critérios para o diagnóstico, fisiopatologia, impacto psicossocial da doença entre outros (BOTEGA, 2006e).

A apresentação do diagnóstico clínico é importante para verificar se as alterações de comportamento ou os sintomas psiquiátricos apresentados pelos pacientes estão relacionados à sua condição clínica, uma vez que em 14% dos casos que apresentam esses sintomas, o que os causa é uma condição médica geral principalmente os distúrbios cardiovasculares, endocrinológicos e neurológicos (WISE; RUNDELL, 1988).

e) Clínica Solicitante

As clínicas solicitantes de atendimentos psiquiátricos foram descritas na maioria dos estudos sobre os SIPs. Na maior parte deles, as áreas clínicas foram as que mais encaminharam pacientes para o SIP. Porém, essas áreas agruparam várias outras especialidades médicas, o que impediu a relativização dos resultados apresentados.

Cabe mencionar que a clínica médica é a área da medicina com maior número de especialidades médicas como, por exemplo, cardiologia e nefrologia.

Dessa forma, este maior índice de encaminhamentos desta especialidade pode refletir o maior número de pacientes atendidos pela clínica médica no hospital geral.

f) Tempo entre admissão hospitalar e realização do Pedido de Interconsulta (PI) e entre PI e a consulta psiquiátrica

O intervalo entre a admissão hospitalar e a realização do Pedido de Interconsulta (PI) foi abordado em alguns estudos sobre SIP.

Poucos estudos avaliaram o tempo entre o PI e a consulta. Hall (1994) demonstrou que 97,1% dos atendimentos do SIP foram realizados no mesmo dia em que o PI foi elaborado, sendo que no estudo de Andreoli et al. (1996) as consultas dos interconsultores aconteceram um dia após a elaboração do PI.

g) Tempo médio de internação

Alguns dados da literatura sobre SIP mostram que o tempo médio de internação dos pacientes encaminhados para a Interconsulta Psiquiátrica é três vezes maior do que o tempo de internação dos demais pacientes do Hospital Geral (SMAIRA, 1999; DE JONGE et al., 2000; KISH et al., 2004). Kishi et al. (2004) verificaram que a média de internação dos pacientes atendidos pelo SIP (17,9 dias) era muito maior do que a dos internados no hospital (5,7 dias). Estes autores não relacionaram o menor tempo de encaminhamento com redução no tempo de internação dos pacientes.

Neste sentido, De Jonge et al. (2000) mostraram que a média de internação dos pacientes encaminhados foi de 29,6 dias, cerca de três vezes mais do que o

tempo de internação normal. Os autores relacionaram o diagnóstico com o tempo de encaminhamento para o SIP e verificaram que doenças como *delirium*, transtorno de humor e demência foram encaminhados mais tarde do que os pacientes com outros transtornos psiquiátricos.

O longo período de hospitalização provoca uma quebra na continuidade da vida do indivíduo, nas funções desempenhadas pelo sujeito no dia-a-dia e na previsibilidade que ele guarda sobre o futuro próximo (BOTEGA, 2006b), o que pode ser prejudicial para a integridade biopsicossocial do indivíduo.

A maioria dos SIPs no Brasil é centrada no atendimento e seguimento dos pacientes realizada por um médico psiquiatra. Com o intuito de atender às várias necessidades do ser humano, a Interconsulta Psiquiátrica idealmente deveria contar com o maior número possível de profissionais de saúde mental. Neste sentido, é notável a importância de se incluir outros profissionais, além dos médicos e enfermeiros, àquela equipe como terapeutas ocupacionais e psicólogos (BORBA; SCOPEL; ALBUQUERQUE.,1987).

Em uma pesquisa realizada por Botega e Schechtman (1997), das 63 instituições que possuíam Unidade de Psiquiatria no Hospital Geral (UPHGs), apenas 33 contavam com terapeutas ocupacionais e, apesar da falta deste profissional nas UPHGs, os autores afirmam que o terapeuta ocupacional é imprescindível para ajudar na permanência dos pacientes naquelas unidades, onde as limitações do espaço e a falta de alternativas de lazer são marcantes.

3 O Processo de hospitalização

Segundo Botega (2006b), as duas maiores incertezas da vida são o sofrimento da doença e do morrer. A doença quebra a idéia de imortalidade do homem, chamando atenção para o seu corpo, que é mortal, e colocando o indivíduo frente a uma nova situação, a que ele vai reagir dependendo de alguns fatores como: personalidade, história pessoal, crenças, estado emocional, do apoio que possa receber e aceitar e do tempo.

A dor e o desespero podem dominar a vida da pessoa, fazendo com que ela se entregue à doença. Por outro lado, o adoecimento pode suscitar no indivíduo reflexões sobre a própria existência, ou ainda, desencadear um processo de negação, que vai fazer com que ele banalize a sua situação (SPITZ, 1997).

Durante a hospitalização, o indivíduo fica privado de suas funções no emprego, de sua vida social e do afeto familiar (GOMES; FRAGA, 1997) e estar em um ambiente que não é o seu implica na submissão às normas do hospital, limitando e dificultando o compartilhar espaço/tempo, sendo necessária a realização de negociações para acomodar interesses diversos que surgem no cotidiano da internação (BELLATO; CARVALHO, 2002).

O cotidiano hospitalar tem uma marca própria, desde um ambiente restrito, com pessoas diferentes do convívio habitual, até obrigações como usar vestimentas, ter horários previamente estabelecidos para se alimentar, para cuidar de sua higiene e para receber visitas, inclusive dos familiares (GUZMAN; CANO, 2000).

Em um estudo sobre como o paciente percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital, observou-se que ter junto de si objetos pessoais durante a

internação, fornece ao indivíduo um senso de propriedade e pode traduzir um referencial de segurança (TAKITO, 1985).

Como exemplo destas constatações, Mastropietro, Oliveria e Santos (2005) descreveram o cotidiano dos pacientes que iriam realizar o Transplante de Medula Óssea (TMO) como um tempo de espera pela hora de tomar o remédio, de ir ao médico, de tomar banho, de tomar água; sem que houvesse um sujeito vivendo este tempo, mas um tempo que anuncia atividades de sobrevivência e de cuidados clínicos incorporados ao seu dia-a-dia.

Dessa forma, os terapeutas ocupacionais têm sido inseridos nas equipes multiprofissionais do Hospital Geral, contribuindo com seus conhecimentos teóricos e técnicos específicos para cuidar de pessoas hospitalizadas.

4 A Terapia Ocupacional e a Interconsulta Psiquiátrica

A Terapia Ocupacional, de acordo com a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, física, sensorial, mental, psicológica e/ou social, apresenta, temporária ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação social (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1997).

Considerando as possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional com pessoas que apresentam problemáticas temporárias ou definitivas no ambiente hospitalar, foi realizada uma pesquisa na base de dados Medline e Lilacs com o intuito de encontrar estudos sobre o trabalho dessas profissionais inseridas no SIPs

(Psiquiatria de Ligação e Consultoria) de Hospitais Gerais. Entretanto, constatou-se que muito poucos estudos foram publicados nesta área.

Watson (1986) abordou o papel do terapeuta ocupacional no Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do *Rush- Presbyterian – St. Luke's Medical Center*. Trata-se de um hospital de cuidados terciários com 1.100 leitos em Chicago. A equipe desse Serviço é composta de psiquiatras, enfermeiras especializadas e de terapeutas ocupacionais, cuja função é promover, através do uso de atividades, a descoberta das habilidades do paciente e o significado que a doença e a internação têm para ele, assim como promover sua independência física e psicossocial.

A autora enumerou os objetivos principais do tratamento do terapeuta ocupacional inserido no contexto do SIP: (i) proporcionar oportunidades que reforcem a sensação de autonomia do paciente; (ii) reduzir o estresse emocional; (iii) promover sua capacidade psicológica; (iv) ajudar a manter ou restabelecer a rede de suporte social do paciente.

Da mesma forma, foi apresentada a intervenção realizada pela TO com pacientes que desenvolveram depressão secundária a uma doença física. Esta intervenção foi dividida em quatro partes:

- a) avaliação, mediante entrevista semi-estruturada e observação durante a execução das atividades;
- b) estabelecimento de um *rapport* com o terapeuta, tendo sido apontado como um momento difícil do tratamento, já que o paciente deprimido inicialmente resiste à formação de uma relação terapêutica;
- c) seleção das atividades terapêuticas com base nos interesses, valores e papéis apontados pelo paciente, sendo estas usadas como uma forma de ressaltar as habilidades do paciente e como uma maneira de se estabelecer comunicação;

d) documentação, que se refere às anotações das disfunções psicossociais apresentadas pelo paciente, bem como ao relato do plano de tratamento desenvolvido, às orientações realizadas e aos possíveis encaminhamentos pós-alta. Além disso, essa parte deve conter as possíveis mudanças notadas no comportamento social e emocional do paciente.

Já o estudo de caso apresentado por Abramovich (1993) descreveu o trabalho do terapeuta ocupacional com pacientes internados na enfermaria de psiquiatria de um hospital de Israel, mostrando, além da relação entre a doença física (Esclerose Múltipla) e um transtorno mental (Depressão), o dilema que esse profissional enfrenta quando nota que as necessidades do paciente não correspondem com a política adotada pelo hospital.

No nosso meio, encontrou-se o trabalho de Moraes (2001) que definiu a Interconsulta de Terapia Ocupacional no hospital geral como uma assistência terapêutica que contribui para a criação de espaços saudáveis, ampliando a iniciativa diminuída que muitas vezes o paciente apresenta, ajudando a resgatar o cotidiano interrompido e estimulando assim, o processo de inserção social.

4.1 Histórico e participação da Terapia Ocupacional no Serviço de Interconsulta em Saúde Mental no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP- USP)

O Serviço de Interconsulta em Psiquiatria (SIP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto teve início em março de 1978, sendo assim um dos primeiros em atividade no Brasil. A equipe do SIP era composta por

um docente supervisor, um médico assistente, um médico residente do segundo ano de Psiquiatria e cinco residentes do primeiro ano de Psiquiatria.

A partir de 1998, foram contratados psicólogos para prestar serviços no HC-Campus (Psiquiatria, Gastroenterologia e Pneumologia) e na Unidade de Emergência do HC (Pediatria e Clínica das Moléstias Infecto-Contagiosas), o que possibilitou a ampliação das atividades do SIP.

A Terapia Ocupacional passou a integrar a equipe em 1999. Entretanto, desde 1996, o SIP contava com alunos e aprimorandos, que, supervisionados pela terapeuta ocupacional da Enfermaria de Psiquiatria e pelo psiquiatra do SIP, iniciaram a atuação da Terapia Ocupacional neste Serviço.

O estudo realizado por Frizzo (2002) traz a história da implantação da assistência em Terapia Ocupacional no SIP do HCFMRP-USP, além de mostrar a caracterização das assistências prestadas por este profissional.

A partir de 2005, o SIP passou a ser denominado Serviço de Interconsulta em Saúde Mental (SISMen), devido ao caráter multidisciplinar do mesmo, não focado exclusivamente no trabalho do profissional médico.

As atividades desenvolvidas pelo SISMen consistem em: reuniões para discussão teórica sobre Interconsulta; encontros administrativos para planejar as ações e a organização do Serviço; apresentações de casos que são seguidos pela equipe; e reuniões com as equipes que solicitaram o atendimento dos profissionais do Serviço de Interconsulta. Essas atividades são desenvolvidas em conjunto, com a contribuição técnica específica de cada participante da equipe do SISMen, que funciona com os papéis claramente definidos e de forma integrada objetivando a otimização do cuidado oferecido ao paciente (LEIGH,1987).

4.1.1 O acesso à assistência de TO

A interconsulta de terapia ocupacional se inicia a partir do recebimento Pedido de Interconsulta (PI) por meio de um formulário próprio, proveniente de diversas clínicas do *campus* do HCFMRP, assim como dos outros Serviços do SISmen – Psiquiatria e Psicologia.

Os PIs podem ser solicitados por integrantes da equipe assistencial, ou seja, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, entre outros. Até 2005, a Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), a Enfermaria de Neurologia Infantil, a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas Infantil (UETDI) e a Enfermaria de Psiquiatria possuíam terapeutas ocupacionais compondo sua equipe. No entanto, a terapia ocupacional do SISmen podia ser solicitada para auxiliar em manejos de casos com comorbidades psiquiátricas ou em situações de acompanhamento de familiares.

O terapeuta ocupacional do SISmen realiza, além dos atendimentos individuais a pacientes internados no Hospital Geral, atendimentos grupais a pessoas portadoras de doenças crônicas e que apresentam alta dependência da instituição hospitalar; faz orientações à equipe no intuito de auxiliar no manejo do caso e aos familiares a respeito da situação do adoecimento e de hospitalização do paciente.

Para esta autora, que se formou no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, que de acordo com Benetton (2007) é um Método cujo núcleo central é a relação triádica (composta por paciente, terapeuta ocupacional e atividades) em um funcionamento dinâmico, o interconsultor terapeuta ocupacional objetiva, em sua assistência, avaliar o paciente e situá-lo em relação à sua história de vida, ao seu modo de se relacionar e de viver seu cotidiano.

O terapeuta ocupacional se propõe a oferecer ao paciente espaços de saúde onde possa acontecer o cotidiano do sujeito, que, em um primeiro momento, acontecerá na relação triádica (paciente-terapeuta-atividade) e, quando possível, será ampliada para outras relações, contribuindo para a inserção social do sujeito (MASTROPIETRO; OLIVEIRA; SANTOS, 2005).

Assim, Moraes (2001) descreveu as seguintes funções do terapeuta ocupacional no Hospital Geral: (i) ampliar os aspectos saudáveis; (ii) diminuir a ruptura e a desorganização da vida cotidiana do indivíduo; (iii) auxiliar no processo de desospitalização e de inserção do paciente no meio social; (iv) discutir casos e estratégias com a equipe assistencial para melhoria da condição de internação do paciente e; (v) orientar e ajudar os familiares nos cuidados com o paciente internado.

O terapeuta ocupacional focaliza os aspectos sócio-emocionais, a reação à hospitalização e a repercussão deste acontecimento na organização do dia-a-dia do paciente; além de amenizar a quebra da rotina do paciente, diminuindo o sofrimento causado por estar longe de seus objetos e das pessoas queridas; e auxiliar a equipe no manejo do caso. Como exemplo da atuação do Serviço de TO do SISMen são apresentados dois relatos de atendimentos realizados (APÊNDICES A e B).

Apesar das várias funções que a TO pode exercer no Serviço de Interconsulta, existe escassez de estudos publicados sobre o perfil clínico e sócio-demográfico dos pacientes atendidos, o que prejudica o planejamento de ações e o levantamento da necessidade de recursos humanos para aquele Serviço (BOTEGA, 2006a). Isto contrasta com a constatação de que existe vários estudos que avaliaram SIPs no hospital geral, publicados. Assim, estudos com este objetivo em interconsulta em terapia ocupacional parecem ser necessários e oportunos.

OBJETIVOS

1 Objetivo geral

Realizar um estudo retrospectivo dos Pedidos de Interconsulta para a Terapia Ocupacional do Serviço de Interconsulta em Saúde Mental (SISMen) do HCFMRP - USP no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005.

2 Objetivos específicos

1. Descrever as características sócio-demográficas dos pacientes (sexo, idade, estado civil, situação laboral e escolaridade);
2. Descrever dados clínicos (clínica solicitante e diagnóstico psiquiátrico), dados referentes à internação (número de dias internado, custos do paciente e tempo entre internação e PI) e relacionados ao Serviço de TO (número de atendimentos, taxa de encaminhamento, motivo de solicitação, tipo de atendimento e tempo entre PI e consulta de TO);
3. Comparar a caracterização da população atendida pela TO com a atendida pela Psiquiatria (em relação ao sexo, idade, clínica solicitante e taxa de encaminhamento para o SISMen) e com a população internada no HC (em relação ao sexo, idade e ao custo médio dos pacientes internados) no mesmo período.

MÉTODO

1 Localização da situação do estudo

Este estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, que pertence ao nível terciário de assistência em saúde de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para uma região de quatro milhões de habitantes aproximadamente. Este hospital possui duas unidades: a Unidade de Emergência, que realiza atendimentos de urgência e emergência médicas e o *campus* do HCFMRP-USP, responsável pela internação e pelos atendimentos ambulatoriais. Os pedidos de interconsulta analisados neste projeto foram os elaborados para os pacientes internados nesta segunda unidade, onde é lotado o SISMEEn.

O HCFMRP-USP, unidade *campus*, possui 610 leitos oficiais financiados pelo SUS, distribuídos em 25 enfermarias (Tabela 7).

Tabela 7 – Número de leitos das Clínicas do HCFMRP-USP no ano de 2005

Clínicas	Número de Leitos
Alojamento conjunto berçário	18
Berçário	27
Centro de Cirurgia e Epilepsia	5
Cirurgia	95
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	10
Clínica Médica	109
Ginecologia	26
Moléstia Infecciosa	20
Neurologia	31
Obstetrícia	28
Oftalmologia	18
Ortopedia	45
Otorrinolaringologia	10
Pediatria	42
Psiquiatria	22
Serviço de Assistência Médica, Social Pessoal SAMSP	4
Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas UETDI	22
Unidade de Transplante de Medula Óssea TMO	4
Unidade de Transplante Renal UTR	15
Unidade metabólica	6
Unidade de Terapia Intensiva UTI adulto	9
UTI coronariana	5
UTI neonatal berçário	20
UTI pós-operatória tórax cardiovascular	6
Unidade de Transplante de Fígado	7
UTI pediátrica	6
TOTAL	610

O número total de leitos financiados pelo SUS e ativos, a cada ano considerado nesse estudo, são mostrados na Tabela 8.

Tabela 8 – Número de leitos ativos e financiados pelo SUS por ano

Ano	Número de leitos ativos
2000	568
2001	576
2002	582
2003	581
2004	563
2005	606

2 Procedimento

2.1 Sujeitos

Os sujeitos foram os indivíduos que estiveram internados nas enfermarias do *campus* do HCFMRP-USP e para quem foi solicitada a assistência do terapeuta ocupacional do SISMen no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Neste período, foram realizados 709 Pedidos de Interconsulta para 633 pacientes.

2.2 Protocolo de Registro

O protocolo de registro que foi utilizado nesta pesquisa (ANEXO A) foi elaborado com base no protocolo do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática (CARVALHO; PIMENTEL, 2000). Os dados foram separados em três grupos: Dados demográficos, Dados do Pedido de Interconsulta e Dados da resposta do Pedido.

No primeiro grupo foram avaliadas as seguintes características clínicas e demográficas: idade, gênero, estado civil, situação laboral, escolaridade. Foram também acrescentados alguns dados referentes ao tempo de hospitalização, como data da internação, data da alta e número de dias internado.

Em relação aos dados do PI, foi avaliada qual era a clínica solicitante e se as seguintes categorias estavam ou não presentes: nome e identificação do solicitante, data de emissão do pedido, legibilidade, motivo da solicitação, expectativa do pedido, diagnóstico clínico e diagnóstico psiquiátrico, sendo este descrito.

Por fim, no grupo dos dados da resposta foram considerados, quanto à existência ou não: nome e identificação do interconsultor, data da resposta do pedido, legibilidade, diagnóstico terapêutico ocupacional, caracterização do paciente, plano e tipo de tratamento. Além da descrição do tempo entre a internação e a solicitação do PI, do tempo entre a solicitação e a resposta do PI, da data do PI, da data da consulta e do número de atendimentos realizados pelo terapeuta ocupacional.

2.3 Análise dos Pedidos de Interconsulta

O levantamento dos dados foi realizado mediante consulta dos PIs e dos prontuários dos pacientes no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HC-FMRP-USP.

Em relação aos dados sócio-demográficos, na situação laboral, os trabalhadores autônomos e os aposentados foram categorizados “Outros”.

A taxa de encaminhamento foi calculada pela divisão do número de PIs feitos para o Serviço pelo número total de internações na instituição pesquisada, conforme descrito por Lipowski e Wolston (1981).

A taxa de encaminhamento para a Terapia Ocupacional foi calculada considerando o número de internações no hospital em relação ao total de Pls feitos para a Terapia Ocupacional no período considerado para este estudo. Como o SISMen é um Serviço de Consultoria, as clínicas que tiveram terapeutas ocupacionais nesse período também foram incluídas no estudo.

As clínicas solicitantes foram agrupadas de acordo com a classificação adotada pelo HCFMRP-USP, local onde foi realizado o estudo.

Na categoria “Psiquiatria”, que se aplica somente aos Pls encaminhados para a Terapia Ocupacional, foram considerados os pedidos feitos pelo psiquiatra do SISMen e pelos psicólogos deste Serviço.

Em “Clínica Médica” foram incluídas as seguintes clínicas, tanto para a Terapia Ocupacional quanto para a Psiquiatria: Hematologia, Dermatologia, Imunologia, Endocrinologia, Gastrologia, Pneumologia, Cardiologia, Geriatria e Reumatologia.

A Oncopediatria, Gastropediatria, UTI Pediátrica, Endocrinopediatria, Hematopediatria, Imunopediatria e Pneumopediatria foram consideradas como Pediatria.

Dentro de Cirurgia estão as seguintes clínicas solicitantes de Pls: Proctologia, Gastrocirurgia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Transplante de Fígado e Cirurgia Vascular.

Na categoria “Outros” foram incluídas clínicas que apresentaram quatro ou menos solicitações para a TO: Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Berçário, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Unidade Coronariana. Já na categoria “Outros” das clínicas solicitantes do Serviço de Psiquiatria foram incluídas: Clínica de Dor, Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Berçário, Oftalmologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O trabalho de Tedesco et al (2003) aponta como motivos de solicitação do Serviço de interconsulta de TO: i) períodos longos de internação; ii) facilitação no manejo clínico com o paciente; iii) ampliação do campo relacional (paciente-familiar, paciente-equipe, paciente-paciente); e iv) criar condições de melhora e adaptação do paciente aos procedimentos necessários ao tratamento e à internação.

A partir disto, tentou-se realizar a adequação dos motivos encontrados nos PIs encaminhados ao Serviço de Interconsulta de TO do SISMen aos elencados por Tedesco et al. (2003); porém, essa adequação não foi possível uma vez que os motivos expostos extrapolaram os descritos por aqueles autores.

Assim, os motivos de solicitação deste estudo foram classificados em cinco grupos relacionados à: (i) “hospitalização”, que engloba questões relacionadas à dificuldade do paciente de se adaptar à rotina hospitalar, de ficar internado por um longo período e de se relacionar com a equipe; (ii) “ociosidade”, que consiste na constatação de ociosidade do paciente e na necessidade de ocupação; (iii) “outros”, incluindo auxílio para as práticas de Atividades de Vida Diária (AVDs), confecções de órteses, promoção de estimulação neuropsicomotor e /ou solicitação de TO pelos pacientes, uma vez que estes já haviam sido atendidos em internações anteriores; (iv) “aspecto emocional do paciente”, ou seja, solicitação baseada em queixas ou diagnósticos psiquiátricos (como tristeza, desânimo, depressão, ansiedade); e (v) “ausência de descrição do motivos de solicitação”.

Os diagnósticos psiquiátricos, considerados na análise dos PIs, foram somente aqueles feitos pelos psiquiatras do SISMen e foram classificados, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10) (OMS, 1993) em: F0 (Transtornos mentais orgânicos, incluindo somáticos); F1 (Transtornos mentais e de comportamento

devido ao uso de substâncias psicoativas); F2 (Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes), F3 (Transtorno de humor–afetivos); F4 (Transtornos neuróticos relacionados ao stress e somatoformes); F5 (Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos); e F6 (Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos).

Os tipos de tratamento realizados pelo terapeuta ocupacional incluídos no estudo foram: (i) atendimentos grupais; (ii) orientações à equipe; e (iii) orientações aos familiares. O número de atendimentos de TO foram levantados mediante consulta das anotações contidas nos prontuários de cada paciente atendido por esse profissional.

O custo dos pacientes atendidos pela TO do SISMen foi calculado por meio da média do número de dias internado na clínica solicitante por ano multiplicado pela média do custo do paciente por dia de internação em cada clínica fornecida pelo hospital no mesmo período.

O cálculo do custo do paciente por dia de internação fornecido pelo hospital foi feito com base nos gastos com: pessoal (salários, vale transporte, vale alimentação); material de consumo (medicamentos, gases medicinais, materiais de consumo); serviço de terceiros (auxílio creche e folha de pagamento); despesas gerais (energia elétrica, água, telefone); rateio do centro de custo base (lactário, nutrição, higiene e limpeza, lavanderia); centro de custo de produção (rouparia e costura); exames laboratoriais e diagnósticos; e depreciação de bens.

Para a categoria “Outros”, que envolve as clínicas: Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Berçário, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Unidade Coronariana, foi realizada a média dos gastos diários por cada ano.

O valor fornecido em reais (R\$) foi transformado em números de salários mínimos dos anos correspondentes, conforme a Tabela 9.

Tabela 9 - Valores dos salários mínimos por ano

Ano	Valor do Salário Mínimo em Reais (R\$)*
2000	151,00
2001	180,00
2002	200,00
2003	240,00
2004	260,00
2005	300,00

Fonte: <http://www.portalbrasil.net/salariominimo.htm>

3 Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com o programa SAS/START®, versão 9.0 (SAS *Institute* Inc.). As prevalências das variáveis foram estimadas por meio de porcentagem simples. As associações entre os dados categóricos foram submetidas ao teste exato de Fischer, considerando o nível de significância como $p \leq 0,05$.

4 Aspectos éticos

Como este estudo foi retrospectivo e avaliou os prontuários dos pacientes internados cujo PI foi encaminhado ao Serviço de TO do SISMen, não houve necessidade de se elaborar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

Dessa forma, foi elaborado um Termo de Dispensa, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCFMRP-USP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) de acordo com o Processo HCRP nº 14379/2005 (ANEXO B).

Conforme as normas éticas que regem as pesquisas com seres humanos, os nomes dos sujeitos e dos profissionais da saúde envolvidos neste estudo foram substituídos pelo número do prontuário e, a seguir, por números, de modo a resguardar suas identidades. Assim, as informações obtidas pela consulta dos documentos foram mantidas sob caráter estritamente confidencial.

RESULTADOS

No período adotado para essa pesquisa, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2005, o número de pacientes consultados pelo Serviço de Terapia Ocupacional do SISMen foi de 633, sendo que o número de Pedidos de Interconsulta (PIs) feitos para este Serviço foi de 709. Esta diferença ocorreu pelo fato de alguns pacientes terem reinternado, sendo feito mais do que uma solicitação para o mesmo sujeito.

1 Variáveis sócio-demográficas

Como exposto anteriormente, variáveis sócio-demográficas possibilitam mais do que uma ocorrência para cada sujeito. Dessa forma, os resultados relacionados para estas variáveis foram considerados apenas para os pacientes consultados pelo Serviço de Terapia Ocupacional (n= 633).

A Tabela 10 apresenta as principais características sócio-demográficas desses sujeitos. A maioria dos indivíduos consultados foi do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto e houve distribuição equilibrada entre os solteiros e casados. Quanto à situação laboral, a maioria dos pacientes era autônoma ou aposentada, seguida de dona de casa e estudante. Cabe ressaltar que para esta variável não foi possível obter informações em cerca de um terço dos pacientes.

Tabela 10 – Características sócio-demográficas dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

	N	(%)
Sexo		
Feminino	376	59,4
Masculino	257	40,6
TOTAL	633	100
Estado Civil		
Solteiro	247	39
Casado/Amasiado	235	37,1
Sem informação	56	8,9
Viúvo	50	7,9
Separado/Desquitado	45	7,1
TOTAL	633	100
Situação Laboral		
Sem informação	176	27,3
“Outros” ¹	139	21,6
Dona de casa	133	20,6
Estudante	71	11
Empregado formalmente	57	9
Desempregado	42	6,5
Empregado informalmente	26	4
TOTAL ²	644	100
Escolaridade		
Sem informação	336	53
Ensino fundamental incompleto	132	20,9
Ensino médio completo	45	7,1
Ensino fundamental completo	37	5,9
Ensino médio incompleto	35	5,5
Ensino superior completo	24	3,8
Ensino superior incompleto	12	1,9
Analfabeto	12	1,9
TOTAL	633	100

¹ “Outros” engloba os trabalhadores autônomos e os aposentados

² foi considerada mais do que uma categoria por indivíduo

A variável idade foi apresentada de várias formas: em faixas etárias, por média de idade e ainda por associação entre sexo e idade. A distribuição etária dos sujeitos foi praticamente igual em três faixas sendo menor o número de pacientes atendidos nos seus extremos (< 15 e > 61 anos) como mostra a Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição etária dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

Idade (anos)	N	(%)
< 15	82	13,2
16-30	155	25
31-45	140	22,5
46-60	137	22
61-75	75	12
> 75	33	5,3
TOTAL	622	100

A média de idade dos pacientes atendidos foi de 39,2 anos ($DP = \pm 21$); e, houve mais mulheres jovens e mais homens adultos, mostrando que existe diferença significativa entre eles ($p\text{-valor} = 0,02$) conforme a Tabela 12. Não foi possível obter informação de 11 sujeitos (1,7%), por isso o total de indivíduos incluído em relação à idade foi de 622.

Tabela 12 – Distribuição etária por sexo dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

Idade (anos)	Sexo	
	Feminino	Masculino
	N=371(%)	N=251(%)
< 15	41 (11)	41 (16,3)
16-30	107 (28,8)	48 (19,1)
31-45	89 (24)	51 (20,3)
46-60	79 (21,3)	58 (23,1)
61-75	41 (11)	34 (13,6)
> 75	14 (3,8)	19 (7,6)

$p\text{-valor} = 0,02$

Ao analisar-se a associação entre sexo e estado civil, observou-se que a maior parte das mulheres era solteira, enquanto que a maioria dos homens era casado, sendo constatada diferença significativa ($p\text{-valor} < 0,05$) entre as duas variáveis associadas (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição do estado civil por sexo dos sujeitos atendidos pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

Estado civil	Sexo	
	Feminino	Masculino
	N=376 (%)	N =257(%)
Solteiro	150 (40)	97 (37,8)
Casado/Amasiado	133 (35,4)	102 (40)
Separado/Desquitado	28 (7,5)	17 (6,6)
Viúvo	37 (9,8)	13 (5)
Sem informação	28 (7,5)	28 (11)

$p\text{-valor} < 0,01$

A maioria dos pacientes que internou no mesmo período considerado no HCFMRP-USP, independentemente de terem sido encaminhadas ao SISMen foi de mulheres (56,7%). Igualmente, a maioria dos pacientes encaminhados para o Serviço de Psiquiatria (61,5%) e de Terapia Ocupacional (59,4) do SISMen era do sexo feminino, sendo constatada diferença significativa ($p\text{-valor} < 0,05$).

Figura 1. Comparação da porcentagem dos pacientes da TO, PQU e HC em relação ao sexo

Em relação à idade, a maioria dos pacientes internados no HCFMRP-USP concentrou-se nas três primeiras faixas etárias, enquanto que os pacientes encaminhados à TO e à PQU apresentaram-se entre os 16 e 60 anos. Entretanto, a maioria dos pacientes encaminhados à Psiquiatria estava na faixa entre 31 e 45 anos, com menor encaminhamento à faixa de pacientes com menos do que 15 anos (Tabela 14).

Tabela 14– Pacientes da Terapia Ocupacional (TO) e da Psiquiatria (PQU) encaminhados ao SISMen e internados no HCFMRP-USP (HC) por faixa etária no período de 2000 a 2005

Faixa etária (anos)	TO	PQU	HC
	N=622(%)	N=1021(%)	N=130637(%)
< 15	82 (13,1)	52 (5)	33464 (25,6)
16-30	155 (25)	240 (23,5)	27190 (20,8)
31-45	140 (22,5)	328 (32,1)	26760 (20,5)
46-60	137 (22)	227 (22,3)	22545 (17,3)
61-75	75 (12)	134 (13,1)	16002 (12,2)
>75	33 (5,3)	40 (4)	4676 (3,6)

2 Variáveis clínicas

2.1 Dados clínicos

2.1.1 Clínicas solicitantes

A distribuição das solicitações à Terapia Ocupacional e para a Psiquiatria pelas diversas clínicas do HCFMRP-USP está detalhada na Tabela 15.

Tabela 15 – Clínicas solicitantes dos Serviços de Terapia Ocupacional (TO) e Psiquiatria (PQU) do SISMen no período de 2000 a 2005

Clínicas Solicitantes	TO N =709 (%)	PQU N=1129 (%)
Clínica médica ¹	268 (37,8)	359 (32)
Unidade metabólica	117 (16,5)	111 (9,8)
Psiquiatria	75 (10,5)	—
Pediatria	63 (9)	59 (5,2)
Unidade de Transplante Renal (UTR)	56 (8)	62 (5,5)
“Outros” ^{2/3}	25 (3,5)	219 (19,4)
Cirurgia	25 (3,5)	109 (9,6)
Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)	24 (3,4)	19 (1,7)
Transplante de Medula Óssea (TMO)	24 (3,4)	15 (1,3)
UETDI*	18 (2,5)	60 (5,3)
Moléstia Infectocontagiosa (MI)	8 (1,1)	105 (9,3)
Não identificada	6 (0,8)	11 (1)

¹ Hematologia, Dermatologia, Imunologia, Endocrinologia, Gastrologia, Pneumologia, Cardiologia, Geriatria e Reumatologia

² Clínicas solicitantes da TO: Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Berçário, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Unidade Coronariana

³ Clínicas solicitantes da PQU: Clínica de Dor, Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Berçário, Oftalmologia, Serviço Social e TO

* Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas

Pode-se verificar que a Clínica Médica foi a responsável por pouco mais do que um terço dos Pedidos de Interconsulta, seguida da Unidade Metabólica e da Psiquiatria respectivamente. Menos do que um por cento (N=6) dos PIs não apresentaram a identificação das clínicas solicitantes.

A maior parte das clínicas que solicitaram PIs aos Serviços de TO e de Psiquiatria do SISMen foram da Clínica Médica, seguido da Unidade Metabólica para a TO e da categoria “Outros” para a PQU.

2.1.2 Diagnóstico Psiquiátrico

Apenas 76 (10,7%) dos PIs encaminhados para a interconsulta de TO apresentaram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico (Tabela 16). Desse total, 15 (1,8%) dos PIs apresentaram mais do que um diagnóstico psiquiátrico.

Tabela 16 – Diagnósticos psiquiátricos dos PIs encaminhados ao Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

CID-10/Diagnósticos Psiquiátricos	N=76 (%)
F3 Transtorno de humor (afetivos)	33 (43,4)
F4 Transtornos neuróticos e somatoformes	20 (26,3)
F6 Transtornos de personalidade e de comportamento	12 (15,8)
F2 Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes	7 (9,2)
F0 Transtornos mentais orgânicos	2 (2,6)
F1 Transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas	1 (1,3)
F5 Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos	1 (1,3)

O diagnóstico mais freqüente foi o transtorno de humor (afetivo), seguido por transtornos neuróticos e somatoformes e por transtorno de personalidade e de comportamento.

Pensou-se na possibilidade de existir alguma relação entre os diagnósticos psiquiátricos detectados com as clínicas solicitantes do Serviço de TO, mas isto não se confirmou ($p\text{-valor} > 0,1$). E ainda, considerou-se a possibilidade de que pacientes com determinados diagnósticos psiquiátricos poderiam ficar mais tempo internados do que outros, porém, mais uma vez, esta hipótese não se concretizou ($p\text{-valor} > 0,1$).

2.2 Dados referentes à internação

2.2.1 Número de dias internado

Os pacientes encaminhados para a TO ficaram em média 51 dias internados ($DP=\pm 69$), sendo que a média de internação no HCFMRP-USP é de apenas 6,4 dias. Dessa forma, aproximadamente metade dos pacientes estavam há mais do que 50 dias internados, sendo que poucos dos casos encaminhados ficaram menos do que dez dias internados (Figura 2).

Figura 2. Porcentagem dos Pls encaminhados para o Serviço de TO conforme o número de dias internado dos pacientes atendidos

Em relação à predominância de mulheres atendidas pelo Serviço de TO, pensou-se que isto poderia ter acontecido se elas tivessem ficado mais tempo

internadas no Hospital, mas a associação entre o número de dias internado e o sexo dos pacientes não se mostrou significativa (p- valor= 0,19).

2.2.2 Custo

A Tabela 17 mostra que o maior custo apresentado foi pelos pacientes da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), no ano de 2001, e o menor pelos pacientes da Moléstia Infecciosa (MI) no ano de 2003.

Tabela 17 – Custo em salários mínimos dos pacientes encaminhados para o Serviço de TO do SISMen por clínica entre os anos de 2000 e 2005

Clínicas Solicitantes (%)	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Clínica Médica (38) ¹	65,5	67	59,8	51	65,2	88,7
Unidade Metabólica (16,5)	116,4	77,7	62	53,3	66,8	45
Psiquiatria (10,6)	143,3	88,8	56	31	80,2	39,6
Pediatria (9)	129	112,4	63,3	187	83	160
Unidade de Transplante Renal UTR (8)	244,4	182	181	181	87	146,5
Cirurgia (3,5)	352,3	22,7	47,3	52	31,6	59
“Outros” (3,5) ²	158,7	78,2	171	120	49	115,7
Unidade de Tratamento Intensivo UTI (3)	283	1751,3	378,3	227,2	298	563,4
Transplante de Medula Óssea TMO (3)	265,5	—	—	227,2	—	220,2
UETDI (2,5)	88,7	29,7	57,3	84	—	—
Moléstia Infectocontagiosa MI (1,1)	125	69	72,2	19,3	—	—
TOTAL	179	248	115	112	95	160

¹ Hematologia, Dermatologia, Imunologia, Endocrinologia, Gastrologia, Pneumologia, Cardiologia, Geriatria e Reumatologia

² Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Berçário, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Unidade Coronariana

Ainda na Clínica Cirúrgica houve diminuição considerável do custo do paciente entre os anos de 2000 e 2001, apesar do custo diário ter se mantido semelhante.

É importante ressaltar que não houve Pls para o Serviço de TO do SISMen provenientes do TMO nos anos de 2001, 2002 e 2004, por isso não foi possível

calcular o custo diário dos pacientes nestes casos. O mesmo ocorreu com as clínicas MI e UETDI nos anos de 2004 e 2005.

De forma geral, o custo médio do paciente internado no HCFMRP-USP por ano em Salários Mínimos (SM) foi de: em 2000, 18 SM; em 2001, 16 SM; em 2002, 12,8 SM; em 2003, 12,3 SM; em 2004, 13,3 SM; e em 2005, 12,7 SM. Isto demonstra que o gasto dos pacientes atendidos pelo Serviço de TO do SISMen foi, por exemplo, o dobro (2001) do que o custo dos pacientes internados naquela instituição (Figura 3).

Figura 3. Custo em Salários Mínimos dos pacientes encaminhados para o Serviço de TO do SISMen e dos pacientes internados no HCFMRP-USP no período de 2000 a 2005

2.2.3 Tempo entre internação e o PI

Mais do que um terço dos PIs (N=271) não apresentaram a data da sua elaboração, não sendo possível calcular o intervalo entre a internação do paciente e o PI nestes casos.

Dentre os que trouxeram essa informação, um terço dos PIs foram elaborados cinco dias após a internação. Já os PIs feitos entre cinco e dez e dez e 20 dias a partir da internação foram igualmente distribuídos (aproximadamente 17% para cada intervalo). Porém, a média de tempo foi de 21,8 dias (DP= $\pm 38,4$), o que mostra uma variação importante entre a internação e a elaboração dos pedidos para o Serviço de TO do SISMen (Figura 4).

Figura 4. Porcentagem dos PIs conforme a distribuição do tempo (dias) entre a internação e a solicitação do PI para Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

A Tabela 18, que mostra a associação entre as clínicas solicitantes e o tempo entre internação e solicitação do PI, aponta que a clínica que solicitou o atendimento do Serviço de TO do SISMen mais rapidamente foi a Unidade Metabólica, enquanto que a Clínica Médica fez mais PIs entre dez e 20 dias após a internação do paciente no HCFMRP-USP.

Tabela 18 – Associação entre clínicas solicitantes e tempo entre internação e solicitação PI ao Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

Clínicas solicitantes (%)	Tempo entre internação e solicitação PI (dias)					
	0-5	5-10	10-20	20-30	30-40	> 40
	N=138 (%)	N=78 (%)	N=77 (%)	N=49 (%)	N=36 (%)	N=60 (%)
Pediatria (8,2)	11 (8)	6 (7,7)	5 (6,5)	4 (8)	3 (8,3)	7 (12)
Clínica médica ¹ (36,3)	38 (27,5)	37 (47)	41 (53,2)	18 (37)	8 (22)	17 (28)
Unidade Metabólica (17,5)	54 (39)	9 (11,5)	3 (4)	4 (8)	3 (8,3)	4 (6,7)
Cirurgia (4,6)	3 (2)	6 (7,7)	4 (5,2)	0	4 (11)	3 (5)
Psiquiatria (9,1)	9 (6,5)	9 (11,5)	6 (7,8)	5 (10)	5 (14)	6 (10)
Unidade de Transplante Renal (9)	3 (2)	4 (5)	10 (13)	10 (20)	6 (16,7)	6 (10)
UETDI (3,2)	5 (3,6)	2 (2,6)	2 (2,6)	2 (4)	0	3 (5)
Moléstia Infectocontagiosa (1,1)	1 (0,7)	0	1 (1,3)	2 (4)	0	1 (2)
Unidade de Tratamento Intensivo (3,2)	0	1 (1,3)	0	2 (4)	5 (14)	6 (10)
Transplante de Medula Óssea (2,7)	6 (4,5)	2 (2,6)	3 (4)	0	1 (2,8)	0
"Outros" ² (4)	4 (3)	2 (2,6)	2 (2,6)	2 (4)	1 (2,8)	7 (12)

p- valor= 0,31

¹ Hematologia, Dermatologia, Imunologia, Endocrinologia, Gastrologia, Pneumologia, Cardiologia, Geriatria e Reumatologia

² Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Neurologia, Berçário, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Unidade Coronariana

Como a média do tempo de internação dos pacientes atendidos pelo Serviço de TO foi muito alto (51 dias), relacionou-se este dado com o tempo entre a internação e a solicitação do PI, considerando uma possível associação entre a internação longa e o tempo entre a internação e a solicitação do PI. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas (p- valor= 0,12).

2.3 Dados relacionados ao Serviço de Terapia Ocupacional do SISMen

2.3.1 Taxa de encaminhamento

A taxa média de encaminhamento durante todo o período considerado para a TO do SISMen foi de 0,5%, enquanto que a da Psiquiatria foi de 0,8%. Quando considerada a taxa de encaminhamento por ano, verifica-se que, com exceção do ano de 2001, os pacientes foram mais encaminhados à Psiquiatria do que à TO (Figura 5).

Figura 5. Porcentagem da taxa de encaminhamento para o Serviço de Terapia Ocupacional (TO) e de Psiquiatria (PQU) do SISMen no período de 2000 a 2005

2.3.2 Motivo de solicitação

Foram levantados 746 motivos de solicitação do Serviço de TO do SISMen, o que significa que 37 (5%) dos PIs apresentaram mais do que um motivo.

A maior parte deles esteve relacionada aos aspectos emocionais do indivíduo, seguido por fatores referentes à hospitalização. É importante destacar que cerca de um quarto dos PIs (N=197) apresentaram ausência da descrição dos motivos que levaram à solicitação dos atendimentos terapêuticos ocupacionais (Tabela 19).

Tabela 19 – Motivos de solicitação apresentados nos PIs para o Serviço de TO do SISMen

Motivos de solicitação	N= 746 (%)
Aspecto emocional do paciente	255 (34)
Ausência de descrição	197 (26,5)
Hospitalização	171 (23)
Outros ¹	86 (11,5)
Ociosidade	37 (5)

¹confeção de órteses, auxílio para Atividades de Vida Diária, estimulação neuropsicomotora e solicitação dos próprios pacientes

2.3.3 Número de atendimentos

A maioria dos pacientes encaminhados ao Serviço de TO do SISMen recebeu até dez atendimentos, sendo que cerca de um quinto do total não foi avaliado pelo terapeuta ocupacional por diversos motivos (paciente havia recebido alta; falecimento; equívoco de solicitação; entre outros) (Figura 6).

Figura 6 . Porcentagem por PIs do número de atendimentos realizados pelo Serviço de TO do SISMen

A Tabela 20 mostra a distribuição do número de atendimentos realizados pelo Serviço de TO do SISMen pelo número de dias internado dos pacientes atendidos por este Serviço. Verifica-se que houve significância nessa associação, ou seja, grande parte dos pacientes que ficaram mais do que 50 dias internados receberam entre cinco e dez atendimentos de TO (N=112).

Tabela 20 – Número de atendimentos de TO pelo número de dias internado

Número de atendimentos	Número de dias internado					
	< 10	10-20	20-30	30-40	40-50	> 50
	N=22 (%)	N=65 (%)	N=90 (%)	N=118(%)	N=88 (%)	N=326(%)
0	16 (11)	32 (22)	24 (16,5)	25 (17)	18 (12,5)	30 (20,7)
1	5 (4)	20 (17)	20 (17)	23 (19,5)	13 (11)	37 (31)
2	1 (1,1)	9 (10)	19 (21)	18 (20)	10 (11)	32 (36)
3	0	4 (5,5)	15 (21)	17 (23,7)	9 (12,5)	27 (37,5)
4	0	0	10 (14)	7 (9,7)	18 (25)	37 (51)
5-10	0	0	2 (1,3)	28 (17,6)	17 (11)	112 (70,5)
10-20	0	0	0	0	2 (4,8)	40 (95)
>20	0	0	0	0	1 (8,3)	11 (92)

p- valor < 0,01

2.3.4 Tipo de atendimento

Conforme descrito previamente foram categorizados três tipos de atendimentos que poderiam ser realizados pelo terapeuta ocupacional interconsultor, podendo ocorrer mais do que um tipo para cada paciente.

Para a grande maioria dos PIs (N=566 ou 78,7%) não foi apresentada a descrição desta variável. Dentre os que a apresentaram (N=153), além do atendimento individual, a maioria dos atendimentos foi de orientação à equipe (64%), seguido de orientação à família (26%) e de atendimento grupal (10%).

Levantou-se a hipótese de que o tipo de atendimento realizado em cada clínica solicitante poderia fornecer dados sobre as características da equipe ou do próprio paciente, porém essa associação não se mostrou significativa ($p\text{-valor}=0,54$).

2.3.5 Tempo entre a solicitação e a resposta do PI

Para obter este intervalo de tempo era necessário ter duas informações: a data do PI e a data da primeira consulta do terapeuta ocupacional. Como já foi mencionado para a variável “tempo entre a internação e PI”, a falta de informação sobre a data de solicitação do PI somou-se à ausência de data da resposta do PI, o que fez com que não fosse possível para a maioria dos PIs (N=400 ou 56,4%) fornecer informações sobre os intervalos de tempo.

Considerando os 309 (43,6%) dos PIs que apresentaram aquelas duas informações, a média deste intervalo de tempo foi de 4,7 dias ($DP=\pm 5,5$), sendo que a maior parte deles (N=198 ou 64%) recebeu resposta entre o primeiro e o quarto

dia após a solicitação e 42% dos PIs foram respondidos dentro do prazo ideal estabelecido pelo SISMen (48 horas) (Figura 7).

Figura 7 . Porcentagem dos PIs conforme o tempo entre sua solicitação e a resposta pelo Serviço de TO do SISMen no período de 2000 a 2005

Questionou-se se poderia existir alguma associação entre o tempo de resposta dos PIs feitos para o Serviço de TO e as clínicas que a elaboraram, ou seja, se algumas clínicas poderiam ter recebido resposta mais rapidamente do que outras. Porém, a análise estatística não mostrou significância para esta associação ($p\text{-valor} = 0,33$).

DISCUSSÃO

A Portaria 224/92 do Ministério da Saúde enfatizou a participação da equipe multiprofissional nas ações de saúde, e, no hospital geral especificamente, destaca-se a atuação dos profissionais de Saúde Mental em contextos de cuidados clínicos como os Serviços de Interconsulta Psiquiátrica (SIP). Desta forma, a inclusão do Serviço de Terapia Ocupacional no SIP encontra respaldo no princípio constitucional da integralidade e apresenta-se viável conforme o exemplo do SISMen do HCFMRP-USP.

O Serviço de Terapia Ocupacional do SISMen do HCFMRP-USP iniciou suas atividades oficialmente em 1999 com a contratação de uma terapeuta ocupacional. Assim, baseado na definição apresentada por Moraes (2001), o papel desse profissional inserido em um SIP pauta-se na criação de espaços saudáveis, que estimulam ações autônomas e independentes do paciente; no resgate do seu cotidiano interrompido; e no favorecimento do processo de inserção social do indivíduo, tanto no próprio contexto hospitalar quanto no momento da alta.

Considerando os PIs para o Serviço de TO do SISMen de 2000 a 2005, e, consequentemente as anotações realizadas em prontuário, os dados foram coletados, analisados e apresentados no presente estudo.

Porém, devido à escassez de estudos sobre o Serviço de Terapia Ocupacional em Interconsulta em Saúde Mental, procedeu-se à comparação dos dados encontrados com os trabalhos realizados em Interconsulta Psiquiátrica.

Variáveis sócio-demográficas

A maioria dos sujeitos encaminhados para o Serviço de TO do SISMen foi do sexo feminino, o que está de acordo com a maioria dos estudos nacionais (MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991; ANDREOLI et al., 1996) e internacionais (CORDIOLI et al., 1986; SCHOFIELD; DOONAN; DALY, 1986; FREYNE et al., 1992;

CREED et al., 1993; DE JONGE et al., 2000; KISHI et al., 2004) em Interconsulta Psiquiátrica.

Os estudos do Brasil foram realizados em hospitais terciários, assim como o HCFMRP-USP, o que favorece a comparabilidade de seus resultados com o presente estudo. O estudo de Magdaleno Jr. e Botega (1991) foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) naquela cidade e o de Andreoli et al. (1996) no Hospital da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na cidade de São Paulo.

Essa predominância de encaminhamento de mulheres pode refletir o maior número de internação deste sexo no HCFMRP-USP (aproximadamente 60%); ou ainda, pode estar relacionada com o principal motivo de solicitação dos Serviços de Interconsulta de forma geral e de Interconsulta de TO em particular (aspectos emocionais do paciente), que corresponde à solicitação baseada em queixas ou diagnósticos psiquiátricos. Dessa forma, como o principal diagnóstico psiquiátrico frequentemente verificado nos pacientes atendidos pelos SIPs é depressão e reações de ajustamento, transtornos que são mais freqüentes em mulheres (SHEVITZ; SILBERFARB; LIPOWSKI, 1976; THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR, 2005; VINBERG, KESSING, 2007), isto poderia justificar o fato da maioria das pessoas encaminhadas ao Serviço de TO ser deste sexo.

Outra possibilidade seria a de que os pacientes encaminhados ao SIP sofrem de doenças somáticas com comprometimento psicossocial associado, o que constantemente requer maiores cuidados médicos (KISH et al., 2004) e, em geral, esses pacientes têm mais capacidade de expressar seu desejo de receber ajuda, mais capacidade de comunicar suas dificuldades em termos psicológicos e manifestar mais abertamente sua ansiedade. No meio brasileiro, isto pode estar relacionado ao

aspecto cultural que atribui estes comportamentos ao sexo feminino, tanto pelo paciente, quanto pela equipe e profissionais solicitantes (BOTEGA, 2006c).

Por outro lado, o resultado do estudo brasileiro de Spinelli, Toledo e Catinelli (1996) mostrou que havia equilíbrio quanto ao sexo dos pacientes encaminhados para o SIP do Hospital Universitário da USP (São Paulo). Entretanto, vale ressaltar que os autores excluíram da amostra as pacientes da Obstetrícia, o que não ocorreu nos outros estudos.

De modo contrastante, alguns estudos nacionais e internacionais demonstraram que a maioria da população atendida pelo SIP era do sexo masculino (HUYSE; LYONS; STRAIN, 1992; COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; SOUZA, 1995; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003). Este dado evidencia que não existe unanimidade a respeito da relação entre o encaminhamento dos pacientes e seu sexo, apesar de que diferenças nas características das populações atendidas e das amostras estudadas poderiam justificar esta diversidade.

Em relação ao estado civil dos pacientes consultados pelo Serviço de TO do SISMen, houve distribuição praticamente equilibrada entre os solteiros e os casados. Em alguns estudos realizados no Brasil com pacientes de Serviços de Interconsulta Psiquiátrica (SOUZA, 1995; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003) houve predomínio dos solteiros, enquanto outros estudos nacionais e internacionais mostraram que a maioria da população atendida pelo SIP era casada (MAGDALENO JR; BOTEGA, 1991; CREED et al., 1993; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; ANDREOLI et al., 1996; KISHI et al., 2004).

Considerando que houve diferença significativa na associação entre as variáveis sexo e estado civil dos pacientes da TO, pode-se pensar que o maior

número de solteiros pode estar relacionado ao predomínio de pacientes do sexo feminino.

Não foi possível obter informações nos prontuários e Pedidos de Interconsulta (PIs) a respeito da escolaridade e/ou da situação laboral da maior parte dos sujeitos devido à falta de registros destas variáveis. Isto também foi verificado em quase todos os estudos retrospectivos de Interconsulta Psiquiátrica (MILLAN et al., 1986; SCHOFIELD; DOONAN; DALY, 1986; SRINIVASAN, et al., 1987; FIDO; MUGHAISEEB, 1988; MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991; FREYNE et al., 1992; COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; HUYSE; LYONS; STRAIN, 1992; CREED et al., 1993; HALL, 1994; AGHANWA; MIRAKINYO; AINA, 1996; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; ALAJA et al., 1999; DE JONGE et al., 2000; DHOSSCHE, LORANT, 2002; KISHI et al., 2004). Este fato impossibilitou uma caracterização mais completa e plenamente fidedigna da população atendida por esses Serviços.

Apesar de não se ter informação sobre a escolaridade de aproximadamente metade dos pacientes, a maior parte dos PIs nos quais foi possível obter este dado, os sujeitos apresentaram ensino fundamental incompleto, ou seja, menos do que oito anos de vivência escolar. O mesmo resultado foi encontrado no estudo realizado no Brasil por Souza (1995). Esse fato pode revelar a situação da população brasileira que, em 2002, contava com 14,6 milhões de analfabetos e 32,1 milhões de analfabetos funcionais (IBGE, 2002). Do mesmo modo, vale lembrar que o HCFMRP-USP é um hospital ligado ao SUS e que, predominantemente, não atende pacientes particulares e de outros convênios, portanto, atende pessoas com menor nível sócio-econômico, fato que, normalmente, está relacionado de modo direto com a escolaridade.

Dentre os PIs, nos quais foram obtidas as informações sobre a situação laboral, a categoria “Outros”, que é composta pelos autônomos e aposentados, e a de dona de casa foram as mais freqüentes. Outros estudos nacionais também mostraram que estas categorias revelam algumas das situações laborais predominantes entre os pacientes encaminhados para os Serviços de Interconsulta Psiquiátrica (SOUZA, 1995; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003).

Considerando a média de idade da população atendida pelo Serviço de TO do SISMen (39,2 anos) e o fato do HCFMRP-USP ser de nível terciário e, por isso, atender pacientes com doenças de alta complexidade (que pode causar incapacidade para exercer o trabalho de forma permanente), sugere-se que o motivo da aposentadoria apresentada pelos pacientes possa ter sido por invalidez (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS), 2002). Além disso, o fato da maioria das pessoas atendidas por este Serviço ser do sexo feminino, pode justificar que a outra categoria profissional mais freqüente ter sido a de dona de casa.

A faixa etária predominante apresentada pela população atendida pelo Serviço de TO foi de 16 a 45 anos. O mesmo aconteceu com os pacientes atendidos pelo Serviço de Psiquiatria do SISMen; o que está de acordo com os resultados de alguns estudos nacionais e internacionais (COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; CREED et al., 1993; SOUZA, 1995; ANDREOLI et al., 1996; AGHANWA; MIRAKYNIO; AINA, 1996; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; KISH et al., 2004).

Algumas hipóteses podem explicar este fato: (i) adultos jovens têm grande tendência a reagir com emoções consideradas anormais à ocorrência da doença e do seu tratamento; (ii) os jovens podem ter facilidade de estabelecer *rapport* com

médicos também jovens (SCHWAB; BROWN, 1986) muitos deles em treinamento (por ex.: residentes); (iii) maior acessibilidade desta população ao Hospital quando ficam doentes.

Ou ainda, a maioria das pessoas atendidas pelo SIP pode representar a maior parte da população geral (AGHANWA; MIRAKYNIO; AINA, 1996). Esta última hipótese fez menção às diferenças de distribuição da população quanto à faixa etária dos diversos países, fator que deve ser considerado ao se analisar a realidade do SIP estudado.

Assim, o dado levantado neste estudo pode refletir a realidade da maioria da população brasileira (51,3%), que tem entre 20 e 59 anos (IBGE, 2000); ou ainda, apenas representar a população atendida pelo HCFMRP-USP, cuja grande maioria dos pacientes (58,6%) tem idade entre 16 e 60 anos.

A média de idade dos pacientes encaminhados à TO assemelha-se a estudos prévios realizados em Interconsulta Psiquiátrica na Inglaterra, Escócia e Brasil (CREED et al., 1993; HALL, 1994; MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991).

Por outro lado, os estudos de Huyse, Lyons e Strain (1992) e de Smaira, Correa e Contel (2003) mostraram que a maioria dos pacientes encaminhados para o SIP apresentava idade acima de 50 anos. No caso do primeiro estudo, este fato pode estar relacionado à distribuição etária da população do país no qual o estudo foi realizado (Holanda). Em relação ao último, isto pode ser devido à exclusão dos pedidos de interconsulta feitos para a Unidade de Cuidado Intensivo, à Unidade de Emergência e para a Pediatria.

No presente estudo, houve mais mulheres jovens e mais homens adultos, mostrando que existe diferença significativa ($p\text{-valor}=0,02$) na associação entre o sexo e a faixa etária dos pacientes encaminhados ao Serviço de TO do SISMen.

Porém, quando foi calculada a média de idade do sexo feminino (38,7 anos; DP= $\pm$ 21,4) e a do sexo masculino (38,6 anos; DP= $\pm$ 21,5), verificou-se que não houve diferença entre eles.

Variáveis Clínicas

A classificação das clínicas solicitantes com base na divisão adotada pelo HCFMRP-USP auxiliou a comparação com os dados do Serviço de Psiquiatria do SISMen. Entretanto, este fato fez com que a especificidade destes resultados fosse reduzida, pois promoveu o agrupamento de várias clínicas dentro de uma única categoria.

A distinção das especialidades médicas é importante para que os resultados do estudo possam ser generalizados e/ou para que os números apresentados possam ser relativizados e, assim, mostrar a realidade de cada serviço individualmente. Millan et al. (1986) fizeram essa distinção e puderam concluir que a clínica que mais solicitou as atividades do SIP foi a de queimados, enquanto que a clínica médica ocupou o segundo lugar na classificação das clínicas solicitantes.

As áreas clínicas foram as que mais encaminharam pacientes para o Serviço de TO, assim como aconteceu com o próprio Serviço de Psiquiatria do SISMen. Isto está de acordo com estudos nacionais e internacionais sobre Interconsulta Psiquiátrica (MILLAN et al., 1986; SRINIVASAN et al., 1987; FIDO, MUGHAISEEB, 1988; MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991; FREYNE et al., 1992; CREED et al., 1993; ANDREOLI et al., 1996; AGHANWA; MIRAKYNIO; AINA, 1996; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; KISHI et al., 2004), que, consistentemente, têm demonstrado que outras especialidades tendem a solicitar menor número de avaliações.

As hipóteses levantadas para explicar este fato seriam: (i) os cirurgiões estão menos atentos para os aspectos psíquicos dos pacientes (MILLAN et al., 1986; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; KISHI et al., 2004); (ii) os clínicos tratam de doenças que podem estar mais relacionadas às condições psiquiátricas (AGHANWA; MIRAKYNIO; AINA, 1996; MILLAN et al., 1986); e por fim, (iii) o alto índice de encaminhamento da clínica médica pode se referir à maior proximidade da Psiquiatria com esta área da Medicina e, portanto, ao maior conhecimento do SIP por docentes, residentes e alunos desta especialidade (MAGDALENO JR; BOTEGA, 1991).

A Clínica Médica incorporou neste estudo várias especialidades (por exemplo, Hematologia, Dermatologia, Imunologia, Cardiologia, Geriatria, entre outras), por isso, englobou um maior número de leitos do HCFMRP-USP, o que pode justificar o grande número de solicitações de PIs desta clínica para a TO. Também, como destacaram Spinelli, Tolledo e Cantinelli (1996) em estudo em SIP, considerando as características das patologias atendidas em uma Enfermaria de Clínica Médica, seria a de que os pacientes têm um período de internação geralmente longo, o que favorece aos clínicos estar em contato com as manifestações dos sintomas e transtornos psiquiátricos dos seus pacientes. Vale lembrar que os sintomas/transtornos psiquiátricos foram os principais motivos de solicitação elencados para a elaboração dos PIs para a TO, aumentando assim, as solicitações e a receptividade do solicitante aos interconsultores do SISMen.

Outra possibilidade seria a de que a proximidade entre o interconsultor e a equipe hospitalar pode ser importante fator do aumento do número de PIs feitos por determinada clínica (SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996). Como exemplo, no caso da TO, o fato da terapeuta ocupacional interconsultora contratada do SISMen

ter realizado pesquisa no Ambulatório de Distúrbio da Conduta Alimentar do HCFMRP-USP com o objetivo de investigar a influência da obesidade na percepção da saúde e do desempenho ocupacional de mulheres, interagindo, assim, com profissionais da Unidade Metabólica deste Hospital, poderia justificar que esta tenha sido a segunda clínica que mais solicitou a atuação do Serviço de TO do SISMen (MORAIS, 2004).

Por outro lado, os baixos índices de solicitação do TMO (3%) e da UETDI (2,5%) podem estar relacionados à presença de terapeutas ocupacionais ligadas a estas clínicas na maior parte do tempo considerado neste estudo, de 2001 a 2005. Assim, as solicitações que poderiam, eventualmente, ser feitas ao Serviço de TO do SISMen, provavelmente foram feitas diretamente a estas profissionais, que solicitaram aquele Serviço somente a título de consultoria.

Uma das limitações deste estudo foi considerar os diagnósticos psiquiátricos fornecidos somente pelos psiquiatras que avaliaram os pacientes. Da mesma forma, não foram realizadas entrevistas clínicas para indicar o diagnóstico psiquiátrico, como a Entrevista Diagnóstica Internacional Composta - CIDI (ROBINS et al., 1989) ou a Entrevista Clínica Estruturada do DSM - SCID (FIRST et al., 1997), o que limita a validade e confiabilidade dos diagnósticos aqui encontrados. Além disso, uma outra importante limitação foi a de que apenas em torno de dez por cento (76) dos Pls encaminhados para o Serviço de TO do SISMen apresentaram pelo menos um diagnóstico psiquiátrico registrado, o que dificulta a generalização destes resultados.

Dos Pls encaminhados para o Serviço de TO, o transtorno de humor (afetivos) foi o diagnóstico detectado em 43,4% dos Pls realizados. Isto está de acordo com estudos nacionais e internacionais, nos quais os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes detectados em pacientes encaminhados para a

Interconsulta Psiquiátrica foram reações de ajustamento e transtorno depressivo moderado/grave (MILLAN et al., 1986; SCHOFIELD; DOONAN; DALY, 1986; FIDO, MUGHAISEEB, 1988; MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991; FREYNE et al., 1992; CREED et al., 1993; SOUZA, 1995; ANDREOLI et al., 1996).

A depressão foi identificada como uma das condições que pode alterar o funcionamento imunológico e hormonal, aumentando a morbidade e mortalidade relacionadas a várias doenças. Da mesma forma, um outro transtorno mental dos mais prevalente em pacientes internados no hospital geral é a reação de ajustamento (TERRONI, 2000).

Portanto, independentemente se a depressão é entendida como causadora de um quadro clínico ou como consequência da hospitalização, é o diagnóstico mais freqüente apresentado pelos pacientes internados e pode ter influenciado no encaminhamento desses pacientes para o Serviço de TO, uma vez que os aspectos emocionais do paciente foram o principal motivo de solicitação para este Serviço.

Assim, ou o problema mental prolongou a internação ou a hospitalização mais duradoura se associa à maior prevalência de doenças psiquiátricas (SEWARD; SMITH; STUART, 1991).

Pode-se pensar ainda que o maior tempo de internação pode estar relacionado às condições clínicas do paciente, daí a importância de se conhecer o diagnóstico clínico, e/ou à dificuldade de relação entre o paciente, a equipe e a instituição.

A média de dias internado dos pacientes encaminhados para o Serviço de TO foi de 51 dias, aproximadamente oito vezes maior do que a média de tempo de internação dos pacientes internados no HCFMRP-USP. Isto está de acordo com o resultado de um recente estudo realizado no Brasil, no qual foi observado que a

média de internação no Hospital Geral foi de 7,3 dias; sendo que para os pacientes encaminhados para a Psiquiatria a média foi de 22,4 dias (SMAIRA, 1999).

O estudo desenvolvido por De Jonge et al. (2000) no *Vrije Universiteit Hospital* de Amsterdam, na Holanda, mostrou que o tempo médio de internação dos pacientes admitidos naquela instituição era de 8,9 dias, o que contrastava com os pacientes encaminhados para o Serviço de Interconsulta Psiquiátrica que ficavam cerca de 30 dias internados. Neste mesmo estudo, os pacientes que apresentavam esquizofrenia, transtorno de personalidade, transtorno de ansiedade e abuso de substâncias eram encaminhados mais rapidamente do que aqueles diagnosticados com demência, transtorno de humor e *delirium*, sendo que esses ficaram mais tempo internados naquele hospital.

Períodos longos de internação podem estar relacionados com a característica da Instituição, que é um hospital terciário e, assim, podem facilitar o aparecimento de manifestações emocionais e dificuldades de adaptação à rotina hospitalar. Isto poderia justificar os principais motivos de solicitação dos atendimentos de TO (aspectos emocionais do paciente e hospitalização), uma vez que essas internações fazem com que a estruturação do cotidiano seja em função da espera do resultado de exames, do término da administração do medicamento adequado ou até mesmo do repouso absoluto, favorecendo, assim, o aparecimento de sintomas e manifestações psiquiátricas como ansiedade e depressão. Cabe ao terapeuta ocupacional interconsultor ajudar o paciente a reestruturar este cotidiano, oferecendo-lhe uma ocupação com o objetivo de proteger, de preservar a sua capacidade de executar suas Atividades de Vida Diária (AVDs), mantendo-o como ser-ativo no tratamento (TEDESCO et al., 2003).

O tempo de internação é uma variável que está diretamente relacionado ao custo que o paciente atendido pelo SIP vai acarretar ao hospital geral. Desta forma, o custo médio do paciente internado no HCFMRP-USP foi calculado de forma geral, por meio da média de dias de internação multiplicado pela média do custo por clínica, o que permitiu obter um valor apenas aproximado do custo real do paciente atendido pelo Serviço de TO.

Apesar desta limitação, notou-se que dentro da Clínica Cirúrgica houve diminuição considerável do custo do paciente encaminhado para o Serviço de TO entre os anos de 2000 e 2001, apesar do custo diário ter se mantido semelhante. Isto provavelmente se deve ao fato de que a média de dias internado dos pacientes em 2001 ter sido cerca de 12 vezes maior do que no ano anterior. Neste sentido, o gasto médio do paciente da UTI foi cinco vezes maior do que o da MI e a média de internação do paciente da UTI foi cerca de 12 vezes maior do que o desta mesma clínica.

O custo dos pacientes atendidos pelo Serviço de TO do SISMen variou de sete a quinze vezes mais do que o dos pacientes internados no HCFMRP-USP, mostrando que os pacientes consultados pela TO têm um custo maior do que os demais.

O levantamento realizado por Andreoli, Citero e Mari (2003), com o objetivo de encontrar trabalhos que examinassem o custo-efetividade dos Serviços de Interconsulta em Saúde Mental em hospital geral, encontrou apenas dois estudos realizados por Hengeveld, Ancion e Rooijmans (1988) e Lenvenson, Hamer e Rossiter (1992). Ambos utilizaram como método a comparação entre um grupo experimental e um controle, os sujeitos foram incluídos no grupo experimental conforme a pontuação obtida em instrumentos específicos (*Beck Depression Inventory* e *Medical Inpatient Screening Test* respectivamente).

O estudo de Hengeveld, Ancion e Rooijmans (1988) mostrou que apesar do grupo experimental ter usado menos medicação psicotrópica e analgésica, o custo dos pacientes atendidos pelo SIP foi maior do que o do grupo controle. Porém, estes autores não apresentaram os dados de tempo de internação dos dois grupos, basearam-se no custo econômico do paciente e não avaliaram o custo-efetividade do SIP.

Por outro lado, Lenvenson, Hamer e Rossiter (1992) consideraram como variáveis para avaliar o custo-efetividade do SIP no período hospitalar tempo de internação, número de procedimentos realizados, gastos e custos hospitalares; e no pós-alta: desempenho nas Atividades de Vida Diária, números de consultas de outras clínicas, número de consultas de cuidados primários, escores para depressão e ansiedade, número de readmissões hospitalares, tempo até a próxima internação, tempo de internação cumulativo, número de procedimentos cumulativos, gastos totais e custos hospitalares gerais. Assim, os autores verificaram que o grupo experimental apresentou maior tempo de internação, maior gasto e custos hospitalares; apresentou níveis de transtornos mais graves do que o grupo controle. No pós alta, não encontraram diferença significativa entre os grupos em relação à níveis de gravidade de depressão e ansiedade, número de readmissões hospitalares, tempo de internação cumulativo, número de procedimentos cumulativos e custos hospitalares gerais. O grupo experimental foi reinternado em menor tempo, porém as diferenças entre a gravidade dos transtornos apresentados pelos dois grupos foi controlada.

Entretanto, Andreoli, Citero e Mari (2003) apontam que a análise econômica dos estudos foi inadequada porque os custos não foram descritos, os benefícios que poderiam ser considerados não foram avaliados e as medidas de efetividade foram

omitidas (tais como cuidados oferecidos ao paciente, aos familiares e à equipe médica no contexto da Interconsulta Psiquiátrica; qualidade de vida; fatores sociais e estimativa indireta de custos). Portanto, não se pode concluir que a intervenção realizada pelo SIP tenha algum efeito na duração da internação do paciente no hospital geral.

Considerando que o principal motivo de solicitação do Serviço de TO (aspecto emocional) e que a maioria dos estudos revisados por Saravay e Lavin (1994) mostrou associação entre a comorbidade psiquiátrica e maior tempo de internação no hospital, conclui-se que o paciente encaminhado para a TO apresentou um custo alto para o HCFMRP-USP. Entretanto, estudos realizados com o objetivo de mostrar que o atendimento em Interconsulta pode reduzir os custos hospitalares não foram capazes de apontar esta relação inequivocamente (BORUS et al., 2000; ANDREOLI; CITERO; MARI, 2003).

Neste sentido, o estudo realizado nos EUA, por Kish et al. (2004) com o objetivo de reexaminar fatores que afetam o tempo de solicitação da Consultoria Psiquiátrica e o tempo de internação, mostrou que a demora na solicitação está relacionada com o maior tempo de internação, porém os autores não puderam afirmar que uma solicitação breve reduza a internação do paciente.

A não descrição da data de elaboração do PI foi apontada por Botega (2006a) como uma das dificuldades metodológicas para realizar a avaliação da efetividade e eficácia do SIP, uma vez que prejudica o cálculo do tempo decorrido entre a internação do paciente e a solicitação do SIP. Esta limitação também foi encontrada no presente estudo, no qual, aproximadamente 40% dos PIs para o Serviço de TO não apresentaram as datas necessárias para o cálculo desse intervalo de tempo.

Dentre as solicitações nas quais foi possível obter o cálculo de tempo, cerca de um terço dos PIs foram elaborados nos cinco primeiros dias de internação, tempo ligeiramente maior do que o verificado para a Interconsulta Psiquiátrica em um hospital da Holanda que foi entre os quatro primeiros dias de internação (DE JONGE et al., 2000) e menor do que o tempo verificado em estudos realizados no Brasil, nos quais os autores observaram que o encaminhamento ao SIP ocorreu aproximadamente uma semana após a internação (ANDREOLI et al., 1996; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003). Por outro lado, no estudo de Aghanwa, Mirakynio e Aina (1996), os autores referiram que os casos foram encaminhados em média uma semana após o início da apresentação dos sintomas mentais dos pacientes.

A importância desta variável está no fato de que é reconhecido que quanto mais cedo é realizado o encaminhamento, maior será o índice de concordância entre o solicitante e o interconsultor (HUYSE; LYONS; STRAIN, 1992).

A demora entre a internação e a solicitação do PI pode ser explicada pelo desconhecimento do Serviço de TO; por desinteresse dos solicitantes pelos aspectos sócio-emocionais do paciente; ou ainda, pelos médicos ainda centrarem o atendimento nas queixas físicas e clínicas dos pacientes.

Quando o solicitante conhece a assistência prestada pela TO, a solicitação acontece rapidamente, como no caso da Unidade Metabólica, que teve acesso a essa assistência mediante uma pesquisa realizada por uma profissional da área. Neste estudo, foi demonstrado que a assistência terapêutica ocupacional pode contribuir para o resgate das capacidades e habilidades perdidas ou não desenvolvidas ao longo da vida com o ganho de peso; além de contribuir para a aquisição de uma postura ativa, criativa e independente, para a ampliação das relações sociais e para a

possibilidade de vivenciar outras satisfações além do alimento (MORAIS, 2004).

Neste sentido, a taxa de encaminhamento para o Serviço de TO do SISMen foi em média de 0,5%, o que se aproxima da realidade brasileira para a Interconsulta Psiquiátrica que é de 1 a 2,5% dos pacientes internados no Hospital Geral, mas se distancia da realidade nos Estados Unidos, cuja taxa é de 4% em média (BOTEGA, 2006c).

O Serviço de TO em Interconsulta é recente no Brasil, comparado ao de Interconsulta Psiquiátrica que teve início em 1977 na Escola Paulista de Medicina, fato que pode explicar a diferença no número de encaminhamentos.

Entretanto, um levantamento realizado com estudos sobre Interconsulta Psiquiátrica em dez diferentes países, sendo a maior parte no Brasil, mostrou que a taxa de encaminhamento variou de 0,48 a 3,6%, o que aproxima os resultados encontrados neste estudo ainda mais da realidade brasileira, tanto para o Serviço de Interconsulta Psiquiátrica (aproximadamente 1%), quanto para o Serviço de TO (0,5%), ainda mais por se tratar de um serviço recentemente desenvolvido e ainda carecendo de maior divulgação.

Um estudo realizado no Brasil por Botega et al. (1995), no qual instrumentos padronizados de pesquisa foram utilizados para detectar pacientes considerados como “casos psiquiátricos”, mostrou que apenas um em cada 18 desses sujeitos foi consultado pela psiquiatria. Isto mostra a alta taxa de pacientes com transtornos psiquiátricos no hospital geral que não são atendidos pelos SIPs, devido ao sub-diagnóstico por parte do médico especialista e ao sub-reconhecimento dos pacientes.

Espera-se que à medida em que a ação da interconsulta seja reconhecida como importante e eficaz pelos outros Serviços e/ou Unidades do Hospital Geral, a tendência é a de que as taxas de encaminhamento aumentem. Além disso, o tipo de

formação recebida pelo médico, o seu senso de autonomia e o seu interesse por aspectos psicológicos da prática médica também podem ajudar a melhorar este panorama (BOTEGA, 2006c).

Neste sentido, diversos estudos nacionais e internacionais mostram que a razão do encaminhamento para o SIP baseia-se essencialmente nos diagnósticos ou sintomas psiquiátricos apresentados pelos pacientes (SCHOFIELD; DOONAN; DALY, 1986; MILLAN et al., 1986; COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; HALL, 1994; SOUZA, 1995; KISH et al., 2004); o que também ocorreu no Serviço de TO do SISMen, que teve como principal motivo de solicitação 'aspectos emocionais dos pacientes' (34%).

Porém, não há consenso sobre o que se deve considerar como motivo de solicitação do SIP, sendo que o mesmo ocorre com o Serviço de Interconsulta de TO, sendo ainda mais difícil nesta área devido à subjetividade da assistência a ser realizada. Essa dificuldade pode estar relacionada a fatores psicodinâmicos considerados pelo SIP, que inclui os possíveis conflitos existentes na relação entre o médico, a instituição e o paciente. Assim, o encaminhamento pode acontecer quando o médico atinge o limite de sua capacidade técnica, quando se envolve demasiadamente com determinada situação clínica apresentada por um paciente ou quando a continência fornecida pelo ambiente institucional se rompe (BOTEGA, 2006d).

Alguns estudos apresentaram como categorias dos motivos de solicitação do SIP: sintomas físicos inexplicáveis; reconhecimento ou confirmação de transtornos psiquiátricos; auxílio para a realização de diagnóstico diferencial; e antecedentes psiquiátricos (FREYNE et al., 1992; CREED et al., 1993). Neste sentido, Mayou e

Hawton (1986) apontaram que a falta de dados do paciente, como seu histórico de transtornos psiquiátricos, geralmente motivam o encaminhamento para o SIP.

Além disso, o médico interconsultor é chamado para fornecer apoio psicológico à equipe ou a pacientes submetidos a procedimentos traumatizantes como amputações e grandes cirurgias; para manejar a inadequação do paciente ao tratamento; para avaliar a capacidade do paciente para recusar procedimentos e intervenções terapêuticas; para opinar sobre dilemas éticos; e, para realizar comunicações dolorosas (BOTEGA, 2006c).

No estudo realizado no Brasil por Smaira, Corrêa e Contel (2003) no Hospital de Botucatu (no Estado de São Paulo), dentre as várias razões de encaminhamento ao SIP, os médicos solicitantes somente citaram os problemas não clínicos vividos pelos pacientes, sem mencionar as dificuldades que poderiam estar presentes na relação médico-paciente ou na relação entre o paciente e a equipe. Assim, as alterações de comportamento e dúvidas sobre o diagnóstico ou terapêutica foram responsáveis pela maioria das solicitações (59,6%). Porém, nos casos em que foram citadas dificuldades de manejo, a 'falta de compreensão do paciente' foi mencionada e procurou-se questionar se esta situação poderia estar relacionada a alguma condição clínica apresentada pelo paciente.

Um outro motivo que pode influenciar no encaminhamento do paciente para o SIP é a dificuldade técnica e afetiva do médico para manejar a situação com o paciente, ou seja, pelo limiar de tolerância individual do médico solicitante (CUMMINS; JARMAN; WHITE, 1981; BOTEGA, 2006c). Estendendo esta explicação para os encaminhamentos para o Serviço de TO, esta afirmação pode justificar o fato do número de ausência de descrição do motivo de solicitação ter sido razoavelmente alto pouco mais do que um quarto. Ou ainda, este índice

relativamente elevado pode ter ocorrido por desconhecimento dos médicos das técnicas usadas pelo terapeuta ocupacional para manejar as situações no ambiente hospitalar.

Um dos motivos de encaminhamento para o SIP foi a tentativa de suicídio, o que pode estar relacionado ao fato de que a política de alguns hospitais, como o HCFMRP-USP, seja encaminhar todos os pacientes com comportamentos suicidas (tentativa e/ou ideação) para uma possível avaliação psiquiátrica (SCHOFIELD; DOONAN; DALY, 1986; HALL, 1994). Esses pacientes provavelmente foram encaminhados para o Serviço de Interconsulta em TO não por causa de uma política institucional, mas por outras manifestações de comportamento que devem ter culminado na necessidade de criação de espaços saudáveis, na ampliação da iniciativa do paciente, no resgate do cotidiano interrompido e, no decorrer do seguimento, na estimulação do processo de inserção social desse indivíduo.

A falta de um motivo claro para receber um PI pode justificar que um quinto dos pacientes encaminhados para o Serviço de TO não tenha sido atendido por este profissional; ou, pode ter relação com o número restrito de profissionais para a demanda, uma vez que compõem esse Serviço apenas uma terapeuta ocupacional contratada e uma aprimoranda para atender todo o HCFMRP-USP; ou ainda, ao pedido ter sido feito na iminência do paciente receber alta.

A média de tempo entre a internação e a solicitação dos PIs foi de 21,8 dias, ou seja, somente quando o tempo de internação superou em aproximadamente três vezes a média de internação do HCFMRP-USP (6,4 dias), é que o terapeuta ocupacional foi solicitado para avaliar o paciente. Este fato pode explicar por que 49,5% dos PIs tenham desencadeado apenas entre um e quatro atendimentos de TO.

A falta de informação, quanto ao tipo de tratamento que pode ser oferecido pelo terapeuta ocupacional como resposta ao PI, pode ser atribuída à falta de um instrumento próprio que poderia orientar a elaboração da redação da avaliação feita por esse profissional.

Outra possibilidade seria a de que o tipo de tratamento não foi explicitado na resposta à solicitação do Serviço de TO, porque, como o tipo mais freqüente é o atendimento individual, quando não constasse nenhuma menção a esta variável, subentenderia-se que o atendimento individual teria sido realizado. Outra hipótese, menos provável, é a de que no primeiro atendimento o terapeuta pode não ter detectado qual era a demanda do paciente e, por isso, essa variável não foi explicitada.

Em relação ao tempo para responder ao PI, a regra do SISMen é que ele seja atendido em até 48 horas depois do recebimento do Pedido. Aproximadamente 40% dos PIs foram respondidos pelo terapeuta ocupacional interconsultor dentro do prazo estipulado, apesar da média de tempo entre a solicitação do PI e a resposta oferecida ter sido de 4,7 dias.

Cerca de um quarto dos PIs (26,2%), foram respondidos entre cinco e dez dias após a sua elaboração. O fato da maior parte dos PIs para a TO não ter sido efetuado dentro do período estabelecido pelo SISMen pode estar relacionado: (i) ao número restrito de profissionais de TO para atender à demanda do HCFMRP-USP, como explicitado anteriormente; (ii) ao fato desses profissionais não trabalharem aos sábados e domingos, o que dificulta o cumprimento do prazo estabelecido em feriados e finais de semana; ou (iii) ao fato de mais de um quarto (26,5%) dos PIs não apresentar justificativa para a solicitação do Serviço, como verificado nas porcentagens apresentadas na variável “Motivo de Solicitação”.

Em relação à estruturação do Serviço, no período da pesquisa, ou seja, desde a sua implantação no HCFMRP-USP, a terapeuta ocupacional contratada e que supervisionou todos os casos foi a mesma, enquanto, 12 terapeutas ocupacionais aprimorandas passaram pelo Serviço neste período. A falta de um instrumento, que estabelecesse quais categorias eram importantes para responder ao PI, e a grande rotatividade de terapeutas ocupacionais que desenvolveram a função de interconsultoras no período do estudo (N=13) pode ter dificultado a padronização do preenchimento das fichas e das respostas aos PIs e, conseqüentemente, à obtenção dos dados sobre os pacientes e sobre os próprios atendimentos de TO.

Além das limitações já destacadas no presente estudo, outras merecem ser relatadas: (i) o fato do estudo ser retrospectivo, o que impossibilitou uma descrição mais apurada da população e uma melhor avaliação da eficácia e efetividade do Serviço de Terapia Ocupacional do SISMen, mediante a aplicação de instrumentos e de entrevistas com os pacientes atendidos; (ii) os dados terem sido coletados sem um instrumento padronizado, sendo que algumas variáveis não apresentavam um padrão definido (por exemplo, 'o que espera do pedido', o 'diagnóstico terapêutico ocupacional', o 'plano de tratamento'), limitando a análise destes dados; (iii) a variável 'legibilidade' não ter sido considerada, tanto na avaliação do pedido quanto da resposta do PI, pois os dados não foram submetidos a outros profissionais para avaliá-los.

CONCLUSÃO

Estudos que apresentam o perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos nos Serviços de Interconsulta auxiliam no planejamento de ações e no levantamento da necessidade de recursos humanos, sendo um primeiro passo para o conhecimento de um Serviço.

Este estudo traçou o perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Terapia Ocupacional do SISMen, revelando que a maioria dos sujeitos consultados foi do sexo feminino, com distribuição equilibrada entre solteiros e casados e com ensino fundamental incompleto; a média de idade foi de 39,2 anos e a maior parte deles era autônoma ou aposentada. Em relação aos dados clínicos, a clínica que mais solicitou o Serviço de TO foi a Clínica Médica seguida pela Unidade Metabólica e o diagnóstico psiquiátrico mais encontrado foi o transtorno de humor.

A comparação com algumas variáveis do Serviço de Psiquiatria do SISMen possibilitou um parâmetro com uma área mais antiga, que participou do início das atividades do SISMen, enquanto que a comparação com o Hospital das Clínicas (HCFMRP-USP), auxiliou na relativização dos resultados e na análise dos dados.

Uma das questões levantadas foi a necessidade de um instrumento padronizado para avaliar os PIs dirigidos ao Serviço de Interconsulta de TO. Isto, por exemplo, produziria uma categorização dos motivos de solicitação do Serviço, o que poderia facilitar o encaminhamento de pacientes bem como o conhecimento das funções do terapeuta ocupacional interconsultor que são avaliar o paciente, auxiliá-lo a se adaptar às rotinas hospitalares e a viver seu cotidiano de forma autônoma e independente.

Outro ponto que merece estudos mais detalhados é a possibilidade da existência de associações entre dados sócio-demográficos e clínicos e o encaminhamento dos pacientes para o Serviço de TO.

Assim, considera-se que novos estudos sobre este tema e sobre a eficácia, efetividade e vantagens desta forma de abordagem nos SIPs parecem ser necessários e oportunos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVICH, T. General Hospital Psychiatry: implications for occupational therapy – one case study. **Medicine and Law**, New York, v. 12, p. 363-367, 1993.

AGHANWA, H. S.; MIRAKINYO, O.; AINA, O. F. Consultation-Liaison Psychiatry in a General Hospital setting in West Africa. **East African Medical Journal**, Nairobi, v. 73, n. 2, p. 133-6, feb. 1996.

ALAJA, R.; TIENARI, P.; SEPPA, K.; TUOMISTO, M.; LEPPAVUORI, A.; HUYSE, F.J.; HERZOG, T.; MALT, U.F.; LOBO, A. Patterns of comorbidity in relation to functioning (GAF) among general hospital psychiatry referrals. European Consultation-Liaison Workgroup. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 99, n. 2, p. 135-40, feb. 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and estatistical manual of mental disorders**. 4 ed. Washington : APA, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and estatistical manual of mental disorders**. 3. ed. Washington : APA, 1980.

ANDREOLI, P.B.A.; PELUSO, E.T.; ANDREOLI, S.B.; MARTINS, L.A.N. Padronização e informatização de dados em serviços de interconsulta médico-psicológica de um hospital geral. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 89-94, 1996.

ANDREOLI, P. B. A. **Avaliação dos programas assistenciais em inteconsulta psiquiátrica**. 1998. 137 p. Dissertação (mestrado) – Escola Paulista de Medicina UNIFESP, São Paulo, 1998.

ANDREOLI, P. B. A.; CITERO, V. A.; MARI, J. J. A systematic review of the cost-effectiveness studies in mental health consultation-liaison interventions at a general hospital. **Psychosomatics**, New York, v. 44, p. 499-507, 2003.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O compartilhar espaço/tempo entre pessoas doentes hospitalizadas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p.151-6, mar./ abr. 2002.

BENETTON, M. J. Editorial. **Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO)**, São Paulo, v. 10, n. 10, 2007.

BORBA, L. E. G.; SCOPEL, M. J.; ALBUQUERQUE, I. C. **Consultoria psiquiátrica**

no Hospital Geral Universitário. Porto Alegre: Acta Médica, 1987.

BORUS, J. F.; BARSKY, A.J.; CARBONE, L.A.; FIFE, A.; FRICCHIONE, G.L.; MINDEN, S.L. Consultation-Liaison cost offset: searching for the wrong grall. **Psychosomatics**, New York, v. 41, n. 4, p. 285-288, 2000.

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no Hospital Geral: histórico e tendências. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006a. cap.1, p. 17-34.

BOTEGA, N. J.; SCHECHTMAN, A. Censo nacional de unidades de psiquiatria em Hospitais Gerais: I. situação atual e tendências. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 19, n. 3, jul.-set. 1997.

BOTEGA, N. J.; PEREIRA, W.A.; BIO, M.R.; GARCIA JUNIOR, C.; ZOMIGNANI, M.A. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using lay interviewers in a Brazilian hospital. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v.30, p.1-6, 1995.

BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica: natureza e fatores de encaminhamento. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006c. cap.5, p. 75-86.

BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica: visão psicodinâmica. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006d. cap.6, p. 87-102.

BOTEGA, N. J.; FURNALETTO, L.; FRÁGUAS JUNIOR, R. Depressão. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006. cap.15, p. 225-246.

BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica: aspectos da técnica. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006e. cap.7, p. 103-118.

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006b. cap.3, p. 49-66.

CALLAGHAN, P.; EALES, S. COATS, T.; BOWERS, L. A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Boston, v. 10, n. 2, p. 155-65, 2003.

CARVALHO, S.; PIMENTEL, P. Psiquiatria consiliar-ligação na área do Serviço Porto-Sul do Hospital de Magalhães Lemos. **Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação**, Porto, p. 25-37, 2000.

CASSORLA, R. M. S. Dificuldades no lidar com aspectos emocionais da prática médica: estudo com médicos no início de grupos Balint. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.16, n.1, p.18-24,1994.

COLLINS, D.; DIMSDALE, J. E.; WILKINS, D. Consultation/Liaison Psychiatry utilization patterns in different cultural group. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 54, p. 240-45, 1992.

CORDIOLI, A. V. et al. A consultoria psiquiátrica no hospital de clínicas de Porto Alegre: características dos pacientes encaminhados. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.6, p. 65-8, 1986.

CREED, F.; GRITHREE, E.; BLACK, D.; TRANMER, M.. Psychiatric referrals within the General Hospital: comparison with referrals to General Practitioners. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v.162, p. 204-11, 1993.

CUMMINS, R. O.; JARMAN, B.; WHITE, P. M. Do general practitioners have different referral thresholds? **British Medical Journal**, Londres, v. 282, p. 1037-9, 1981.

DE JONGE, P.; HUYSE, F.J.; RUINEMANS, G.M.; STIEFEL, F.C.; LYONS, J.S.; SLAETS, J.P. Timing of psychiatry consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatry dysfunction. **Psychosomatics**, New York, v. 41, n. 6, p. 505-11, nov./dec. 2000.

DHOSSCHE, D. M.; LORANT, Z. Psychiatric consultations in s Southern University Hospital. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 95, n. 4, apr. 2002.

FIDO, A. A. A. L.; MUGHAISEEB, A. Consultation-liaison psychiatry in a Kuwaiti general hospital. **Internacional Journal Social Psychiatry**, Londres, v. 35, n. 3, p. 274-9, 1988.

FIRST, M. B.; SPITZER, R. L; GIBBON, M.; WILLIAMS, J. B. W. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV). Washington (DC): **American Psychiatric Press**, Washington, p. 84, 1997.

FLORENZA, O. V.; VIEIRA FILHO, A. H. G. Perturbações mentais associadas a doenças clínicas: diagnóstico, prevalência e considerações neurobiológicas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 89-96, 1997.

FREYNE, A.; BUCKLEY, P.; LARKIN, C.; WALH, N. Consultation liaison psychiatry within the General Hospital: referral pattern and managment. **Irish Medical Journal**, Dublin, v. 85, n. 3, p.112-4, sep. 1992.

FRIZZO, H. C. F. **Inserção do terapeuta ocupacional em um hospital geral universitário**: sua participação em um Serviço de Consultoria Psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GOMES, L. C.; FRAGA, M. N. O. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 425-440, jul./set. 1997.

GUZMAN, C. R.; CANO, M. A. T. **O adolescente e a hospitalização**. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/ado_hosp.html#hospitalizado>. Acesso em: 12 de julho de 2006.

HALL, D. V. A Psychiatric liaison service in a General Hospital referrals ans their appropriateness. **Scottish Medical Journal**, Glasgow, v. 39, p. 141-44, 1994.

HALLAK, J.E.C. **Adequação diagnóstica e evolução de pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral Universitário**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1998.

HENGVELD, M. W.; ANCIEN, F. A.; ROOIJMANS, H. G. Psychiatric consultations with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. **International Journal of Psychiatry Medicine**, Farmingdale, v. 18, p. 33-43, 1988.

HUYSE, F. J.; LYONS, J.S.; STRAIN, J. J. Evaluating Psychiatric consultation in the General Hospital – Multivariate prediction of concordance. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 14, p. 363-69, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop_Censo2000.pdf. Acesso em: 12 de junho de 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2002. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=132&id_pagina=1. Acesso em: 12 de junho de 2006.

KERR-CORREA, F.; SILVA, B. C. M. Avaliação do ensino do psiquiatra pela análise dos pedidos de interconsulta. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 34, n.4, p. 247-252, 1985.

KISHI, Y.; MELLER, W.H.; KATHOL, R.G.; SWIGART, S.E. Factors affecting the relationship between the timing of Psuchiatric Consultation and General Hospital lengh of stay. **Psychosomatics**, New York, v. 45, n. 6, p. 470-6, nov.-dec. 2004.

KORNFELD, D. S. Consultation-Liaison Psychiatry: contributions to medical practice. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.159, p. 1964-1972, 2002.

LEIGH, H. Multidisciplinary teams in consultation-liaison psychiatry: the yale model. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 48, p. 83-89, 1987.

LEVENSON, J. L; HAMER, R. M.; ROSSITER, L. F. A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 149, p. 631-637, 1992.

LIPOWSKI, Z. J.; WOLSTON, E. J. Liaison psychiatry: referral patterns, and their stability over time. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.138, p. 1608-11, 1981.

MAGDALENO JR, R.; BOTEAGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica no Hospital Geral Universitário: um ano no Hospital das Clínicas/ UNICAMP. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 95-8, mar. 1991.

MARCO, M. A. de. Interconsulta. In: MARCO, M. A. de (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MASTROPIETRO, A. P.; OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Intervenções do terapeuta ocupacional em um caso de terminalidade: associações finais. **Revista do**

Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), São Paulo, v. 9, n. 9, p. 18-28, 2005.

MAYOU, R. Liaison psychiatry. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v.157, p. 156-158, 1990.

MAYOU, R.; HAWTON, K. Psychiatric disorder in the general hospital. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v.149, p.172-90,1986.

MILLAN, L. R.; MIGUEL FILHO, E.C.; LIMA, M.G.A.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; GIMENEZ, R. Psiquiatria no Hospital Geral: experiência de um ano. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.13, n.1/4, p. 33-38, 1986.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS). Formadores em previdência social. Brasília, 2002. p.128.

MORAIS, L. V. A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um espaço para a saúde. **Revista do Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional (CETO)**, São Paulo, v. 6, n. 6, 2001.

MORAIS, L. V. **A vida cotidiana de mulheres com obesidade**: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NASCIMENTO, A. P. F. G.; COSTA, A. C. **A presença do terapeuta ocupacional nos Serviços de Interconsulta brasileiros**. Monografia (Graduação) - Centro Universitário Claretiano, Batatais, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**: décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1993. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em:12 de junho de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças**: manual de lesões e causas de óbito: nona revisão. São Paulo: Centro Brasileiro para Classificação de Doenças em Português,1979.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

ROBINS, L. N.; WING, J.; WITTCHEN, H.U.; HELZER, J.E., BABOR, T.F.; BURKE, J.; FARMER, A.; JALBEENKI, A.; PICKENS, R.; REGIER, D.A. et al. The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in

conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 45, p. 1069-1077, 1989.

RODIN, G.; VOSHART, K. Depression in medically ill: an overview. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.143, p. 697-705, 1986.

RUMPF, H. J.; HAPKE, U.; MEYER, C.; JOHN, U. Motivation to change drink behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. **General Hospital Psychiatry**, New York, v.21, p. 348-353, 1999.

SALÁRIO MÍNIMO BRASILEIRO. 2006. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/salariominimo.htm> . Acesso em : 12 de junho de 2006.

SARAVAY, S. M.; LAVIN, M. Psychiatric comorbidity and length of stay in general hospital: a critical review of outcome studies. **Psychosomatics**, New York, v. 35, n. 3, p. 233-252, 1994.

SCHOFIELD, A.; DOONAN, H.; DALY, R. J. Liaison Psychiatry in an Irish Hospital: a survey of a year's experience. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 8, n. 2, p.119-22, mar. 1986.

SCHWAB, J. J.; BROWN, J. Uses and abuses of psychiatric consultation. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, Chicago, v.205, n.2, p. 65-68, 1986.

SEWARD, L. M.; SMITH, G. C.; STUART, G. W. Concordance with recommendation in a consultation-liaison psychiatry service. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Victoria, v. 25, p. 243-254, 1991.

SHAVITT, R. G.; BUSATTO FILHO, G.; MIGUEL FILHO, E. C. Interconsulta psiquiátrica: conceito e evolução. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 107, n. 2, mar./ abr. 1989.

SHEVITZ, S. A.; SILBERFARB, P. M.; LIPOWSKI, Z. J. Psychiatric consultation in general hospital: a report of 1000 referrals. **Diseases of the Nervous System**, Memphis, v. 37, p. 295-300, 1976.

SILVERSTONE, P. H. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v.184, p.43-51, 1996.

SMAIRA, S. I. **Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo caso-controle.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 1999.

SMAIRA, S. I.; CORREA, F. K.; CONTEL, J. O. Psychiatry disorders and psychiatry consultation in a general hospital: a case control study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.18-25, 2003.

SOUZA, J. R. P. Consultoria psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p.123-128, mar. 1995.

SPINELLI, M. A.; TOLEDO, M. L.; CANTINELLI, F. Psiquiatria de Interconsulta no Hospital Geral: comunicação inicial de uma experiência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 42, n. 3, p.175-84, 1996.

SPITZ, L. As Reações psicológicas à doença e ao adoecer. **Caderno IPUB- Saúde Mental no Hospital Geral de Psiquiatria UFRJ**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 85-96, 1997.

SRINIVASAN, K., BABU, R.K.; APPAYA, P. SUBRAHMANYAM, H.S. A study of inpatient referral patterns to a General Hospital Psychiatry Unit in India. **General Hospital Psychiatry**, New York, v.9, p.372-5, maio. 1987.

TAKITO, C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 263-280, 1985.

TEDESCO, S.; CECCATO, T.L.; NORI, A.M.; CITERO, V.A. A Terapia Ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: Marco, M. A. de (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo psicossocial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 151-155.

TERRONI, L. M. N. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral: perfil das solicitações no hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira. Dissertação (Mestrado) - Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, 2000.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JUNIOR, P. R. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p.43-53, 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Definição de terapia ocupacional elaborada pelo curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 1997.

VAN der MAST, R. C.; VAN DER BROEK, W.W.; FEKKENS, D.; PEPPLINKHUIZEN, L.; HABBEMA, J.D. Is delirium after cardiac surgery related to plasma amino acids and physical condition? **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurociences**, Washington, v. 12, p. 57-63, 2000.

VINBERG, M.; KESSING, L. V. Risk factors for development of affective disorders. **Ugeskrift and Laeger**, Kobenhavn, v. 169, p. 1434-6, apr. 2007.

WATSON, L. J. Psychiatric consultation-liaison in the acute physical disabilities setting. **American Journal of Occupational Therapy**, Boston, v. 40, n. 5, maio 1986.

WELLS, K.B.; GOLDING, J.M.; BUMAM, M.A. Psychiatric disorders in a sample of general population with or without chronic medical condicyions. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.145; p. 967-98, 1988.

WISE, M. G.; RUNDELL, J. R. **Concise guide to consultation psychiatric**. Washington: American Psychiatric Press, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World health report 2003**: shaping the future. Geneva, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DE CASO

J.F.R.A., sexo feminino, tem 16 anos, é procedente de Ribeirão Preto, católica e estuda no terceiro ano do Ensino Médio.

Ela é a caçula de três filhos, mora com a mãe, um irmão e a avô materna. Os pais de J. são separados há seis anos e, segundo ela, o pai tem ido visitá-la diariamente no hospital.

No dia 25/01/2005, a paciente recebeu o diagnóstico de Osteossarcoma de tíbia direita, e, a partir de então, internou-se, todo mês, para a realização de sessões de quimioterapia. Assim, seu cotidiano ficou marcado por internações constantes e por rupturas na sua história ocupacional.

Iniciou o seguimento psicológico no mês de março e, em 19/05/2005, precisou internar no HCFMRP-USP para a realização de uma cirurgia de endoprótese do joelho direito. Neste dia, o psicólogo que a acompanhava escreveu o seguinte Pedido de Interconsulta para o Serviço de Psiquiatria do SISMen:

Clínica solicitante: Psiconcologia Pediátrica

Motivo da solicitação: “J. tem 16 anos, é estudante, procedente de Ribeirão Preto. Encontra-se em tratamento oncológico na OPE/ONO. Suas reações ao estresse grave e continuado, representado pela doença e pelo tratamento, envolvem medo, tristeza, revolta, isolamento e crises de “fúria”. Apesar dos seus recursos pessoais positivos e das intervenções psicoterápicas de apoio, na condição emocional ainda denota intenso

sofrimento. Assim, solicito avaliação de suporte psiquiátrico medicamentoso. Grato.”

No dia 23/05/2005, o residente da Psiquiatria avaliou a paciente e elaborou a seguinte resposta:

“Paciente e familiares informam que J. sempre foi muito ativa na escola, nos esportes (ginástica olímpica e futebol) e nas artes (faz teatro amador e toca violão). Paciente disse que tem dificuldades de depender dos familiares, sente dificuldade com a perda da privacidade e sente medo de não poder mais fazer as coisas que fazia antes. Familiares relatam que J. foi ficando triste com o fato de precisar fazer quimioterapia e, próximo a estes períodos, teve episódios de raiva quebrando objetos, “foi grossa” com familiares e ameaçou se matar, tendo negado ideação suicida durante a consulta. Sugerido: 0,5 a 1 mg de Clonazepan, ao invés de Diazepan por dia, devendo ser administrado à noite devido ao efeito sedativo. A hipótese diagnóstica é de reação de ajustamento com sintomas depressivos.”

Em seguida o residente da Psiquiatria julgou que o Serviço de Terapia Ocupacional poderia ser acionado para auxiliar a manejar a situação vivenciada por J. e redigiu o seguinte PI:

Clínica solicitante: Psiquiatria

Motivo da solicitação: “Paciente previamente hígida, há aproximadamente 6 meses iniciou tratamento com quimioterapia para osteossarcoma de joelho e atualmente está internada no pós-cirúrgico de cirurgia para retirada de tumor. Mantém sintomas depressivos importantes, mas reativa, muito relacionado à perda de identidade ocupacional (antes era jogadora de futebol, atriz amadora e fazia ginástica olímpica) e tem dificuldades para lidar com a perda destes papéis.”

Em 24/05/2005, dia do primeiro atendimento de TO, J. estava em repouso no leito na companhia da prima de 21 anos, que a vem acompanhando durante todas as internações. Apresentei-me, contei das possibilidades de se fazer atividades durante a hospitalização e J. se mostrou interessada.

J. relatou seu cotidiano antes da internação, descreveu suas atividades diárias e suas habilidades. Ao contar sua história, falou do momento em que recebeu seu diagnóstico e das alterações que aconteceram na sua vida a partir disso. Disse que os amigos e familiares estão lhe ajudando neste momento e mencionou que um amigo da escola leva os conteúdos ensinados para a casa dela e esclarece suas dúvidas. Além disso, os professores enviam-lhe provas e/ou trabalhos para que ela cumpra o conteúdo escolar.

Combinei que voltaria no dia seguinte para iniciarmos alguma produção que ela quisesse fazer. Logo após este encontro, a acompanhante de J. me procurou para pedir ajuda a fim de contar a J. que, no último final de semana, sua madrinha e

seu amigo tinham sofrido um acidente automobilístico e que ele havia falecido. Respondi-lhe que iria me reunir com o psiquiatra e com o psicólogo, que a estavam acompanhando, para discutirmos este assunto. Esta equipe formada pelos profissionais de Saúde Mental decidiu que o psicólogo estaria presente no momento em que a família contaria para J. aquela notícia.

No dia seguinte, J. estava novamente na companhia da prima, com o semblante triste, o que me fez deduzir que a notícia da morte do amigo já havia sido dada. Como combinado, mostrei os materiais, expliquei-lhe o que era possível fazer com cada um deles e, então, ela escolheu pintar uma tela.

Ao iniciar a realização da técnica de pintura, a prima que estava junto no atendimento disse que não gostava de fazer as coisas com os outros olhando, J. levantou os olhos e pareceu concordar com aquela informação. Perguntei-lhe se ela gostaria de ficar sozinha e ela respondeu afirmativamente. Neste momento, lembrei-me de que J. queixara-se para o psiquiatra de “... *difficuldade com a perda da privacidade...*”. Então, propus que a prima me acompanhasse até o corredor e que J. continuasse a pintura.

Porém, momentos depois, outras profissionais adentraram o quarto de J. para realizar procedimentos, interrompendo seu momento de privacidade. Em seguida, eu e a prima voltamos para o quarto, propus que ela ficasse com o material para terminar a atividade e ela me informou que teria alta no dia seguinte, mas que, em breve, voltaria ao hospital para realizar o próximo ciclo de quimioterapia. Sugeri que ela ficasse com o material para finalizar a atividade e ela concordou em continuar com os atendimentos de terapia ocupacional na sua próxima internação.

O novo ciclo de quimioterapia começou em 22/06/2005, o psiquiatra e eu continuamos com os atendimentos.

J. estava novamente na companhia da prima e, então, lembrei-me que este era outro fato que a incomodava “... *depende dos familiares...*”. Propus, então, que a prima também escolhesse uma técnica, de forma que cada uma delas realizasse a sua atividade independentemente.

Ela não mencionou a atividade do atendimento anterior e escolheu pintar uma camiseta, alegando que precisava aproveitar enquanto a medicação não estava lhe causando náuseas. A prima escolheu outra técnica. J. pintou seu *slogan* (“JStar”) na frente e atrás da camiseta, como se fosse uma camisa de um time. Depois disto, disse que ainda faltava alguma coisa, falou que queria colocar alguma lembrança do hospital, e então, teve a idéia de escrever algumas metas que ela queria conquistar como Paz, Amor, Sinceridade, Sorte, Saúde, Coragem, entre outras.

No meio deste atendimento, a equipe médica entrou no quarto para avaliá-la. J. interagiu com os médicos de forma extrovertida, porém, quando eles saíram, disse que na verdade ela era tímida e que falava 'sobre suas coisas' (sic) com poucas pessoas.

No dia seguinte, mostrou-me o quadro, da internação anterior, que havia terminado em casa, e disse que havia pintado o nome do seu namorado, que falecera em um acidente automobilístico no mês anterior, e alguns objetos que faziam menção às coisas de que ele gostava. O psiquiatra já havia me informado que o amigo que faleceu era, na verdade, namorado de J., mas ela me contou isto apenas neste atendimento.

Escolheu aprender a técnica de bijuteria, porém, depois de algumas tentativas, disse que não estava com paciência, desistiu de fazer o modelo de que havia gostado e escolheu outro. Enquanto ensinava-lhe a técnica, J. falou sobre como é difícil escolher uma profissão, fez uma comparação sobre como se pode agir

diante de uma dificuldade, usando como exemplo a sua ação quando sentiu dificuldade para aprender a técnica de bijuteria escolhida no primeiro momento.

Em relação à sua alta no dia seguinte, J. perguntou se eu também iria abandoná-la, mencionando o fim do estágio do psiquiatra, respondi-lhe que meu estágio se encerraria no final do mês de julho e que, até este mês, poderia atendê-la caso ela reinternasse.

No dia da sua alta, J. estava na companhia da mãe, que estava recebendo orientações sobre as medicações e providenciando o transporte para que elas saíssem do hospital. Assim, acompanhei-a até a saída do hospital, uma vez que sua mãe tinha medo de usar o elevador e J. estava em uma cadeira de rodas.

APÊNDICE B¹ – APRESENTAÇÃO DE CASO

Clínica solicitante: Nutrologia (Caso Supervisionado)

Motivo de solicitação: *“Paciente com estenose cáustica de esôfago há 1 ano. Internado para recuperar estado nutricional. Solicito avaliação e conduta.”*

Soubemos depois, que o encaminhamento para a TO foi a pedido do próprio paciente que dizia precisar fazer alguma tarefa e por ter visto outras pessoas fazendo terapia ocupacional.

A. tinha 24 anos, procedente de Franca (89 Km de Ribeirão Preto), solteiro, morava com a mãe, o padrasto e dois irmãos de 5 e 7 anos de idade. Os pais namoravam quando a mãe engravidou, nunca viveram juntos. O pai tinha outra família e A. nunca havia conversado com ele, nem mesmo recebeu ajuda financeira. A mãe e o padrasto eram alcoolistas.

O paciente tinha um diagnóstico clínico de estreitamento no esôfago (estenose esofágica) causado pela ingestão de soda cáustica há 1 ano quando estava bebendo com amigos em um bar e, um deles colocou soda em seu copo sem que ele percebesse, pois estava muito embriagado. Acordou no Centro de Terapia Intensiva (CTI), sendo avisado posteriormente do fato ocorrido (sic).

No momento da internação, estava sub-nutrido necessitando internação para ganho de peso e equilíbrio da dieta, pois estava traqueostomizado, fazendo uso de sonda gástrica para alimentação, uma vez que após o estreitamento não conseguia engolir nem mesmo alimentos líquidos.

¹ Este caso foi supervisionado em 2005 e escrito pela terapeuta ocupacional então responsável pelo SISMen, Luciene Vaccaro de Moraes; foi cedido a este trabalho com o intuito de exemplificar os atendimentos realizados nesse Serviço.

A. tem história de dependência de álcool, drogas desde os 10 anos, é homossexual (tendo tido sua primeira relação aos 10 anos de idade com um garoto de 12) e um cotidiano marcado pela dificuldade de organizar a vida profissional. Tinha envolvimento em situações de alto risco, alguns comportamentos anti-sociais, relações homossexuais com vários parceiros e marcadas pela troca por dinheiro, além de dependência da mãe para cuidar de suas necessidades básicas como: roupas, sapatos, comida e moradia.

Grande parte da história ocupacional, das relações sociais e familiares e história do processo de adoecimento foram contadas durante a realização das atividades, e muitas vezes, a realidade dos fatos se confundia com sua interpretação, ficando os relatos distorcidos, desconexos ou incompreensíveis.

Desde o início dos atendimentos, ele mostrou grande interesse pelas atividades. Na infância, quando trabalhava em uma fábrica de sapatos (12 aos 20 anos), fazia tapetes de crochê para dar à mãe ou para que ela vendesse.

Na TO, a necessidade manifestada inicialmente foi pela confecção de doces. Ele tinha o hábito de saborear grande quantidade de doces, mesmo estando impossibilitado de engolir-los, e isso passou a ser um dos problemas com o ambiente hospitalar com suas regras, horários e proibições.

No primeiro contato, fomos avisadas de que o paciente estava agressivo, xingava a equipe reclamava de tudo, comportamento que foi repetido com a terapeuta ocupacional.

A equipe relatou dificuldade em manejar as imposições feitas por ele, as quebra de regras e furtos de objetos de outros pacientes. Percebemos que a equipe precisava de ajuda para compreender as necessidades do paciente, entender seus comportamentos à luz de sua história pessoal, e assim, estruturar uma convivência

possível e estratégias para que o tratamento fosse realizado e principalmente aproveitado pelo paciente (voltado às suas necessidades). A equipe também precisava de ajuda para perceber suas reações frente aos comportamentos do paciente.

Logo no início dos atendimentos pensamos na necessidade de um acompanhamento conjunto com a equipe do SIP, conseguidos através de encaminhamento ao psiquiatra do SIP e de reuniões com a equipe da Nutrologia para esclarecimentos dos aspectos emocionais e sociais.

Muitos doces foram feitos na TO, transformados pelo paciente em presentes para a equipe e para a mãe. Através desta atividade, começamos negociar com a equipe e com ele algumas regras, mas também algumas pequenas concessões. Os doces feitos na TO ficavam guardados por dois dias e oferecidos ao paciente nos horários estipulados por ele, mas, por outro lado, ele não podia entrar na copa para retirá-los. Os que não precisassem de geladeira ficariam em seu quarto.

A. começou a ser atendido pela psiquiatria e a equipe a participar de reuniões no SIP .

Nos atendimentos de TO se mostrava passivo, colocava-se na dependência de ser ensinado sempre, interessava-se pela técnica, era sempre muito minucioso, cuidadoso com a higiene na culinária e com a estética de seus produtos, em outras atividades. Dizia que enquanto estava fazendo coisas esquecia problemas e assim não chorava.

Outras necessidades foram aparecendo, sendo organizadas, realizadas e negociadas. Certo dia, durante atividade na cozinha, a terapeuta saiu para pegar materiais e A. escondeu um litro de leite em sua sacola, percebendo o fato, ela perguntou sobre o leite e ele disse que o havia ganho. Outros furtos foram relatados por colegas de quarto e a equipe estava neste momento com muita dificuldade para

acolhê-lo e cuidá-lo. A psiquiatra e algumas pessoas da equipe sugeriram interná-lo na enfermaria de Psiquiatria para que recebesse maior controle. Fomos contra, fizemos proposta de atendê-lo todos os dias, sugerimos que suas saídas pelo hospital fossem acompanhadas, para isso ele teria um terapeuta disponível. Propusemos que transferissem seu leito para um quarto pequeno, onde estaria com um paciente mais velho (este paciente era conhecido e sabíamos que era acolhedor, organizado, tinha atitudes adequadas e poderia ajudá-lo); com isso, evitamos a internação na Psiquiatria.

Após esta reunião com equipe, a terapeuta ocupacional conversou com A., contou de algumas reclamações ouvidas e disse que estava difícil confiar nele. Combinou-se que ele não ficaria sozinho na copa durante as atividades. Nesse momento, o paciente pareceu ficar aliviado com o limite externo estabelecido e respondeu que ele, realmente não podia ficar sozinho. Outros limites foram sendo negociados e o paciente passou a retirar parte de seu dinheiro no caixa eletrônico do Hospital (auxílio doença) para comprar doces ou outros alimentos que o hospital não lhe oferecia.

O colega de quarto o acolheu: eles assistiam TV juntos, negociavam horários para dormir, para usar o banheiro, arrumar do quarto. A mãe em uma das visitas trouxe seu *walk man*.

A. começou a arrumar sua cama, buscar a água na copa, lavar suas blusas e passou a aceitar melhor os procedimentos clínicos, mostrando o início de uma organização cotidiana. Neste momento a equipe estava mais tranqüila.

Ele apresentou momentos de profunda tristeza, relatados por ele e pela equipe.

Entre passeios pelo jardim, retirada de dinheiro e compras de alimentos, ele começou a se interessar por atividades que podiam ser comercializadas. Iniciou-se

um projeto de separar parte de seu dinheiro para a compra de materiais para confecção de tapetes de tear e velas decorativas, que poderiam ser vendidas após a alta. A. começou a andar pelos corredores com o tear pendurados nos ombros, chamando atenção de todos e assim, conversando, ensinando, trocando experiências.

Próximo ao aniversário da mãe ele se organizou para fazer uma vela colorida, a embalagem e um cartão. Chorou quando viu o cartão pronto, emocionando-se diante de seu produto.

A mãe, em visitas, mostrava pouca afetividade, não correspondia a sua tentativa de abraço, se apoderava das atividades e supervalorizava o ambiente hospitalar como se aquele fosse o melhor lugar para ele morar. As poucas visitas da mãe e a impossibilidade financeira para comparecer ao hospital dificultaram um maior contato com a família de A..

O estágio estava acabando e a terapeuta apresentou-o à outra aprimoranda que passaria a atendê-lo.

Certo dia, A. pediu para chamar a TO, quando ela chegou, ele estava sentado sobre a mesa do quarto, sozinho, chorando e olhando para fora. Ela se aproximou e ele começou a dizer que naquela manhã se olhou no espelho e percebeu que não estava bem (muito emagrecido, traqueostomizado), que não iria mais arrumar a cama, buscar a água, lavar as blusas; estava desistindo de tudo. A terapeuta o acolheu, respondendo que ela não estava desistindo dele, estaria sempre próxima e iria visitá-lo até o momento que estivesse preparado para ir para casa, explicou que a nova terapeuta viria ampliar seu campo de relações e compor outros fazeres.

A. passou a ser atendido pela nova terapeuta ocupacional e logo teve alta. Combinaram continuar o atendimento durante um mês após a alta. Ele retornou em três atendimentos, continuou as atividades para comercialização, contou sobre seu

cotidiano. Estava contente porque recebeu encomendas de tapetes de uma loja, usou os próximos atendimentos para fazer contas, planejar preços e calcular materiais e então, levou com ele alguma abertura para o que é próprio, mas também para o social.

Apêndice C – Artigo submetido a publicação no periódico American Journal of Occupational Therapy

Assessment of referral to an occupational therapy consultation-liaison service in a general university hospital

Gomes, M. G. J. P. B¹.; Moraes, L. V.; Cabrera, C.C.; Pellá, E. B.; Osório, F. L.; de Carlo, M. M. R. P.; Contel, J. O. B.; Crippa, J. A. S.

¹Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo; Hospital das Clínicas - Terceiro Andar
Av. Bandeirantes, 3900
Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil
CEP - 14049-900
Fone: +55 16 36022837
E-mail: mgbarboza1978@yahoo.com.br

Abstract

The objective was to conduct a retrospective study of the Requests of Consultation Liaison (RCLs) sent to the Occupational Therapy (OT) of the Service of The Consultation Liaison in Mental Health (SCLMH) of a General University Hospital during the period of six years. The subjects were 633 patients and 709 RCLs. The data were collected from the RCLs and the medical records. Most of the subjects were women with incomplete elementary schooling, mean age of 39.2 years and were self-employed or retired. Internal Medicine was responsible for the most of the RCLs. The mean time of hospitalization was 51 days and the mean rate of referral was 0.5%, with the most frequent reason for the request being related to the emotional aspects and the most frequent psychiatric diagnosis was mood disorder. We conclude that there is the need for a standardized instrument for the evaluation of OT CLMH Services and more studies in this important subject are necessary and opportune.

Key-Words: Consultation Liaison Psychiatric; Occupational Therapy; Mental Health Services.

Introduction

Mental health consultation-liaison services (MHCLS) has gained recognition as an area of special interest among mental health professionals concerned with the clinical

assistance and research in general hospitals (LIPOWSKI, 1967; LIPSITT, 1999). While liaison mental health is considered to be an area that works in the general hospital as a part of a multidisciplinary team, consultation only assists a referral team when required.

The origins of mental health liaison services have been traced back to the 1700s in the United States of America (USA) and in 1909 J. Montgomery Mosher was the first to outline the basic principles of mental health liaison care (SCHWAB, 1986). MHCLS have begun in the United Kingdom in the early 20th century, but it was only after World War II that the specialists in psychological medicine made a significant contribution to the treatment of general patients (MAYOU, 1990).

Mental health liaison services were initially developed based on the increasing evidence that illnesses with biophysical origins often had psycho-social consequences and that they contribute significantly to the quality of medical care (PEVELER; HOUSE, 2000). Therefore, MHCLS were originally developed to address the needs of people with physical illnesses in general hospitals and, more recently, to work also with people with mental health problems presenting at non-mental health services.

Although consultation-liaison services have been initially planned for psychiatric assistance, it is now well developed among other different disciplines including psychology and nursing (SHARROCK; HAPPELL, 2000; SCHLEBUSCH, 1983). However, the development of consultation-liaison in occupational therapy has been less established and, despite of the highlighted benefits of such services, there are only very few studies published in this field.

Watson (1986) studied the role of the occupational therapist at the Psychiatric Consultation-liaison Service (PCLS) of the *Rush- Presbyterian – St. Luke's Medical Center*.

The author described the major objectives of the treatment by the occupational therapist in the context of the PCLS: (i) provide opportunities that reinforce the patient's sensation of autonomy; (ii) reduce emotional distress; (iii) foster psychological capacity; (iv) help maintain or set a social support net for the patient. In addition, the author presented the intervention performed by the OT with patients who developed depression secondary to a physical disease.

The case report presented by Abramovich (1993) describes the work of the occupational therapist with patients admitted at the psychiatric ward of an Israeli hospital, proving, in addition to the relation between the physical ailment (Multiple Sclerosis) and a mental disorder (Depression), the dilemma faced by this professional when he/she realizes that the patient's needs do not correspond to the policy adopted by the hospital.

According to Morais (2001), consultation-liaison in OT focused on the general hospital is the therapeutic assistance that contributes for the creation of healthy spaces, expanding the decreased initiative often presented by the patient and helping resume its disrupted everyday life, thus stimulating the process of social insertion.

There are very few specialized OT mental health consultation-liaison services in general hospitals, which usually operate in academic centers with a full time staff assigned specifically to the care of general hospital inpatients. Therefore, the main purpose of our study was to describe the development of a CL-OT service and to analyze the patterns of referral, intervention, and demographic and diagnostic characteristics of inpatients referred for OT consultation in a Brazilian general hospital during a period of six years. We also intended to compare the population consulted by the OT with that consulted by the psychiatry service and the population admitted at the hospital in the same period.

Methods

1. Development of OT in the MHCLS of the University Hospital of the Ribeirão Preto Medical School (UHRPMS)

The psychiatric CL service started in 1978, being one of the first in activity in Brazil. In 1998 the service incorporated psychologists, which enabled the expansion of the CL service activities. The OT started to work at the MHCLS of the UHRPMS in 1999 (FRIZZO, 2002). Thus, from 2005 on, the PCLS had its name changed to Mental Health Consultation-liaison service (*SISMen*, in Portuguese) due to its multidisciplinary character, not exclusively focused on the work of the medical professional.

The activities developed by the *SISMen* consist of: meetings for theoretical discussion about Consultation-liaison; administrative meetings to plan the actions and organization of the Service; presentations of cases followed by the team; and meetings with the teams who requested the consultation by professionals of the Consultation-liaison Service. These activities are developed in group, with the specific technical contribution of each participant of the *SISMen* team, which works with clearly defined functions and in an integrated form, aimed at the optimization of the care delivered to the patient (LEIGH, 1987).

The occupational therapy consultation-liaison starts with the receipt of the Consultation-liaison Request (CR), by means of a specific form, from several clinics of the UHRPMS campus, as well as from the other services of the *SISMen* – Psychiatry and Psychology. CRs can be requested by members of the assistance team, namely, doctors, physiotherapists, psychologists, nurses, among others. However, the occupational therapy service of the *SISMen* could be requested to help in the management of cases with psychiatric comorbidities or family follow-up situations.

The occupational therapist of the *SISMen* performs, in addition to individual consultation of inpatients at the General Hospital, group sessions for people with chronic

diseases who are highly dependant on the hospital; the OT guides both the team, in terms of the management of the case, and the family, concerning the patient's disease and hospitalization situations.

The occupational therapist offers the patient health spaces in which his/her everyday life may take place. This process will first happen within the triadic relation (patient-therapist-activity) and, when possible, will be expanded to further relations contributing for the subject's social insertion (MASTROPIETRO; OLIVEIRA; SANTOS, 2005).

Accordingly, Moraes (2001) outlined the following functions of the occupational therapist at the General Hospital: (i) expand his/her healthy aspects; (ii) diminish the disruption and disorganization of the individual's daily life; (iii) help in the process of de-hospitalization and insertion of the patient in the social environment; (iv) discuss cases and strategies with the staff in order to improve the conditions of the patient's hospitalization and; (v) guide and help the family in the care delivered to the hospitalized patient.

The occupational therapist focuses the socio-emotional aspects, the reaction to hospitalization, and the repercussion of this event in the organization of the patient's daily life; in addition to alleviate the disruption in the patient's routine, minimizing the suffering brought over by being away from the beloved objects and people; and helping the team in the management of the case.

2. Sample

The study comprised 709 consecutive new referrals (to 633 patients) that were provided by the OTCL service, between January 1, 2000, and December 31, 2005, which were retrospectively reviewed. For these general hospital patients, uniform statistical forms covering main demographic characteristics, main psychiatric diagnoses according to ICD-10 (OMS, 1993), referring departments, total length of hospitalization (LOH), length between

hospitalization and CL referral, length between referral and CL response, number of consultations performed by the OT and referral rates, and principal reasons for referral that were completed by the staff occupational therapists. This form was based on the protocol of the Portuguese Psychiatry Group *Consiliar-Ligação e Psicossomática* (CARVALHO; PIMENTEL, 2000). The rate of referral to OT was calculated considering the number of admissions at the hospital in relation to the total number of CRs sent to the OT in the period considered in this study. Since the *SISMen* is a Consultancy Service, the clinics that had occupation therapists in this period were also included in the study. The comparison group was extended to over 1021 consecutive referrals to the psychiatric CL service, within the same period and that were also retrospectively reviewed by using the same above-mentioned statistical form. Both groups of general hospital patients had been referred to the mental health CL service from the departments of the University Hospital of the School of Medicine of Ribeirão Preto, São Paulo University, Brazil (HC-FMRP-USP), ‘campus’ unit. This unit is a 610 bed general hospital with 20 separate psychiatric beds and serves as one of the major referral and tertiary care centers for the countryside of the São Paulo State of Brazil. In addition, many patients from all over the country are admitted because it is a university hospital that has all the medical and surgical specialties, including liver, heart, lung, renal, and bone marrow transplantation centers and various specialized and multidisciplinary intensive care units. The number of admissions during the same period of this study was 130.637. It is worth mentioning that this hospital has also another emergency unit, but there is no formal Mental Health CL service in such unit. Thus, the present study was only carried out in the ‘campus’ unit, where our mental health CL service is allocated.

All referrals are made by formal request by the attending physicians from the medical and surgical wards. The consultations are performed at bedside or in the interview rooms and are expected to be done within the following three days depending on the urgency indicated

on the referral sheet. Other referrals of great urgency are requested by beeper (only for the psychiatrists), and consultations are promptly carried out by the CL psychiatrist on duty. The consultant's findings (both OT and psychiatrists), conclusions, and recommendations are communicated to the consulting physician in the standardized consultation letter and many times directly, in the same day after the final consultation.

The data of the present study were analysed with the program SAS/START®, version 9.0 (SAS *Institute* Inc.). The prevalence of the variables was estimated by means of simple percentage. The associations between categorical data were submitted to the Fischer exact test, considering the significance level of $p \leq 0.05$. The study was approved by the local ethical committee (HCRP n° 14379/2005).

Results

Demographic characteristics

Most of the consulted individuals were female (59.4%), with incomplete elementary education and the distribution of single and married subjects was equilibrated. Regarding professional activities, most patients were autonomous workers or had already retired, followed by housewives and students. It is worth mentioning that this variable could not be assessed in around one third of the patients. The mean age was 39.2 years ($SD \pm 21$).

Most patients admitted in the same period considered at the UHRPMS, regardless of having been referred to the *SISMen*, were women (56.7%). Similarly, most patients referred to the Psychiatry (61.5%) and Occupational Therapy (59.4) Services of the *SISMen* were women, a significant difference being found ($p\text{-valor} < 0.05$).

Clinics characteristics

Referring clinics

The distribution of requests to the Occupational Therapy and Psychiatry services by the several clinics of the UHRPMS is shown in detail on Table 1.

< INSERT TABLE 1 ABOUT HERE >

The table shows that the General Clinic accounted for over a third of all Consultation-liaison Requests, followed by the Metabolic Unit and Psychiatry, respectively. Less than one percent (N=6) of the CRs did not present any identification of the requesting clinic.

Most clinics that sent CRs to the OT and Psychiatry Services of the *SISMen* came from the General Clinic, followed by the Metabolic Unit for the OT and by the “Other” category for Psychiatry.

Psychiatric Diagnostic

Only 76 (10.7%) of the CRs forwarded for OT consultation-liaison contained at least one psychiatric diagnosis (Table 2). Out of those, 15 (1.8%) CRs contained more than one psychiatric diagnosis.

< INSERT TABLE 2 ABOUT HERE >

The most frequent diagnosis was that of mood disorder (affective), followed by neurotic and somatoform disorders, and by personality and behavioral disorders.

Number of days of hospitalization

The patients referred to OT had an average stay at the hospital of 51 days (SD ± 69), while the mean hospitalization time at the UHRPMS is of only 6.4 days. Therefore, approximately half of the patients were hospitalized for over 50 days, few of the cases forwarded staying at the hospital for less than ten days. In relation to the predominance of women consulted by the OT Service, it was thought that this could be a result of their staying

at the hospital for longer periods, but the association between the period of hospitalization and the gender of the participants did not prove significant ($p=0,19$).

Time elapsed between hospitalization and referral request

Over a third of the CRs ($N=271$) did not present the date of their elaboration, rendering it impossible to calculate the time elapsed between the admission of the patient and the elaboration of the CR in these cases. Among those that contained this information ($N=438$, 100%), one third ($N=138$, 31.5%) were elaborated five days after admission. Those CRs that were filled between five and ten and between ten and 20 days after the date of admission had a similar distribution (approximately 17% for each interval). However, the mean time was 21.8 days ($SD=\pm 38.4$), which shows an important variability between the admission and the elaboration of the requests for the OT Service of the *SISMen*.

Referral rate

The referral rate is expressed as the percentage of patients referred for consultation in relation to the total number of patients admitted at the hospital during the period under investigation, excluding the ones in the psychiatric ward. The mean referral rate during the whole period considered for the OT Service of the *SISMen* was of 0.5%, while the rate for the Psychiatry Service was of 0.8%. When the annual referral rate is considered the data show that, except for the year of 2001, the patients were more often referred to Psychiatry than to OT.

< INSERT FIGURE 1 ABOUT HERE >

Reasons for referral

Seven hundred and forty-six reasons for referral to the OT Service of the *SISMen* were found, 37 (5%) of the CRs presenting more than one reason. Most of them were related to the

individuals' emotional aspects (N= 255; 34%), followed by factors concerning hospitalization (n= 171; 23%). Eleven percent (N=86) were categorized as 'others' (including the making of orthoses, aid for Daily Life Activities, neuropsychomotor stimulation, among others). It is important to highlight that around one fourth of the CRs (N=197) lacked the description of the reasons leading to the request for occupational therapeutic consultations.

Number of consultations

Most patients (N=655, 92.4%) referred to the OT Service of the *SISMen* were consulted up to ten times, while around one fifth of the total were not assessed by the occupational therapist for several reasons (discharge; death; incorrect requests; among others).

Intervention patterns

As previously described, three types of consultation that could be performed by the occupational therapist in the consultation-liaison service were categorized, and more than one could be performed with each patient.

In the vast majority of the CRs (N=566 or 78.7%) no descriptions of this variable were present. Among those that presented this information (N=153), in addition to individual consultations, most encounters consisted of staff orientation (N=98; 64%), followed by family orientation (N=40; 26%), and group sessions (N=15; 10%).

Time elapsed between request and response to the CR

In order to obtain this interval, two elements were necessary: the date of the CR and the date of the first consultation by the occupational therapist. As previously mentioned for the variable "time elapsed between admission and CR", the lack of information about the date of elaboration of the CR was added to the absence of the date of response to the CR, which resulted that most CRs (N=400 or 56.4%) did not provide information on time intervals.

Considering the 309 (43.6%) CRs that brought those information, the mean interval was 4.7 days ($SD \pm 5.5$), most of them ($N=198$ or 64%) were replied to between the first and the fourth day after request, and 42% of the CRs were replied to within the ideal deadline set by the *SISMen* (48 hours).

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first systematic descriptive study of an OT in-patient consultation-liaison service. In our hospital it is well developed, established 10 years ago, and could be referred to as 'university equipped' as part of a multidisciplinary team and organized along the lines of the standard model comparable with classic psychiatric CL services.

The Occupational Therapy Service of the *SISMen* in the UHRPMS officially started its activities in 1999 with the admission of an occupational therapist. The role of this professional within the context of a consultation-liaison service is based on the creation of healthy spaces that stimulate autonomous and independent actions by the patient in the rescue of its disrupted daily life, and in the favoring of the social insertion process of the individual, both in the hospital context and in the moment of discharge (MORAIS, 2001).

However, due to the scarceness of studies about the Occupational Therapy Service in Mental Health Consultation-liaison, we performed the comparison of our data to those presented in works on Psychiatric Consultation-liaison.

Most individuals referred to the OT Service of the *SISMen* were women, which is consonant with most studies developed in the Brazilian (MAGDALENO JR, BOTEAGA, 1991; ANDREOLI et al, 1996) and international contexts (CORDIOLI et al, 1986; SCHOFIELD et al, 1986; FREYNE et al, 1992; CREED et al, 1993; DE JONGE et al, 2000; KISHI et al, 2004).

This predominance may reflect the greater number of women admission at the UHRPMS (approximately 60%); or still be related to the main reason for request of Consultation-liaison Services in general and OT Consultation-liaison in particular (emotional aspects of the patient), which corresponds to the request based on complaints or psychiatric diagnoses. Therefore, as the main psychiatric diagnoses frequently observed in patients consulted by Psychiatric Consultation-liaison Services are depression and adjustment reactions, disorders that are more frequent among women (SHEVITZ; SILBERFARB; LIPOWSKI, 1976; THEME-FILHA; SZWARCWALD, SOUZA JÚNIOR, 2005; VINBERG, KESSING, 2007), this could explain the fact that most people referred to the OT Service belonged to this gender.

Another possibility is that the patients referred to the Psychiatric Consultation-liaison Service suffer from somatic diseases associated with psychosocial impairment, which constantly requires greater medical care (KISH et al, 2004) and, in general, these women are more capable to express their desire for receiving help, more capable to communicate their difficulties in psychological terms, and more capable to manifest their anxiety in an open manner. In the Brazilian context, this fact may be related to cultural aspects that attribute such behaviors to the feminine gender, and those aspects influence the patient, the staff, and requesting professionals as well (BOTEGA, 2006b). There are, however, inconsistencies regarding the relation between patient referrals and gender (HUYSE; LYONS; STRAIN, 1992; COLLINS; DIMSDALE, WILKINS, 1992; SOUZA, 1995; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003).

In relation to the marital status of the patients consulted by the OT Service of the *SISMen*, there was a practically equilibrated distribution between married and singles. In some studies performed in our context (SOUZA, 1995; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003) there was a predominance of singles, while other studies showed that most of the population consulted by the Psychiatry Consultation-liaison Service was married

(MAGDALENO JR, BOTEAGA, 1991; CREED et al, 1993; SPINELLI; TOLEDO CANTINELLI, 1996; ANDREOLI et al, 1996; KISHI et al, 2004).

The medical records and consultation-liaison requests (CRs) of most subjects did not provide information about education and/or professional situation. The same absence was verified in almost all retrospective studies on Psychiatric Consultation-liaison (MILLAN et al, 1986; SCHOFIELD et al, 1986; SRINIVASAN, et al, 1987; FIDO, MUGHASEEB, 1988; MAGDALENO JR, BOTEAGA, 1991; FREYNE et al, 1992; COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; HUYSE; LYONS; STRAIN, 1992; CREED et al, 1993; HALL, 1994; AGHANWA; MIRAKINYO; AINA, 1996; SPINELLI; TOLEDO, CANTINELLI, 1996; ALAJA et al, 1999; DE JONGE et al, 2000; DHOSSCHE, LORANT, 2002; KISHI et al, 2004). This fact hindered a more complete and accurate characterization of the population served by such Services.

In spite of the lack of information on the education of approximately half of the patients, most CRs in which these data were available, the subjects had incomplete elementary education, that is, less than eight years of school experience. The same result was found in the study performed in Brazil by Souza (1995). This fact may reflect the situation of the Brazilian population that, in 2002, had 14.6 million of illiterate and 32.1 million of functional illiterate people (IBGE, 2002). In addition, it is worth mentioning that the UHRPMS is a hospital linked to the public health system (*SUS*) that does not attend virtually any private patients or patients with private health coverage, its clientele consisting mainly of people with a lower socioeconomic level, a fact that is usually directly related to educational level.

Among the CRs containing information about the professional situation, the category “Other”, which encompasses autonomous and retired workers, were the most frequent along with housewives. Other national studies have also shown that these categories reveal some of

the predominant professional situations among patients referred to Psychiatry Consultation-liaison Services (SOUZA, 1995; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003).

Concerning the mean age of the population consulted by the OT Service of the *SISMen* (39.2 years) and the fact that the UHRPMS is a tertiary care unit and, thus, receives patients with high complexity conditions (that ay lead to incapacity to work permanently), it is suggested that one of the reasons for retirement presented by the patients may have been invalidity (MPAS, 2002). In addition, the fact that most people consulted by this Service are women can explain the observation that the other most frequent professional category consisted of housewives.

The predominant age range of the population consulted by the OT Service was 16 to 45 years. The same was true for the patients consulted by the Psychiatry Service of the *SISMen*; which is consonant with results from previous studies (COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; CREED et al, 1993; SOUZA, 1995; ANDREOLI et al, 1996; AGHANWA; MIRAKINYO; AINA, 1996; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; KISH et al, 2004; HALL, 1994; MAGDALENO JR, BOTEAGA, 1991).

Some hypotheses can explain this fact: (i) young adults have a stronger tendency to display so-called abnormal emotions in the occurrence of the disease and its treatment; (ii) young people may be better at establishing rapport with doctors who are also young (SCHWAB; BROWN, 1986) many of whom are still in training (e.g. residents); and (iii) greater accessibility of this population to the Hospital when they get sick.

One further explanation is that most people consulted by the Psychiatry Consultation-liaison Service may represent the major part of the general population (AGHANWA; MIRAKINYO; AINA, 1996). This last hypothesis refers to the differences in the population distribution in terms of age range in different countries, a factor to be considered when analyzing the reality of the Service studied.

Hence, the data raised in this study might reflect the reality of the majority of the Brazilian population (51.3%), aged between 20 and 59 years (IBGE, 2000); or yet, they can just represent the population attended by the UHRPMS, where most patients (58.6%) are between 16 and 60 years old.

Clinical Variables

Clinical áreas where the ones that most referred patients for the OT Service, the same being true for the Psychiatry Service of the *SISMen*. This is consonat with the results of several studies on Psychiatric Consulataion-liaison (MILLAN et al, 1986; SRINIVASAN et al, 1987; FIDO, MUGHAISEEB, 1988; MAGDALENO JR, BOTEAGA, 1991; FREYNE et al, 1992; CREED et al, 1993; ANDREOLI et al, 1996; AGHANWA; MIRAKINYO; AINA, 1996; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; KISHI et al, 2004) that have consistently shown that other areas tend to request less consultations.

The hypotheses raised in order to explain this fact are: (i) surgeons are not so attentive to the patients' psychic aspects ((MILLAN et al, 1986; SPINELLI; TOLEDO; CANTINELLI, 1996; KISHI et al, 2004); (ii) clinicians deal with diseases that can be more closely related to psychiatric conditions (AGHANWA et al, 1996; MILLAN et al, 1986); and at last, (iii) the high referral rate by the general clinic can indicate the greater proximity of Psychiatry with this medical area and, therefore, greater knowledge about the Psychiatry Consultation-liaison Service on the part of the faculty, residents, and students in this area of expertise (MAGDALENO JR; BOTEAGA, 1991).

Different specialties were grouped together under the name General Clinic in this study (for example: Hematology, Dermatology, Cardiology), thus, it encompasses a greater number of beds of the UHRPMS, which can explain the high number of CRs by this clinic for the OT. Another possibility pointed out by Spinelli et al (1996) in a study on Psychiatry

Consultation-liaison Services, considering the characteristics of the pathologies treated at a General Clinic Infirmary, is that these patients have a generally long hospitalization period, which enables the clinicians to be in contact with the manifestations of symptoms and psychiatric disorders of their patients. It is noteworthy that psychiatric symptoms/disorders were the main referral reasons in the elaboration of CRs for the OT, thus increasing the requests and receptivity by the petitioner to the specialists of the *SISMen*.

One of the limitations of this study was to consider only those psychiatric diagnoses provided by the psychiatrists who assessed the patients. No structured clinical interviews such as the CIDI (ROBINS et al, 1989) or SCID (FIRST et al, 1997) were performed to indicate the psychiatric diagnosis, a fact that restricts the validity and reliability of the diagnoses found. Besides that, another important limitation was that only around ten percent (76) of the CRs sent to the OT Service of the *SISMen* presented at least one register of a psychiatric diagnosis, which limits the generalization of these results.

Among the CRs sent to the OT Service, mood disorder (affective) was the diagnosis in 43,4% of the cases. This is consonant with previous studies (MILLAN et al, 1986; SCHOFIELD et al, 1986; FIDO, MUGHALSEEB, 1988; MAGDALENO JR; BOTEGA, 1991; FREYNE et al, 1992; CREED et al, 1993; SOUZA, 1995; ANDREOLI et al, 1996; TERRONI, 2000).

Therefore, regardless of the comprehension of depression as leading to a clinical condition or a consequence of hospitalization, it is the most frequent diagnosis presented by hospitalized patients and may have an influence on the referral of these cases for the OT Service, since the emotional aspects of the patient were the main reason for referral to this Service.

The mean hospitalization time among the patients referred for the OT Service was 51 days, approximately eight times more than the average hospitalization time of the other

patients in the same hospital. This is in accordance with the results of previous studies in Brazil (SMAIRA, 1999) and in other countries (DE JONGE et al, 2000).

Long hospitalization periods can be related to the characteristic of our Hospital, which is a tertiary care unit, and may thus facilitate the appearance of emotional manifestations and difficulties of adaptation to the hospital routine. That could justify the main referral reasons for OT consultations (patient's emotional aspects and hospitalization), since such hospitalizations result that the organization of daily life depend on the wait for exam results, on the end of the administration of adequate medicines or even on absolute rest, thus favoring the emergence of symptoms and psychiatric manifestations such as anxiety and depression. It is the consulting occupational therapist's responsibility to help the patient restructure his daily life, offering some occupation with the objective to protect and preserve his capacity to perform Daily Life Activities (DLAs), keeping the patient as an active-being in the treatment (TEDESCO et al, 2003).

The study by Kish et al (2004) in the USA, aimed at reexamining the factors that affect the time of request for Psychiatric Consultation and the time of hospitalization showed that the delay in the request is related to longer hospitalization periods, however, the authors were unable to state that a quick request reduces the patient's hospitalization period. Therefore, it is not possible to conclude that the intervention performed by the Psychiatric Consultation-liaison Service has any effects on the time of hospitalization in the general hospital (ANDREOLI; CITERO; MARI, 2003).

The absence of the CR elaboration date is indicated as one of the methodological difficulties to assess the efficiency and efficacy of the Psychiatric Consultation-liaison Service, since it becomes impossible to calculate the time elapsed between the patient's admission and the request for the Service (BOTEGA, 2006a). This limitation was also found in the present

study, in which about 40% of the CRs for the OT Service did not present the necessary dates for the estimation of this interval.

Among the requests in which it was possible to calculate the interval, about one third were elaborated in the first five days after admission, a period that is slightly longer than that verified for the Psychiatric Consultation-liaison in a Hospital in Holland, of up to four days following admission (DE JONGE et al, 2000) and shorter than the period observed in studies developed in Brazil, where the authors pointed out that the referral for the Service occurred about one week after admission (ANDREOLI et al, 1996; SMAIRA; CORREA; CONTEL, 2003). On the other hand, in the study by Aghanwa, Mirakinyo, Aina (1996), the authors reported that the cases were referred in average one week after the emergence of the patients' mental symptoms.

The importance of this variable lies in the fact that the earlier the referral is made, the higher the agreement between the requester and the consultant is (HUYSE et al, 1992). The delay between admission and CR elaboration can be explained by ignorance about the OT Service; by the requesters' lack of interest for the socio-emotional aspects of the patient; or still by the fact that doctors still focus their attention on the physical and clinical complaints of the patients.

The mean referral rate for the OT Service of the *SISMen* was of 0.5%, which is similar to the Brazilian reality for Psychiatric Consultation-liaison Services, that is between 1 and 2.5% of the patients admitted in the General Hospital, but far from USA rates, which is approximately 4% (BOTEGA, 2006b).

The OT Service in Consultation-liaison is recent in Brazil as compared to that of Psychiatric Consultation-liaison, initiated over 20 years ago, a fact that might explain the difference in the number of referrals.

However, a survey on studies about Psychiatric Consultation-liaison in ten different countries, most of them in Brazil, showed that the referral rates ranged from 0.48 to 3.6%, which brings the findings of our study even closer to the Brazilian context, both for the Psychiatric Consultation-liaison Service (approximately 1%) and the OT Service (0.5%), especially if we remember that the service has only recently been developed and still requires greater dissemination.

A previous study showed that only one in every 18 subjects considered as ‘psychiatric cases’ was effectively consulted by a psychiatrist. This shows the high rate of patients with psychiatric disorders in the general hospital who are not attended by Psychiatry Consultation-liaison Services due to sub-diagnosis by the specialist doctor and to the sub-recognition by patients (BOTEGA et al, 1995).

It is expected that, as the action of consultation-liaison is increasingly recognized as important and effective by the other Services and/or Units of the General Hospital, referral rates will increase. In addition, the type of information received by the doctor, his sense of autonomy, and his interest in the psychological aspects of the medical practice can also help improve this panorama (BOTEGA, 2006b).

Along these lines, a number of national and international studies show that the reasons for referral to the Psychiatry Consultation-liaison Service are essentially based on the diagnosis or psychiatric symptoms presented by the patients (SCHOFIELD et al, 1986; MILLAN et al, 1986; COLLINS; DIMSDALE; WILKINS, 1992; HALL, 1994; SOUZA, 1995; KISH et al, 2004); which also occurred in the OT Service of the *SISMen*, whose main referral reason was ‘emotional aspects of the patient’ (34%).

Nevertheless, there is no agreement on what should be considered as reasons for referral to the Psychiatry Consultation-liaison Service, the same being true for the OT Service and even harder in this area due to the subjectivity of the assistance to be delivered. This

difficulty may be related to psychodynamic factors considered by the Psychiatry Consultation-liaison Service, which include the possible conflicts existing in the relation between the doctor, the institution, and the patient. Thus, referrals can take place when the doctor reaches the limit of his technical capacity, when he is excessively involved with a certain clinical condition presented by a patient, or when the continence supplied by the institutional environment is broken (BOTEGA, 2006c).

Another reason that can influence the referral of the patient to the Psychiatry Consultation-liaison Service is the technical and affective difficulty of the doctor to manage the situation with the patient, that is, the individual tolerance threshold of the requesting doctor (CUMMINS; JARMAN; WHITE, 1981; BOTEGA, 2006b). This statement might explain the frequently absent description of the referral reason (over one fourth).

The lack of a clear reason to receive a CR can justify the fact that one fifth of the patients referred to the OT Service were not consulted by the OT professional; it can also be related to the restricted number of professionals in relation to the demand. Moreover, another reason, it may be related to the event that the request was made in the imminence of the patient discharge.

The average period between admission and CR delivery was of 21.8 days. According to this, it was only when the hospitalization period exceeded the average hospitalization period of the UHRPMS (6.4 days) in over three times that the occupational therapist was requested to assess the patient. This fact can explain why 49.5% of the CRs resulted in only between one and four OT consultations.

The lack of information concerning the type of treatment that can be offered by the occupational therapist in response to the CR can be attributed to the absence of an adequate instrument that could orient the elaboration of a standardized assessment performed by this professional. Another possibility is that the type of treatment was not clearly stated in the

reply to the request for the OT Service; since the most frequent modality is the individual consultation, when no mentions to this variable were present it would be understood that the individual consultation had been performed. Another hypothesis, though less likely, is that the therapist may not have detected, during the first consultation, what the patient's necessity was, and, thus, this variable was not stated.

Concerning the time to reply to the CR, the rule of the *SISMen* is that it should be done within 48 hours after the request. Approximately 40% of the CRs were replied to by the occupational therapist in the time set, although the average time between CR delivery and response was of 4.7 days. The fact that most CRs for the OT were not done within the period established by the *SISMen* can be related: (i) to the restricted number of OT professionals to supply the demand of the UHRPMS, as previously proposed; (ii) to the fact that these professionals do not work on Saturdays and Sundays, which makes it difficult to meet the deadline established during holidays and weekends; or (iii) to the fact that over one fourth (26.5%) of the CRs did not present any reason for the request of the Service, as shown by the percentages presented in the variable "Referral Reasons".

In addition to the previously mentioned limitations of the present study, others are worth mentioning: (i) the fact that this is a retrospective study, which rendered it impossible to make a more accurate description of the population and a better assessment of the efficacy and efficiency of the Occupational Therapy Service of the *SISMen* by the application of instruments and interviews with the patients consulted; (ii) the data were not collected by means of a standardized instrument and some variables did not have a defined standard (for example, 'what do you expect from the request', the 'occupational therapeutic diagnosis', the 'treatment plan'), hindering the analysis of these data.

Conclusion

Studies that present the sociodemographic profile of patients consulted by Consultation-liaison Services help in the planning of actions and in the comprehension of the necessity for human resources, constituting the first step for comprehending this Service.

One of the questions raised was the need for a standardized instrument to assess the CRs directed to the OT Consultation-liaison Service. This, for example, could produce a categorization of the reasons for request to the Service, which could facilitate the referral of patients as well as the knowledge about the functions of the consulting occupational therapist, namely, assess the patient, help him adapt to the hospital routines, and live his daily life in an autonomous and independent manner. Another topic that deserves more detailed studies is the possibility of the existence of associations between sociodemographic and clinical data and the referral of the patients to the OT Service.

According to the exposed, we consider that new studies on this topic and on the efficacy, efficiency, and advantages of this way of working at the Psychiatric Consultation-liaison Services seem to be necessary and opportune.

Acknowledgements

This study was partially supported by a grant from “Fundação de Ensino e Pesquisa do HC-FMRP-USP (FAEPA)”. JAC is recipients of a CNPq Productivity (2006-2009) fellowship.

References

- ABRAMOVICH, T. General Hospital Psychiatry: implications for occupational therapy – one case study. *Medicine and Law*, New York, v. 12, p. 363-367, 1993.
- AGHANWA, H. S.; MIRAKINYO, O.; AINA, O. F. Consultation-Liaison Psychiatry in a General Hospital setting in West Africa. *East African Medical Journal*, Nairobi, v. 73, n. 2, p. 133-6, feb. 1996.
- ALAJA, R.; TIENARI, P.; SEPPA, K.; TUOMISTO, M.; LEPPAVUORI, A.; HUYSE, F.J.; HERZOG, T.; MALT, U.F.; LOBO, A. Patterns of comorbidity in relation to functioning

(GAF) among general hospital psychiatry referrals. European Consultation-Liaison Workgroup. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, v. 99, n. 2, p. 135-40, feb.1999.

ANDREOLI, P.B.A.; PELUSO, E.T.; ANDREOLI, S.B.; MARTINS, L.A.N. Padronização e informatização de dados em serviços de interconsulta médico-psicológica de um hospital geral. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.18, n. 3, p. 89-94, 1996.

ANDREOLI, P. B. A.; CITERO, V. A.; MARI, J. J. A systematic review of the cost-effectiveness studies in mental health consultation-liaison interventions at a general hospital. *Psychosomatics*, New York, v. 44, p. 499-507, 2003.

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no Hospital Geral: histórico e tendências. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006a. cap.1, p. 17-34.

BOTEGA, N. J.; PEREIRA, W.A.; BIO, M.R.; GARCIA JUNIOR, C.; ZOMIGNANI, M.A. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using lay interviewers in a Brazilian hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, v.30, p.1-6, 1995.

BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica: natureza e fatores de encaminhamento. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006b. cap.5, p. 75-86.

BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica: visão psicodinâmica. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006c. cap.6, p. 87-102.

CARVALHO, S.; PIMENTEL, P. Psiquiatria consiliar-ligação na área do Serviço Porto-Sul do Hospital de Magalhães Lemos. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, Porto, p. 25-37, 2000.

COLLINS, D.; DIMSDALE, J. E.; WILKINS, D. Consultation/Liaison Psychiatry utilization patterns in different cultural group. *Psychosomatic Medicine*, Baltimore, v. 54, p. 240-45, 1992.

CORDIOLI, A. V. et al. A consultoria psiquiátrica no hospital de clínicas de Porto Alegre: características dos pacientes encaminhados. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v.6, p. 65-8, 1986.

CREED, F.; GRITHREE, E.; BLACK, D.; TRANMER, M.. Psychiatric referrals within the General Hospital: comparison with referrals to General Practitioners. *British Journal of Psychiatry*, Londres, v.162, p. 204-11, 1993.

CUMMINS, R. O.; JARMAN, B.; WHITE, P. M. Do general practitioners have different referral thresholds? *British Medical Journal*, Londres, v. 282, p. 1037-9, 1981.

DE JONGE, P.; HUYSE, F.J.; RUINEMANS, G.M.; STIEFEL, F.C.; LYONS, J.S.; SLAETS, J.P. Timing of psychiatry consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatry dysfunction. *Psychosomatics*, New York, v. 41, n. 6, p. 505-11, nov./dec. 2000.

DHOSSCHE, D. M.; LORANT, Z. Psychiatric consultations in s Southern University Hospital. *Southern Medical Journal*, Birmingham, v. 95, n. 4, apr. 2002.

FIDO, A. A. A. L.; MUGHALSEEB, A. Consultation-liaison psychiatry in a Kuwaiti general hospital. *Internacional Journal Social Psychiatry*, Londres, v. 35, n. 3, p. 274-9, 1988.

FIRST, M. B.; SPITZER, R. L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J. B. W. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV). Washington (DC): American Psychiatric Press, Washington, p. 84, 1997.

FREYNE, A.; BUCKLEY, P.; LARKIN, C.; WALH, N. Consultation liaison psychiatry within the General Hospital: referral pattern and managment. *Irish Medical Journal*, Dublin, v. 85, n. 3, p.112-4, sep. 1992.

FRIZZO, H. C. F. Inserção do terapeuta ocupacional em um hospital geral universitário: sua participação em um Serviço de Consultoria Psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

HALL, D. V. A Psychiatric liaison service in a General Hospital referrals ans their appropriateness. *Scottish Medical Journal*, Glasgow, v. 39, p. 141-44, 1994.

HUYSE, F. J.; LYONS, J.S.; STRAIN, J. J. Evaluating Psychiatric consultation in the General Hospital – Multivariate prediction of concordance. *General Hospital Psychiatry*, New York, v. 14, p. 363-69, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop_Censo2000.pdf. Acesso em:12 de junho de 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2002. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=132&id_pagina=1. Acesso em: 12 de junho de 2006.

KISHI, Y.; MELLER, W.H.; KATHOL, R.G.; SWIGART, S.E. Factors affecting the relationship between the timing of Psuchiatic Consultation and General Hospital lengh of stay. *Psychosomatics*, New York, v. 45, n. 6, p. 470-6, nov.-dec. 2004.

LEIGH, H. Multidisciplinary teams in consultation-liaison psychiatry: the yale model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v. 48, p. 83-89, 1987.

LIPOWSKI, Z.J. Review of consultation psychiatry, and psychosomatic medicine. II. Clinical Aspects. *Psychosomatics Medicine*, v. 29, p. 201-241, 1967.

LIPSITT, D. R. General hospital psychiatry in the 21st century: Will old acquaintance be forgot? *General Hospital Psychiatry*, v. 21, p. 1-2, 1999.

MAGDALENO JR, R.; BOTEAGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica no Hospital Geral Universitário: um ano no Hospital das Clínicas/ UNICAMP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 95-8, mar. 1991.

MASTROPIETRO, A. P.; OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Intervenções do terapeuta ocupacional em um caso de terminalidade: associações finais. *Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO)*, São Paulo, v. 9, n. 9, p. 18-28, 2005.

MAYOU, R. Liaison psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, Oxford, v. 157, p. 156-158, 1990.

MILLAN, L. R.; MIGUEL FILHO, E.C.; LIMA, M.G.A.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; GIMENEZ, R. Psiquiatria no Hospital Geral: experiência de um ano. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 1/4, p. 33-38, 1986.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (MPAS). Formadores em previdência social. Brasília, 2002. p. 128.

MORAIS, L. V. A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um espaço para a saúde. *Revista do Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional (CETO)*, São Paulo, v. 6, n. 6, 2001.

PEVELER, R.; HOUSE, A. Developing services in liaison psychiatry; making the case of

need. In: *Liaison Psychiatry: Planning Services for Specialist Settings* (eds Peveler, R., Feldman, E. & Friedman, T.). Gaskell, London, pp. 1–13, 2000.

ROBINS, L. N.; WING, J.; WITTCHEN, H.U.; HELZER, J.E., BABOR, T.F.; BURKE, J.; FARMER, A.; JALBEENKI, A.; PICKENS, R.; REGIER, D.A. et al. The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 45, p. 1069-1077, 1989.

SCHLEBUSCH, L. Consultation-liaison clinical psychology in modern general hospital practice. *South African Medicine Journal*, v.64(20); p.781-6, 1983.

SCHOFIELD, A.; DOONAN, H.; DALY, R. J. Liaison Psychiatry in an Irish Hospital: a survey of a year's experience. *General Hospital Psychiatry*, New York, v. 8, n. 2, p.119-22, mar. 1986.

SCHWAB, J. J.; BROWN, J. Uses and abuses of psychiatric consultation. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Chicago, v.205, n.2, p. 65-68, 1986.

SHARROCK, J.; HAPPELL, B. The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the general hospital. *Australian Journal Adv Nursing*, v.18(1); p.34-9, 2000.

SHEVITZ, S. A.; SILBERFARB, P. M.; LIPOWSKI, Z. J. Psychiatric consultation in general hospital: a report of 1000 referrals. *Diseases of the Nervous System*, Memphis, v. 37, p. 295-300, 1976.

SMAIRA, S. I. Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo caso-controle. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 1999.

SMAIRA, S. I.; CORREA, F. K.; CONTEL, J. O. Psychiatry disorders and psychiatry consultation in a general hospital: a case control study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 1, p.18-25, 2003.

SOUZA, J. R. P. Consultoria psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p.123-128, mar. 1995.

SPINELLI, M. A.; TOLEDO, M. L.; CANTINELLI, F. Psiquiatria de Interconsulta no Hospital Geral: comunicação inicial de uma experiência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 42, n. 3, p.175-84, 1996.

SRINIVASAN, K., BABU, R.K.; APPAYA, P. SUBRAHMANYAM, H.S. A study of inpatient referral patterns to a General Hospital Psychiatry Unit in India. General Hospital Psychiatry, New York, v.9, p.372-5, maio. 1987.

TEDESCO, S.; CECCATO, T.L.; NORI, A.M.; CITERO, V.A. A Terapia Ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: Marco, M. A. de (Org.). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 151-155.

TERRONI, L. M. N. Interconsulta psiquiátrica no hospital geral: perfil das solicitações no hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira. Dissertação (Mestrado) - Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, São Paulo, 2000.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JUNIOR, P. R. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p.43-53, 2005.

VINBERG, M.; KESSING, L. V. Risk factors for development of affective disorders. Ugeskrift and Laeger, Kobenhavn, v. 169, p. 1434-6, apr. 2007.

WATSON, L. J. Psychiatric consultation-liaison in the acute physical disabilities setting. American Journal of Occupational Therapy, Boston, v. 40, n. 5, maio 1986.

Table 1 – Requesting clinics for the Occupational Therapy (OT) and Psychiatry (PQU) services of the *SISMen* in the period between 2000 and 2005.

Requesting clinic	OT	PQU
	N =709 (%)	N=1129 (%)
General Clinic ¹	268 (37.8)	359 (32)
Metabolic unit	117 (16.5)	111 (9.8)
Psychiatry	75 (10.5)	—
Pediatrics	63 (9)	59 (5.2)
Renal Transplantation Unit (RTU)	56 (8)	62 (5.5)
“Other” ^{2/3}	25 (3.5)	219 (19.4)
Surgery	25 (3.5)	109 (9.6)
Intensive Care Unit (ICU)	24 (3.4)	19 (1.7)
Marrow Bone Transplantation (MBT)	24 (3.4)	15 (1.3)
SUTID*	18 (2.5)	60 (5.3)
Infecto-contagious Diseases (ID)	8 (1.1)	105 (9.3)
Unidentified	6 (0.8)	11 (1)

¹ Hematology, Dermatology, Immunology, Endocrinology, Gastroenterology, Pulmonology, Cardiology, Geriatrics and Rheumatology

² OT requesting clinics: Gynecology/Obstetrics, Orthopedics, Neurology, Nursery, Ophthalmology, Otorhinolaryngology and Coronary Unit

³ PQU requesting clinics: Clinic of Pain ,Gynecology/Obstetrics, Orthopedics, Neurology, Otorhinolaryngology, Nursery, Ophthalmology, Social Service and OT

* Special Unit for the Treatment of Infectious Diseases

Table 2 – Psychiatric diagnoses in the CRs sent to the OT Service of the *SISMen* between 2000 and 2005

ICD-10/Psychiatric Diagnoses	N=76 (%)
F3 Mood disorders (affective)	33 (43.4)
F4 Neurotic and somatoform disorders	20 (26.3)
F6 Personality and behavioral disorders	12 (15.8)
F2 Schizophrenia, schizotypal, and delusional disorders	7 (9.2)
F0 Organic mental disorders	2 (2.6)
F1 Disorders due to the use of psychoactive substances	1 (1.3)
F5 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	1 (1.3)

Figura 1 – Percentage of referral rates to the Occupational Therapy (OT) and Psychiatry (PQU) Services of the *SISMen* between 2000 and 2005.

Projeto Caracterização de um serviço de Interconsulta em Terapia Ocupacional de um Hospital Geral Universitário

Serviço de Interconsulta em Saúde Mental - HC-FMRP-USP

DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome (Iniciais): _____

Registro: _____

Idade: _____

Sexo: ☐ F ☐ M

Estado civil:

☐ Solteiro ☐ Casado/Amasiado ☐ Separado/Desquitado ☐ Viúvo ☐ ?

Escolaridade:

- ☐ Analfabeto
☐ Ensino fundamental completo
☐ Ensino fundamental incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino superior completo
☐ Ensino superior incompleto
☐ ?

Situação laboral:

- ☐ Empregado formalmente
☐ Empregado informalmente
☐ Dona de casa
☐ Estudante
☐ Desempregado
☐ Outros
☐ ?

Data da internação: ____/____/____

Data da alta: ____/____/____

Número de dias internado: _____

DADOS DO PEDIDO DE INTERCONSULTA

Clínica solicitante:

- Clínica _____
- Psiquiatria – Clínica _____

Nome e Identificação do solicitante: S ☐ N ☐

Data do Pedido de Interconsulta:

S ☐ N ☐

Legibilidade:

☐ Total ☐ Parcial ☐ Ilegível

Motivo da solicitação:

S ☐ N ☐

O que espera do pedido:

S ☐ N ☐

Diagnóstico clínico:

S ☐ N ☐

Diagnóstico psiquiátrico:

S ☐ N ☐

Se sim qual(is)(múltiplos):

A. _____
 B. _____
 C. _____

DADOS DA RESPOSTA DO PEDIDO

Nome e Identificação do interconsultor:

S ☐ N ☐

Iniciais do T.O.: _____

? ☐

Data da Resposta da Interconsulta:

S ☐ N ☐

Caracterização do paciente:

S ☐ N ☐

Legibilidade:

☐ Total ☐ Parcial ☐ Ilegível

Diagnóstico terapêutico ocupacional:

S ☐ N ☐

Plano de tratamento:

S ☐ N ☐

Tipo de tratamento (Múltiplos):

- ☐ Atendimento individual
☐ Atendimento grupal
☐ Orientação à equipe
☐ Orientação aos familiares
☐ ?

Número de avaliações: _____

Data do Pedido de Interconsulta: ____/____/____

Data da consulta: ____/____/____

Tempo entre data da internação e do PI: _____

Tempo entre PI e consulta: _____

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2005

Ofício nº 3128/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **"AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE INTERCONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL EM UM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 214ª Reunião Ordinária realizada em 07/11/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 14379/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
MARIA GABRIELA JUNQUEIRA PERNAMBUCO BARBOZA
PROF. DR. JOSÉ ALEXANDRE DE SOUZA CRIPPA (Orientador)
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos