

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCIO ROBERTO PAES

**PERFIL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM UM HOSPITAL GERAL E DE ENSINO**

**CURITIBA
2013**

MARCIO ROBERTO PAES

**PERFIL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM UM HOSPITAL GERAL E DE ENSINO**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum

**CURITIBA
2013**

Paes, Marcio Roberto

Perfil e diagnósticos de enfermagem de pacientes com transtornos mentais em um hospital geral e de ensino / Marcio Roberto Paes – Curitiba, 2013.

195f.: il.; 30cm

Orientadora: Professora Dra Mariluci Alves Maftum

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1.Perfil de saúde 2.Saúde mental 3.Enfermagem psiquiátrica 4.Diagnóstico de enfermagem 5. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 6.Comorbidade
I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III.Título.


CDD 616.890231

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCIO ROBERTO PAES

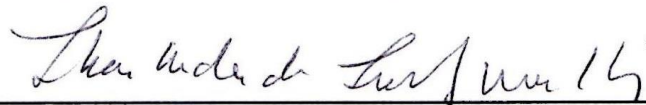
PERFIL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM HOSPITAL GERAL E DE ENSINO

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a): 

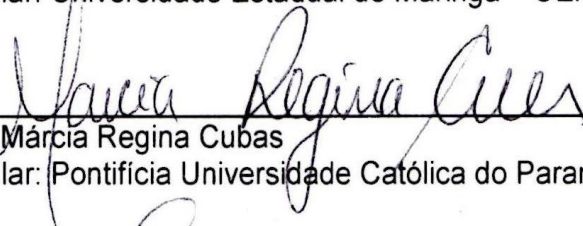
Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR




Profa. Dra. Thais Aidar de Freitas Mathias

Membro Titular: Universidade Estadual de Maringá – UEM



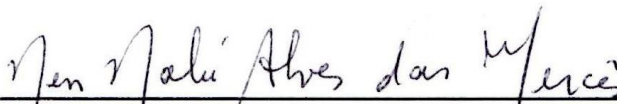
Profa. Dra. Márcia Regina Cubas

Membro Titular: Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 13 de Novembro de 2013.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha companheira Eva pela compreensão, amor e por ter estado ao meu lado me incentivando a prosseguir.

Aos meus filhos Marriç, Lorrann e Marcio Filho por terem demonstrado paciência e compreender as horas de ausência durante o tempo da produção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Autor e Consumador da minha fé, que nos momentos difíceis, sempre se mostra benigno, misericordioso e companheiro. Agradeço-te, Senhor, por ter sonhado os meus sonhos.

À minha mãe Neuli e aos meus irmãos Denise, Jakson e Robson pelo apoio e carinho.

À minha orientadora Professora Doutora Mariluci Alves Maftum, pelo companheirismo, paciência, incentivo e apoio, e por ter confiado na minha capacidade desde a graduação.

Às professoras Doutoradas Thais Aidar de Freitas Mathias, Márcia Regina Cubas, Maria de Fátima Mantovani, Nen Nalú Alves das Mercês, Luciana Puchalski Kalinke, Carmen Lucia Calomé Beck, Fernanda de Moraes Ferreira e Dr Jorge Vinicius Cestari Félix pelo aceite em compor a banca para a defesa desta tese.

Aos colegas, que juntamente comigo, tiveram a oportunidade de fazer parte da primeira turma do curso de Doutorado em Enfermagem da UFPR, Mariluci Hautsch Willig, Luciane Fávero, Leomar Albin, Maria Isabel Raimondo Ferraz, Luciana Schleder Gonçalves e Ricardo Castanho Moreira, pela união demonstrada nessa caminhada trilhada por todos nós durante os últimos anos.

À equipe de enfermagem da UTI Cardiológica do Hospital de Clínicas. Às Enfermeiras Adriana Ribeiro Silva de Castro, Rosilde Aparecida Ferreira Gomes, Anna Carolina Gaspar, Paula Beatris Pereira e aos enfermeiros residentes de enfermagem pelo companheirismo e apoio.

À enfermeira Ana Valesca Gonçalves Andrade pelo incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR por me confiar a oportunidade de ser aluno da primeira turma de doutorado em Enfermagem.

À Alcioni Marisa de Freitas secretária da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR pela atenção e gentileza com que sempre me atendeu.

À Prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, líder do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE/UFPR e aos demais membros e pesquisadores, pelas contribuições e orientações científicas recebidas para a realização desta pesquisa.

Às equipes de enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento, Cardiologia, Neurologia, Infectologia e Clínica médica masculina e feminina do Hospital de Clínicas da UFPR pelo apoio e acolhimento durante os 365 dias que transcorreu a coleta de dados deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia/UFPR e Programa de Pós-Graduação em Administração/UFPR e a Prof^a Dra Fernanda de Moraes Ferreira e Prof Dr Pedro Stein pela oportunidade de participar nas disciplinas que ofertaram naqueles programas.

Às colegas que me auxiliaram na coleta de dados, Enfermeira Adriana Ribeiro Silva de Castro e acadêmica do Curso de Enfermagem da UFPR Aline Cristina Zerwes Ferreira. Sem suas ajudas este trabalho não seria possível.

Ao Prof. José Tarcísio Barbosa pela revisão ortográfica e gramatical deste trabalho.

Aos pacientes que participaram voluntariamente da pesquisa e seus familiares que junto a eles consentiram esta participação.

Aos amigos de perto e os de longe por sempre ter uma palavra ou atitudes de incentivo. Muito obrigado!

“Alguns homens vêem as coisas como são, e dizem: Por que? Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo: Por que não?”

George Bernard Shaw

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

PAES, M.R. **Perfil e diagnósticos de enfermagem de pacientes com transtornos mentais em um hospital geral e de ensino.** 195 fls. (Tese). Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2013.

Os números globais de incidência e prevalência dos transtornos mentais, de comportamento e problemas relacionados ao uso nocivo de álcool e outras drogas e suas consequências são alarmantes e configura-se em uma questão grave de saúde pública mundial. O hospital geral está incluído na rede de atenção à saúde mental e estima-se que 30% dos pacientes atendidos para tratamento clínico ou cirúrgico apresentam pelo menos um transtorno mental. O objeto deste estudo é o perfil sociodemográfico, clínico e diagnósticos de enfermagem destes pacientes. O objetivo geral foi caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e diagnósticos de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal do tipo survey. O estudo foi desenvolvido em seis unidades de internamento (Cardiologia, Neurologia, Clínicas Médica Masculina e Feminina, Infectologia e Pronto Atendimento Adulto) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. A amostragem não-probabilística por conveniência foi composta por 179 participantes, recrutados no período de 01 de fevereiro de 2012 a 31 de janeiro de 2013. Os critérios de inclusão no estudo foram: possuir diagnóstico de transtorno mental descrito em prontuário; ter 18 anos de idade ou mais. Os critérios de exclusão foram: ser paciente já incluído no estudo e ter reinternado; apresentar rebaixamento de nível de consciência. Os dados foram coletados por meio de entrevista utilizando-se um instrumento estruturado aplicado aos 179 participantes e outro semiestruturado aplicado a 35 dentre os 179 participantes. Os dados foram armazenados em planilha do SPSS® 13.0, analisados por métodos estatísticos-descritivos. Os resultados demonstraram que 53,6% eram mulheres, a média de idade $48,95 \pm DP15,33$ anos, 79,9% brancos, 40,8% naturais do interior do estado do Paraná, 83,3% residiam em Curitiba ou região metropolitana, 94,4% em área urbana, 76,0% em casa própria, 19,6% moravam com filhos e 20,1% com outros familiares, 47,5% eram casados ou em situação conjugal estável, 62,0% católicos, 49,8% tinham o ensino fundamental incompleto, 33,5% trabalhavam como prestadores de serviços e 34,6% não tinham profissão, 25,7% eram aposentados. Quanto à presença de transtorno mental: 40,21% apresentavam transtornos depressivos, com maior prevalência para o sexo feminino, 15,6% transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas com maior frequência entre os homens. Quanto à origem do recrutamento, 27,4% dos casos foram provenientes da unidade de neurologia; 78,8% dos participantes internaram no hospital com diagnóstico psiquiátrico prévio, isso confirma o hospital geral como um dos componentes da rede de serviços de atenção à saúde mental; 67% faziam tratamento psiquiátrico; 77,7% usavam medicação psiquiátrica contínua; dados que sugerem a importância da equipe de enfermagem na observação e continuidade do tratamento a fim de prevenir desestabilização do quadro psiquiátrico; 23,5% referiram já ter tentado suicídio; 21,2% apresentavam mais de um diagnóstico psiquiátrico reafirmando a presença de comorbidades; 24,6% já usaram droga ilícita na vida. Evidenciou-se que 25,3% eram dependentes de álcool; 30,7% de tabaco e 17,3% de outras drogas. Foram identificados 31 diagnósticos de

enfermagem e a maior prevalência nos 35 casos estudados foi *Conforto prejudicado*, 51,4%, seguido de *Comportamento de saúde propenso a risco*, 48,6%; e *Risco de suicídio*, 34,3%. Quanto à categorização dos diagnósticos de enfermagem 6,5% referiram-se à Promoção da saúde, 19,3% a riscos e 74,2% a diagnósticos reais. Concluiu-se que a distribuição das variáveis referentes ao perfil sociodemográfico se assemelha com dados gerais da população. As características clínicas coadunam as modificações estruturais na Atenção à Saúde Mental no Brasil. Os diagnósticos de enfermagem identificados dão suporte às necessidades de cuidados psíquicos e físicos dos pacientes.

Palavras-chave: Perfil de saúde; Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica; Diagnóstico de enfermagem; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Comorbidade.

ABSTRACT

PAES, M.R. **Profile and nursing diagnosis of patients with mental disorders in a general and teaching hospital.** 195 sheets. (Thesis). Doctorate in Nursing. Postgraduate Program in Nursing. Federal University of Paraná, 2013.

The overall numbers of incidence and prevalence of mental disorders, of behavior and problems related to harmful use of alcohol and other drugs and its consequences are alarming and configures into a serious public health issue worldwide. The general hospital is included in the network of mental health care and it is estimated that 30% of the patients admitted to medical or surgical treatment have at least one psychiatric disorder. The object of this study is the sociodemographic, clinical and nursing diagnosis profile of these patients. The general objective was to characterize the sociodemographic, clinical and nursing diagnosis profile of patients with mental disorders. This is a quantitative study, of cross-sectional, of survey type. The study was conducted in six inpatient units (Cardiology, Neurology, Clinical Medical Male and Female, Infectious Diseases and Adult Emergency Services) of the Clinical Hospital of the Federal University of Paraná. The non-probability sample for convenience consisted of 179 participants, recruited from 1st February 2012 to 31th January 2013. The inclusion criteria in the study were: having a diagnosis of psychiatric disorder described in the medical records; being 18 or older. The exclusion criteria were: patients already included in the study and had to be readmitted; present drop in the level of consciousness. The data were collected through interviews using a structured instrument applied to 179 participants and another semistructured applied to 35 participants. The data were stored in the SPSS® 13.0, analyzed by statistical-descriptive methods. The results showed that 53,6% were women, mean age 48,95 ± DP 15,33 years old, 79,9% white, 40,8% natural from the countryside of the state of Paraná, 83,3% lived in Curitiba or metropolitan area, 94,4 % in urban areas, 76,0 % in their own home, 19,6% lived with their children and 20,1% other family members, 47,5% were married or in a stable marital status, 62,0% catholic, 49,8% had incomplete elementary education, 33,5% worked as service providers and 34,6% had no occupation, 25,7% were retired. Regarding the presence of psychiatric disorder: 40,21% had depressive disorders, with higher prevalence in females, 15,6% mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances, most frequently among men. Regarding the origin of recruitment, 27,4% of the cases were from the neurology unit, 78,8% of participants admitted to hospital with previous psychiatric diagnosis, this confirms the general hospital as a component of the network of health care of mental services, 67% were under psychiatric treatment; 77,7% used psychiatric medication continuously, the data suggesting the importance of the nursing team in observation and continuity of treatment in order to prevent destabilization of psychiatric disorder, 23,5% reported ever having attempted suicide, 21,2% had more than one psychiatric diagnosis confirming the presence of comorbidities, 24,6% had used illicit drug in life. It was showed that 25,3% were alcoholics, 30,7% tobacco users and 17,3% other drugs. There were identified 31 nursing diagnoses and the highest prevalence in the 35 cases studied was *Impaired comfort*, 51,4%, followed by *Risk-prone health behavior*, 48,6%; and *Risk for suicide*, 34,3%. Regarding the categorization of nursing diagnoses 6,5% reported to the Health Promotion, 19,3% to Risks, and 74,2% Real

diagnoses. It was concluded that the distribution of the variables related to sociodemographic profile is similar with the general population data. The clinical features incorporate structural changes in the Mental Health Care in Brazil. The nursing diagnoses identified give support to psychosocial and physical needs of the patients.

Key words: Health profile; Mental health; Psychiatric nursing; Nursing diagnosis; Substance-related disorders; Comorbidity.

RESUMEN

PAES, M.R. **Perfil y diagnosticos de enfermería de pacientes con trastornos mentales en un hospital general e de enseñanza.** 195 hojas. (Tesis). Doctorado en Enfermería. Programa de Pos-graduación en Enfermería. Universidad Federal de Paraná, en 2013.

Los números globales de incidencia y que prevalece de los trastornos mentales, de conducta y problemas relacionados al uso nocivo del alcohol y otras drogas y sus consecuencias son alarmantes y se configura en un problema grave de salud pública en todo el mundo. El hospital general se incluye en la red de atención de salud mental y se estima que el 30% de los pacientes admitidos a tratamiento médico o quirúrgico tienen al menos un trastorno psiquiátrico. El objeto de este estudio es describir el perfil socio-demográfico, clínico e de diagnósticos de enfermería de estos pacientes. El objetivo general fue caracterizar el perfil socio-demográfico, clínico y diagnostico de enfermería de los pacientes con trastornos mentales. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, del tipo survey. El estudio se realizó en seis unidades de hospitalización (Cardiología, Neurología, Clínicas médicas masculino y femenino. Infectología y Servicios de emergencia adulto) del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. El muestreo no probabilístico por conveniencia consistió en 179 participantes, reclutados en febrero 1 de 2012 a enero 31 de 2013. Los criterios de inclusión para el estudio fueron: tener un diagnóstico de trastorno mental descrito en las historias clínicas; tener 18 años o más. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que ya están incluidos en el estudio y han reiterado; presentar el nivel de conciencia de descenso. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas mediante una encuesta estructurada aplicada a 179 participantes, y otro semi-estructurado, aplicado a 35 participantes. Los datos se almacenan en el SPSS® 13.0, analizados por métodos estadísticos-descriptivos. Los resultados mostraron que el 53,6% eran mujeres, de edad media de $48,95 \pm DP 15, 33$ años, 79,9% blancos, 40,8% naturales del estado de Paraná, el 83,3 % vivía en Curitiba o área metropolitana , el 94,4 % en las zonas urbanas, 76,0% en su propia casa , el 19,6% vivían con sus hijos y 20,1% otros miembros de la familia, 47,5% estaban casados o en un estado civil estable, 62,0% católicos, el 49,8% no habían completado la educación primaria, el 33,5% trabajaban como proveedores de servicios y el 34,6 % no tenían profesión, el 25,7% eran jubilados. Por la presencia de trastornos mentales, 40,21% tenían trastornos depresivos, con mayor prevalencia en el sexo femenino, 15,6% trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con mayor frecuencia entre los hombres. En cuanto a la procedencia de la contratación, el 27,4 % de los casos fueron de la unidad de neurología, el 78,8 % de los participantes admitidos en el hospital con un diagnóstico psiquiátrico previo. Esto confirma el hospital general como un componente de la red de servicios de salud mental, 67% hacían tratamiento psiquiátrico; 77,7 % utiliza medicación psiquiátrica continua, los datos sugieren la importancia del personal de enfermería en la observación y la continuidad del tratamiento con el fin de evitar la desestabilización del cuadro psiquiátrico, 23.5 % reportaron nunca haber intentado suicidarse; el 21,2 % tienen más de un diagnóstico psiquiátrico que confirma la presencia de comorbidades, el 24,6 % había usado drogas ilegales en la vida. Demostró que el 25,3 % eran dependientes del alcohol, el 30,7 % de tabaco y el

17,3 % de otras drogas. Se identificaron 31 diagnósticos de enfermería y la prevalencia más alta en los 35 casos estudiados fue *Discomfort*, con 51,4%, seguido por el *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud*, con 48,6%; *Riesgo de suicidio*, el 34,3%. En cuanto a la caracterización de los diagnósticos de enfermería 6,5 % han reportado la Promoción de la Salud, el 19,3% a riesgos y 74,2% los diagnósticos reales. Se concluyó que la distribución de las variables relacionadas con el perfil socio-demográfico es similar con la población en general. Las características clínicas juntan los cambios estructurales en la Atención a la Salud Mental en Brasil. Los diagnósticos de enfermería identificados apoyan a las necesidades psicosociales y físicas de los pacientes.

Palabras clave: Perfil de salud; Salud mental; Enfermería psiquiátrica; Diagnóstico de enfermería; Trastornos relacionados con sustancias; Comorbilidad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|---|-----|
| QUADRO 1 | - Quantidade de leitos por unidade de internação. Curitiba, 2013..... | 36 |
| FIGURA 1 | - Fluxograma das etapas de coleta dos dados. Curitiba, 2013..... | 44 |
| QUADRO 2 | - Variáveis do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes. Curitiba, 2013..... | 45 |
| FIGURA 2 | - Histograma com curva de normalidade da distribuição das idades dos participantes. Curitiba, 2013..... | 54 |
| QUADRO 3 | - Motivos de interconsulta nas unidades de internação pelo serviço de psiquiatria. Curitiba, 2013..... | 84 |
| FIGURA 3 | - Caracterização do policonsumo dos participantes. Curitiba, 2013 | 111 |
| QUADRO 4 | - Caracterização dos participantes da Fase 2 do estudo. Curitiba, 2013..... | 117 |
| QUADRO 5 | - Eixos que estruturam os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I. Curitiba, 2013..... | 120 |
| QUADRO 6 | - Domínio dos Diagnósticos de enfermagem, identificados nos pacientes com transtornos mentais. Curitiba, 2013 | 122 |
| QUADRO 7 | - Diagnósticos de enfermagem de Promoção da Saúde e características definidoras da Taxonomia II da NANDA-I identificados nos participantes. Curitiba, 2013..... | 123 |
| QUADRO 8 | - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco da Taxonomia II da NANDA-I identificados nos participantes. Curitiba, 2013..... | 125 |
| QUADRO 9 | - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados, segundo os domínios a que pertencem na NANDA-I. Curitiba, 2013 | 131 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|---|-----|
| TABELA 1 | - Distribuição dos participantes, segundo idade e o sexo. Curitiba, 2013..... | 55 |
| TABELA 2 | - Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis demográficas e o sexo. Curitiba, 2013..... | 58 |
| TABELA 3 | - Distribuição dos participantes, segundo as variáveis sociais e o sexo. Curitiba, 2013..... | 64 |
| TABELA 4 | - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e o sexo. Curitiba, 2013..... | 69 |
| TABELA 5 | - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e a unidade de internação. Curitiba, 2013..... | 76 |
| TABELA 6 | - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e o momento do estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico em relação à internação atual. Curitiba, 2013..... | 81 |
| TABELA 7 | - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e a manutenção de tratamento psiquiátrico. Curitiba, 2013..... | 88 |
| TABELA 8 | - Distribuição dos participantes em tratamento psiquiátrico, segundo o transtorno mental e o serviço de saúde em que fazem o tratamento (n=120). Curitiba, 2013..... | 90 |
| TABELA 9 | - Distribuição dos participantes em uso de medicação psicotrópica, segundo o transtorno mental e número de classe de medicação (n=139). Curitiba, 2013..... | 94 |
| TABELA 10 | - Distribuição dos participantes em uso de medicação psicotrópica, de acordo com o transtorno mental e a classe de medicação psicotrópica (n=139). Curitiba, 2013 | 96 |
| TABELA 11 | - Distribuição dos participantes, de acordo com a doença clínica de base e o transtorno mental. Curitiba, 2013..... | 100 |
| TABELA 12 | - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental primário e secundário. Curitiba, 2013..... | 105 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| TABELA 13 | - Distribuição dos participantes com comportamento suicida, segundo o transtorno mental. Curitiba, 2013..... | 108 |
| TABELA 14 | - Distribuição dos participantes com dependência de substâncias psicoativas, segundo as variáveis sociodemográficas. Curitiba, 2013..... | 115 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AIDS | - <i>Acquired immune deficiency syndrome</i> |
| AN | - Anorexia nervosa |
| ANA | - <i>American Nurses Association</i> |
| AVAI | - Anos de vida ajustados por incapacitação |
| AVC | - Acidente Vascular Cerebral |
| BN | - Bulimia nervosa |
| C | - Cardiologia |
| CAAE | - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CAPS | - Centro de Atenção Psicossocial |
| CMF | - Clínica Médica Feminina |
| CMM | - Clínica Médica Masculina |
| CNS | - Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | - Conselho Federal de Enfermagem |
| DALY | - <i>Disability Adjusted Life Years</i> |
| DE | - Diagnóstico de Enfermagem |
| DP | - Desvio-padrão |
| DST | - Doenças sexualmente transmissíveis |
| HC | - Hospital de Clínicas |
| HIV | - <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| HG | - Hospital Geral |
| IBGE | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPI | - Instituição de Longa Permanência para Idosos |
| INCA | - Instituto Nacional do Câncer |
| N | - Neurologia |
| NANDA-I | - <i>North American Nursing Diagnosis Association International</i> |
| NASF | - Núcleo de Apoio à Saúde da Família |

| | |
|---------|--|
| OMS | - Organização Mundial da Saúde |
| ONU | - Organização das Nações Unidas |
| OD | - <i>Odds ratio</i> |
| OPAS | - Organização Panamericana de Saúde |
| PEAD | - Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas |
| PA | - Pronto Atendimento |
| PE | - Processo de Enfermagem |
| PR | - Paraná |
| RG | - Registro Geral |
| R\$ | - Reais (moeda brasileira) |
| SAE | - Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SENAD | - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas |
| SPSS® | - <i>Statistical Package for Social Sciences</i> |
| SRTs | - Serviço de Residências Terapêuticas |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| TAB | - Transtorno Afetivo Bipolar |
| TA | - Transtorno da alimentação |
| TMCDUSP | - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de substância psicoativa |
| TMCDUA | - Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool |
| TCLE | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UF | - Unidade Federativa |
| UFPR | - Universidade Federal do Paraná |
| UTI | - Unidade de Terapia Intensiva |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | | |
|-------|---|----------------|
| art. | - | artigo |
| ed. | - | edição |
| hab. | - | habitantes |
| p. | - | página |
| p.e. | - | por exemplo |
| nº | - | número |
| sr(a) | - | senhor/senhora |
| tel. | - | telefone |
| trad. | - | tradução |
| freq. | - | frequência |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 21 |
| 1.1 OBJETIVO GERAL..... | 34 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 34 |
| 2 MATERIAIS E MÉTODOS..... | 35 |
| 2.1 LOCAL DO ESTUDO..... | 36 |
| 2.2 AMOSTRAGEM..... | 37 |
| 2.3 ASPECTOS ÉTICOS..... | 38 |
| 2.3.1 Grupos vulneráveis..... | 38 |
| 2.4 COLETA DOS DADOS..... | 39 |
| 2.4.1 Etapas da coleta dos dados..... | 41 |
| 2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO..... | 45 |
| 2.6 ANÁLISE DOS DADOS..... | 47 |
| 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 50 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 50 |
| 3.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO..... | 52 |
| 3.3 PERFIL CLÍNICO..... | 69 |
| 3.3.1 Comorbidades clínico-psiquiátricas..... | 98 |
| 3.3.2 Comorbidades psiquiátricas..... | 104 |
| 3.3.3 Perfil de uso de substâncias psicoativas..... | 110 |
| 3.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DAS CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS..... | 117 |
| 3.4.1 Caracterização dos participantes da Fase 2..... | 117 |
| 3.4.2 Diagnósticos de enfermagem..... | 119 |
| 3.4.2.1 Diagnósticos de enfermagem de Promoção da Saúde..... | 123 |
| 3.4.2.2 Diagnósticos de enfermagem de Riscos..... | 125 |
| 3.4.2.3 Diagnósticos de enfermagem Reais..... | 131 |
| 4 CONCLUSÕES..... | 151 |
| REFERÊNCIAS..... | 155 |
| APÊNDICES..... | 183 |
| ANEXOS..... | 192 |

1 INTRODUÇÃO

“There can be no health without mental health”.
Ban Ki-Moon - Secretário Geral da ONU
(WHO, 2011)

Nas últimas décadas, a área de saúde mental vem sendo considerada prioridade nas políticas e ações de saúde em todo o mundo. Isso porque os números globais de incidência e prevalência dos transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas¹ são alarmantes. Esse quadro se configura em uma questão grave de saúde pública mundial e tem exigido implantação de ações governamentais em caráter emergencial.

Diante do aumento progressivo da prevalência dos transtornos mentais e da complexidade que envolve a temática, a definição de saúde mental torna-se mais complexa e abrangente do que somente a ausência de doença mental. Ela pode ser evidenciada pela adaptação bem-sucedida aos estressores ambientais externos e/ou internos, pela adequação de comportamentos, pensamentos e sentimentos, segundo a idade, e congruentes com as normas socioculturais gerais e locais. Envolve, entre outros aspectos, o bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, autorrealização do potencial intelectual e emocional (OMS, 2001).

Por outro lado, o transtorno mental pode ser compreendido como respostas inadequadas aos estressores provenientes do ambiente externo ou dos fatores internos evidenciados por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes, que interferem na atuação social, ocupacional e/ou física da pessoa. Nesta perspectiva, a promoção à saúde mental e as ações intervencionistas devem ser consideradas abrangendo a multidimensionalidade do ser humano e não somente focadas na doença (OMS, 2001).

Tendo por base o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), entendem-se, como Transtornos Mentais e Comportamentais, as condições

¹ Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento. Algumas substâncias são usadas com a finalidade de promover efeitos benéficos, como tratamento de doenças, e são consideradas medicamentos. Existem, todavia, substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. As drogas que modificam o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo, são chamadas de substâncias psicoativas (SENAD, 2013, p. 19).

caracterizadas por alterações mórbidas do pensamento, do comportamento e/ou do humor (emoções), associadas ao sofrimento expresso e/ou deterioração do funcionamento psíquico global (CID-10, 2013).

Um comportamento alterado ou uma anormalidade do estado afetivo em um curto período de tempo não significa, em si, a presença de transtorno mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam persistentes ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida. Os transtornos mentais e comportamentais se caracterizam também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem toda deterioração humana denota transtorno mental (CID-10, 2013). Na literatura é possível encontrar inúmeras nomenclaturas para tais transtornos: doença mental, distúrbio mental, transtorno mental, transtorno psíquico, entre outros. Neste trabalho, o termo adotado será transtornos mentais.

Estima-se que 25% da população (um em cada quatro indivíduos) apresente pelo menos um transtorno mental em dada fase de sua vida. Os últimos dados disponibilizados pela OMS indicam que aproximadamente 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos mentais ou de transtornos relacionados com o uso nocivo de álcool e outras drogas (WHO, 2009).

Um transtorno mental pode surgir em qualquer fase da vida de uma pessoa. É um fenômeno multicausal, multifatorial e universal, que afeta populações em todos os países, sociedades, independentemente da idade, sexo, etnia ou posição social (OMS, 2001; WHO, 2009).

Outros indicadores epidemiológicos importantes relacionados aos transtornos mentais são os índices mundiais de mortalidade prematura, morbidade e incapacidade. Entre os transtornos mentais classificados como os de maior potencial para gerar incapacitação grave estão os do humor (transtorno afetivo bipolar e depressão), a esquizofrenia e os relacionados à dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Estas síndromes acometem aproximadamente 10% da população em idade produtiva, portanto, exercem impacto na economia e na sociedade em geral (OMS, 2001; WHO, 2009).

Em 1990, os transtornos mentais foram responsáveis por 10% do total de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacitação (AVAI), em 2000, 12% e, existe uma projeção mundial de que esse percentual alcance 15% até 2020 (OMS, 2001).

O AVAI ou *Disability Adjusted Life Years* (DALY) é um indicador utilizado em estudos para mensurar a carga global de doenças pela combinação de dois outros indicadores: mortalidade e morbidade. O AVAI procura medir de forma simultânea os efeitos da mortalidade e da morbidade e, dessa forma, mede os anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade relacionada a agravos comparados a uma esperança de vida ideal e padrão (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Com isso, o estudo realizado por Schramm *et al.* (2004) descreveu as correlações diferenciais existentes entre o padrão epidemiológico no Brasil e nas grandes regiões (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) utilizando o AVAI. Este estudo concluiu que os transtornos mentais ocupavam as primeiras posições do *ranking* do AVAI para o grupo de doenças não transmissíveis em todas as regiões do Brasil, apresentando o índice de 18,6% para a média geral de AVAI para o Brasil.

Assim, tem-se que os transtornos mentais são responsáveis por 14% do quadro global de doenças, com estimativas que estes números atinjam 15% até 2030. Cerca de 30% da carga total de doenças não transmissíveis é devida aos transtornos mentais e quase $\frac{3}{4}$ desse total se encontra em países de renda baixa e média baixa (WHO, 2009).

Diante desses dados, percebe-se a importância da condução de estudos que abordem o perfil das pessoas com transtornos mentais, a fim de conhecê-lo e utilizá-lo como base para o planejamento e implementação de políticas nacionais, regionais e locais, que subsidiem as melhores práticas assistenciais a esta clientela.

Os últimos dados publicados pela OMS sobre os transtornos mentais revelam que, em 2011, 5% da população mundial apresentou algum grau de transtorno do humor e, atualmente, cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo têm um transtorno depressivo (WHO, 2012).

A depressão grave é um transtorno mental de impacto elevado na saúde da população e tem sido apontada como uma das principais causas de incapacitação laboral, com repercussão mundial. Ela ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas da carga de doença mundial, com estimativas de que nas próximas décadas poderá ocupar o segundo lugar nesse *ranking* (OMS, 2001; WHO, 2009).

Os transtornos depressivos são síndromes psiquiátricas de alta prevalência na população geral. Quando se trata de pacientes internados em hospitais gerais (HG) para tratamento clínico, estima-se que as frequências estejam entre 9% e 56%. Esses números poderiam ser maiores, pois os casos de depressão em HG são subdiagnosticados, uma vez que nesses serviços de saúde o foco do tratamento é a doença clínica dos pacientes, e isso tem comprometido o diagnóstico, a evolução e o tratamento dos episódios depressivos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; FURLANETTO; BRASIL, 2006; DAL BÓ *et al.*, 2011; MOLINA *et al.*, 2012).

Uma investigação desenvolvida em um HG do Estado de São Paulo teve como objetivo traçar o perfil de pacientes internados na instituição quanto à prevalência de depressão, transtornos por uso de álcool e dependência de nicotina. A amostra foi composta por 4.352 pacientes internados nas clínicas médicas e cirúrgicas, além da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e da Unidade Psiquiátrica. A pesquisa foi considerada por seus autores como a de maior amostra de pacientes para estudos deste tipo no Brasil. Os resultados indicaram a presença de 14% de transtornos depressivos na amostra de pacientes. Esse transtorno mental foi associado à tentativa de suicídio, menor escolaridade, uso prévio de psicofármacos e doenças graves, como, por exemplo, o câncer (BOTEGA *et al.*, 2010).

A gravidade e a complexidade que os transtornos depressivos podem representar para as pessoas estão descritas nos estudos que mostram forte relação entre transtornos mentais e episódios de tentativa de suicídio e/ou sua efetivação. O comportamento suicida não é um transtorno mental, mas estudos têm demonstrado que em torno de 99% das pessoas que tentam suicídio têm algum comprometimento psiquiátrico (BOTEGA *et al.*, 2006). Segundo alguns estudos, a relação entre depressão e tentativas de suicídio apresenta uma variação significativa entre 13% e 53,8% dos casos, e a explicação para larga variação está no fato de estes estudos terem sido conduzidos em diferentes serviços de saúde (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2009b).

Os fatores que contribuem para o aumento nos índices de suicídio podem variar entre grupos populacionais e demográficos específicos. Contudo, sabe-se que os grupos mais vulneráveis são os jovens, os idosos, populações de países pobres e subdesenvolvidos e os socialmente isolados. Podem ser citados como fatores de risco: doenças físicas, abuso de álcool e outras drogas, doença crônica, estresse emocional agudo, violência, mudança súbita e importante na vida do indivíduo,

como, por exemplo, perda de emprego, separação do parceiro, outros eventos adversos, ou, em muitos casos, uma combinação destes fatores (WHO, 2012).

Estudo realizado no Brasil buscou estimar a prevalência dos transtornos mentais em pessoas que tentaram suicídio e foram atendidas em unidade de emergência de um hospital geral. Os resultados mostraram que houve relação entre tais variáveis em 71,9% dos casos. Entre os transtornos mentais, os episódios depressivos foram prevalentes em 38,9% dos casos, seguidos pela dependência de substâncias psicoativas (exceto álcool) 21,9%, transtorno de estresse pós-traumático 20,8%, dependência de álcool 17,7% e esquizofrenia 15,6% (SANTOS *et al.*, 2009b).

Outra preocupação conjunta da sociedade e dos órgãos de saúde mundial na atualidade está a cargo dos resultados de estudos epidemiológicos sobre o uso nocivo do álcool e outras drogas. A dependência de drogas é um dos problemas de saúde pública que tem exigido esforços de entidades e governos para tentar amenizar seus efeitos devastadores. Estimativas da OMS assinalam que, aproximadamente, 70 milhões de pessoas em todo o mundo são acometidas por esse agravo (OMS, 2001).

Em 2005, foi realizado um Levantamento Domiciliar promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com diversos centros de pesquisa com o objetivo de traçar o perfil de consumo de drogas no Brasil. Este estudo abrangeu 108 cidades brasileiras com uma amostra de 7.939 pessoas e mostrou que 22,8% destas pessoas amostradas já haviam feito uso de alguma droga (exceto álcool e tabaco) pelo menos uma vez na vida, 10,3% utilizaram no ano² e 4,5% fizeram uso no mês. Este estudo mostrou que 12,3% da população era dependente de álcool; 10,1%, de tabaco; 1,2%, de maconha; e 0,5%, de benzodiazepínico. Dessa amostra, 8,8%, 2,9% e 0,7% já haviam usado, pelo menos uma vez na vida, maconha, cocaína e *crack*³, respectivamente (CEBRID, 2006).

A dependência química é considerada doença cerebral, multicausal, com consequências múltiplas nos sistemas cerebrais e orgânicos. Esse agravo necessita

²Uso no ano – Considerado o uso nos últimos doze meses.

³*Crack* – cocaína fumada – obtida pelo seu aquecimento e mistura à água e bicarbonato de sódio. O resultado dessa mistura solidifica-se na temperatura ambiente, formando ‘pedras’ de formatos irregulares. Trata-se de uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro (SENAD, 2013).

de intervenção em diversos níveis dentro da área de saúde mental (familiar, medicamentoso, psicoterápico e social) a fim de estabilizar o quadro de dependência. Contudo, o tratamento e a intervenção psicossocial da dependência de substâncias psicoativas é um dos maiores desafios da área de saúde mental, pois drogas novas são desenvolvidas com velocidade admirável, o que gera microepidemias em populações mais vulneráveis. Há ainda a dificuldade de os indivíduos que sofrem deste agravo buscarem tratamento (RIBEIRO; ANDRADE, 2007; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Um estudo que traçou o perfil de usuários de cocaína e *crack* no Brasil verificou que homens entre 25 e 34 anos são os maiores consumidores destas drogas. O uso de cocaína na vida entre estudantes do ensino fundamental e médio varia de 1,7% a 2,9% por região. O estudo mostrou relação direta entre uso destas drogas e comportamento sexual de risco entre os usuários, principalmente entre as mulheres. Os usuários de *crack* em sua maioria fazem policonsumo de drogas e têm histórico de uso da maconha como primeira droga experimentada (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

O aumento na incidência e a prevalência do consumo de álcool e de substâncias ilícitas como a cocaína, *crack*, *ecstasy* e maconha, bem como a precocidade do início do uso, têm apresentado consequências diretas nos índices de morbimortalidade da população mundial em geral. Como isso, os danos físicos representados pelas doenças clínicas decorrentes do uso nocivo do álcool e outras drogas também têm aumentado (AZEVEDO; SILVA, 2012).

A ingestão de álcool está associada a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes automobilísticos, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% de quedas fatais. Pode estar relacionado a uma variedade de doenças clínicas como hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, hepatopatias, gastropatias e algumas formas de câncer como o de mama e de esôfago. O uso nocivo de substâncias ilícitas está relacionado a problemas respiratórios, dor precordial e distúrbios cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010). Este uso também é relacionado com a idade e pode ser observado em adolescentes e jovens com síndromes coronarianas (infarto agudo do miocárdio e angina) que fazem uso abusivo de cocaína, *crack*, heroína e anfetaminas (POTT JUNIOR; FERREIRA, 2009; BOSCH *et al.*, 2010; PARASCHIM, 2010; McCORD, 2010).

Para Galv3ez Fl3rez (2008), em torno de 30% dos pacientes internados em hospitais gerais para tratamento cl3nico faz uso de subst3ncias psicoativas (3lcool e outras drogas) e a maioria desses pacientes apresenta doen3as cl3nicas relacionadas 3 depend3ncia qu3mica. O tratamento para estes pacientes se torna mais complexo em rela33o aos outros, uma vez que a equipe que os atende, muitas vezes, n3o est3 preparada para suprir as necessidades de assist3ncia ao quadro cl3nico conjuntamente 3s condi33es psicossociais.

Os agravos cl3nicos ocasionados pela depend3ncia do 3lcool podem ser exemplificados por um estudo desenvolvido em um HG da Espanha, que tra3ou o perfil de 539 pacientes com s3ndrome de abstin3ncia alco3lica, dos quais, 62,4% foram internados pelos sintomas ps3quicos dessa s3ndrome e 37,6%, devido a causas cl3nicas, que, posteriormente, apresentaram os sintomas de abstin3ncia. Do total de sujeitos, 149 estavam internados na cl3nica m3dica e 54, em unidades cir3rgicas, 37,8% necessitaram de internamento em UTI e 6,6% foram a 3bito. Em tal estudo, quase a totalidade (90,0%) dos casos de abstin3ncia alco3lica era do sexo masculino (MONTE SECADES *et al.*, 2010).

Estima-se que atualmente existam dois bilh3es de pessoas em todo mundo que consomem frequentemente bebidas alco3licas e que, aproximadamente, 76,3 milh3es sejam acometidas por transtornos mentais devidos a este consumo. Tal consumo 3 considerado fator com grande potencial de aumento nos 3ndices de morbimortalidade (YE; CHERPITEL, 2009; BORGES *et al.*, 2009; REHM; POPOVA; PATRA, 2009).

De forma geral, o 3lcool 3 respons3vel por cerca de 1,8 milh3es de mortes anuais na popula33o mundial, o que significa 3,2% de todas as mortes. Do total desses n3meros que correlacionam morte com consumo de 3lcool, 32% s3o consequ3ncias de inj3rias n3o intencionais (acidentes de tr3nsito, afogamentos, queimaduras, quedas e outras). Entre o quadro de doen3as gerais, em torno de 4% s3o relacionadas ao uso nocivo de 3lcool (YE; CHERPITEL, 2009; BORGES *et al.*, 2009; REHM; POPOVA; PATRA, 2009).

Com base nos resultados de estudos epidemiol3gicos realizados em v3rios pa3ses, a OMS recomenda aos sistemas de sa3de que desenvolvam projetos de planejamento para estabelecer uma rede de aten33o 3 sa3de mental, que integre diversos servi3os de todos os n3veis de sa3de, a fim de proporcionar melhores condi33es de sa3de mental 3 popula33o (WHO, 2009).

No Brasil, o governo federal, notando a urgência em estabelecer planos de contenção dos números crescentes de casos de dependência química, lançou, em junho de 2009, um programa específico e contingente para a situação deste agravo: o Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). O objetivo do PEAD é “intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas”. Outra intenção desse programa é qualificar os HGs para o atendimento clínico de pacientes dependentes de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2010, p. 16).

Políticas públicas de saúde mental, como o PEAD, têm recebido cooperação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que tem colaborado com os países americanos oferecendo apoio técnico nas propostas de políticas e planos na área de saúde mental. Deste modo, a OPAS auxilia no apoio sistemático na revisão e na divulgação das informações e das melhores evidências científicas nos estudos da área de saúde mental a fim de melhorar os serviços e tratamentos deste campo da saúde (SENAD, 2013).

Neste contexto, têm-se testemunhado no Brasil, nos últimos anos, mudanças significativas nas dimensões política, econômica, social e profissional, nas quais os cuidados de saúde mental se inserem (BRASIL, 2011b). Tais transformações influenciaram igualmente nas funções e atividades dos profissionais de saúde, uma vez que existe a necessidade de atender às novas e diferentes demandas de saúde da sociedade (WHO, 2007a; b). A partir disto, reforça-se a importância de se conhecer o perfil desta clientela para que sirva de subsídio para os serviços de saúde planejarem e implantarem ações efetivas para atender a estas estratégias governamentais.

O governo brasileiro tem projetado através das políticas de saúde mental para os próximos anos a realização de maior integração e articulação entre os HGs e o campo da saúde mental. Esse intento é considerado um desafio, porque os HGs, “por trabalharem na lógica de especialidades clínicas, apresentam muitas barreiras para realizar a interface com a comunidade e a articulação com a rede de saúde mental e os territórios”. Entretanto, acredita-se no seu potencial em se estabelecer como campo essencial, de qualidade e efetivo na rede de atenção integral à saúde mental, mediante a instalação de leitos ou unidades psiquiátricas, também por sua possibilidade em oferecer “cuidado e retaguarda para os inúmeros casos clínicos

diários nos quais o componente da saúde mental é relevante” (BRASIL, 2011b, p.39-40).

Os últimos dados do Ministério da Saúde contabilizam 646 HGs credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS), com 3.910 leitos psiquiátricos disponíveis, com o intuito de fortalecer a rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2012). Para tanto, esses hospitais devem ser dotados de recursos humanos (profissionais de saúde) capacitados para prestar cuidado de forma integral à pessoa com transtorno mental. Por outro lado, estudos têm concluído que existem barreiras para a efetivação dessa modalidade de atenção à saúde mental devido à dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde para desenvolver cuidados adequados às pessoas em sofrimento psíquico (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; VARGAS; LABATE, 2005; JIMENÉZ BUSSELO *et al.*, 2006; PAES, 2009; PAES *et al.*, 2010; VARGAS, 2010).

Destarte, devem ser crescentes o interesse e o desenvolvimento de estudos que contemplem cuidados à pessoa com transtornos mentais no HG. Tais estudos necessitam abarcar os aspectos psíquicos da doença física e sua influência na progressão dos transtornos mentais. Isso se justifica pelo aumento do índice de pessoas com transtorno mental e de comportamento, que apresentam situações de agravamento de doenças clínicas e que precisam de tratamento em HG (SCHIMITT; GOMES, 2005, BOTEAGA, 2012).

Deste modo, alguns estudos da área de saúde mental têm focado as comorbidades emergentes nas populações, as quais podem ser entre doenças clínicas e psiquiátricas ou a presença de dois ou mais transtornos mentais conjuntamente. Sabe-se que uma doença clínica aumenta a probabilidade de adoecimento mental como também um transtorno mental pode levar a um agravo clínico (SCHIMITT; GOMES, 2005; DUARTE; REGO, 2007; PAES, 2009; HUMEREZ; MARCOLAN; CAVALCANTE, 2010).

Um estudo desenvolvido em HG, por meio da avaliação de médicos psiquiatras, mostrou que 30% dos pacientes internados para tratamento de doenças clínicas ou para intervenção cirúrgica apresentavam algum tipo de transtorno mental (SCHMITT; GOMES, 2005).

Com base nesses dados, percebe-se a importância que deve ser dada à capacitação da equipe de enfermagem para o cuidado à pessoa com transtorno mental ou de comportamento admitidos para tratamento clínico no HG, uma vez que

são os profissionais da saúde que dispensam maior tempo junto ao paciente. A OMS é enfática em declarar que os profissionais de enfermagem são essenciais para a prestação de cuidados à saúde mental e, para tanto, precisam estar instrumentalizados para contribuir eficazmente nessa área. Desses profissionais se espera que possam desempenhar um papel crítico e adequado no cuidado à pessoa com transtorno mental, de forma que possam cuidar salvaguardando os direitos humanos dos pacientes nos diferentes serviços de saúde e na sociedade em geral (WHO, 2007a).

Entretanto, reconhece-se a dificuldade que os profissionais de enfermagem de vários países enfrentam para desenvolver cuidados em saúde mental de forma adequada, e que isto está relacionado ao *déficit* na formação e à quantidade restrita e insuficiente de enfermeiros de saúde mental na prática e na educação, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A OMS conclui que esse panorama resulta na formação de enfermeiros com pouco conhecimento e habilidades necessários para prestar cuidados em saúde mental. Acrescenta-se que isso gera pouca ou nenhuma atenção à saúde mental para aqueles que dela precisam (WHO, 2007a).

A OMS, nos últimos anos, tem disponibilizado à sociedade, de uma forma geral, um número considerável de publicações na área de saúde mental para despertar a consciência da sociedade e dos profissionais para o cenário dos agravos referentes a essa área. Chama a atenção para as consequências sociais, humanas e econômicas que o aumento na incidência e a prevalência de transtornos mentais e comportamentais trazem para a sociedade. Esta entidade vem se empenhando na disseminação de conceitos e reflexões com o intuito de ultrapassar as barreiras que muitas pessoas com transtorno mental ainda têm pela frente, especialmente a estigmatização, a discriminação e a dificuldade de receber cuidados e tratamentos de qualidade em decorrência da insuficiência de pessoal e de serviços qualificados (OMS, 2001; WHO; 2007b).

Destarte, torna-se relevante priorizar a construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades em saúde mental na formação dos enfermeiros, pois elas são requisitos importantes para o desenvolvimento de cuidados específicos às pessoas com transtornos mentais e também para a abordagem integral dos cuidados de enfermagem (WHO, 2007a).

A compreensão e o conhecimento de fatores relacionados ao ser humano são essenciais para que o cuidado ocorra. Os indivíduos interagem entre si e com o ambiente de forma individual, apresentando padrões singulares de interação. No âmbito da saúde humana, isso também ocorre, pois cada indivíduo apresenta necessidades que diferem de pessoa para pessoa, visto que o ser humano é um ser complexo constituído de múltiplas dimensões (CARPENITO-MOYET, 2012).

Como ponto de partida para toda e qualquer atividade do enfermeiro no cuidado ao ser humano, tem-se o Processo de Enfermagem (PE) incorporado à prática da enfermagem. O seu uso permite determinar parâmetros fundamentados na cientificidade, que subsidia a identificação, compreensão, descrição, explicação das necessidades de cuidados dos seres humanos (das pessoas, famílias ou comunidade) e de eventos do cotidiano ou problemas de saúde, que podem ser reais ou ter potencialidades de que ocorra (riscos). Também determina que aspectos dessas necessidades sejam passíveis de intervenção dos profissionais de enfermagem e que promovam a saúde (CARPENITO-MOYET, 2012; NANDA-I, 2013).

O PE serve como base para a tomada de decisão do enfermeiro referente aos cuidados desenvolvidos por ele ou delegados à sua equipe. Este instrumento de trabalho orienta o enfermeiro na obtenção das informações relevantes concernentes ao paciente, proporcionando subsídios para avaliar e diagnosticar as reais ou as potenciais necessidades de cuidados do indivíduo (CARPENITO-MOYET, 2012; NANDA-I, 2013).

O PE descreve os elementos da prática da enfermagem: o que ela faz (ações ou intervenções de enfermagem); a quem essas ações se destinam (ser humano, família, comunidade); as ações que irão suprir quais necessidades desse ser humano (diagnósticos de enfermagem); e quais serão os resultados esperados e os alcançados (avaliação de enfermagem). Fornece um mecanismo útil para estruturar o conhecimento da Enfermagem, auxiliando na definição de seu papel na área da saúde e na sociedade como uma profissão (CARPENITO-MOYET, 2012; NANDA-I, 2013).

Com o intuito de minimizar as disparidades entre os modelos de PE existentes na literatura, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes,

públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Descreve o modelo composto pelas etapas coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

A primeira etapa do PE, coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, se destina ao levantamento de dados sobre o indivíduo, a família, sua comunidade e seu estado de saúde. O diagnóstico de Enfermagem (DE) sucede a fase de coleta de dados. É ele que subsidia a melhor escolha da conduta que o enfermeiro toma frente às necessidades de cuidados de enfermagem. Esse instrumento consiste em um julgamento sob o olhar clínico do enfermeiro sobre as respostas da pessoa aos problemas de saúde (COFEN, 2009).

O termo “diagnóstico de enfermagem” foi utilizado pela primeira vez em 1953, mas somente a partir da década de 1970, quando se estabeleceram as primeiras classificações diagnósticas, houve critérios para descrever e denominar os problemas e necessidades dos pacientes pelos DE (CARPENITO-MOYET, 2012).

“O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processo vitais reais ou potenciais. Ele proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando a alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (CARPENITO-MOYET, 2012, p. 22).

Em 1973, o *American Nursing Association* (ANA) reconheceu o diagnóstico de enfermagem e o definiu como parte integrante do processo de cuidar, legitimando-o como atividade independente do enfermeiro e uma referência para a qualidade do cuidado. Assim, incluiu-o nos padrões internacionais da Prática de Enfermagem, bem como no foco de estudos na área de Enfermagem (CARPENITO-MOYET, 2012; NANDA-I, 2013).

O termo “diagnóstico de enfermagem” tem assumido três interpretações: etapa do processo de enfermagem; lista de categorias ou títulos diagnósticos; e afirmativa redigida em duas ou três partes (CARPENITO-MOYET, 2012).

Como etapa do processo de enfermagem, Risner (1990) explicita que o diagnóstico de enfermagem é a interpretação do enfermeiro com base em conhecimentos, habilidades e experiências, frente ao conjunto de informações obtidas junto àquele que necessita de cuidados de enfermagem. Este conjunto pode

ser formado por sinais observáveis, declarações e sintomas referidos pelo paciente, resultados de exames laboratoriais ou procedimentos diagnósticos ou por anotações da equipe de enfermagem e/ou evolução de outros enfermeiros. Para tanto, o diagnóstico de enfermagem é o resultado de um processo de observação e reflexão, que busca concluir de forma precisa sobre o estado de saúde do paciente e as necessidades com potencial de intervenção dos profissionais de enfermagem.

O DE, caracterizado por uma lista de categorias ou títulos diagnósticos, é representado pelas taxonomias.

Uma taxonomia é uma classificação; trata-se do estudo teórico de classificações sistemáticas, incluindo suas bases, seus princípios, seus procedimentos e suas regras. O trabalho do grupo teórico inicial da terceira conferência norte-americana e subsequentemente do comitê taxonômico da NANDA produziu a estrutura conceitual para o sistema de classificação diagnóstica. Essa estrutura foi denominada Taxonomia de Enfermagem I da NANDA, compreendendo nove padrões de respostas humanas. Em 2000, a NANDA aprovou a Taxonomia II, com 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos (CARPENITO-MOYET, 2012, p. 29).

As partes da afirmativa de um DE aprovado pela *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) são conceitos construídos a partir de um sistema multiaxial (em eixos) que descreve o foco do diagnóstico, o sujeito do diagnóstico, o julgamento, a localização, a idade, o tempo e a situação do diagnóstico (NANDA-I, 2013).

Lunney e Müller-Straub (2013) descrevem a necessidade de intensificar as pesquisas de enfermagem para o aperfeiçoamento da base de evidências dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA-I. Contudo, Frauenfelder *et al.* (2011) explicitam que são poucos os estudos que relacionam ou aplicam os diagnósticos de enfermagem na área da saúde mental. Assim, há dificuldades para saber se as definições dos diagnósticos descrevem a realidade dos cuidados necessários aos pacientes em saúde mental. Este aspecto também foi evidenciado por Escalada Hernández, Muñoz Hermoso e Marro Larrañaga (2013), que buscaram, por meio de revisão, integrar estudos desenvolvidos na área de enfermagem em saúde mental que abordassem a aplicação de diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA, em pacientes com transtornos mentais. Este estudo encontrou dez artigos, dos quais somente dois foram publicados nos últimos cinco anos.

O *déficit* de conhecimento das condições emocionais e psíquicas do paciente, aliado à pouca habilidade em determinar os diagnósticos de enfermagem que contemplam as necessidades de saúde mental, pode ocasionar explícita ou

implicitamente relações e condutas inadequadas do enfermeiro relacionadas ao cuidado do paciente com transtorno mental no hospital geral (HUMEREZ; MARCOLAN; CAVALCANTE, 2010).

De acordo com Escalada Hernández, Muñoz Hermoso e Marro Larrañaga (2013), são poucos os estudos que aplicam o Processo de Enfermagem na área de saúde mental e a maior parte deles é desenvolvida na atenção primária e ambulatorial.

Entre os estudos que traçaram o perfil diagnóstico de enfermagem na área de saúde mental em HG, podem-se citar os estudos desenvolvidos por Sales Orts *et al.* (2007), com amostra de 301 pacientes, e de Ugalde Apalategui; Lluch Canut (2011), com 907 pacientes em hospitais gerais e psiquiátricos da Espanha.

O perfil de diagnósticos de enfermagem baseia-se na identificação dos focos de cuidados, da definição dos diagnósticos de enfermagem como alicerce para as intervenções, que são ferramentas imprescindíveis para a Enfermagem como profissão e ciência. Ele abre espaço para abranger maior conhecimento sobre um determinado grupo de pessoas que necessitam de cuidados específicos (CARVALHO, 2012).

A partir do exposto, delineou-se a questão norteadora deste estudo: *Qual é o perfil sociodemográfico, clínico e diagnósticos de enfermagem das condições psicossociais dos pacientes com transtornos mentais atendidos em hospital geral?*

Para responder a essa questão, foram estabelecidos como objetivos para este estudo:

1.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e diagnóstico de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes.
- Descrever o perfil clínico dos pacientes.
- Estabelecer os diagnósticos de enfermagem das condições psicossociais apresentadas pelo paciente.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de corte transversal, do tipo *survey*.

A abordagem quantitativa baseia-se no paradigma positivista, que tem como pressuposto fundamental a existência de uma realidade objetiva com potencialidade de ser estudada e conhecida. Trata-se de um conjunto de procedimentos ordenados sistematicamente, com uso do raciocínio lógico, para coletar e analisar os dados do estudo (MEDRONHO *et al.*, 2005).

Os métodos na investigação de abordagem quantitativa coletam os dados do estudo por meio de instrumentos formais que possam ser mensurados numericamente por procedimentos estatísticos. Geralmente, os pesquisadores que utilizam essa abordagem têm um plano sistemático preestabelecido com mecanismos destinados ao controle da situação de pesquisa (DESLANDES; ASSIS, 2002; MEDRONHO *et al.*, 2005).

Nos estudos transversais, cada indivíduo é avaliado em um único e determinado momento. Estes estudos podem ser desenvolvidos com o intuito de determinar fator de exposição dos indivíduos a um agravo ou ser realizado apenas com objetivo descritivo sem nenhuma hipótese para ser avaliada. Os estudos descritivos podem ser denominados de “levantamento” ou “*survey*”, que os diferencia dos estudos transversais analíticos, que buscam avaliar hipóteses de associações entre exposição ou características e evento (MEDRONHO, 2005).

Para o levantamento dos dados que subsidiaram traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, utilizou-se um instrumento estruturado e para os dados que serviram como pistas para estabelecer os diagnósticos de enfermagem, um instrumento semiestruturado.

Durante a preparação para a entrada no campo, mais precisamente na aplicação do teste piloto, observou-se que a coleta de dados com o instrumento semiestruturado despendia tempo excessivamente maior em relação à coleta com o Instrumento 1. Tal situação, aliado ao fato de esta entrevista ser realizada somente pelo pesquisador com o intuito de assegurar o rigor na coleta dos dados subjetivos, contribuíram na definição da coleta de dados ocorrer em duas fases. A Fase 1, com todos os participantes, e a Fase 2, com 20% dos que participaram da Fase 1.

2.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em seis unidades de internamento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR): Clínica Médica Masculina (CMM), Clínica Médica Feminina (CMF), Neurologia (N), Cardiologia (C), Infectologia (I) e Observação do Pronto Atendimento Adulto (PA). Essas unidades comportam o quantitativo total de 118 leitos, conforme demonstrado no QUADRO 1.

| UNIDADE | SIGLA | LEITOS |
|-------------------------------|-------|------------|
| Clínica Médica Masculina | CMM | 20 |
| Clínica Médica Feminina | CMF | 20 |
| Neurologia | N | 20 |
| Cardiologia | C | 23 |
| Infectologia | I | 20 |
| Observação Pronto Atendimento | PA | 15 |
| TOTAL | | 118 |

QUADRO 1 - Quantidade de leitos por unidade de internação. Curitiba, 2013
 FONTE: O autor (2013)

O HC-UFPR é um hospital universitário de grande porte da cidade de Curitiba-Paraná (PR) e o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Paraná e um dos cinco maiores hospitais gerais universitários do Brasil. Conforme dados disponibilizados em seu *site* institucional, atualmente conta com 211 consultórios, 374 ambulatorios e dispõe de 471 leitos ativos distribuídos em 59 especialidades, com uma taxa média de ocupação em torno de 63%. O efetivo de recursos humanos gira em torno de 3.514 funcionários, dos quais, 1.100 são profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), atendendo um universo populacional regional de 4.128.156 pessoas/ano (Curitiba e Região Metropolitana). Os últimos dados disponíveis contabilizam uma média de 1.480 internamentos/mês (HC/UFPR, 2013).

Os hospitais universitários são instituições hospitalares públicas ou privadas que integram a rede própria, contratada ou conveniada ao SUS, certificados pelo Ministério da Saúde e da Educação, que participam na formação de estudantes de cursos técnicos, graduação e pós-graduação, contribuindo para o desenvolvimento científico, avaliação tecnológica e pesquisa. Constituem importantes espaços de referência da atenção à saúde de alta complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.2 AMOSTRAGEM

O procedimento da amostragem foi não probabilística e por conveniência.

A amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende de partes do julgamento do pesquisador ou do entrevistador de campo. Na amostra por conveniência, o pesquisador seleciona membros da população mais acessível (POLIT; BECK, 2011).

Foi estabelecido o período de 01 de fevereiro de 2012 a 31 de janeiro de 2013 para a coleta de dados, que determinou o número da amostra.

Durante o período da coleta de dados, houve um total de 2.532 internamentos, entre ao quais, foram identificados 197 pacientes com diagnósticos de transtornos mentais. Entre os 197 pacientes, dois foram considerados perdidos por terem recebido alta hospitalar antes de serem recrutados para o estudo. Houve quatro pacientes que não preencheram o critério de inclusão de ter no mínimo 18 anos de idade, assim não foram recrutados para o estudo. Foram identificados 12 pacientes que já haviam participado do estudo e, assim, o reinternamento foi desconsiderado. Não houve recusa de paciente e/ou responsável pelo internamento de participar do estudo. Assim, a amostra foi composta por 179 pacientes com transtorno mental internados nas unidades (CMM; CMF; N; C; I e PA) do HC/UFPR que cumpriram os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão para participar desta pesquisa foram: ter diagnóstico médico de transtorno mental descrito em prontuário e ter 18 anos ou mais.

Os critérios de exclusão foram: pacientes já entrevistados e que se reinternaram em uma das unidades local do estudo, estado de coma ou rebaixamento de nível de consciência pela Escala de Glasgow, descrito em prontuário.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada autorização formal da Direção Geral do HC/UFPR e das chefias de enfermagem das unidades de internação para a entrada no campo do estudo.

Os pacientes convidados a participar da pesquisa receberam informações a respeito dos objetivos e do curso metodológico do estudo. Para a coleta dos dados nos prontuários e realização das entrevistas, os pacientes, após o aceite, assinaram o TCLE juntamente com seus representantes legais, tendo sido em seguida entregue a cada participante uma cópia deste documento assinada pelo pesquisador.

Foram esclarecidos que poderiam desistir a qualquer momento que lhes conviesse. As entrevistas com os participantes aconteceram em local reservado, garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado em 14/09/2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR, sob CAAE 0218.0.208.000-11, e protocolo nº 2577.184/2011-08 (ANEXO I). Dessa forma, o projeto está em conformidade com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Para a divulgação do nome do HC/UFPR neste trabalho e nas publicações provenientes dele, foi solicitada formalmente permissão para tal à Direção do hospital, sendo autorizado pelo Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC/UFPR, em 03/04/2013, conforme Anexo II.

2.3.1 Grupos vulneráveis

Os participantes da pesquisa foram pessoas com transtorno mental ou de comportamento que, segundo a Resolução nº 196/1996 do CNS, são pertencentes a Grupos Vulneráveis (BRASIL, 1996).

Assim, para respeitar seus direitos, como determina a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a qual prevê em seu art. 2º, inciso IV, sobre a garantia de sigilo das informações prestadas, e conforme está previsto na Resolução nº 196/1996, foram garantidos aos sujeitos o anonimato e a liberdade de participar ou não da pesquisa, podendo haver desistência em qualquer momento (BRASIL, 2001; 2012).

A Lei nº 10.216/01 prevê que “pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde”. Deste modo, além da assinatura dos pacientes, foi solicitada permissão para o seu representante legal por meio da assinatura do TCLE. Considerou-se representante legal o responsável pelo internamento ou familiar de 1º grau.

2.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados se deu por meio de dois instrumentos construídos para esta finalidade: Instrumento 1 estruturado, APÊNDICE II, aplicado ao total da amostra (179 participantes), cujos dados pertenceram à Fase 1 do estudo, e o Instrumento 2, semiestruturado, aplicado em 35 casos, a partir de 01 de novembro de 2012, que abrangeu a Fase 2.

Para a Fase 2, procurou-se incluir os pacientes com os diagnósticos psiquiátricos constantes no item 24 do Instrumento estruturado e de todas as unidades, campo da pesquisa. Deste modo, participaram da Fase 2 em média 20% de pacientes de cada classe de diagnóstico psiquiátrico, com exceção daqueles com diagnóstico de transtorno depressivo, cuja coleta foi encerrada com 14 entrevistas por observar que os dados que emergiam não acrescentavam novas informações que subsidiassem estabelecer DE diferentes daqueles que já estavam identificados. Os participantes da Fase 2 foram 35 pacientes entre os 179 da Fase 1, deste modo, 144 pacientes participaram somente da Fase 1 e 35, das Fases 1 e 2.

A construção do Instrumento 1, que contém questões fechadas para a identificação dos dados sociodemográficos e clínicos, foi embasada por leituras de estudos de perfil em saúde.

O Instrumento 2 foi construído baseando-se em literatura, que aborda a avaliação de enfermagem dos aspectos psicossociais de pacientes (DOENGES; MOORHOUSE, 1999; STUART; LARAIA, 2002; HUMEREZ; MARCOLAN; CAVALCANTE, 2010). Este Instrumento contém dez questões fechadas e 13 abertas destinadas à coleta de informações qualitativas por meio da entrevista e observação, que subsidiou o levantamento de dados para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem das condições psicossociais dos pacientes. As questões fechadas do instrumento versavam sobre a avaliação das condições de higiene, expressão facial, postura, relação do paciente com o entrevistador, forma da linguagem, nível de consciência, qualidade da memória e psicomotricidade. Por meio das questões abertas foram coletadas informações sobre histórico de saúde, sobre sentimentos, percepções, alterações sensoperceptivas, padrão de sono, preocupações, esperança e presença de comportamento suicida.

Após a construção de ambos os instrumentos, eles foram encaminhados para dez enfermeiros, dos quais, sete com *expertise* em diagnósticos de enfermagem (seis com título de doutor e um mestre), sendo que dois são pesquisadores da área de saúde mental e para três enfermeiros assistenciais, para que emitissem considerações a respeito dos itens constantes no instrumento. Esses profissionais fizeram contribuições somente no Instrumento 2 e, a partir das suas considerações, o instrumento foi refinado para aplicação em um estudo-piloto.

No mês de novembro de 2011, foi realizado o estudo-piloto com dez pacientes com transtornos mentais nas unidades de internação (local de estudo) para familiarizar-se com os instrumentos 1 e 2 e identificar a necessidade de algum ajuste. Após a aplicação dos instrumentos no estudo piloto, não houve necessidade de ajustes no Instrumento 2, visto que já havia passado pelo crivo dos enfermeiros com *expertise*.

Entretanto, observou-se que havia questões do Instrumento 1 que precisavam de itens secundários para maior clareza ou acréscimo de alternativas para respostas que, *a priori*, não existiam, como, por exemplo, um item que considerasse a naturalidade estrangeira. Após o instrumento ter sido refinado, ele foi

utilizado para a coleta dos dados. Os casos do estudo-piloto não fizeram parte da amostra do estudo.

Anteriormente ao início da coleta dos dados, nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, para padronizar as condições de aplicação do Instrumento 1, foi feito um treinamento com os entrevistadores: uma acadêmica de enfermagem, bolsista de iniciação científica, e uma enfermeira aluna do mestrado profissional em enfermagem, ambas com desenvolvimento de pesquisas na área de saúde mental, que auxiliaram na coleta de dados. Não houve treinamento para o Instrumento 2, haja vista que ele foi aplicado somente pelo pesquisador.

O treinamento consistiu na apresentação do projeto de pesquisa, do resultado do estudo piloto e da explicação de cada item do Instrumento de coleta de dados. Para se familiarizarem com o local do estudo, os entrevistadores foram encaminhados e apresentados nas unidades de internação selecionadas para o estudo.

A partir do período em que se iniciou a coleta de dados, houve uma escala de divisão dos entrevistadores por dia de semana, inclusive sábados, domingos e feriados, para a realização da busca ativa, do recrutamento dos pacientes identificados como potenciais participantes da pesquisa e entrevista daqueles que aceitavam o convite de participação.

2.4.1 Etapas da coleta dos dados

Etapa 1 – Identificação dos pacientes com transtornos mentais

As unidades de internação foram visitadas diariamente para a verificação dos prontuários (busca ativa) a fim de identificar aqueles pacientes internados que tinham diagnóstico médico de transtorno mental.

Para sistematizar a busca ativa nos prontuários dos pacientes, consultava-se diariamente um relatório disponibilizado pelo Sistema de Informações Hospitalares

(SIH)⁴ do HC/UFPR, no qual constavam o nome da unidade de internação, o registro geral de cada paciente, o nome, idade, doença que o levou ao internamento e data de internamento. Por meio deste relatório, obtinham-se a informação da quantidade de pacientes internados em cada unidade, dos pacientes recém-admitidos e o tempo de internação.

Optou-se por fazer a leitura dos prontuários no período da tarde após as 14:00 horas, porquanto, a partir deste horário, iniciava-se o horário de visitas, aumentando a chance de, ao identificar algum paciente com os critérios para participar do estudo, encontrar o responsável junto com ele.

Após a leitura dos prontuários e a identificação de diagnóstico de transtorno mental, buscava-se por informações que completassem os critérios de inclusão ou exclusão.

Os prontuários que não continham diagnóstico psiquiátrico descrito na evolução médica no momento em que eram lidos, voltavam a ser revistos no dia seguinte, haja vista que vários pacientes apresentaram alterações de comportamento e necessitaram de avaliação do serviço de interconsulta médica psiquiátrica, pela qual alguns pacientes passaram a ter diagnóstico de transtorno mental.

Todos os pacientes com diagnóstico de transtorno mental e comportamental descritos no prontuário, que cumpriram os critérios de inclusão, foram convidados a participar deste estudo.

Etapa 2 – Recrutamento dos participantes

O entrevistador abordava o paciente se apresentando e explicando-lhe que havia consultado seu prontuário e que nele constava o registro de um diagnóstico psiquiátrico. Em seguida, o paciente era informado sobre a pesquisa, seus objetivos e a importância dela para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a esta clientela. Ao acompanhante, eram dadas as mesmas informações, uma vez que

⁴ É o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados, que realizam internações, e consolidados pelos municípios plenos e estados que, após sua análise e aprovação, enviam ao DATASUS para processamento (SIHD, 2013).

também deveria aceitar a participação do seu familiar/paciente no estudo. Após as orientações, o paciente e seu responsável eram convidados a participar da pesquisa. Para os pacientes que não estavam acompanhados no momento do recrutamento, obtinha-se a informação com ele sobre o melhor horário para encontrar o responsável e, assim, convidá-lo a participar do estudo.

Etapa 3 – Coleta de dados com o paciente

Após o aceite e o consentimento formal do paciente e de seu responsável, por meio da assinatura do TCLE, iniciava-se a coleta dos dados de identificação, sociodemográficos e clínicos por meio da entrevista com o Instrumento 1 (APÊNDICE II). Alguns dados não respondidos ou que geraram dúvidas foram extraídos ou confirmados pelas informações descritas no prontuário. A aplicação do Instrumento 1 despendeu em média 15 minutos para cada participante.

Para a coleta de dados com o Instrumento 2, com os 35 pacientes selecionados, foi feita entrevista subsidiada por observação e avaliação de enfermagem das condições psíquicas e emocionais do paciente para estabelecer os diagnósticos de enfermagem que abarcam as condições psicossociais. Cada entrevista durou, em média, 40 minutos e foi gravada em aparelho multimídia.

A seguir a FIGURA 2 demonstra o fluxograma das etapas da coleta de dados.

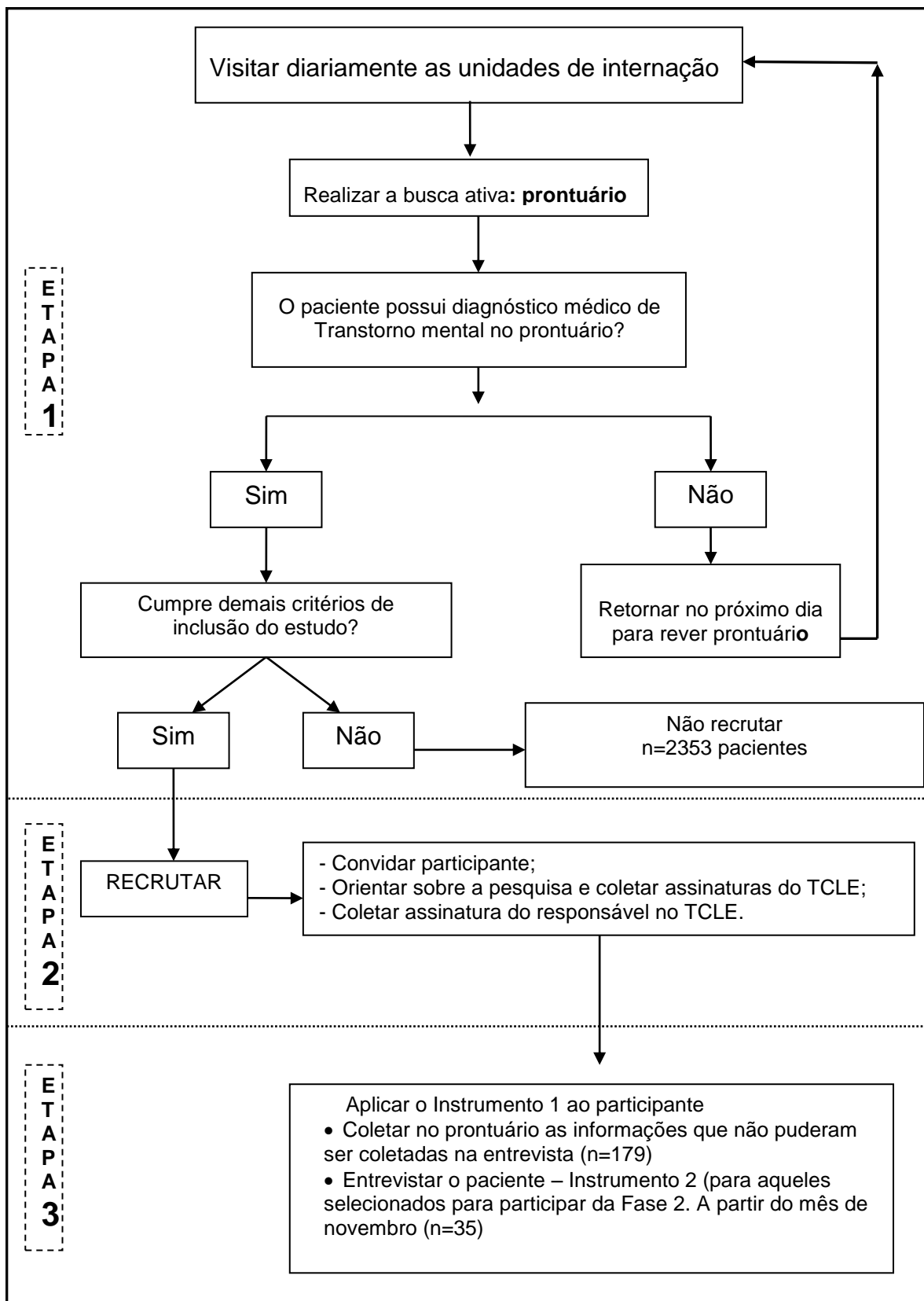


FIGURA 1 – Fluxograma das etapas de coleta dos dados. Curitiba, 2013
 FONTE: O autor (2013).

2.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis consistem naquilo que se deseja estudar e que pode ser traduzido em números através de contagem, mensuração ou classificação. Como o próprio nome sugere, as variáveis diferem de uma pessoa para outra e há a possibilidade de mensurá-las, compará-las e fazer generalizações dos resultados numéricos para outros elementos (sujeito, grupo, comunidade) alheios à amostra daquele estudo, por meio de métodos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

As variáveis que compõem o Instrumento 1 desta pesquisa estão descritas no Quadro 2, a seguir.

| VARIÁVEL | DESCRIÇÃO |
|--|--|
| Idade | Idade em anos a partir de 18 em número absoluto |
| Sexo | Masculino ou feminino |
| Cor da pele (autorreferida) ⁵ | Cor da pele ou raça declarada pela pessoa. |
| Naturalidade | Local de nascimento |
| Procedência | Município, Estado e país de moradia. |
| Área de moradia | Zona urbana ou rural |
| Reside com alguém | Sozinho ou com outros (familiares, amigos ou instituição). |
| Tipo de instituição | Válido para aqueles que moram em instituição, complementa a variável anterior. |
| Tipo de residência | Própria; alugada; cedida; morador de rua; não se aplica. |
| Situação conjugal | Casado civilmente ou relação estável; solteiro; divorciado; viúvo. |
| Instrução | Considera o tempo de estudo formal do participante ⁶ . |

continua

⁵ Variável baseada no IBGE (2011).

⁶ Foi considerada analfabeta a pessoa que aprendeu a ler e escrever, mas que esqueceu devido a ter passado por um processo de alfabetização que não se consolidou e a que apenas assinava o próprio nome (IBGE, 2011).

| VARIÁVEL | DESCRIÇÃO |
|--|---|
| Profissão | Profissão – autorreferida e posteriormente categorização em área de atuação (Saúde, educação, Construção civil; Administração; Comércio; Indústria; Serviços domésticos; Prestação de serviços; trabalho rural; não tem). |
| Ocupação | Do lar; estudante; desempregado; empregado assalariado; autônomo; aposentado; sem ocupação. |
| Religião | Católica; protestante/evangélica; espírita; afro-brasileira; budista/oriental; outras; não tem. |
| Renda familiar | Menos de um salário mínimo ⁷ ; 1 salário mínimo; de 2 a 4 salários mínimos; 5 ou mais salários mínimos e dados prejudicados ⁸ . |
| Número de pessoas que contribuem com a renda | Em números absolutos. |
| Número de pessoas que dependem da renda | Em números absolutos. |
| Unidade de internamento | Local de internamento do paciente. |
| Motivo de internação | A partir de diagnóstico médico descrito no prontuário (Clínica Médica, Cirúrgica ou Psiquiátrica). |
| Doença clínica principal | A partir de diagnóstico médico descrito no prontuário. |
| Transtorno mental | Conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10). |
| Medicação psiquiátrica | Por categoria de psicotrópicos (antipsicótico, estabilizadores do humor, antidepressivos, ansiolíticos, sedativo, psicoestimulantes, hipnóticos, anticonvulsivantes). Para cada item (SIM OU NÃO). |
| Tempo de uso de medicação (autorreferido) | Número absoluto. |

continuação

⁷ Considerou o valor de salário mínimo vigente na época de coleta no valor de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais) conforme o Decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c).

⁸ Para aqueles que não souberam responder.

| conclusão | |
|--|---|
| VARIAVEL | DESCRIÇÃO |
| Tratamento psiquiátrico | Considerou-se o acompanhamento por profissionais de saúde em serviço de saúde mental. |
| Local | Serviço de saúde mental que faz acompanhamento e tratamento. |
| Momento do diagnóstico psiquiátrico | Se ocorreu durante a internação atual ou anterior à internação atual. |
| Há quanto tempo recebeu diagnóstico de transtorno mental? | Em anos (números absolutos). |
| Acompanhamento do serviço de psiquiatria do hospital geral | Sim ou não. |
| Motivo da solicitação de avaliação | Descrição do motivo. |
| Sobre comportamento suicida | Se já apresentou pensamento de se matar e se já tentou suicídio. |
| Uso de drogas na vida | Sim ou não e o tipo de droga. |
| Dependência química atual | Sim ou não e o tipo de droga. |
| Uso de droga atual | Sim ou não e o tipo de droga. |

QUADRO 2 – Variáveis do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes.
Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013)

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados com o Instrumento 1 foram armazenados em planilha criada pelo *Software Statistical Package for the Social Sciences SPSS® 13.0*, com dupla digitação independente. Após a verificação e correção de eventuais erros de digitação e inconsistências, os dados foram analisados por métodos descritivos e apresentados sob a forma de tabela e gráficos. Os resultados das tabelas estão apresentados na ordem das questões contidas no Instrumento 1.

Os resultados obtidos pela análise descritiva estão expressos por medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (amplitude, desvio padrão-DP e distribuição normal) para variáveis numéricas.

Os resultados das variáveis categóricas estão apresentados por frequência e percentuais. Para avaliação da associação entre variáveis categorias, foram considerados os valores de $p < 0,05$, que indicam significância estatística.

Os dados obtidos que subsidiaram os diagnósticos de enfermagem foram analisados por meio de raciocínio diagnóstico proposto por Risner (1990).

Para se chegar com precisão a um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro recorre a princípios essenciais, como, por exemplo, raciocínio, reflexão, introspecção, intuição. Estes princípios ocorrem dentro de um subprocesso que analisa, sintetiza, interpreta e dá sentido às informações obtidas junto ao paciente, que resulta na compreensão do *status* geral de saúde e de necessidades do paciente, representado pelo diagnóstico de enfermagem (RISNER, 1990).

Trata-se de um processo cognitivo, que se traduz no raciocínio clínico de enfermagem com o intuito de obter o DE com maior precisão. Esses passos são divididos em duas fases, denominadas por Risner (1990) de Análise e Síntese.

A Análise é a separação do material em partes constituintes, o exame crítico que define as características essenciais e suas relações. No processo de diagnóstico de enfermagem, a análise é a categorização de dados e a identificação de lacunas e incongruência de dados, representada nos passos 1 e 2 descritos a seguir.

A Síntese se refere à combinação de partes ou elementos em uma única entidade, sendo um processo de utilização do raciocínio propriamente dito. No processo de diagnóstico de enfermagem, a síntese é a determinação e aplicação dos padrões, normas, teorias e modelos, a identificação de pontos fortes e as preocupações de saúde e do delineamento das relações exclusivas para o paciente.

Por meio deste processo, foram seguidos os seguintes passos:

1. As transcrições das entrevistas aplicadas aos 35 participantes foram lidas com profundidade para identificar pistas⁹ que conduzissem ao estabelecimento de diagnóstico de enfermagem.

⁹ Pistas: manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características definidoras de um diagnóstico de enfermagem (MATOS; CRUZ, 2009).

2.Releitura das pistas para a identificar lacunas e incongruências nos dados, haja vista que algumas pistas podem denotar necessidades de cuidados em outras dimensões (física, espiritual ou familiar).

3.Realização do agrupamento das pistas em padrões (conforme os domínios da NANDA-I).

4.Comparação das pistas às definições, características definidoras, fatores relacionados ou de riscos para estabelecer os DE.

5.Identificação das necessidades dos cuidados que geraram a identificação dos DEs de riscos ou reais e a identificação de pontos fortes que identificaram os DEs de promoção da saúde, conforme a categorização do diagnóstico da NANDA-I (2013).

6.Os DEs são apresentados com a relação etiológica que sugeriu sua identificação e a frequência em que esta relação (características definidoras, fatores relacionados ou de risco) se apresentou em cada caso.

Para estabelecer o processo de diagnóstico, o enfermeiro deve apresentar habilidades cognitivas distintas que são: conhecimento empírico e pessoal, pensamento crítico e capacidade de tomada de decisão clínica para o cuidado de enfermagem (RISNER, 1990).

Os diagnósticos de enfermagem receberam denominação segundo a taxonomia II da NANDA-I 2012-2014 (NANDA, 2013).

Depois de estabelecido o diagnóstico de enfermagem das condições psicossociais dos participantes, eles foram organizados e apresentados em frequências absolutas e relativas para mostrar o perfil diagnóstico de enfermagem dos pacientes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item é apresentada a análise descritiva dos resultados obtidos na seguinte ordem: Caracterização da amostra, Perfil Sociodemográfico, Perfil Clínico e Diagnósticos de Enfermagem das condições psicossociais.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Durante o período de coleta dos dados, houve 2.532 internamentos nas unidades eleitas como local para este estudo. Deste total, foram identificados 179 pacientes com transtornos mentais, o que significou uma prevalência de 7,1%.

Este resultado é bem abaixo das prevalências encontradas na maioria dos estudos em hospitais gerais, que se situam entre 30% e 36,7% (SCHMITT; GOMES, 2005; SOEIRO *et al.*, 2008; CASTRO-CAMACHO *et al.*, 2012). Isto pode ter ocorrido pelo fato de a amostra ser composta por pacientes com diagnósticos com base em registro em prontuário, com provável diminuição do real índice de pacientes com transtornos mentais, isto porque os profissionais de saúde em hospitais gerais têm maior dificuldade de compreender e reconhecer sinais e sintomas de transtornos mentais. Também pode dever-se à crença ainda mantida de que o hospital geral não é o local para atendimento dessa clientela.

Prevalência menor do que a encontrada neste estudo foi evidenciada em um estudo desenvolvido em um hospital geral da Cidade do México a partir de fontes secundárias, em que foi verificada frequência de 2,84% de pacientes com transtornos mentais atendidos entre o ano 2000 e 2003 (FONSECA, 2010).

Assim, pode-se considerar que as prevalências de transtornos mentais em hospitais gerais são subestimadas. Brunoni (2008) explica que isto ocorre porque médicos clínicos não psiquiatras têm dificuldades de reconhecer sintomas psíquicos, diagnosticar, tratar e encaminhar para serviços especializados os pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais.

Ao considerar a frequência de transtornos mentais na população geral, observa-se que ela é alta, uma vez que a OMS estima que aproximadamente 450

milhões pessoas em todo o mundo tenham um transtorno mental. Um estudo internacional abrangente com amostra de 60.463 participantes em 14 países¹⁰ mostrou uma prevalência média de 20%, tendo as taxas em cada país variado entre 4,3% e 26,4% (DEMYTTENAERE *et al.*, 2004).

Considerando a população brasileira, não existem estudos epidemiológicos da prevalência de transtornos mentais. Contudo, Santos e Siqueira (2010) fizeram uma revisão sistemática, e os resultados mostraram índices elevados de transtornos mentais em adultos brasileiros, que variaram entre 20% e 56%, e que as mulheres e trabalhadores são as populações mais acometidas por estes agravos.

Com base em estudos brasileiros, Mari, Jorge e Kohn (2007) estimaram que de 32 a 50 milhões de pessoas no Brasil sofrem de um transtorno mental e, levando em consideração a gravidade e cronicidade, 6% têm um transtorno mental grave e 3,1%, um transtorno persistente.

Quanto a estudos que estimem prevalência de pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais, pode-se citar o desenvolvido por Castro-Camacho *et al.* (2012) em Bogotá, que verificou prevalência de 36,7% em uma amostra de 1.094 pacientes de quatro unidades de um hospital geral (Ambulatório, Serviço de Emergência, enfermaria e atenção primária). A amostra foi randomizada e os casos identificados partir da avaliação médica dos pacientes, o que eleva a frequência dos pacientes com diagnóstico psiquiátrico.

Deste modo, percebe-se que estudos que fazem avaliações com o propósito de identificar casos de transtornos mentais e de comportamento mostram prevalências mais altas e congruentes com os dados da OMS e em estudos a partir de fontes secundárias, principalmente em hospital geral, os dados são subestimados.

¹⁰ Relação dos 14 países que foram envolvidos no estudo. Américas (Colômbia, México, Estados Unidos), Europa (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Ucrânia), Oriente Médio e África (Líbano, Nigéria) e Ásia (Japão, pesquisas separadas em Pequim e Xangai, na República Popular da China).

3.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Dos 179 casos que constituíram a amostra deste estudo, 83 (46,4%) são do sexo masculino e 96 (53,6 %) do sexo feminino. Estes dados são compatíveis com a maioria dos estudos nacionais e internacionais.

Zanello e Silva (2012) citam que o sexo (masculino/feminino) tem importante correlação com os transtornos mentais em cinco aspectos: na prevalência dos transtornos mentais, na forma como os sinais e sintomas se apresentam, no curso do transtorno, nos modos utilizados para a busca por tratamento e no resultado do tratamento.

Os dados apresentados neste estudo mostraram pouca diferença percentual entre homens e mulheres. De modo geral, as prevalências dos transtornos mentais não são diferentes ou apresentam grandes disparidades, contudo, quando se consideram alguns transtornos específicos, como, por exemplo, transtornos depressivos ou dependência química, há diferença significativa entre homens e mulheres (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Ao considerar a correlação entre sexo e índices de transtornos mentais, um estudo desenvolvido nos Estados Unidos com uma amostra de 43.093 participantes mostrou que 57% eram mulheres e 43% eram homens (EATON *et al.*, 2012). Outro estudo realizado em um hospital geral de Bogotá encontrou índices parecidos numa amostra de 1.094 participantes: 57,5% mulheres e 42,5% homens (CASTRO-CAMACHO *et al.*, 2012); no Quênia, país africano, 56,3% para mulheres e 43,6% homens (NDETEI *et al.*, 2009); em Portugal, 59,6% em mulheres (RABASQUINHO; PEREIRA, 2007); e em Maringá, Paraná, 68,1% eram mulheres (PORCU *et al.*, 2007).

Todavia, existem estudos que avaliaram a presença de transtornos mentais em pacientes de hospitais gerais que apresentaram índices diferentes em relação ao sexo dos participantes, como um estudo de Campinas-SP com prevalência de homens (56,9%) (SOEIRO *et al.*, 2008) e em Cuiabá-MT (74,2%) (SILVA; OLIVEIRA; IDE, 2011).

Os estudos epidemiológicos citados por Andrade, Viana e Silveira (2006) reforçam a ideia da existência de diferenças na incidência, prevalência e no curso de alguns transtornos mentais e de comportamento entre homens e mulheres. Na

população adulta feminina, os transtornos mentais mais frequentes são os de ansiedade e depressão. Na população masculina, a maior prevalência é a dependência química, inclusive de álcool, e os transtornos de personalidade.

Existem transtornos mentais, como a esquizofrenia, em que as taxas de prevalência entre homens e mulheres são semelhantes. Todavia, é possível observar diferenças na idade de início da manifestação dos primeiros sintomas, bem como pela resposta ao tratamento (SADOCK; SADOCK, 2007).

Andrade, Viana e Silveira (2005) fizeram um comparativo das prevalências de transtornos mentais entre homens e mulheres em cinco localidades diferentes - São Paulo (Brasil), Estados Unidos, Holanda, Grã-Bretanha e Santiago (Chile) - tendo por base dados secundários. Os resultados mostraram que os transtornos do humor e transtornos de ansiedade foram mais prevalentes em mulheres nas cinco localidades. A esquizofrenia tem prevalências bem próximas entre homens e mulheres em São Paulo e nos Estados Unidos e idênticos na Grã-Bretanha. A prevalência do abuso de drogas (incluindo o tabaco) e de álcool é duas vezes maior em homens do que em mulheres. Isto é confirmado por estudo de revisão integrativa realizado por Eaton *et al.* (2012), que afirmam que as mulheres apresentaram marcadamente taxas mais elevadas de prevalência, muitas vezes aproximadamente o dobro em relação aos homens nos seguintes transtornos mentais: depressão, distímia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social, fobia específica. Estes autores comentam que a etiologia dessas diferenças de sexo nas taxas de prevalência de transtornos mentais específicos não é ainda bem compreendida, embora várias teorias tenham sido postuladas para explicá-las. Estas teorias incluem o viés de resposta dos participantes dos estudos, as diferenças e especificidades dos serviços de saúde em que os participantes dos estudos se encontravam e interferência de fatores sociais, demográficos e biológicos, como, por exemplo, as comorbidades clínicas.

Os sintomas e as consequências sociais referentes à dependência do álcool diferem entre homens e mulheres. A síndrome de abstinência, a falta de controle e problemas jurídicos foram mais frequentes nos homens, enquanto para as mulheres os índices de tentativas de abandonar o álcool e as dificuldades para realizar atividades diárias eram maiores, segundo um estudo desenvolvido no México por Berezoni *et al.* (2011).

A partir destes fatos, para este estudo considera-se importante apresentar algumas variáveis com os resultados separados entre homens e mulheres.

Em relação à idade dos participantes, verificou-se que a média de idade \pm DP foi de 48,95 \pm 15,33 anos, mediana de 49 anos, moda de 55 anos, variância de 235,1, tendo sido as idades mínima 18 e máxima 88 anos. O resultado das idades em relação ao sexo do sujeito não mostrou grande disparidade, sendo a média de idade dos homens de 47 \pm 15,34 anos e para as mulheres de 50 \pm 15,29 anos.

A Figura 2 mostra um histograma com a distribuição das idades em relação à curva de normalidade.

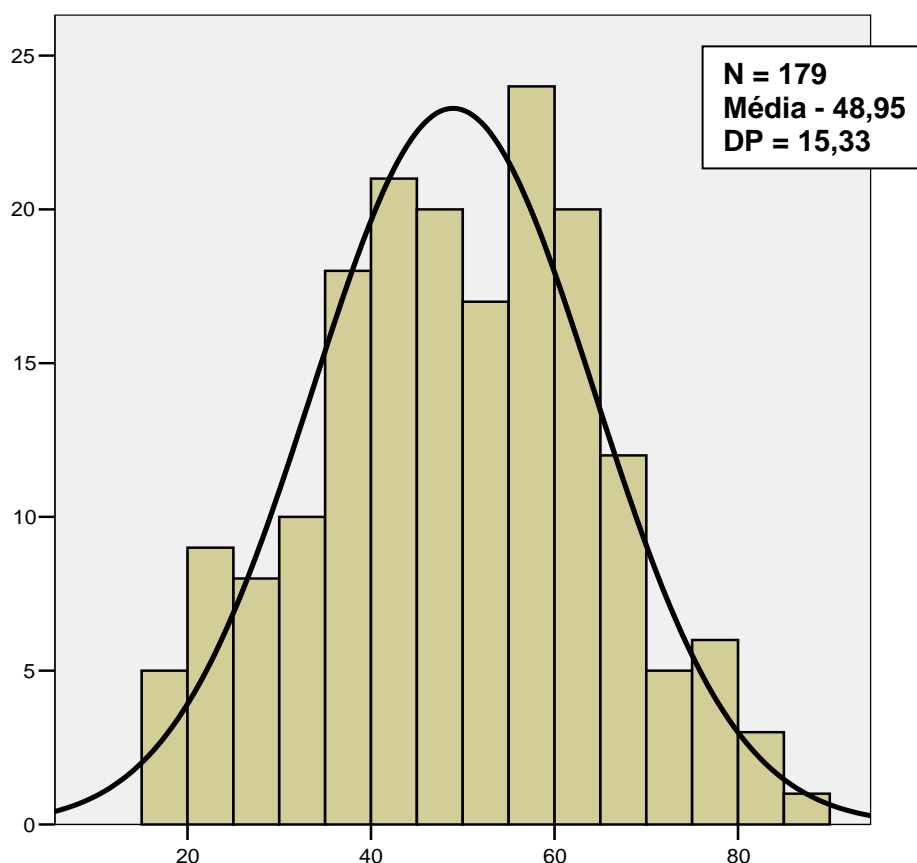


FIGURA 2 – Histograma com curva de normalidade da distribuição das idades dos participantes. Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013)

Em geral, este perfil de idade se assemelha ao descrito em outros estudos similares como o desenvolvido em Bogotá com 1.094 pacientes em quatro unidades de internamento de um hospital geral, $44,54 \pm 13,61$, com idade variando entre 18 e 65 anos (CASTRO-CAMACHO *et al.*, 2012). Estudo nacional com amostra de 1.147 participantes, $49,72 \pm 16,18$ anos (MARQUES *et al.*, 2013) e em estudos desenvolvidos em hospitais gerais africanos (Quênia e Uganda) com idades médias respectivas $34,2 \pm (?)$ anos e $37,7 \pm 15,42$ anos (NDETEI *et al.*, 2009; RUKUNDO; NAKASUJJA; MUSISI, 2013).

Mesmo aqueles estudos que incluíram participantes menores de 18 anos tiveram média de idade levemente mais baixa em relação aos estudos citados, de $40,28 \pm 15,24$ anos (PORCU *et al.*, 2007).

A Tabela 1, apresenta-se as idades dos participantes agrupadas em cinco classes com distribuições das idades em classes intervalares de 10 anos, segundo o sexo.

TABELA 1 - Distribuição dos participantes, segundo a idade e o sexo. Curitiba, 2013

| Classes de idades | Sexo | | | Total | |
|-------------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|
| | Masculino | Feminino | (n) | % | % acumulada |
| 18 ---- 29 anos | 11 | 11 | 22 | 12,3 | 12,3 |
| 30 ---- 39 anos | 17 | 11 | 28 | 15,6 | 27,9 |
| 40 ---- 49 anos | 17 | 24 | 41 | 22,9 | 50,8 |
| 50 ---- 59 anos | 17 | 24 | 41 | 22,9 | 73,7 |
| 60 anos ou mais | 21 | 26 | 47 | 26,3 | 100 |
| Total | 83 | 96 | 179 | 100 | |

FONTE: O autor (2013)

Considerando as idades divididas em classes, Tabela 1, nota-se que 45,8% dos casos estão alocados dentro das classes de idade dos chamados adultos de meia idade¹¹ e 26,3% têm 60 anos ou mais, classe que abarca os idosos. As pequenas diferenças puderam ser identificadas nas classes de 30 a 39 anos com predominância de homens e as demais com predominância de mulheres.

¹¹ A meia-idade é uma fase do ciclo vital que se estende aproximadamente dos 40 aos 60 anos (MARGIS, CORDIOLI, 2007).

A OMS (2001) é categórica em afirmar que os transtornos mentais podem afetar as pessoas em qualquer idade, contudo, atualmente, a literatura apresenta uma forte relação de transtornos mentais com a idade.

Nos últimos anos, têm sido discutidos e pesquisados os transtornos mentais e de comportamento na infância e adolescência, colocando-os em maior evidência, o que sugeriu políticas públicas e a construção de estratégias para articulação intersetorial dos serviços de saúde com especificidades a esta clientela, como, por exemplo, a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-i) (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A meia-idade é caracterizada por adultos em idade produtiva e com maior suscetibilidade a estressores (MARGIS, CORDIOLI, 2007). Mori e Coelho (2004) referem a existência e inúmeros fatores biológicos, culturais e sociais que influenciam o modo de vida da mulher de meia-idade, tornando-a mais suscetível aos transtornos mentais, principalmente os do humor (transtornos depressivos e TAB).

Na meia-idade, ocorrem inúmeras mudanças físicas acompanhadas por novas demandas emocionais e psicológicas, em que o indivíduo busca o reconhecimento social, fortalecimentos das relações com o outro, traça estratégias mais elaboradas para o alcance dos objetivos. Isto porque, na meia-idade, a pessoa reconhece que a vida é finita e que existe a possibilidade de alguns de seus objetivos não serem alcançados. Dessa forma, “algumas pessoas têm uma sensação de urgência [...] em fazer tudo o que puderem antes que o tempo acabe”. Quando existe má adaptação a esta perspectiva, ela se torna destrutiva, e as pessoas, mais suscetíveis aos transtornos mentais (SADOCK, SADOCK, 2007, p. 65).

Estudos trazem resultados que mostram que os indivíduos de meia-idade são mais suscetíveis aos transtornos mentais, principalmente quando são portadores de dor crônica e trabalham em ambiente estressante ou têm dependência química (tabaco, álcool ou outras drogas), conforme estudos de Berber, Kupek e Berber (2005), Gasparini, Barreto e Assunção (2006), Paixão *et al.* (2009) e Sousa, Silva e Oliveira (2010).

A outra classe de idades com maior índice foi a dos idosos acima de 60 anos. O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos demográficos em maior evidência na atualidade. No Brasil, o rápido crescimento da população

com mais de 60 anos e as consequências do envelhecimento têm sido foco de inúmeras pesquisas para dar suporte ao desafio de superar as dificuldades que surgem com o avanço da idade e promover melhor condição de vida a esta clientela. Uma das consequências do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de enfermidades características da terceira idade, entre quais, podem ser citadas aquelas de transtornos mentais (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; NOIA *et al.*, 2012; MINGHELLI *et al.*, 2013).

Segundo Gordilho¹² (2002) *apud* Floriano e Dalgarrondo (2007), a prevalência de transtornos mentais nos idosos varia de 17% a 30%. Deste modo, deve-se compreender que os idosos apresentam demandas de cuidados em saúde diferentes e mais complexas em comparação aos mais jovens. Uma população mais envelhecida exige mais investimentos de recursos em saúde e seguridade social, o que gera um grande desafio aos governantes em elaborar políticas públicas mais eficientes para oferecer melhores condições de vida e de saúde (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007).

Na Tabela 2, são descritos os dados demográficos que caracterizam os participantes da pesquisa com a distribuição dos casos segundo o sexo. Os resultados evidenciaram que 79,9% são brancos, 40,8% são naturais do interior do estado do Paraná, 83,3% residem em Curitiba ou região metropolitana, 94,4% em área urbana, 76% em casa própria, 19,6% moram com filhos e 20,1%, com outros familiares.

¹² GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In FREITAS, E.V. *et al.*, (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanaba/Koogan, 2002. p. 204-15.

TABELA 2 – Distribuição dos participantes, de acordo com as variáveis demográficas e o sexo. Curitiba, 2013

| Variáveis Demográficas | Sexo | | | | Total | |
|---------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | (n) | % |
| | (n) | % | (n) | % | | |
| Etnia | | | | | | |
| Branca | 65 | 36,3 | 78 | 43,6 | 143 | 79,9 |
| Preta | 4 | 2,2 | 10 | 5,6 | 14 | 7,8 |
| Parda | 14 | 7,8 | 8 | 4,5 | 22 | 12,3 |
| Naturalidade | | | | | | |
| Curitiba | 32 | 17,9 | 24 | 13,4 | 56 | 31,3 |
| Região metropolitana | 5 | 2,8 | 4 | 2,2 | 9 | 5,0 |
| Interior do Paraná | 28 | 15,6 | 45 | 25,1 | 73 | 40,8 |
| Outro Estado | 17 | 9,5 | 23 | 12,8 | 40 | 22,3 |
| Outro País | 1 | 0,6 | --- | --- | 1 | 0,6 |
| Procedência | | | | | | |
| Curitiba | 51 | 28,5 | 51 | 28,5 | 102 | 57,0 |
| Região metropolitana | 18 | 10,1 | 29 | 16,2 | 47 | 26,3 |
| Interior do Paraná | 9 | 5,0 | 14 | 7,8 | 23 | 12,8 |
| Outro Estado | 5 | 2,8 | 2 | 1,1 | 7 | 3,9 |
| Área de moradia | | | | | | |
| Rural | 4 | 2,2 | 6 | 3,4 | 10 | 5,6 |
| Urbana | 79 | 44,1 | 90 | 50,3 | 169 | 94,4 |
| Tipo de residência | | | | | | |
| Própria | 62 | 35,0 | 74 | 41,8 | 136 | 76,0 |
| Alugada | 12 | 6,8 | 14 | 7,9 | 26 | 14,5 |
| Cedida | 8 | 4,5 | 6 | 3,4 | 14 | 7,8 |
| Morador de rua | 0 | --- | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |
| Instituição | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | 2 | 1,1 |
| Modo de moradia | | | | | | |
| Mora só com o cônjuge | 10 | 5,6 | 16 | 8,9 | 26 | 14,5 |
| Mora só com filhos | 9 | 5,0 | 26 | 14,5 | 35 | 19,6 |
| Mora com cônjuge/filhos | 10 | 5,6 | 8 | 4,5 | 18 | 10,1 |
| Mora com amigos | 6 | 3,4 | 6 | 3,4 | 12 | 6,7 |
| Mora com os pais | 15 | 8,4 | 16 | 8,9 | 31 | 17,3 |
| Mora c/outros familiares | 20 | 11,2 | 16 | 8,9 | 36 | 20,1 |
| Mora sozinho | 12 | 6,7 | 7 | 3,9 | 19 | 10,6 |
| Institucionalizado | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | 2 | 1,1 |

FONTE: O autor (2013)

Quanto às características demográficas relacionadas à raça ou grupo étnico, autorreferiram-se brancos 143 (79,9%); nenhum participante se autorreferiu amarelo ou indígena. O último censo, em 2010, publicou que a população brasileira se autorreferiu: 47,7% como brancos; 43,1%, pardos; 7,6%, negros; 0,4%, indígenas; e 1,1%, amarelos. Os resultados encontrados neste estudo estão próximos dos índices apresentados pelo censo 2010 com maior aproximação dos índices do censo referentes ao Estado do Paraná, em que 70,3 se % autorreferiram como brancos, 25,1%, pardos, e 3,2%, negros (IBGE, 2011).

Estudos foram desenvolvidos para tentar correlacionar a etnia com a presença de determinados transtornos mentais, contudo, não apresentaram relação significativa. As correlações encontradas estavam sob influência de outros fatores como os ambientais e genéticos, aceitabilidade de programas de educação em saúde ou religião (SANCHES; JORGE, 2004; GONZALEZ *et al.*, 2011).

Rosa e Campos (2012) buscaram conhecer por meio de revisão integrativa a inter-relação entre características da etnia e saúde mental e obtiveram como resultado um texto que correlacionava saúde mental com etnia indígena.

Em relação à nacionalidade e naturalidade, praticamente a totalidade dos participantes deste estudo é de brasileiros, 178 (99,4%): 138 (77,1%) são naturais do Paraná, 73 (40,8%) nascidos no interior do Estado e 56 (31,6%), na capital, Curitiba. Dos 40 (22,3%) nascidos em outros estados, 17 (9,5%) são naturais do Estado de Santa Catarina, seguido pelo Estado de São Paulo, com 10 (5,6%).

Na literatura, não foram encontradas pesquisas que correlacionassem temas de saúde mental ou transtorno mental com a condição da pessoa em se manter ou não na região em que nasceu ou próximo a ela. Por outro lado, estudos têm sido desenvolvidos para identificar fatores preponderantes relacionados com a migração e a presença de agravos psíquicos. Assim, mesmo com a minoria dos casos (22,9%) ser de migrantes, considerou-se importante discutir esta condição.

Dias e Gonçalves (2007) citam que a migração pode gerar um impacto negativo na saúde mental dos migrantes e sugerem que eles têm um risco maior de apresentar transtornos mentais, principalmente depressão, esquizofrenia e ansiedade, como resultado de diversos fatores de estresse presentes ao longo do processo de migração.

A migração é um processo que pode causar repercussões no marco da identidade dos sujeitos, influenciado pelas novas formas de integração social. Os deslocamentos geográficos, principalmente os que ocasionam mudança de modos de moradia, do entorno e, sobretudo, das referências culturais básicas, produzem efeito imediato sobre a vida das pessoas. Estas mudanças podem culminar em um mal-estar existencial ou doenças (TRAD, 2003; LECHNER, 2007).

Pesquisas epidemiológicas de saúde mental na América Latina a partir da década de 1960 foram desenvolvidas para correlacionar a conexão causal entre migração e saúde mental. A partir desses estudos, começou-se a entender que se tratava de um assunto bastante complexo e controverso com necessidade de

discussões na área de psiquiatria social na América Latina (ALMEIDA FILHO; MARI; COUTINHO, 1999). Isto porque muitos estudos não foram conclusivos e outros revelaram que alguns migrantes tinham níveis de saúde superiores comparados aos nativos de certa região, mesmo na presença de índices maiores da pobreza e acesso precário a serviços de saúde. A partir disto, para alguns estudiosos, a migração não é considerada um fator de risco, mas de proteção, promovido pelo fenômeno denominado de “migrante saudável” (DIAS; GONÇALVES, 2007).

Trad (2003) cita que é possível identificar alguns fatores de risco e proteção na relação transtorno psíquicos/imigração com o bem-estar psíquico e social a partir das díades relacionadas: perdas/ganhos; isolamento/integração social; segurança/insegurança; ruptura/continuidade; segmentação/integridade; baixa autoestima/autoestima elevada. Esses elementos interagem dinamicamente no desenvolvimento do processo migratório. McGrath e Susser (2009) sugerem ainda em um estudo que ser migrante é fator de risco para o surgimento da esquizofrenia.

O local de moradia (procedência) dos participantes foi analisado neste estudo como característica demográfica, em que se verificou que 102(57%) residem em Curitiba e 47(26,3%) na região metropolitana. Referiram morar em área urbana 169(94,4%), 136(76%) em casa própria e 2(1,1%) eram institucionalizados, um era morador de hospital psiquiátrico e o outro, de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Os dados indicaram que 19(10,6%) dos participantes moram sozinhos, 35(19,6%), somente com os filhos, e 36(20,1%) moram com outros familiares, que não pai, mãe, filhos ou cônjuge.

Apesar de o HC/UFPR ser um hospital referência para a América do Sul para várias especialidades médicas, os dados têm mostrado que a maior parte dos casos é de moradores de Curitiba e região metropolitana (83,3%). Isto se deve à organização da atenção à saúde no Brasil, que, desde a década de 1990, vive um processo acelerado de inovações que acompanharam a descentralização¹³ dos serviços de saúde, promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS tem procurado organizar e articular os serviços de saúde por meio de uma rede de atenção à saúde que possibilite o acesso universal, integral, equânime

¹³ A descentralização é um princípio do SUS que guarda uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que o fundamentam. No sistema, assume um papel de eixo estruturante, posto que convida os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios a se articular, cooperar entre si e zelar pela qualidade das ações e serviços de saúde. Um dos aparatos da descentralização, cuja sua mais importante ferramenta operacional, é a regionalização (BELTRAMMI, 2008, p. 159-60).

de acordo com a complexidade que cada caso requeira, e desse modo, satisfazer as necessidades de saúde dos indivíduos. Neste contexto, o acesso aos serviços de saúde deve ser assegurado em todos os níveis de atenção e o mais próximo possível da moradia do usuário (LEÃO e SILVA *et al.*, 2011).

Esta condição pode também justificar os índices de 94,4% de moradores da área urbana, uma vez que o censo de 2010 mostrou que não existem moradores de área rural em Curitiba, e a região metropolitana apresenta uma frequência variando entre 5% e 15% para moradores em área rural. No Brasil, 84,4% dos habitantes estão na área urbana e 15,6%, na área rural. Na região sul, 85% dos habitantes estão na área urbana e 15%, na área rural (IBGE, 2011).

Esses dados são importantes na área de saúde mental porque a pobreza, a desigualdade social e da distribuição de renda, o aumento da incidência de dependência de drogas, a violência urbana, o estresse gerado pela urbanização têm sido correlacionados ao surgimento ou agravamento dos transtornos mentais (FIUZA *et al.*, 2011; ANDRADE *et al.*, 2012; SENA; TORRES; PEREIRA, 2013).

O agravamento dos transtornos psíquicos relacionados às características sociodemográficas de moradores de uma cidade grande foi mostrado por Andrade *et al.* (2012). Os resultados deste estudo revelaram que 54,6% dos casos referiram ter sofrido um episódio traumático relacionado à criminalidade, 29,6% apresentavam pelo menos um transtorno mental, dos quais, 1/3 era classificado como grave. Os transtornos mentais mais comuns naquela população foram: ansiedade (19,9%), do humor (11%) e fobias específicas (10,6%).

Tendo por base estudos desenvolvidos na Holanda e na Dinamarca, estudiosos referem que há evidências de maior risco relativo de desenvolvimento de esquizofrenia naqueles que nascem em áreas urbanas em comparação com os que nascem em áreas rurais (MCGRATH; SUSSER, 2009).

Apesar de a minoria dos casos deste estudo ser de moradores de área rural, vale ressaltar a importância que emerge da necessidade de conhecer suas especificidades e as diferenças em relação às famílias urbanas, principalmente quando se trata das condições de saúde.

A área rural é constituída pelas comunidades afastadas geograficamente dos centros urbanos com características sociais, históricas e culturais próprias. Contudo, esta configuração sócio-histórico-cultural tem passado por algumas mudanças nas últimas décadas, haja vista a aproximação das fronteiras urbana com

a rural, caracterizando o processo de urbanização rural. Este, por sua vez, se reflete nos arranjos, na dinâmica e na funcionalidade das famílias sem, contudo, modificar o processo de desvantagem a que as comunidades estão expostas no que se refere ao acesso e à cobertura de serviços públicos, em especial na saúde (WÜNSCH *et al.* 2012).

Wünsch *et al.* (2012) referem que no contexto rural é visível a precária disponibilidade de serviços de saúde a famílias vivendo em comunidades rurais, bem com um reduzido número de trabalhos científicos publicados sobre a saúde destes grupos. Deste modo, a preocupação em conhecer as necessidades de saúde mental dos pacientes moradores das áreas rurais se intensifica quando se depara com altos índices de transtornos mentais, comportamentais e de suicídio entre as comunidades rurais.

Alguns estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos para caracterizar o perfil de pessoas da área rural sob o risco de suicídio, uma vez que tem sido identificada uma crescente incidência de casos de suicídio por uso de agrotóxico nesta parcela da sociedade. Entre estes estudos, podem ser citados o de Pires, Caldas, Recena (2005) no Mato Grosso do Sul; de Meyer, Resende e Abreu (2007) em Minas Gerais; de Silva e Alves (2007) em Goiás; de Silva; Gaidecksa; Reis *et al.* (2011) em Santa Catarina; e de Neves e Bellini (2012) no Paraná.

Os dados mostraram que do total pesquisado somente dois casos eram de pacientes institucionalizados (1,1%), sendo que a maior parte tem moradia e vive com a família. Os resultados evidenciam, de certa forma, a aceleração de ações da política nacional de desospitalização por meio do processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos, nos quais, milhares de pacientes se encontravam como moradores.

De 2002 até 2011, segundo dados do Ministério da Saúde, mais de 19.000 leitos de hospitais psiquiátricos foram desativados ou descredenciados pelo SUS. Contudo, houve expansão de serviços extra-hospitalares na rede de atenção psicossocial para dar suporte aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2012).

Guerra e Generoso (2009) externam que as políticas públicas de saúde mental têm direcionado algumas ações ao atendimento das necessidades de moradia das pessoas com transtornos mentais. As pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas podem contar com a possibilidade de morar em um dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs) ou equacionar suas necessidades de

habitação com a família ou sozinho com o suporte social da rede de atenção psicossocial, principalmente dos CAPS.

Quanto aos índices de 76% dos participantes morar em casa própria, Ludermir e Melo Filho (2002) mostraram que 81% das pessoas com transtornos mentais de seu estudo também eram proprietários das residências em que moravam.

Os dados mais prevalentes que traçam o perfil social dos participantes estão apresentados na Tabela 3, em que 47,5% dos casos são de casados ou em situação conjugal estável, 62% referiram ser católicos, 49,8% têm ensino fundamental incompleto, 33,5% trabalham como prestadores de serviços, 34,6% não têm profissão e 25,7% são aposentados.

Quanto à renda familiar, 2(1,1%) referiram não ter renda, 1(0,6%) apresentou dados prejudicados por não saber responder e em seu prontuário não existir a informação. Em média, são $2,05 \pm 1,021$ pessoas que contribuem com a renda na família dos pacientes: 57(31,8%) declararam ter apenas uma pessoa que contribui; 68(38%), duas pessoas; 37(20,7%), três pessoas; e 14(7,8%), quatro a seis pessoas. Em relação aos que dependem da renda, em média são $3,04 \pm 1,393$ pessoas, com máximo de oito. Em 19 casos (10,6%), houve referência a uma pessoa dependente da renda; em 44(24,6%), a duas pessoas; em 60(33,5%), a três pessoas; e em 54(30,2%), de quatro a oito pessoas. Dois casos (1,1%) não souberam responder.

A Tabela 3 apresenta os dados referentes às características sociais dos pacientes com transtornos mentais no hospital geral, representados nas variáveis situação conjugal, religião, instrução, profissão, ocupação e renda familiar.

TABELA 3 - Distribuição dos participantes, segundo as variáveis sociais e o sexo. Curitiba, 2013

| Variáveis sociais | Sexo | | | | Total | |
|--------------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | (n) | % | (n) | % | (n) | % |
| Situação conjugal* | | | | | | |
| Casado civilmente/relação estável | 44 | 24,6 | 41 | 22,9 | 85 | 47,5 |
| Solteiro | 27 | 15,1 | 23 | 12,8 | 50 | 27,9 |
| Divorciado | 10 | 5,6 | 15 | 8,4 | 25 | 14,0 |
| Viúvo | 2 | 1,1 | 17 | 9,5 | 19 | 10,6 |
| Religião* | | | | | | |
| Católica | 56 | 31,3 | 55 | 30,7 | 111 | 62,0 |
| Protestante/evangélica | 11 | 6,1 | 34 | 19,0 | 45 | 25,1 |
| Espírita | 1 | 0,6 | 3 | 1,7 | 4 | 2,2 |
| Afro-brasileira | 1 | 0,6 | 0 | --- | 1 | 0,6 |
| Budista/oriental | 1 | 0,6 | 0 | --- | 1 | 0,6 |
| Outras | 3 | 1,7 | 3 | 1,7 | 6 | 3,4 |
| Não tem religião | 10 | 5,6 | 1 | 0,6 | 11 | 6,1 |
| Instrução | | | | | | |
| Analfabeto | 2 | 1,1 | 5 | 2,8 | 7 | 3,9 |
| Ensino fundamental incompleto | 37 | 20,7 | 52 | 29,1 | 89 | 49,8 |
| Ensino fundamental completo | 11 | 6,1 | 10 | 5,6 | 21 | 11,7 |
| Ensino médio incompleto | 6 | 3,4 | 6 | 3,4 | 12 | 6,7 |
| Ensino médio completo | 19 | 10,6 | 13 | 7,3 | 32 | 17,9 |
| Ensino superior incompleto | 3 | 1,7 | 4 | 2,2 | 7 | 3,9 |
| Ensino superior completo | 5 | 2,8 | 4 | 2,2 | 9 | 5,0 |
| Pós-graduação | 0 | -- | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 |
| Profissão (área de atuação) * | | | | | | |
| Saúde | 0 | --- | 6 | 3,4 | 6 | 3,4 |
| Educação | 1 | 0,6 | 3 | 1,7 | 4 | 2,2 |
| Construção civil | 12 | 6,7 | 0 | -- | 12 | 6,7 |
| Administração | 1 | 0,6 | 3 | 1,7 | 4 | 2,2 |
| Comércio | 10 | 5,6 | 6 | 3,4 | 16 | 8,9 |
| Indústria | 2 | 1,1 | 0 | --- | 2 | 1,1 |
| Serviços domésticos | 2 | 1,1 | 7 | 3,9 | 9 | 5,0 |
| Prestação de serviços | 41 | 22,9 | 19 | 10,6 | 60 | 33,5 |
| Trabalho rural | 2 | 1,1 | 2 | 1,1 | 4 | 2,2 |
| Não tem | 12 | 6,7 | 50 | 27,9 | 62 | 34,6 |
| Ocupação* | | | | | | |
| Do lar | 0 | --- | 30 | 16,8 | 30 | 16,8 |
| Estudante | 2 | 1,1 | 3 | 1,7 | 5 | 2,8 |
| Desempregado | 6 | 3,4 | 3 | 1,7 | 9 | 5,0 |
| Empregado assalariado | 22 | 12,3 | 17 | 9,5 | 39 | 21,8 |
| Autônomo | 25 | 14,0 | 9 | 5,0 | 34 | 19,0 |
| Aposentado | 24 | 13,4 | 22 | 12,3 | 46 | 25,7 |
| Sem ocupação | 4 | 2,2 | 12 | 6,7 | 16 | 8,9 |
| Renda familiar | | | | | | |
| > 01 salário mínimo | 2 | 1,1 | 0 | --- | 2 | 1,1 |
| 01 salário mínimo | 12 | 6,7 | 12 | 6,7 | 24 | 13,4 |
| 02 – 04 salário mínimo | 55 | 30,7 | 70 | 39,1 | 125 | 69,8 |
| 05 ou mais salários mínimos | 11 | 6,1 | 9 | 5,0 | 20 | 11,2 |
| Dados prejudicados | 3 | 1,7 | 5 | 2,8 | 8 | 4,5 |

* p<0,05

FONTE: O autor (2013)

“A nupcialidade¹⁴ é uma das componentes sociodemográficas de maior importância na constituição das sociedades modernas, na medida de sua forte associação com os padrões de organização de famílias e, conseqüentemente, com a reprodução social” (IBGE, 2012, p.54).

Os resultados da situação conjugal mostraram que não houve grandes disparidades entre homens e mulheres para os itens casados civilmente/relação estável, solteiros e divorciados/separados/desquitados, todavia, para o item viúvo, há predominância para o sexo feminino. Os itens divorciado/separado/desquitado e viúvo apresentam taxas mais elevadas quando comparadas às do censo 2010, 4,8% e 5%, respectivamente (IBGE, 2012).

A proporção de casados/situação conjugal estável e solteiros encontrada neste estudo se assemelha aos resultados encontrados nos estudos de Castro-Camacho *et al.* (2012) e de Maragno *et al.* (2006). Índices próximos aos resultados encontrados neste estudo para casados também foram observados em estudo similar desenvolvido no hospital geral do Mato Grosso (43,3%) (SILVA; OLIVEIRA; IDE, 2011).

Não foram encontrados estudos que correlacionem estado civil ao surgimento ou agravamento de transtornos mentais. Maragno *et al.* (2006) referem estudos que indicam menor prevalência de transtornos mentais em pessoas solteiras em relação às casadas, todavia ressaltam que esta associação é fraca e com pouca significância. Por outro lado, Sadock e Sadock (2007) citam estudos que correlacionam o nível baixo de satisfação conjugal com a presença de transtornos psíquicos, principalmente a depressão e a ansiedade.

Os dados sobre a distribuição da religião entre os participantes apresentados na Tabela 3 são semelhantes aos encontrados em um estudo do tipo *survey* de abrangência nacional com 3.007 participantes, pelo qual se buscou descrever o envolvimento religioso da população brasileira e sua relação com variáveis sociodemográficas. Em tal estudo, as filiações religiosas mais frequentes foram catolicismo (68%), protestante/evangélica (23%) e espiritismo kardecista (2,5%) (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010).

A saúde física e mental também tem sido correlacionada com a prática de uma religião e sendo foco de inúmeros estudos. Isto porque os resultados destes

¹⁴ Situação conjugal (IBGE, 2012).

estudos têm mostrado que a prática de uma religião é habitualmente um fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais, principalmente depressão, ansiedade e abuso de substâncias, podendo também estar associada a uma melhor qualidade de vida (SOEIRO *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012; MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Deste modo, podem-se citar alguns fatores que contribuem para o papel protetor da religião em relação à saúde mental: a adoção de estilos de vida mais saudáveis; o provimento de rede de suporte social; e o desenvolvimento de um sistema de crenças e processos cognitivos que promovem maior aceitação de si e do próximo, com promoção de resiliência e condução de práticas religiosas que aliviam o sofrimento psicológico (SOEIRO *et al.*, 2008; TAUNAY *et al.*, 2012; MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Apesar disto, alguns autores referem que a prática de uma religião pode ser fator desencadeante de agravos psíquicos quando se verifica a presença de rígida disciplina comportamental, em que indivíduos com sofrimento psicológico podem desenvolver estratégias de enfrentamento pouco adaptativas (TAUNAY *et al.*, 2012; MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

No Brasil, 95% da população declara ter uma religião, 83% considera que ela é muito importante para sua vida e cerca de 70% se diz católica, deste modo, o interesse no estudo da prática de religião e das suas relações com saúde física e mental tem aumentado progressivamente (IBGE, 2011; TAUNAY *et al.*, 2012).

Resultados de estudos têm mostrado que aqueles que pertencem às religiões evangélicas têm menor frequência no uso problemático de álcool e outras drogas, contudo apresentam maiores índices de sintomas depressivos e ansiosos. As pessoas espíritas kardecistas foram associadas à maior frequência de morbidades psiquiátricas (DALGALARRONDO *et al.* 2008; SOEIRO *et al.*, 2008; MILLER *et al.*, 2012).

Soeiro *et al.* (2008) verificaram que pessoas pouco religiosas ou sem religião tiveram cerca de sete vezes mais chance de ter algum diagnóstico de abuso ou dependência de álcool do que pessoas muito religiosas.

Estudos de Stroppa e Moreira-Almeida (2009) e Cruz *et al.* (2010) referem que pacientes com transtorno afetivo bipolar tendem a apresentar maior envolvimento religioso e delírios de conteúdos místicos e religiosos.

No que concerne ao grau de escolaridade, a Tabela 3 mostra que, em 49,8% dos casos, as pessoas têm o ensino fundamental incompleto. Os dados deste estudo são parecidos com aqueles do Censo 2010 sobre educação, em que as taxas para pessoas com ensino fundamental incompleto são de 49,3%; com ensino fundamental completo+médio incompleto, de 14,7%; com ensino médio completo+superior incompleto, de 25%; e com superior completo, de 10,8%. As taxas de analfabetismo estão em torno de 9,6% para população de 15 anos ou mais de idade (IBGE, 2011).

Os resultados do Censo de 2010 mostraram que de 2000 a 2010 a escolarização das crianças e adolescentes continuou em crescimento, houve elevação no nível da educação da população brasileira e o analfabetismo continuou em declínio (IBGE, 2011).

Contudo, Ludermir e Melo Filho (2002) investigaram a prevalência de transtornos mentais e condições de vida na população de uma capital do nordeste e concluíram que a baixa escolaridade proporciona situações de estresse e contribui para a produção de transtornos mentais.

Os resultados sobre grau de instrução encontrados em pesquisas nacionais como a de Nakabayashi *et al.* (2010), e Silva (2011b) são semelhantes aos dados deste estudo.

O trabalho pode ser um fator de promoção da saúde, de bem-estar e de prazer, uma vez que pode ser um elemento que dá sentido à vida, eleva o *status*, define a identidade pessoal e impulsiona o crescimento humano. Contudo, o trabalho e suas relações podem ao mesmo tempo ser fator de desestruturação física e mental do trabalhador.

Atualmente, dispõe-se de vasta literatura sobre o processo de adoecimento do trabalhador, principalmente o que leva o indivíduo a apresentar transtornos mentais como a depressão, ansiedade, Síndrome de *Burnout*, entre outros (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; SILVA; COSTA, 2008).

Dos 65,4% participantes que referiram ter profissão, a área de atuação de maior prevalência foi a de prestação de serviços, por contar com uma variação de profissões, como, por exemplo, encanador, eletricista, costureira, operador de som, tradutor, jardineiro, entre outras. As demais áreas isoladamente se mantiveram abaixo de 10% dos casos. Quando os dados são observados pela distribuição entre

homens e mulheres, nota-se que entre os trabalhadores de saúde todos eram mulheres.

Estudos apontam que entre os trabalhadores de saúde as mulheres são mais suscetíveis a apresentar transtorno mental, principalmente depressão e ansiedade (RIBEIRO; MARTINS, 2011).

Dos participantes, 34,6% referiram não ter profissão. Em um estudo desenvolvido em uma unidade psiquiátrica de hospital geral do Paraná com uma amostra de 240 sujeitos, verificou-se que 77,1% dos pacientes que participaram da pesquisa abandonaram os estudos: 13,3% devido a transtorno mental e 39,5% por fatores sociais (SILVA, 2011b). Assim, pode-se considerar que o abandono do estudo gera baixa escolaridade e barreira para a qualificação profissional, o que pode justificar os índices de pacientes sem profissão.

Concernente a 16,8% dos participantes que referiram ser do lar (todas eram mulheres), sabe-se que entre os aspectos referentes ao trabalho doméstico, encontra-se a associação com sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos, em consequência da rotinização das tarefas. Mulheres donas de casa (do lar) apresentam maior prevalência de transtornos mentais comuns em relação àquelas que trabalham fora de casa (ARAUJO *et al.*, 2006) e mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentam maior prevalência de transtorno mental em comparação às mulheres com baixa sobrecarga (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

A Tabela 3 mostra que 84,3% dos participantes têm renda familiar de quatro salários mínimos. Ribeiro *et al.* (2006) e Silva *et al.* (2011) traçaram o perfil sociodemográfico de usuários do SUS e verificaram que a renda familiar de até quatro salários mínimos se localizava entre o primeiro e o quarto quintil dos participantes. Ludermir e Melo Filho (2002) apresentam em seu estudo que mais de dois terços (cerca de 76%) dos indivíduos eram de famílias que tinham renda de até um salário mínimo *per capita* mensal.

3.3 PERFIL CLÍNICO

Neste item, é apresentado o perfil clínico dos participantes por meio da descrição dos diagnósticos psiquiátricos e tratamento, perfil das comorbidades clínico-psiquiátricas, perfil das comorbidades psiquiátricas e perfil de dependência química.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos transtornos mentais encontrados na amostra, segundo o sexo.

TABELA 4 - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e o sexo. Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Sexo | | | | Total | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | Masculino | | Feminino | | (n) | % |
| | (n) | % | (n) | % | | |
| Esquizofrenia | 10 | 5,6 | 4 | 2,2 | 14 | 7,8 |
| TAB | 5 | 2,8 | 15 | 8,4 | 20 | 11,2 |
| Transtornos depressivos | 19 | 10,6 | 53 | 29,6 | 72 | 40,2 |
| Transtornos de ansiedade | 5 | 2,8 | 15 | 8,4 | 20 | 11,2 |
| Transtorno somatoforme | --- | --- | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |
| Transtornos da alimentação | --- | --- | 3 | 1,7 | 3 | 1,7 |
| TMCDUSP | 25 | 14,0 | 3 | 1,7 | 28 | 15,6 |
| TMCDUA | 18 | 10,1 | 1 | 0,6 | 19 | 10,6 |
| Transtornos de personalidade | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | 2 | 1,1 |
| Total | 83 | 46,4 | 96 | 53,6 | 179 | 100 |

FONTE: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

Estes dados mostram que os transtornos depressivos são os mais prevalentes (40,2%), tendo maior frequência entre as mulheres (29,6%), como também o TAB, que se apresenta com 8,4% em mulheres, enquanto os homens representam 2,8% da amostra. Os transtornos de ansiedade foram mais presentes nas mulheres, 8,4% dos casos. Por outro lado, os transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas (15,6%), com quase a totalidade sendo homens (14,0%), assim como os transtornos mentais e de

comportamento devidos ao uso de álcool foram identificados em 10,1% dos homens e em 0,6% das mulheres.

O primeiro transtorno mental visualizado na Tabela 4 é a esquizofrenia, que teve uma frequência de 14(7,8%) dos casos.

Estima-se que a prevalência da esquizofrenia na população geral esteja próxima de a 1% e no Brasil, de 1,4% (MCGRATH; SUSSER, 2009; SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Uma revisão integrativa concluiu que não houve diferenças significativas nas taxas de prevalência da esquizofrenia entre populações de localidades diferentes (MCGRATH *et al.*, 2008).

A esquizofrenia é considerada um transtorno mental grave, que afeta desfavoravelmente a vida dos indivíduos em vários domínios, e seus efeitos podem variar de acordo com o sexo. A Tabela 4 apresenta as frequências de esquizofrenia distribuídas entre os sexos, mostrando maior frequência de homens com diagnóstico de esquizofrenia em relação às mulheres. Estes dados são corroborados por estudos integrados apresentados por McGrath *et al.* (2008).

Segundo Chaves (2000), a idade de início da esquizofrenia em homens é mais precoce do que nas mulheres. Em geral, nos homens, o início ocorre em torno dos 18-25 anos e nas mulheres, entre 25 e 35 anos, sendo que de 3% a 10% das mulheres iniciam a doença após os 45 anos. No início da adolescência, a razão homem/mulher é de 2:1 e, na idade adulta, acima dos 50 anos, essa proporção se inverte. A diferença entre homens e mulheres e idade de início tem sido investigada pelas ciências neurobiológicas, em que os hormônios femininos (estrógeno e progesterona) têm importante papel neuroprotetor da esquizofrenia nas mulheres (ARAÚJO; SENA, 2011).

Condições de migração, nascimento e moradia em região urbana, filhos nascidos de pais em idade avançada, filhos nascidos de mães com infecção e desnutrição gestacional são apresentados como fatores de risco para o desenvolvimento de esquizofrenia (MCGRATH; SUSSER, 2009).

A depressão é transtorno mental com caráter de doença sistêmica, e estudo epidemiológico multicêntrico aponta que ela é o mais prevalente na população mundial (ORMEL *et al.*, 2008), sendo corroborado pela OMS que estima que este transtorno atinja cerca de 350 milhões de pessoas (WHO, 2012).

No Brasil, a prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 17% (MOLINA *et al.*, 2012). Contudo, este índice pode ser

mais alto em certos serviços de saúde em que a concentração de pessoas com depressão é mais evidente.

Em serviço ambulatorial para tratamento clínico, os índices estão entre 5% e 10%, em unidades de atenção primária 23,9% e em pacientes internados em hospitais gerais, de 9% a 56% (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; DAL BÓ *et al.*, 2011; MOLINA *et al.*, 2012).

Esta variação se deu devido às condições em que foram desenvolvidos os estudos e os instrumentos utilizados para a coleta dos dados. Um exemplo de tal variação é a comparação do estudo desenvolvido por Nakabayashi *et al.* (2010) em dois hospitais universitários de grande porte do Brasil, em que se verificou que os episódios depressivos foram os transtornos mentais mais prevalentes entre os pacientes internados para tratamento clínico, em torno de 20%. Em estudo realizado por Dal Bó *et al.* (2011), essas frequências chegaram a 53,3% dos casos.

As prevalências de depressão poderiam ser ainda maiores, pois os casos são subdiagnosticados devido a dificuldades que os profissionais de saúde não psiquiatras encontram em avaliar e reconhecer sinais e sintomas que os conduzam a diagnosticar os estados depressivos. Com isso, estima-se que de 50% a 60% dos casos de quadros depressivos em hospitais gerais não sejam detectados pelos médicos clínicos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; DAL BÓ *et al.*, 2011).

A Tabela 4 mostra que a depressão pode ocorrer tanto em homens como em mulheres. Todavia, as mulheres são as mais suscetíveis a apresentar transtornos depressivos e uma vasta gama de estudos nacionais e internacionais descreve que mulheres têm duas vezes mais chances de apresentar depressão do que os homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2005; JUSTO; CALIL, 2006; EATON *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2012; MOLINA *et al.*, 2012).

Aspectos biológicos, como, por exemplo, disfunções hormonais, automedicação, fatores culturais caracterizados pela afirmação do papel da mulher na sociedade moderna, comorbidades e doenças clínicas e crônicas são apontados como os principais fatores relacionados ao acometimento de depressão em mulheres internadas em hospital psiquiátrico (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013).

Todavia, devem-se considerar os índices de homens com transtornos depressivos, haja vista que Silva *et al.* (2012) apresentaram um estudo sobre o perfil de 399 homens internados em serviço especializado com diagnóstico de depressão

grave, em que as características mais prevalentes entre esta população foi a faixa etária de 41 a 50 anos, internação realizada por meio de solicitação da família, com tempo de internação superior a 30 dias, sendo que 87,7% eram de primeira internação e 80,4% foram internados pelo SUS.

Outro dado presente na Tabela 4 é o índice de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) para amostra do estudo (11,2%).

Estudos epidemiológicos populacionais e randomizados estimam que a prevalência de TAB gire em torno de 1% da população mundial (MERIKANGAS *et al.*, 2011). Contudo, com a introdução do conceito de espectro bipolar¹⁵, o limiar para TAB, segundo Moreno e Moreno¹⁶ (2005) *apud* Porcu *et al.*, (2007), ampliou-se, e as estimativas se elevaram para cerca de 3% a 10,9%, percentuais consonantes com a Tabela 4.

Todavia, cabe salientar que o conceito de espectro bipolar ainda não está adequadamente validado por estudos epidemiológicos de base populacional, sendo as principais evidências obtidas em amostras clínicas e em análises retrospectivas (LIMA *et al.*, 2005). Em estudos que avaliaram a presença de transtornos mentais em hospitais gerais, verificou-se que a prevalência de TAB é de 2,6 a 7,9% (SOEIRO, *et al.* 2008; SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Foi possível verificar neste estudo que a frequência de mulheres com TAB esteve quase quatro vezes maior que a de homens, 8,4% e 2,8%, respectivamente. Apesar disto, alguns autores referem que não há diferença significativa na proporção entre homens e mulheres com TAB, mas quando considerado o espectro bipolar, sabe-se que as mulheres apresentam frequência 1,5 vezes maior em relação aos homens (LIMA *et al.*, 2005).

Por outro lado, o curso da doença no homem e na mulher difere e há evidências de que as mulheres com TAB têm início da doença mais tarde do que os homens, geralmente entre três e cinco anos. A ciclagem rápida entre episódios depressivos e maníacos é mais nítida na mulher. Elas ainda apresentam maior tempo de episódios depressivos. No entanto, os homens apresentam maior

¹⁵ O atual espectro bipolar surge ao ser feita a distinção entre bipolar tipo I (com episódios maníacos) e bipolar tipo II (com episódios hipomaniacos) por Dunner em 1976. Klerman, em 1981, expandiu essa distinção, referindo-se à bipolar tipo III como quadro de episódios maníacos ou hipomaniacos secundários à farmacoterapia (CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2010, p. 176).

¹⁶ MORENO, R.A.; MORENO, D.H. **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, 2005.

prevalência de mania e de consumação de suicídio (DIAS *et al.*, 2006; ALTSHULER *et al.*, 2010).

É possível observar na Tabela 4 que 11,2% dos casos apresentam transtornos de ansiedade. Este é outro transtorno mental comumente encontrado em populações internadas em hospitais gerais para tratamento de doenças clínicas. Ela consiste em uma reação emocional normal e esperada quando uma pessoa vivencia situações novas e desconhecidas que geram estresse. A ansiedade é uma queixa bastante comum nos serviços de saúde e, em situações de hospitalização, ela pode surgir em resposta temporária à adaptação (transtorno de ajustamento) (CABRERA; SPONHOLZ JUNIOR, 2012).

Tal reação é fundamental para a sobrevivência dos seres humanos por ser um sinal de alerta para que o indivíduo possa tomar atitudes frente a perigos iminentes, dando-lhe condições de lidar com a ameaça (STUART; LARAIA, 2002; SADOCK; SADOCK, 2007; CABRERA; SPONHOLZ JUNIOR, 2012). Contudo, a resposta à ansiedade varia de pessoa para pessoa e pode se apresentar desde níveis mais amenos até estados graves como no transtorno do pânico e no transtorno de ansiedade generalizada (ROLIM; GRANDO, 2008).

Segundo Cabrera e Sponholz Junior (2012), a ansiedade tem uma prevalência de 18% na população geral. Munaretti e Terra (2007) citam o estudo desenvolvido em três grandes capitais brasileiras por Almeida Filho *et al.*¹⁷ (1997), em que se buscou traçar o perfil epidemiológico das morbidades psiquiátricas da população. Os dados encontrados mostraram prevalência para transtornos de ansiedade de 12,1% para Brasília, de 6,9% para São Paulo e de 5,4% para Porto Alegre.

Em estudos de prevalência de transtornos mentais em hospitais gerais, podem-se encontrar índices de transtornos de ansiedade variando de 3% a 6,5% (TREJO-CONTRERAS; VELASQUEZ-PÉREZ, 2007; CASTRO-CAMACHO *et al.*, 2008). Em condições mais específicas como para pacientes em tratamento de doença crônica, os índices são mais elevados, variando de 29,7% a 40% (FREIRE *et al.*, 2011; MATHIAS; MEZZASALMA; NARDI, 2011; SARDINHA *et al.*, 2011; MERCHÁN-HAMANN *et al.*, 2012).

¹⁷ ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**, v.171, s/n, p.524-9, 1997.

Os resultados sobre os transtornos de ansiedade apresentados na Tabela 4 entre homens e mulheres são confirmados por descrições da literatura, que sugerem que as mulheres são mais vulneráveis, cerca de duas a três vezes, ao surgimento de transtornos de ansiedade, em relação aos homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2005; EATON *et al.*, 2012; ARENAS; PUIGSERVER, 2009).

Todos os 3(1,7%), casos registrados neste estudo de diagnóstico médico de transtornos da alimentação eram de mulheres.

Os transtornos da alimentação são relativamente raros na população em geral, isto porque as pessoas que desenvolvem este transtorno mental tendem a negá-lo ou escondê-lo e dificilmente procuram ajuda profissional por vontade própria. Esta situação é agravante e deve ser foco de estudos epidemiológicos mais consistentes, pois grande parte dos estudos tem sido conduzida com pacientes internados em hospitais especializados ou em acompanhamento ambulatorial, o que incorre em apresentar taxas de incidência e prevalência subestimadas (SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

Os dois diagnósticos de transtornos da alimentação mais prevalentes e conhecidos são: a anorexia nervosa e a bulimia. A prevalência de anorexia nervosa tem sido encontrada em estudos variando entre 1,2% a 4,5% em mulheres, e em homens próximo a 0,24%. A bulimia pode ser encontrada de 1% a 2,3% da população (SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012). Estes índices convergem com os encontrados neste estudo.

Estudos mostram que as mulheres detêm cerca de 90% dos casos de transtorno da alimentação (PRISCO *et al.*, 2013), e as crianças e adolescentes fazem parte dos grupos de maior risco para o desenvolvimento deste transtorno (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; GONÇALVES *et al.*, 2013; LEAL *et al.*, 2013).

Os transtornos somatoformes têm apresentado prevalências entre 3,2% e 6% na população. As mulheres também são mais propensas ao desenvolvimento deste transtorno mental. Em populações mais específicas, as prevalências se apresentaram bastantes altas em relação ao restante do mundo, como, por exemplo, as populações da América Latina, que chegaram à marca de 38%. Pessoas com transtornos depressivos e ansiosos têm maior risco de apresentar transtorno somatoforme (TOFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

Quanto aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (15,6%) e de álcool (10,6%), sabe-se que estes transtornos

têm sido foco da atenção à saúde promovida por políticas públicas brasileiras específicas, em decorrência do impacto epidemiológico que estes agravos produzem.

No Brasil, foi realizado pelo CEBRID, um levantamento domiciliar em 2005 em 143 municípios distribuídos em todo o país, com a finalidade de traçar o perfil de consumo de drogas psicotrópicas em uma amostra de 7.939 pessoas. Os resultados mostraram que 22,8% da população pesquisada já havia feito uso de drogas (exceto álcool e tabaco) durante a vida: 10,3% nos últimos 12 meses e 4,5% no último mês. O álcool, por sua vez, foi utilizado na vida por 44,0%; no último, ano por 19,2%; e no último mês, por 18,4%. Do total da amostra, 12,3% foram considerados dependentes de álcool (CEBRID, 2006).

Deste modo, os índices apresentados na Tabela 4 mostram que a frequência de TMCDUA (10,6%) está próxima aos encontrados no estudo da CEBRID. Por outro lado, os índices de casos de TMCDUSP (15,6%) são maiores que os encontrados pelo CEBRID na população geral.

O índice de TMCDUA identificado na amostra deste estudo se assemelha aos índices encontrados em outros estudos desenvolvidos em hospitais gerais (LIMA *et al.*, 2010; BOTEGA *et al.*, 2010).

No Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de substâncias: 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas (CEBRID, 2006). Em uma UTI do noroeste do Paraná, 3,8% do total de internamentos em um período de seis anos foram decorrentes dos efeitos secundários do uso de álcool e outras drogas de abuso, sendo que 77,4% foram devidos às consequências do uso de álcool (ANTUNES; OLIVEIRA, 2013).

Quanto à distribuição de casos com TMCDUSP e TMCDUA, nota-se que as frequências dos homens (14% e 10,1%) são significativamente maiores do que as das mulheres, (1,7% e 0,6%), resultados corroborados por grande parte dos estudos (CEBRID, 2006; LIMA *et al.*, 2010; BOTEGA *et al.*, 2010; ANTUNES; OLIVEIRA, 2013).

A Tabela 4 apresenta a frequência de transtorno de personalidade 2(1,1%) e transtorno somatoforme 1(0,6%). Estes índices são compatíveis com os descritos na literatura.

A prevalência de transtorno de personalidade é de 0,5 a 2,5% na população em geral, sendo mais comum em homens do que em mulheres (SADOCK;

SADOCK, 2007). Foram identificados 2 casos de transtorno de personalidade (1,1%) na amostra deste estudo, sendo um homem e uma mulher.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos pacientes com transtornos mentais, segundo a unidade de internação.

TABELA 5 - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e a unidade de internação. Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Unidade de internação | | | | | |
|------------------------------|-----------------------|----------------|---------------------|----------------|----------------|----------------------|
| | Neurologia N=49 | CMF N=36 | Cardiologia N=32 | PA N=22 | CMM N=22 | Infectologia N=18 |
| | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| Esquizofrenia | 5(10,2) | 1(2,8) | 2(6,3) | 2(9,1) | 3(13,7) | 1(5,6) |
| TAB | 5(10,2) | 6(16,7) | --- | 4(18,2) | 1(4,5) | 4(22,2) |
| Transtornos depressivos | 24(49,0) | 17(47,2) | 14(43,8) | 10(45,5) | 3(13,7) | 4(22,2) |
| Transtornos de ansiedade | 5(10,2) | 8(22,2) | 2(6,2) | 1(4,5) | 3(13,7) | 1(5,6) |
| Transtorno somatoforme | 1(2,0) | --- | --- | --- | --- | --- |
| Transtornos da alimentação | --- | 2(5,6) | --- | 1(4,5) | --- | --- |
| TMCDUSP | 3(6,2) | 2(5,6) | 8(25,0) | 3(13,7) | 4(18,2) | 8(44,4) |
| TMCDUA | 5(10,2) | --- | 6(18,8) | 1(4,5) | 7(31,8) | --- |
| Transtornos de personalidade | 1(2,0) | --- | --- | --- | 1(4,5) | --- |
| Total | 49(100) | 36(100) | 32(100) | 22(100) | 22(100) | 18(100) |

Fonte: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. CMF=Clínica Médica Feminina. CMM=Clínica médica masculina. PA=Pronto atendimento.

Conforme os dados da Tabela 5, os transtornos do humor (transtornos depressivos e TAB) foram encontrados em todas as unidades de internação com as maiores prevalências, exceto TAB na Cardiologia.

Para Furlanetto e Brasil (2006), a relação entre doenças clínicas e depressão é altamente complexa, haja vista que tanto a depressão quanto a doença clínica são experiências comuns na vida de muitos indivíduos. O quadro depressivo pode se manifestar em resposta a vários fatores relativos à doença clínica ou a seu tratamento, bem como a doença clínica pode ser agravada pela depressão.

A associação da depressão com doenças clínicas aumenta o tempo de internamento dos pacientes nos hospitais gerais. Isso porque o paciente depressivo apresenta dificuldade em aderir ao tratamento clínico, o que, por vezes, piora seu quadro de sinais e sintomas da doença de base, aumentando as taxas de morbimortalidade desses indivíduos. A depressão em pacientes com doenças

clínicas aumenta o risco de mortalidade, com maior frequência naqueles com cardiopatias, diabetes, síndromes neurológicas como acidente vascular cerebral (AVC) e naqueles com infecções pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; FURLANETTO *et al.*, 2006; FURLANETTO; BRASIL, 2006; BOTEGA, 2012).

A unidade de neurologia foi a que apresentou maior número de casos (n=49), com a identificação de praticamente todos os tipos de transtornos mentais (exceto transtorno da alimentação) encontrados neste estudo. A literatura descreve que isto ocorre porque as doenças neurológicas têm certo potencial em apresentar complicações psiquiátricas. Vários estudos têm apontado o crescente número dos índices epidemiológicos na relação entre as doenças neurológicas e psiquiátricas (GOMES, 2008; ARAUJO FILHO; ROSA; YACUBIAN, 2008; FONSECA *et al.*, 2008; BRASIL; PONDÉ, 2009; CUNHA; TAKEDA, SKARE, 2011).

Vários estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior, em unidades de neurologia mostram altas prevalências de transtornos mentais na população atendida nestes serviços. Igualmente ao apresentado na Tabela 5 (49%), estudos identificam que a depressão é o transtorno mental mais prevalente nos serviços de neurologia, com variação entre 20% e 74%, sendo os pacientes com epilepsia os mais suscetíveis (ARAUJO FILHO; ROSA; YACUBIAN, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2011; PICCINNI *et al.*, 2012; TRIANTAFYLLOU *et al.*, 2013; MARTINEZ-DOMINGUEZ *et al.*, 2013).

Quanto à frequência de 10,2% de pacientes com TMCDUA na unidade de neurologia, Silva, Kolling, Carvalho *et al.* (2009) explicam que pacientes com histórico de abuso de álcool têm maior chance de apresentar distúrbios neurológicos, alterações da memória e lesões no sistema nervoso central.

A cardiologia é uma especialidade que tem demonstrado preocupação com a relação entre as cardiopatias e os transtornos mentais. Sardinha, Nardi e Zin (2009) discorrem sobre as associações entre fatores psicossociais e doenças cardiovasculares e os prejuízos físicos identificados nos cardiopatas devidos aos estímulos (estressores) do ambiente, que, usualmente, provocam a exacerbação dos fatores de risco às cardiopatias, como, por exemplo, a arteriosclerose, disfunção endotelial, provavelmente decorrente da ativação excessiva, repetida e prolongada do sistema nervoso simpático.

Na unidade de cardiologia, os transtornos depressivos foram os mais prevalentes (43,8%). Pesquisas têm evidenciado relação entre cardiopatias e transtornos mentais menores e graves. Entre essas pesquisas, cita-se o estudo desenvolvido por Mattos *et al.* (2005), que avaliou a prevalência de depressão em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, em que 53,3% apresentaram depressão, tendo 28,1% apresentado depressão leve; 14,1%, depressão moderada; e 11,1%, depressão grave.

Lemos *et al.* (2008) também desenvolveram estudo para verificar a prevalência de transtorno depressivo em pacientes cardiopatas e verificaram que 48,3% dos pacientes admitidos em Unidade Coronariana em hospital geral, pós-infarto agudo do miocárdio, apresentavam depressão. O estudo concluiu que o transtorno depressivo não aparece após o infarto como uma consequência da cardiopatia, mas a depressão pode ser fator importante no desencadeamento da síndrome coronariana. Outro estudo realizado em serviço de cardiologia trouxe em seus resultados a prevalência de transtornos depressivos em cardiopatas de 40,7%, índice próximo ao apresentado na Tabela 5 (SARDINHA; NARDI; ZIN, 2009).

A maior prevalência de transtornos depressivos na CMF se justifica por esta unidade ser composta unicamente por pacientes mulheres. Vários autores descrevem a suscetibilidade de as mulheres apresentarem transtornos do humor, principalmente os depressivos, bem como a dos homens com TMCDUSP e TMCDUA, como ocorre com os pacientes internados na CMM (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; SADOCK; SADOCK, 2007; ZANELLO E SILVA, 2012).

Para este estudo, as CMF e CMM ocuparam o segundo e quarto lugar no *ranking* decrescente do número de casos/unidade de internação, quando considerados separadamente. Todavia, ao somar os dados e considerar a clínica médica como um todo, ela apresenta maior número de casos (n=58). Este número converge com os dados de um estudo desenvolvido em dois hospitais universitários de grande porte do Brasil, em que se investigou o perfil dos pacientes sob avaliação do serviço de interconsulta psiquiátrica médica. Os dados mostraram que nos dois hospitais as unidades de Clínica Médica foram as responsáveis pela maior quantidade de solicitações ao serviço de interconsulta (33,3% e 67,9%) (NAKABAYASHI *et al.*, 2010).

Segundo Rochedo e Guedes (2010), as principais morbidades que levam as pessoas a serem atendidas em serviços de clínicas médicas são: hipertensão (47%),

dislipidemia (21%) e diabetes (13%). Todas essas doenças são crônicas e apontadas por diversos estudos citados ao longo deste trabalho com possibilidade de provocar o surgimento ou agravamento dos transtornos mentais.

Os transtornos de ansiedade estiveram presentes em todas as unidades de internação, com índices de 10,2% dos casos na unidade de neurologia. Araújo Filho, Rosa e Yacubian (2008) apresentaram um estudo de revisão sobre a classificação dos transtornos mentais em pacientes com epilepsia, tendo os resultados apontado que os transtornos de ansiedade atingem de 10 a 25% das pessoas com epilepsia.

Alguns estudos comprovam a relação entre cardiopatias e transtornos mentais em que pacientes cardiopatas têm pior prognóstico quando apresentam transtorno mental, principalmente os de ansiedade (SANTOS; LIMA, 2012).

Na cardiologia, os índices de transtorno de ansiedade são um pouco menores (6,3%), contudo estes dados se tornam importantes quando existe maior probabilidade do surgimento de doenças cardiovasculares em pacientes com transtornos de ansiedade e de agravamento da condição cardiovascular, quando a ansiedade se manifesta em cardiopatas (SARDINHA; NARDI; ZIN, 2009). Os transtornos ansiosos são, comumente, encontrados na população de cardiopatas e descritos por vários autores (ALVES, FRÁGUAS, WAJNGARTEN, 2009; SILVA *et al.*, 2011; WILDER SCHAFF *et al.*, 2013).

Outros dados importantes são as frequências de casos na cardiologia de pacientes com TMCDUA (18,8%) e TMCDUSP (25,0%). O uso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, está relacionado a problemas cardiológicos graves, como a angina *pectoris*, distúrbios cardiovasculares e infarto agudo do miocárdio (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010). A presença de agravos cardiológicos, como o infarto agudo do miocárdio, tem sido observada em populações bastante jovens, inclusive em adolescentes que fazem uso abusivo de cocaína, *crack*, heroína e anfetaminas (POTT JUNIOR; FERREIRA, 2009; BOSCH *et al.*, 2010; PARASCHIM, 2010; McCORD, 2010).

A característica principal do serviço de Infectologia é a assistência aos pacientes com doenças infectocontagiosas, como, por exemplo, AIDS, hepatite, tuberculose, meningites, entre outras. Entre essas a AIDS é a que mais tem se destacado nos últimos anos, devido à incidência e prevalência se apresentarem elevadas (PINILLOS BRINGAS; COLLADO GONZÁLES; VARONA MARCOS, 2010).

Os resultados do presente estudo apontam que o transtorno mental mais frequente na unidade de infectologia é TMCDUSP, com 44,4%.

Quanto a isto, Sadock e Sadock (2007) chamam a atenção pelo maior risco de dependentes químicos adquirirem doenças infectocontagiosas, principalmente AIDS e hepatite, em decorrência do uso de drogas injetáveis com seringas contaminadas e comportamento sexual de risco.

Guimarães *et al.* (2009) citam que no Brasil os dados sobre a relação entre DST e comportamento de risco entre pacientes com transtornos mentais são escassos, contudo, embasados em estudos realizados em outros países, apresentam uma prevalência que varia de 3% a 22% para DST nesta população, com frequências maiores nos casos de pacientes com esquizofrenia, TAB e depressão com sintomas psicóticos.

No serviço de emergência representado pelo PA, foram identificados 22 casos de paciente com transtornos mentais. Os transtornos mais prevalentes foram os do humor (transtornos depressivos e TAB) seguidos de TMCDUSP.

Em pesquisa realizada por Ohara, Melo e Laus (2010) em um pronto-socorro no Estado de São Paulo, apesar de não quantificarem, eles descreveram que a prevalência de pacientes psiquiátricos naquela unidade de hospital geral era constante e significativa. Avancini e Silva (2005) buscaram identificar os diagnósticos médicos mais frequentes em pacientes atendidos em pronto-socorro, tendo os resultados indicado que 7,3% da amostra apresentavam TMCDUSP. No estudo de Silva, Spanemberg, Nogueira *et al.* (2011), os transtornos mentais mais prevalentes em um pronto atendimento do Rio Grande do Sul foram de 65,9% para transtornos do humor, 6,1% esquizofrenia, 9,8% transtornos de ansiedade e 4,9% para TMCDUSP.

Outra situação citada pela literatura referente a pacientes com transtornos mentais em serviços de emergência são os índices crescentes de casos de agitação psicomotora e comportamento agressivo. Mantovani *et al.* (2010) referem que cerca de 5% dos atendimentos em serviços de emergências são a pacientes com alterações do comportamento, dos quais parte é decorrente das agitações psicomotora e comportamento agressivo. Na realidade do Brasil, estima-se que este índice esteja em torno de 3%. Sadock e Sadock (2007) descrevem que o paciente com maior risco de apresentar episódios de agressividade é aquele sob efeito de substâncias psicoativas.

Quanto ao tempo do diagnóstico psiquiátrico: a maioria dos casos, 141(78,8%), se internou no hospital com um diagnóstico psiquiátrico prévio e 38(21,2%) recebeu o diagnóstico dessa categoria de transtorno durante a internação atual. O tempo de diagnóstico do transtorno mental variou entre 1 a 48 anos, com média de $6,93 \pm 8,919$ anos (IC=95%); mediana 3, com variância de 79,551. A partir destes dados, tem-se que 70(39,1%) dos pacientes receberam o diagnóstico no último ano; 41(22,9%), entre 2 e 5 anos; 34(19%), entre 6 e 10 anos; 29(16,2%), entre 11 e 30 anos; e 5(2,8%), entre 31 e 48 anos.

A descrição dos transtornos mentais, de acordo com o momento do diagnóstico em relação à internação atual, é apresentada na Tabela 6.

TABELA 6 - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e o momento do estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico em relação à internação atual. Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Momento do estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico em relação à internação atual | | | | Total | |
|------------------------------|--|------|----------|------|-------|------|
| | Durante | | Anterior | | (n) | % |
| | (n) | % | (n) | % | | |
| Esquizofrenia | 4 | 2,2 | 10 | 5,6 | 14 | 7,8 |
| TAB | 5 | 2,8 | 15 | 8,4 | 20 | 11,2 |
| Transtornos depressivos | 7 | 3,9 | 65 | 36,3 | 72 | 40,2 |
| Transtornos de ansiedade | 5 | 2,8 | 15 | 8,4 | 20 | 11,2 |
| Transtorno somatoforme | --- | --- | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |
| Transtornos da alimentação | --- | --- | 3 | 1,7 | 3 | 1,7 |
| TMCDUSP | 8 | 4,5 | 20 | 11,2 | 28 | 15,6 |
| TMCDUA | 7 | 3,9 | 12 | 6,7 | 19 | 10,6 |
| Transtornos de personalidade | 2 | 1,1 | --- | --- | 2 | 1,1 |
| Total | 38 | 21,2 | 141 | 78,8 | 179 | 100 |

Fonte: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

Relativo aos 78,8% de pacientes com diagnósticos psiquiátricos prévios, apresentados na Tabela 6, são dados que podem ser traduzidos como resultados da reestruturação da assistência à saúde mental no Brasil mediada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A oficialização da Reforma Psiquiátrica foi concretizada com a aprovação da Lei nº 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, que se tornou o marco legal desse movimento. Seu eixo fundamental consiste na reintegração social da pessoa com transtorno mental e o reconhecimento de sua cidadania, na redução de leitos e instituições psiquiátricas de modelo asilar, controle do número de internamentos integrais, redirecionamento para a rede de serviços substitutivos de saúde mental (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2011).

A Lei nº 10.216/01 é conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, e por meio dela vêm ocorrendo várias conquistas e a concretização das reivindicações daqueles que se empenharam anteriormente na luta pela transformação do cenário que envolvia as formas de tratamento às pessoas com transtorno mental. A referida Lei não dispõe sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas sobre a organização do sistema que regulamenta as ações em saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2011).

A partir da implantação das estratégias de desospitalização, houve maior investimento e esforços do governo na expansão dos serviços de saúde mental extra-hospitalar como o CAPS, Hospital-Dia, Serviço de Residências Terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e as Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, priorizou-se a criação de uma sistematização do acesso aos serviços de saúde mental, com protocolos de acolhimento, avaliação, referência e contrarreferência dos pacientes que procuram os serviços de atenção primária, com o intuito de facilitar a acessibilidade, o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, tratamentos mais efetivos (BRASIL, 2011).

Como forma de fortalecer a expansão das ações regulares de saúde mental na atenção básica, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a estratégia de matriciamento em saúde mental.

Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde em abril de 2010 informam o funcionamento de 1.165 NASF no país. Dos 6.895 trabalhadores desses núcleos, 2.123, aproximadamente, 30% são profissionais do campo da saúde mental (BRASIL, 2010).

O matriciamento, também chamado de apoio matricial, é um novo modo de promover a saúde pela ação de duas ou mais equipes de saúde por meio de um processo de construção compartilhada, que cria uma proposta de intervenção

pedagógico-terapêutica. Trata-se de uma forma de cuidar das pessoas com transtorno mental por meio de ações colaborativas entre o campo da saúde mental e a atenção primária (BRASIL, 2011b).

Estas estratégias têm sido reconhecidas internacionalmente, e a OMS destaca a importância de apoiar os profissionais da atenção básica nesta articulação com o campo da saúde mental, haja vista que o reconhecimento e o manejo precoce de transtornos mentais podem reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários (WHO, 2007a; b, 2008).

Assim, percebe-se que Reforma Psiquiátrica proporcionou condições de aumento na acessibilidade aos diversos serviços de saúde mental, com o aumento na modalidade de tratamentos por meio da reorganização da assistência nesta área, facilitando aos usuários o acesso a serviços especializados com maior rapidez. Isto pode justificar os 78,8% dos pacientes já terem um diagnóstico psiquiátrico prévio.

Concernente aos 21,2 % dos pacientes que receberam o diagnóstico de transtorno mental durante a internação atual, acredita-se que isto tenha sido possível pela atuação do serviço de interconsulta psiquiátrica existente no HC/UFPR, em que os médicos psiquiatras fazem avaliação a partir da solicitação dos profissionais das unidades de internamento.

Tradicionalmente, no Brasil, a interconsulta psiquiátrica é também designada consultoria e tida como prática médica que se realiza por meio da avaliação e prescrição de condutas de um psiquiatra a pacientes em tratamento de doença não psiquiátrica. Os enfermeiros também realizam interconsulta e algumas dessas experiências já foram estudadas no Brasil. Os estudos sobre interconsulta médica e de enfermagem apontam a necessidade de incremento teórico-prático, haja vista a tendência mundial de sua expansão e a necessidade de qualificar a assistência nos hospitais (SILVA; OLIVEIRA, IDE, 2011, p. 532).

A utilização da interconsulta psiquiátrica por enfermeiros e médicos tem sido descrita em estudos que utilizaram esta ferramenta para diagnosticar e/ou estimar a prevalência dos transtornos mentais em hospitais gerais (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2009; NAKABAYASHI *et al.*, 2010; SILVA; OLIVEIRA; IDE, 2011).

A importância deste serviço no hospital geral é respaldada pela prevalência já demonstrada por este estudo e por outros dos transtornos mentais nos pacientes internados para tratamento clínico.

O serviço médico de psiquiatria do Hospital de Clínicas/UFPR acompanhou, através da interconsulta psiquiátrica, 53(29,6%) da amostra do estudo, em que

30,2% foram para avaliação de pacientes com histórico de transtorno mental prévio, mas no momento, assintomáticos.

O Quadro 3 mostra os motivos que levaram as unidades de internamento a solicitar avaliação do serviço de interconsulta psiquiátrica do HC/UFPR.

| Motivo da interconsulta psiquiátrica (n=53) | n | % |
|---|-----------|------------|
| Avaliação de pacientes com transtorno mental assintomáticos | 16 | 30,2 |
| Sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações) | 7 | 13,1 |
| Comportamento suicida | 5 | 9,5 |
| Agitação psicomotora e/ou agressividade | 5 | 9,5 |
| Manifestação de abstinência de álcool e/ou outras drogas | 4 | 7,5 |
| Manifestação de choro constante | 4 | 7,5 |
| Sintomas de ansiedade | 4 | 7,5 |
| Insônia | 2 | 3,8 |
| Confusão mental | 2 | 3,8 |
| Ajustamento de medicação psiquiátrica | 2 | 3,8 |
| Sinais de desnutrição (transtorno da alimentação) | 2 | 3,8 |
| TOTAL | 53 | 100 |

QUADRO 3 – Motivos de interconsulta nas unidades de internação pelo serviço de psiquiatria. Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013)

Os aspectos clínicos que mais motivam os pedidos de interconsulta psiquiátrica no HG são: avaliação geral de pacientes com transtornos mentais, intento suicida, problemas de relação médico-paciente, avaliação de medicação psicotrópica e conflitos familiares (FABRISSIN, 2011).

No presente estudo, o motivo mais frequente da solicitação de serviço de interconsulta foi a avaliação de pacientes com histórico de transtorno mental prévio, (30,2%). Isto ocorre quando é identificado um diagnóstico psiquiátrico preexistente, que, muitas vezes, em se tratando de um transtorno mental grave, mesmo assintomático no momento, os profissionais de saúde do hospital geral fazem a

solicitação. Isto porque o paciente, por ter um diagnóstico psiquiátrico, torna-se um aspecto motivador para o pedido de avaliação do serviço de interconsulta.

Nakabayashi *et al.* (2010) verificaram que este motivo era responsável por 72,2% dos pedidos de interconsulta psiquiátrica em um hospital de Santa Catarina e 52,3% em outro de São Paulo. Estes resultados mostram que este tipo de solicitação é muito frequente. Há estudos que mencionam frequências menores para este tipo de solicitação, como, por exemplo, o estudo realizado por Abait e Alvarez (2002), que avaliou 407 pacientes pelo serviço de interconsulta psiquiátrica em um hospital geral de La Plata, Argentina, em que as solicitações para avaliação de pacientes com antecedentes psiquiátricos foram de 23%. No estudo de Smaira; Kerr-Correa e Contel (2003), as solicitações foram de 17%; e no estudo de Oliveira, Pires e Santos (2008) 12,6% e no de Schmitt e Gomes (2005), elas foram de 8%.

Outro motivo comum de solicitação de avaliação pelo serviço de interconsulta é a presença de sintomas psicóticos. Estes sintomas são distúrbios psiquiátricos graves caracterizados pela perda do contato com a realidade pelo paciente, que emite juízos falsos (delírios), podendo também apresentar alucinações (percepções irreais dos cinco órgãos dos sentidos) e distúrbios de conduta, que o levem à impossibilidade de convívio social, podendo o paciente apresentar comportamento bizarro. Os sintomas psicóticos podem ter várias etiologias, inclusive orgânicas. As principais etiologias descritas na literatura são: por lesões cerebrais, tumores cerebrais, esquizofrenia, substâncias psicoativas, infecções, traumas emocionais, entre outros (SADOCK; SADOCK, 2007).

Franco, Toro e Escobar (2009) encontraram 2,2% das solicitações da interconsulta para avaliação de transtornos psicóticos. A avaliação da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma diagnosticou 12% de pacientes com transtornos psicóticos (SCHMITT; GOMES, 2005).

A gravidade de um transtorno mental pode ser intensificada quando há presença de sinais de comportamento suicida apresentado pelo paciente (MERIKANGAS *et al.*, 2011). O comportamento suicida é caracterizado pela presença de ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar) e é um importante preditor de risco para o suicídio, o passo seguinte é a tentativa de suicídio e, por fim, a consumação do intento suicida (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013). Deste modo, ao identificar qualquer um destes elementos a equipe de saúde que cuida do paciente no hospital geral precisa acionar em caráter

emergencial o serviço de interconsulta psiquiátrica para dar suporte assistencial multiprofissional ao potencial suicida.

O Quadro 3 apresenta um índice de 9,5% para comportamento suicida entre os motivos de solicitação da interconsulta psiquiátrica. Esta frequência é superior às encontradas por Franco, Toro e Escobar (2009), de 1,6%; Nakabayashi *et al.* (2010), em hospital de São Paulo, encontraram 6,2%; e Smaira, Kerr-Correia e Contel (2003) 6,4%. Todavia, outros estudos apresentaram índices bem superiores em relação aos dados apresentados por este estudo, como, por exemplo, Oliveira, Pires, Santos (2008), que encontraram 23,6%; Nakabayashi *et al.* (2010), em hospital de Santa Catarina, 37,6%; e Schmitt e Gomes (2005), em hospital de trauma, 45%.

A agitação psicomotora e a agressividade são manifestações psicopatológicas complexas e possíveis de serem apresentadas pelos pacientes com transtornos mentais em hospital geral. A agitação psicomotora e a agressividade podem ser observadas em manifestações de sintomas psicóticos de pacientes com esquizofrenia, na fase maníaca do TAB, e em pacientes sob efeito de substâncias psicoativas (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Neste estudo, os dados indicaram que a agitação psicomotora e a agressividade foram motivos de 9,5% das solicitações de interconsulta. Outros estudos apresentam índices equidistantes aos apresentados no Quadro 3.

Franco, Toro e Escobar (2009) apresentam frequência abaixo da descrita no Quadro 3(3,3%), entretanto estes números se referem somente a quadros de agitação e não há resultados para agressividade. Por outro lado, Smaira, Kerr-Correia e Contel (2003) descrevem a agitação juntamente com quadros de euforia e os denomina de alteração de comportamento, apresentando uma frequência de 36,2% das solicitações.

Podem-se citar vários estudos que mencionam a ocorrência comum de internações em hospital geral de pacientes com doenças clínicas decorrentes da dependência de álcool e outras drogas (YE; CHERPITEL, 2009; BORGES *et al.*, 2009; REHM; POPOVA; PATRA, 2009; PORTUGAL; CORREA; SIQUEIRA, 2010; WELCH, 2011; GORAYEB; FACCHINI; SCHMIDT, 2012).

Como consequência da suspensão do uso contínuo da droga, comumente, os pacientes apresentam Síndrome de Abstinência, que é o conjunto de modificações orgânicas que ocorre em razão da suspensão brusca do consumo de

drogas geradoras de dependência física e psíquica como o álcool, *crack*, morfina, entre outras (MONTE SECADES *et al.*, 2010).

Pesquisa transversal retrospectiva realizada em um hospital geral da Espanha avaliou 539 casos de pacientes com síndrome de abstinência alcoólica internados na instituição entre 1987-2003. Os resultados deste estudo descrevem ser comum a presença desta síndrome em pacientes em hospital geral e também as inúmeras complicações físicas relacionadas a ela: 42,1% dos pacientes apresentaram crises convulsivas; 48,5%, *delirium tremens*; 37,8% precisaram de cuidados em UTI; e 6,6% foram a óbito (MONTE SECADES *et al.*, 2010).

As frequências das solicitações de interconsulta para a avaliação de quadros de abstinência apresentadas em alguns estudos variam de 1,6% a 4,1% (OLIVEIRA, PIRES, SANTOS, 2008; FRANCO; TORO; ESCOBAR, 2009).

Sintomas de depressão como choro fácil e constante e de ansiedade são bastante prevalentes em pacientes de hospital geral. Dor, doença crônica e estresse são algumas situações presentes no cotidiano daqueles que estão internados em hospitais gerais e que intensificam sintomas característicos dos transtornos depressivos e de ansiedade (BOTEGA, 2012).

Conforme o Quadro 3, o motivo da avaliação de choro constante foi de 7,5%; de sintomas de ansiedade, de 7,5%; de insônia, de 3,8%; e de confusão mental, de 3,8%.

A frequência da avaliação de sintomas depressivos em outros estudos foi de 23% (SCHMITT; GOMES, 2005); choro (3,8%); tristeza (7,1%); insônia (1,3%); sintomas de ansiedade (3,3%); confusão mental (1,6%) (FRANCO; TORO; ESCOBAR, 2009); sintomas depressivos (29,2%); sintomas de ansiedade (6%); e confusão mental 16% (OLIVEIRA, PIRES, SANTOS, 2008).

O ajustamento de medicação também foi o motivo de solicitação da interconsulta psiquiátrica presente em 3,8%. Este índice é bastante próximo aos encontrados por Nakabayashi *et al.* (2010) em dois hospitais gerais: 5,5% e 3%, respectivamente; Franco, Toro e Escobar (2009) encontraram esta solicitação em 1,1%.

O quadro clínico de desnutrição resultante dos transtornos da alimentação (TA) foi visualizado em 3,8% das solicitações. Sobre a gravidade dos TA e da importância do acompanhamento de um serviço especializado de saúde mental, Palma, Santos e Ribeiro (2013, p.32) descrevem que:

[...] são doenças graves e complexas cuja etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, fisiológicos, psicológicos e ambientais. Dessa forma, torna-se imprescindível o olhar atento e multifacetado para o manejo terapêutico que se apresenta, quase sempre, bastante desafiador, requerendo abordagem de uma equipe multidisciplinar bem treinada em serviços especializados. Os TAs mais conhecidos e discutidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN).

Oliveira, Pires e Santos (2008) referem que o serviço de interconsulta psiquiátrica de um hospital geral de Portugal recebeu 5% das solicitações para avaliação de paciente com transtorno da alimentação.

Os resultados do presente estudo mostraram que 67,0% dos participantes fazem tratamento psiquiátrico. A Tabela 7 apresenta a distribuição dos transtornos mentais de acordo com a condição de estar em tratamento psiquiátrico.

TABELA 7 - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental e manutenção de tratamento psiquiátrico. Curitiba. 2013

| Transtorno mental | Em tratamento psiquiátrico | | | | Total | |
|------------------------------|----------------------------|------|-----|------|-------|-----|
| | Sim | | Não | | | |
| | (n) | % | (n) | % | (n) | % |
| Transtornos depressivos | 64 | 88,9 | 8 | 10,1 | 72 | 100 |
| TAB | 15 | 75,0 | 5 | 25,0 | 20 | 100 |
| Transtornos de ansiedade | 16 | 80,0 | 4 | 20,0 | 20 | 100 |
| Esquizofrenia | 10 | 71,5 | 4 | 28,5 | 14 | 100 |
| Transtornos da alimentação | 3 | 100 | --- | --- | 3 | 100 |
| Transtornos de personalidade | --- | --- | 2 | 100 | 2 | 100 |
| Transtorno somatoforme | 1 | 100 | --- | --- | 1 | 100 |
| TMCDUSP | 7 | 25,0 | 21 | 75,0 | 28 | 100 |
| TMCDUA | 4 | 21,0 | 15 | 79,0 | 19 | 100 |

FONTE: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

Pelos dados da Tabela 7, é possível detectar que os participantes que referiram maior manutenção do tratamento foram aqueles com transtornos depressivos (88,9%); TAB (75,0%); transtornos de ansiedade (80,0%); esquizofrenia (71,5%); e transtornos da alimentação (100%). Por outro lado, os participantes com TMCDUA (21%) e TMCDUSP (25,0%) referiram baixa adesão a tratamentos psiquiátricos e os dois casos de participantes com diagnóstico de transtorno de personalidade referiram não fazer tratamento psiquiátrico.

Os transtornos mentais, de modo geral, são considerados doenças crônicas, que implicam necessidade de acompanhamento por tempo prolongado. Todavia, a não adesão ou a baixa adesão aos tratamentos pelas pessoas com transtornos mentais podem ser consideradas sérios problemas na atenção à saúde mental, que têm como consequência o descontrole dos sintomas, o aumento de internações psiquiátricas integrais evitáveis e o aumento no custo dos cuidados de saúde. Destarte, a adesão ao tratamento é imprescindível para o aumento de chance de melhora no prognóstico do paciente (GIACCHERO; MIASSO, 2008).

O Ministério da Saúde estima que cerca de 3% da população necessita de cuidados em saúde mental de modo contínuo, devido a transtornos mentais graves e persistentes, e mais 9% precisam de atendimento eventual relacionado a transtornos menos graves, totalizando 12% da população brasileira (CARDOSO; GALERA, 2009).

Alguns fatores são preponderantes para motivar as pessoas com transtornos mentais a buscar e se manter em tratamento, como, por exemplo, o conhecimento e a compreensão dos sinais e sintomas dos transtornos. Desta forma, as informações disponibilizadas pelos veículos científicos à sociedade sobre os transtornos depressivos ajudam as pessoas a compreender melhor a dimensão biológica do transtorno, motivando-as a procurar por tratamento (BIO; SOUZA; MORENO, 2011).

Mesmo quando o paciente procura e inicia um tratamento de modo espontâneo, não significa que isto seja uma motivação que o mantenha em tratamento (FONTANELLA, 2010).

Sintomas depressivos parecem se correlacionar positivamente com motivação para busca de ajuda interpessoal e tratamentos. Um estudo clínico nacional concluiu que os pacientes que tiveram adesão ao tratamento contra depressão apresentaram melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida (FONTANELLA, 2010; BIO; SOUZA; MORENO, 2011).

Em estudo que avaliou a frequência de pacientes com transtornos mentais em ambulatório de saúde mental verificou que pacientes com transtornos psicóticos/esquizofrenia são mais frequentes nos atendimentos. No período de um ano, 48,4% compareceram a todos os atendimentos, 42% tiveram falta inferior a 50% das consultas e 4,8% não compareceram a nenhum atendimento. Já os pacientes com transtornos do humor tiveram um comparecimento com índices menores (GIACCHERO; MIASSO, 2008).

A Tabela 8 apresenta os dados referentes ao local em que os participantes recebem tratamento psiquiátrico.

TABELA 8 - Distribuição dos participantes em tratamento psiquiátrico, segundo o transtorno mental e o serviço de saúde em que fazem o tratamento (n=120). Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Serviço de saúde mental | | | | | Total |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | UBS | AMB | CAPS | HG | HP | |
| | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | |
| Transtornos depressivos | 26(21,7) | 27(22,5) | 1(0,8) | 8(6,7) | 2(1,7) | 64(53,3) |
| TMCDUSP | 2(1,7) | 1(0,8) | --- | --- | 4(3,3) | 7(5,8) |
| TAB | 3(2,5) | 8(6,7) | --- | 4(3,3) | --- | 15(12,5) |
| Transtornos de ansiedade | 5(4,2) | 9(7,5) | --- | 2(1,7) | --- | 16(13,3) |
| TMCDUA | 2(1,7) | --- | 2(1,7) | --- | --- | 4(3,3) |
| Esquizofrenia | 1(0,8) | 5(4,2) | 1(0,8) | 1(0,8) | 2(1,7) | 10(8,3) |
| Transtornos da alimentação | --- | 2(1,7) | --- | 1(0,8) | --- | 3(2,5) |
| Transtorno somatoforme | --- | 1(0,8) | --- | --- | --- | 1(0,8) |
| Total | 39(32,5) | 53(44,2) | 4(3,3) | 16(13,3) | 8(6,7) | 120(100) |

Fonte: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. AMB=Ambulatório de saúde mental. CAPS=Centro de Atenção Psicossocial. HG=Hospital geral. UBS=Unidade Básica de Saúde. HP=Hospital Psiquiátrico.

A Tabela 8 mostra um dado bastante importante, que é o índice baixo de pacientes em tratamento em CAPS (3,3%), contrastando com a frequência de pacientes que fazem tratamento em hospital psiquiátrico (6,7%). O serviço com maior prevalência de casos em tratamento é o ambulatório de saúde mental (44,2%). Não houve menção de pacientes em tratamento em Hospital Dia.

Os serviços em saúde mental devem ser locais de sociabilidade, de acolhimento e de cuidados, haja vista que são lugares de lidam com pessoas e não com doenças. Assim, a dimensão técnico-assistencial foca-se na reestruturação dos dispositivos estratégicos da rede de atenção em saúde mental, que substitui os antigos hospitais psiquiátricos, ícones histórico-sociais do modelo manicomial (AMARANTE, 2011).

Destarte, a Política Nacional de Saúde Mental tem proposto novos serviços para a assistência às pessoas com transtorno mental. Os serviços de saúde mental estão articulados em uma Rede de Atenção Psicossocial. Sua organização é piramidal, tendo como base um conjunto de serviços responsáveis pela atenção

primária (UBS), que deve funcionar como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde (BRASIL, 2011a; b).

Em um nível intermediário desta conformação piramidal, estão os serviços de atenção de média complexidade (CAPS; Ambulatório de saúde mental; Hospital Dia). No topo da pirâmide, estão os serviços de alta complexidade representados pelos serviços hospitalares. A base da rede de atenção psicossocial na atenção primária converge com o que tem sido preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que sugere que os serviços de saúde mental tenham sua estrutura embasada na atenção primária, o que justifica os 32,5% dos pacientes em tratamento/acompanhamento em UBS (WHO, 2008; BRASIL, 2010; 2011a; b).

Vários pacientes são avaliados e diagnosticados com transtornos mentais, como, por exemplo, transtornos depressivos e transtornos de ansiedade em UBS, e se mantêm em acompanhamento e tratamento nestes serviços. Isto porque o matriciamento e o NASF são estratégias incluídas na Rede de Atenção Psicossocial para dar suporte aos profissionais que não são da área de saúde mental para que propiciem assistência mais qualificada à população (BRASIL, 2010; 2011a; b).

Em estudo realizado em uma UBS, verificou-se que 19,48% dos atendimentos eram relacionados a queixas de sinais e sintomas psiquiátricos. A frequência absoluta de casos com transtornos mentais foi n=579, dos quais, 11,4% eram de transtornos depressivos; 0,2%, de transtorno de personalidade; 0,3%, de transtorno da alimentação; 11,6%, de transtornos de ansiedade; 1%, de TAB; 6,1%, de transtorno psicótico; e 3,1%, de uso problemático de álcool e/ou drogas (TAVARES; SOUZA; PONTES, 2013). Esses dados representam uma frequência proporcional aos apresentados na Tabela 8, sendo os transtornos depressivos os mais prevalentes, seguidos pelos transtornos de ansiedade e TAB.

No encarte do Ministério da Saúde denominado Saúde Mental em Dados, em sua versão sete, publicado em 2010, são apresentados os últimos números referentes ao quantitativo, 860, de ambulatórios de saúde mental na rede de atenção à saúde psicossocial, distribuídos em todo o território nacional, sendo que no estado do Paraná havia 54 ambulatórios (BRASIL, 2010).

Apesar de o Ambulatório de Saúde mental compor a Rede de Atenção Psicossocial e tentar funcionar dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, ele tem auxiliado na manutenção do modelo biomédico, embasado no saber psiquiátrico, que seleciona uma demanda para os hospitais psiquiátricos. Sua

conformação é caracterizada por referências para várias consultas médico-psiquiátricas e de psicologia, mostrando ser um serviço passível de pouca resolutividade e baixa articulação com a rede de saúde mental (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

O último levantamento do Ministério da Saúde em 2012 sobre o quantitativo de CAPS no Brasil contabilizava 1.742 unidades, divididas entre todos os estados do país. A região sul é detentora da maior cobertura assistencial, com um índice de 0,91 CAPS/100.000 por habitante, considerado uma cobertura muito boa. O estado do Paraná apresentava uma cobertura de 0,76 CAPS/100.000 por habitante, índice acima da média nacional.

Alguns estudos apontam que os dependentes de álcool e outras drogas são mais resistentes a procurar e manter-se em tratamento, corroborando os achados apresentados na Tabela 8 (FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; MONTEIRO *et al.*, 2011). Dois pacientes com TMCDUA (1,7%) fazem acompanhamento/tratamento em CAPS, isto porque este serviço dispõe de modalidade com especificidade, entre eles, o CAPS-ad (Centro de atenção Psicossocial álcool e droga). Os CAPS devem estar localizados em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, pode ter um terceiro período funcionando até 21 horas, atender diariamente a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse serviço deve manter leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação na modalidade de CAPSIII-ad (BRASIL, 2012).

Em um estudo com 1.162 usuários de 30 CAPS da região sul do Brasil, verificou-se que 97% dos participantes tinham diagnóstico de transtorno mental: 34,3% era de transtorno depressivo maior; 28,3%, de psicose; e 8,9%, de esquizofrenia (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Apesar de o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos ter sido intensificado nos últimos anos com cerca de 2.000 leitos desativados por ano, neste estudo foi observado que 6,7% dos participantes referiram fazer tratamento em hospitais psiquiátricos. Isto pode ocorrer em parte porque Curitiba tem hospitais psiquiátricos com unidades específicas para tratamento de dependência química, o que justificaria tais dados (PARANÁ, 2012).

A Tabela 8 apresenta dados referentes a 13,3% de pacientes em tratamento em hospitais gerais. Este índice pode estar relacionado com o acompanhamento em

consultórios de hospitais gerais, visto que Brasil (2010) descreve a existência de atendimento em hospitais gerais na modalidade de consultas médicas, o que não caracteriza atendimento ambulatorial.

Do total da amostra, 139(77,7%) dos pacientes referiram fazer uso contínuo de medicação psicotrópica. A média dos anos de uso dessas medicações é de $6,19 \pm 7,43$ anos (IC 95%), mediana de três anos, variando entre um e 40 anos de uso, em que 95(69,5%) fazem uso de medicação psicotrópica há pelo menos cinco anos, 50(36,0%) iniciaram o uso no último ano e 69,5% fazem uso de mais de uma classe de medicação psicotrópica.

O que chama a atenção para os dados relativos ao uso de medicações psicotrópicas (77,0%) é o índice ser superior a que se refere o número de participantes que afirmaram fazer tratamento psiquiátrico (67,0%). Isto revela que existe a possibilidade de 10,6% dos participantes fazerem uso dessa medicação sem fazer tratamento/acompanhamento psiquiátrico (automedicação). As classes de medicação para estes casos foram: 11(6,2%) antipsicótico; 4(2,2%) estabilizadores do humor; 7(3,9%) antidepressivos; 4(2,2%) ansiolíticos; 8(4,4%) sedativos; e 5(2,8%) anticonvulsivantes.

A automedicação é um dos problemas de saúde pública mais pertinentes e preocupantes, isto por se tratar de uma prática comum na sociedade, passível de produzir inúmeros agravos. Este panorama pode ser mais grave quando a automedicação está relacionada ao uso indiscriminado de medicações psicotrópicas (SILVA; GOMES; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em estudo randomizado realizado em Campina Grande-Paraíba, verificou-se que a prevalência de uso de medicação psicotrópica sem acompanhamento médico ou tratamento formal foi de 36,34% (RIBEIRO *et al.*, 2004).

Entre os pacientes com transtornos mentais, a automedicação pode ocorrer em situações em que estes recebem um tratamento medicamentoso por um tempo determinado e, após a remissão dos sintomas que o levaram àquele tratamento, a medicação é suspensa. Contudo, ao sentir novamente os sintomas, o paciente não retorna para uma nova avaliação e inicia o uso da automedicação, o que pode gerar o prolongamento no tempo do seu uso (RIBEIRO *et al.*, 2004; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013; WANDERLEY; CAVALCANTI; SANTOS, 2013).

O uso prolongado de medicações psicotrópicas é também apontado em estudos, principalmente nos casos do uso de antidepressivos e sedativos, com

maior ênfase nos benzodiazepínicos (MARGARIDO, 2012; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). Santos *et al.* (2009a) verificaram em uma amostra de pacientes com transtornos mentais em uso de medicação psicotrópica que 48% dos pacientes a utilizavam por mais de dois anos.

A Tabela 9 mostra a quantidade de classe de medicação utilizada pelos pacientes, segundo o transtorno mental, com ou sem comorbidades.

TABELA 9 – Distribuição dos participantes em uso de medicação psicotrópica, segundo o transtorno mental e número de classe de medicação (n=139). Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Quantidade de medicações psicotrópicas | | | | | Total |
|-----------------------------|--|-----------------|-----------------|----------------|---------------|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Esquizofrenia | 7 ^a (5,0) ^b | 2(1,4) | 3(2,2) | 1(0,7) | --- | 13(9,4) |
| TAB | 4(2,9) | 6(4,3) | 6(4,3) | 3(2,2) | 1(0,7) | 20(14,4) |
| Transtornos depressivos | 31(22,3) | 23(16,5) | 9(6,5) | 3(2,2) | 3(2,2) | 69(49,6) |
| Transtornos de ansiedade | 5(3,6) | 5(3,6) | 7(5,0) | 2(1,4) | --- | 19(13,7) |
| Transtornos da alimentação | 1(0,7) | --- | --- | 1(0,7) | 1(0,7) | 3(2,2) |
| TMCDUSP | 6(4,3) | 2(1,4) | 1(0,7) | --- | --- | 9(6,5) |
| TMCDUA | 2(1,4) | 1(0,7) | 1(0,7) | --- | --- | 4(2,9) |
| Transtorno de personalidade | 2(1,4) | --- | --- | --- | --- | 2(1,4) |
| Total | 58(41,7) | 39(28,1) | 27(19,4) | 10(7,2) | 5(3,6) | 139(100) |

FONTE: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool. a-frequencia absoluta. b-frequencia relativa.

O tratamento farmacológico na área de saúde mental tem se tornado cada vez mais um componente crucial do atendimento psiquiátrico, com o surgimento crescente do quantitativo e qualitativo das medicações psicotrópicas. O conhecimento sobre os aspectos gerais da farmacocinética, farmacodinâmica, ações e reações dos psicofármacos é extremamente importante para os profissionais de enfermagem no cuidado aos pacientes com transtornos mentais. O tratamento psicofarmacológico consiste nas seguintes etapas: início estabilização, manutenção e retirada (quando possível). A grande dificuldade em tramitar por todas essas etapas é a falta ou a baixa adesão do paciente a esta terapia (GORENSTEIN; ZILBERMAN, 2008).

Na Tabela 9 é possível observar que 58,3% dos participantes utilizam mais de uma classe de medicação psicotrópica em seu tratamento. Este dado é superior quando comparado com o estudo sobre interação de medicações psicotrópicas, em que se observou que 21,7% dos participantes faziam uso de mais um tipo destas medicações (SANTOS *et al.*, 2009a).

Observou-se ainda que os participantes com transtornos depressivos foram aqueles com maior frequência de uso de mais de uma classe de medicações psicotrópicas. Em estudo com idosos institucionalizados, também foi identificado que aqueles com transtornos depressivos eram os que mais se utilizavam da polifarmácia¹⁸ (LUCHETTI *et al.*, 2010).

Nesta perspectiva, percebe-se ainda que os participantes com TAB também apresentaram frequências elevadas de utilização de mais de uma medicação. Quanto a isto, Miasso, Carmo e Tirapelli (2012) descrevem que o TAB é um transtorno caracterizado por fases distintas e diferentes, com certo grau de resistência a tratamentos com um único tipo de medicação psiquiátrica. Assim, a polifarmácia para este tipo de transtorno torna-se frequente a fim de se alcançar a estabilização do quadro de sinais e sintomas tanto depressivos quanto maníacos.

Na sequência, a Tabela 10 mostra a distribuição dos casos de pacientes com transtorno mental em uso de medicação, segundo a classe dos psicotrópicos.

¹⁸ Considera-se polifarmácia o uso desnecessário de pelo menos um medicamento ou presença de cinco ou mais fármacos em associação. A polifarmácia, praticada em grande escala, seja por prescrição médica ou automedicação, favorece a ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas (SECOLI, 2010).

TABELA 10 - Distribuição dos participantes em uso de medicação psicotrópica, de acordo com o transtorno mental e a classe de medicação psicotrópica (n=139). Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Classe de medicação psicotrópica | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|-----------|--------------------------|
| | Anti- psicóticos | Estabilizadores do humor | Anti- depressivos | Ansiolíticos | Sedativos | Anticon- vulsionantes |
| | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| Esquizofrenia | 13(7,1) | 2(1,1) | 3(1,7) | --- | 4(2,2) | 2(1,1) |
| TAB | 13(7,1) | 14(7,8) | 10(5,6) | 2(1,1) | 6(3,4) | 8(4,5) |
| Transtornos depressivos | 10(5,6) | 20(11,2) | 61(34,1) | 8(4,5) | 20(11,2) | 8(4,5) |
| Transtornos de ansiedade | 6(3,4) | 2(1,1) | 15(8,4) | 13(7,1) | 7(3,9) | 1(0,6) |
| TMCDUSP | 1(0,6) | 1(0,6) | 3(1,7) | 2(1,1) | 4(2,2) | 2(1,1) |
| TMCDUA | 1(0,6) | 1(0,6) | 1(0,6) | --- | 3(1,7) | 1(0,6) |
| Transtornos da alimentação | 2(1,1) | 2(1,1) | 3(1,7) | 2(1,1) | --- | 1(0,6) |
| TOTAL | 47(26,2) | 42(23,5) | 96(53,6) | 27(15,1) | 45(25,1) | 23(12,9) |

Fonte: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

Pelos dados apresentados na Tabela 10, a classe de antidepressivos foi a de maior frequência (53,6%), considerando o total da amostra dos participantes, pois, ao considerar somente aqueles que fazem uso de medicação, o índice é de 69,1%. Este índice é superior aos encontrados em outros hospitais gerais para o uso de antidepressivos, que variaram entre 12,9% e 37,4% (MANN *et al.*, 2009; NAKABAYASHI *et al.*, 2010; DAL BÓ, *et al.*, 2011; SHIRAMA; MIASSO, 2013; TAVARES; SOUZA; PONTES, 2013).

Alguns estudos apresentaram resultados com índices próximos aos da Tabela 10 para uso de antidepressivo. Foi encontrado um estudo realizado em um pronto-socorro de hospital geral do sul do Brasil, com pacientes idosos com transtornos mentais, dos quais, 57,8% usavam antidepressivos (SILVA; SPANEMBERG; NOGUEIRA *et al.*, 2011). Centena (2010) encontrou que 70% dos pacientes atendidos por consulta de enfermagem em ambulatório de saúde mental faziam uso de medicação psiquiátrica, dos quais, 52,5% usavam antidepressivos.

Há citações na literatura sobre o aumento expressivo do consumo de antidepressivos nos últimos anos pela população brasileira. Alguns fatores são apontados como possíveis causas deste fenômeno: utilização para doenças e sintomas clínicos, avaliação de pacientes por médicos não psiquiatras, dependência

psicológica que esta medicação pode causar nos pacientes, influência midiática, entre outros (MARGARIDO, 2012; NOIA *et al.*, 2012).

Os antipsicóticos fazem parte de outra classe de medicações psiquiátricas que apresentaram frequências elevadas de utilização pelos participantes (26,2%).

Os antipsicóticos também chamados de neurolépticos são medicações que produzem diminuição ou inibição das funções psicomotoras, o que, conseqüentemente, gera diminuição da excitação ou da agitação do paciente. Estes fármacos também agem nos sintomas psicóticos (delírios e alucinações). São indicados para o tratamento de pacientes com esquizofrenia (episódios agudos, tratamento de manutenção, prevenção de recaídas) e em outros transtornos psicóticos, no TAB, na depressão psicótica em associação com antidepressivos, em episódios psicóticos breves, em psicoses induzidas por drogas, psicoses cerebrais orgânicas, controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência (GORENSTEIN; ZILBERMAN, 2008).

O uso comum de antipsicóticos em hospitais gerais é difundido na literatura como uma terapêutica para os casos de *delirium*¹⁹, que são quadros clínicos agudos e transitórios e, na maioria dos casos, não necessita de tratamento prolongado (SILVA; MEIRA; SANDOVAL *et al.*, 2013).

Os índices do uso desta classe de medicação psicotrópica por pacientes internados em hospital, em publicações nacionais, variam entre 4,6% e 18,2%, índices inferiores aos apresentados por este estudo (NAKABAYASHI *et al.*, 2010; SHIRAMA; MIASSO, 2013; TAVARES; SOUZA; PONTES, 2013). Contudo, quando consultadas pesquisas envolvendo pacientes idosos, os índices para uso de antipsicóticos aumentam expressivamente, indo de 32,5% a 34,8% (MANN *et al.*, 2009; LUCHETTI *et al.*, 2010; SILVA; SPANEMBERG; NOGUEIRA *et al.*, 2011).

Os sedativos e ansiolíticos estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diferentes países no mundo, principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores de sono. A hospitalização é um dos principais fatores relacionados com a insônia do paciente. Em grande parte das

¹⁹ *Delirium* é uma síndrome clínica caracterizada por um rebaixamento súbito no nível de consciência no qual a apresentação clínica é bastante diversificada e o diagnóstico nem sempre fácil. Geralmente, decorre dos seguintes fatores: condição médica geral; intoxicação por substâncias; abstinência por substâncias; uso de medicamentos; exposição à toxinas. Essa condição é uma complicação frequente de doenças físicas, afetando 10 a 45% dos pacientes internados com idade avançada, com doenças graves como câncer ou que são submetidos a procedimentos cirúrgicos (SILVA; MEIRA; SANDOVAL *et al.*, 2013).

situações, os sedativos, principalmente os benzodiazepínicos, são utilizados para indução do sono noturno nos pacientes hospitalizados (BOTEGA, 2012).

O índice de uso de sedativos/benzodiazepínicos na população em pacientes está por volta de 28% (SANTOS *et al.*, 2009a). No grupo de pacientes com transtornos mentais em hospital geral, varia de 28,4% a 39,8% (NAKABAYASHI *et al.*, 2010; DAL BÓ *et al.*, 2011; SHIRAMA; MIASSO, 2013). Apesar da variação dos índices apresentados por estes estudos, é possível observar uma aproximação da frequência apresentada na Tabela 10.

Um estudo desenvolvido em ILPI verificou que 13,4% dos pacientes idosos faziam uso de sedativos, índices menores, contudo a frequência do uso de neurolépticos foi maior 33% (LUCETTI *et al.*, 2010). Há publicações que apresentam índices mais elevados, como o estudo realizado em pronto-socorro de hospital geral em que o uso de sedativos em pacientes idosos com transtornos mentais foi de 59% (SILVA; SPANEMBERG; NOGUEIRA *et al.*, 2011).

Os estabilizadores do humor são psicofármacos utilizados para a manutenção da estabilidade do humor capazes de prevenir episódios de mania e depressão. Alguns anticonvulsionantes estão sendo incluídos nos tratamentos psiquiátricos, como estabilizadores do humor, para casos de transtorno bipolar (BOTEGA, 2012). Devido a isto, percebe-se que os dados apresentados mostram a frequência de 12,9% do uso de anticonvulsionantes, com maior frequências nos transtornos do humor.

Em um estudo com pacientes com TAB, verificou-se que 54,3% utilizavam estabilizador do humor; 62,4%, anticonvulsionantes; 68,5%, antipsicótico; e 9,5% utilizavam antidepressivo, o que confirma a possibilidade de polifarmácia por estes pacientes (Tabela 10) (BARBOSA *et al.*, 2011).

3.3.1 Comorbidades clínico-psiquiátricas

Do total da amostra, 164(91,6%) tiveram internamento para tratamento clínico e 15(8,4%) para tratamento cirúrgico.

Apesar de ainda não serem claros os mecanismos de relação entre doenças físicas e transtornos mentais, estudos apontam que 20% a 60% dos pacientes

internados em hospitais gerais apresentam algum tipo de transtorno mental (SCHMITT; GOMES, 2005; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; NAKABAYASHI *et al.*, 2010; DAL BÓ *et al.*, 2011).

Esta variação é justificada porque os hospitais gerais são dotados de várias unidades de especialidades, e os pacientes são internados conforme essa divisão. Há unidades que têm maior ou menor prevalência de pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica. As características sociodemográficas, tipo de doença clínica, gravidade e cronicidade também influenciam na variação da presença de transtornos mentais em pacientes com doenças clínicas ou sob intervenção cirúrgica no hospital geral (BOTEGA; SMAIRA, 2012).

As principais doenças de base descritas nos prontuários dos participantes deste estudo são classificadas como crônicas 104(58,1%) e agudas 75(41,9%).

Existe vasta literatura que discorre sobre a correlação entre transtornos mentais e doenças clínicas. Os transtornos mentais ou de comportamento, comumente presentes, associados às doenças clínicas no hospital geral, são depressão, ansiedade, dependência química (tabaco, álcool e outras drogas) e transtornos conversivos (SCHMITT; GOMES, 2005; BOTEGA, 2012). Estudos citados por Sadock e Sadock (2007) referem que 24 a 60% dos pacientes com transtornos mentais têm uma doença física associada.

Resultados de várias pesquisas indicam a existência de correlação entre transtornos mentais e doença crônica. Em um estudo com 1.120 sujeitos com doenças crônicas em tratamento ambulatorial clínico, verificou-se que 23,4% apresentavam episódios depressivos graves. As doenças crônicas apresentadas pelos sujeitos foram: doenças neurodegenerativas, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Diabetes *mellitus* (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; DUARTE; REGO, 2007; NAKABAYASHI *et al.*, 2010; DAL BÓ *et al.*, 2011).

Deste modo, as comorbidades clínico-psiquiátricas passam a ter importância para estudiosos da área de epidemiologia e de saúde em geral, como também para os profissionais que atuam em serviços que não são da rede de atenção à saúde mental, como é o caso do hospital geral.

A Tabela 11 apresenta as frequências das doenças clínicas de base, segundo os diagnósticos psiquiátricos dos pacientes que participaram do estudo.

TABELA 11 - Distribuição dos participantes, de acordo com a doença clínica de base e o transtorno mental. Curitiba, 2013

| Doença clínica de base | Transtornos mentais | n | % | Total |
|--------------------------------|-------------------------------|------------|------------|-----------------|
| Neurológica | Transtornos depressivos + TAB | 35 | 19,6 | 57(31,8) |
| | Transtorno de ansiedade | 5 | 2,8 | |
| | TMCDUA + TMCDUSP | 8 | 4,4 | |
| | Esquizofrenia | 7 | 3,9 | |
| | Transtorno somatoforme | 1 | 0,6 | |
| | Transtorno de personalidade | 1 | 0,6 | |
| Cardiológica | Transtornos depressivos + TAB | 21 | 11,7 | 43(24,0) |
| | Transtorno de ansiedade | 4 | 2,2 | |
| | TMCDUA + TMCDUSP | 16 | 9,2 | |
| | Esquizofrenia | 2 | 1,1 | |
| Digestiva/ Hepática | TMCDUA + TMCDUSP | 8 | 4,4 | 15(8,4) |
| | Transtornos depressivos | 4 | 2,2 | |
| | Transtorno de personalidade | 1 | 0,6 | |
| | Transtorno de ansiedade | 1 | 0,6 | |
| | Esquizofrenia | 1 | 0,6 | |
| Pulmonar | Transtornos depressivos+TAB | 7 | 3,9 | 12(6,7) |
| | Transtorno de ansiedade | 3 | 1,7 | |
| | TMCDUSP | 2 | 1,1 | |
| Infecciosa | Transtornos depressivos+TAB | 6 | 3,3 | 20(11,2) |
| | Transtorno de ansiedade | 2 | 1,1 | |
| | TMCDUA + TMCDUSP | 9 | 5,0 | |
| | Esquizofrenia | 3 | 1,7 | |
| Desnutrição | Transtornos da alimentação | 3 | 1,7 | 3(1,7) |
| Metabólica | Transtornos depressivos | 3 | 1,7 | 3(1,7) |
| Hematológicas/ Imunológicas | Transtornos depressivos+TAB | 11 | 6,1 | 18(10,0) |
| | Transtorno de ansiedade | 4 | 2,2 | |
| | TMCDUSP | 2 | 1,1 | |
| | Esquizofrenia | 1 | 0,6 | |
| Nefrológica/ Urológica | Transtornos depressivos | 4 | 2,2 | 6(3,4) |
| | Transtorno de ansiedade | 1 | 0,6 | |
| | TMCDUSP | 1 | 0,6 | |
| Sem diagnóstico | TAB | 1 | 0,6 | 2(1,1) |
| | TMCDUA | 1 | 0,6 | |
| Total | | 179 | 100 | 179(100) |

FONTE: O autor (2013).

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

Retomando os resultados desta pesquisa, a Tabela 6 mostra que as doenças neurológicas tiveram maior prevalência entre os transtornos mentais (31,8%). Em estudo realizado no México em um centro neurológico, constatou-se que, dos 506 pacientes atendidos no período de dois anos, 15% apresentavam transtorno depressivo; 6,9%, transtorno de ansiedade; e 5,1%, síndrome somatoforme (RAMIREZ-BERMÚDEZ *et al.*, 2010).

Outras doenças neurológicas apresentam forte correlação com comorbidades psiquiátricas. A epilepsia, por exemplo, é uma dessas doenças, visto que inúmeras alterações de comportamento podem ser identificadas nos pacientes com epilepsia e associadas aos quadros depressivos, ansiosos e psicóticos potencialmente graves. A prevalência de transtornos depressivos nesses pacientes pode variar entre 24-75% dos casos (ARAUJO FILHO; ROSA; YACUBIAN, 2008).

Triantafyllou *et al.* (2013), em estudo desenvolvido na Grécia, se propuseram a determinar a natureza e a extensão dos sintomas depressivos entre pacientes com epilepsia. Esses pesquisadores identificaram que 67% dos pacientes da amostra de seu estudo se sentem estigmatizadas pela epilepsia e isto influencia diretamente no surgimento de sintomas depressivos. O estudo concluiu que no tratamento dos pacientes com epilepsia deve-se dar uma atenção especial para sintomas de depressão, haja vista que tais pacientes têm maior propensão a desenvolver este transtorno mental.

Conjuntamente à maior prevalência de transtornos do humor em pacientes neuropatas, o risco para comportamento suicida aumenta. Isto pode ser evidenciado em estudos com pacientes com epilepsia (GOMES, 2010; TRIANTAFYLLOU *et al.*, 2013).

O consumo de álcool e outras drogas tem sido visto como fator de risco para o surgimento de síndromes neurológicas, como, por exemplo, intoxicação aguda, psicose induzida por drogas, crises epiléticas, dependência e síndrome de abstinência, síndrome de Wernicke-Korsakoff, mielinólise pontina e extrapontina, encefalopatia hepática, síndrome de serotonina do ecstasy, neuropatia, ataxia cerebelar crônica e distúrbios cognitivos (WELCH, 2011).

Welch (2011) refere que a prevalência de abuso de substâncias psicoativas em pacientes em enfermarias de neurologia gira em torno de 3%, corroborando os dados do presente estudo.

Os pacientes com doença neurológica e esquizofrenia correspondiam a 3,9% (Tabela 11), e esta comorbidade pode ocorrer pelas várias alterações neurológicas que estes pacientes podem apresentar na evolução da esquizofrenia. A intensidade de sinais e sintomas neurológicos em pacientes com esquizofrenia está associada à maior gravidade da doença. Alguns sinais neurológicos anormais presentes em alguns tipos de esquizofrenia são acompanhados em unidades neurológicas como tiques, estereotipia, habilidade motora fina comprometida, tônus motor anormal e movimentos anormais (SADOCK; SADOCK, 2007).

Os resultados do presente estudo apontam que 24% dos casos tinham comorbidade cardiovascular. Várias doenças cardiovasculares são associadas à presença de transtornos mentais, principalmente transtornos depressivos, de ansiedade e os relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Em estudo desenvolvido em ambulatório de cardiologia com 200 pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, 30,5% apresentavam depressão moderada a grave (MELO; CARVALHO; HIGA, 2011). Pesquisa transversal com 100 pacientes internados em enfermaria de cardiologia em hospital geral verificou que 39% dos pacientes apresentavam sintomas importantes de depressão e 41%, sintomas de ansiedade, sendo que 25% dos pacientes da amostra tinham, concomitantemente, ambos os diagnósticos, 20% consumiam álcool e 8% eram tabagistas (GORAYEB; FACCHINI; SCHMIDT, 2012).

Grande parte das comorbidades infecciosas neste estudo ocorreu em indivíduos com doenças infecto-contagiosas, como, por exemplo, a AIDS. Índices epidemiológicos apontam que em torno de 40% a 70% dos pacientes portadores do HIV apresentam complicações neuropsiquiátricas durante o curso da doença, e 46% daqueles com *Acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) se internam constantemente por causa destas complicações (CHRISTO, 2010).

Pacientes com transtornos mentais têm maior risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas a AIDS. A prevalência de DST em pessoas com transtorno mental varia de 3% a 22% em populações com transtornos mentais graves em países desenvolvidos (GUIMARAES *et al.*, 2009).

A AIDS é uma doença que se manifesta sintomaticamente pelas várias complicações que a imunodeficiência ocasiona, entre elas, as neuropsiquiátricas, que aparecem nos estágios mais avançados da doença em decorrência da ação direta do HIV nas funções cerebrais. Parte dos pacientes que apresentam

encefalopatia pelo HIV acabam por fazer tratamento psiquiátrico conjuntamente ao clínico, associando antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos aos antirretrovirais (PINILLOS BRINGAS; COLLADO GONZÁLES; VARONA MARCOS, 2010).

Outra relação entre doença física e transtorno mental apresentada neste estudo se refere às doenças digestivas e hepáticas (8,4%).

A doença hepática alcoólica é grave e atinge pessoas com história prolongada de ingestão de bebida alcoólica. O consumo crônico de álcool pode afetar outros órgãos e gerar agravos no pâncreas, no estômago e no intestino. Em uma pesquisa realizada em um Programa de Atendimento ao Alcoolista de um hospital geral, verificou-se que 23,1% dos pacientes tinham um comprometimento hepático e 7,5%, gastrointestinal (PORTUGAL; CORREA; SIQUEIRA, 2010).

Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG, buscou-se averiguar as principais causas de hemorragia digestiva alta em pacientes admitidos naquela instituição. Verificou-se que, entre as várias causas, o alcoolismo crônico foi identificado em 57,9% dos casos (OLIVEIRA; LIMA; MARTINS, 2012).

Os três casos apresentados com desnutrição neste estudo estavam relacionados com os transtornos da alimentação.

As consequências clínicas em pacientes com transtornos da alimentação são bastante evidentes e eles acabam sendo internados em hospitais gerais. Além da desnutrição, outras comorbidades podem surgir, como caquexia (perda da adiposidade e massa muscular), alterações cardiovasculares (arritmias), reprodutivas (ausência de ciclo menstrual por disfunção dos hormônios luteinizante e folículo-estimulante), metabólicas e neurológicas (SADOCK; SADOCK, 2007).

Em um estudo que abordou mulheres com transtornos da alimentação, verificou-se que 38% apresentavam desnutrição entre moderada e grave (QUILES-CESTARI; RIBEIRO, 2012).

Alguns estudos apresentam frequências de comorbidades psiquiátricas em pacientes com síndrome metabólica, mais precisamente, o diabetes *mellitus*. Estes estudos apontaram que estes indivíduos, com variação entre 28,4% e 62,5%, apresentavam esquizofrenia e 30% TAB (TEIXEIRA; ROCHA, 2007).

Outro estudo referia que de 47,4% dos pacientes com diabetes, 55,3% apresentavam transtornos de ansiedade, 55,3% apresentavam estresse, sendo que

do total da amostra do estudo, 86,8% dos casos existia grande probabilidade do surgimento de doenças relacionadas ao estresse (LUDWIG *et al.*, 2012).

3.3.2 Comorbidades psiquiátricas

A comorbidade psiquiátrica pode ser definida como a ocorrência conjunta de mais de um transtorno mental em uma mesma pessoa (BARBOSA *et al.*, 2011).

Martins e Sassi Junior (2005) descrevem que as comorbidade psiquiátricas são comuns e citam que estudos sugerem que quase 50% dos pacientes com transtorno mental acabam por apresentar mais de um diagnóstico concomitantemente.

Em praticamente todos os capítulos que tratam de transtornos mentais, Sadock e Sadock (2007), em seu *Compêndio de Psiquiatria*, apresentam itens específicos sobre as comorbidades psiquiátricas mais prováveis de cada transtorno. Isto reforça a importância de conhecer as comorbidades mais prevalentes na população que sofre mentalmente para subsidiar a prática cotidiana em saúde.

Em relação a comorbidades psiquiátricas, neste estudo, 40(22,3%) dos casos apresentaram mais de um diagnóstico psiquiátrico.

Outros estudos apresentaram índices próximos, como, por exemplo, o resultado do estudo de Cardoso e Galera (2011), que encontraram comorbidade psiquiátrica em 29,2% dos participantes de seu estudo.

Na sequência, a Tabela 12 apresenta os resultados referentes às comorbidades psiquiátricas. O transtorno mental com maior tempo de evolução foi considerado primário e o outro, secundário.

TABELA 12 - Distribuição dos participantes, segundo o transtorno mental primário e secundário. Curitiba, 2013

| Transtorno mental primário* | Transtorno mental secundário | n | % |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------|
| Transtorno depressivo | Transtorno de ansiedade | 5 | 2,8 |
| | Comportamento suicida | 6 | 3,4 |
| | TMCDUSP | 3 | 1,7 |
| | TMCDUA | 1 | 0,6 |
| TMCDUSP | TMCDUA | 6 | 3,4 |
| | TAB | 1 | 0,6 |
| | Transtorno de ansiedade | 1 | 0,6 |
| | Comportamento suicida | 1 | 0,6 |
| Transtornos de ansiedade | Transtornos depressivos | 5 | 2,8 |
| | Comportamento suicida | 1 | 0,6 |
| TAB | Transtorno de ansiedade | 1 | 0,6 |
| | TMCDUSP | 2 | 1,1 |
| | Comportamento suicida | 2 | 1,1 |
| Transtornos da alimentação | TAB | 1 | 0,6 |
| | Transtorno somatoforme | 1 | 0,6 |
| TMCDUA | Comportamento suicida | 1 | 0,6 |
| Esquizofrenia | TAB | 1 | 0,6 |
| Transtorno de personalidade | Esquizofrenia | 1 | 0,6 |
| Total | | 40 | 22,4 |

FONTE: O autor (2013).

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

*Nota: O transtorno mental com maior tempo de evolução foi considerado primário e o outro secundário.

As comorbidades psiquiátricas mais prevalentes, Tabela 12, foram os transtornos depressivos de ansiedade, os transtornos depressivos de comportamento suicida e TMCDUSP/TMCDUA.

É possível encontrar na literatura muitos estudos citando a comorbidade entre os transtornos depressivos e ansiosos. Sintomas de ansiedade são comuns na depressão e afetam até 90% dos pacientes com transtornos depressivos. Os sintomas importantes de ansiedade costumam coexistir com sintomas de depressão. Este mecanismo ainda não está bem claro, visto que os pacientes podem sofrer de dois processos patológicos diferentes ou por um processo de doença que gera dois conjuntos de sintomas (SADOCK; SADOCK, 2007).

O que se sabe é que os transtornos depressivos são comumente encontrados em pacientes com transtornos ansiosos ou vice-versa em todos os tipos de população: em crianças (SCHWAN; RAMIRES, 2011), em adolescentes (SALLE *et al.*, 2012) e, em adultos, com maior prevalência em mulheres (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; EATON *et al.*, 2012) e em idosos (MINGHELLI *et al.*, 2013).

Como nos transtornos depressivos, pacientes com TAB têm, igualmente, maior chance de apresentar transtornos de ansiedade. Um estudo multicêntrico desenvolvido em 11 países para estimar a prevalência de pacientes com TAB verificou que 62,9% dos participantes apresentavam transtornos de ansiedade (MERIKANGAS *et al.*, 2011).

Barbosa *et al.* (2011) avaliaram a prevalência de comorbidades clínicas e psiquiátricas em uma amostra brasileira de 94 indivíduos com transtorno bipolar. Os resultados mostraram que as frequências de comorbidades psiquiátricas são próximas às encontradas neste estudo, Tabela 12, exceto para os transtornos de ansiedade (27,2%) e comportamento suicida (33%), que foram superiores. Os percentuais dos casos de dependência química foram de 35,5% para álcool e de 5,3% para outras substâncias.

O comportamento suicida tem sido observado em populações em todos os países. Programas específicos da OMS vêm promovendo estudos nos últimos anos, que mostram que mulheres, adultos jovens e pessoas com transtornos mentais têm maior chance de tentar suicídio. A associação entre o quadro clínico de transtornos do humor (depressão grave e TAB) e o comportamento suicida é largamente descrita em vários estudos, sendo que tais transtornos do humor são considerados fatores de risco para o suicídio (SILVA *et al.*, 2006; CHACHAMOVICH *et al.*, 2009; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; NEGRÍN CALVO *et al.*, 2013).

Alguns estudos de caráter biológico tentam demonstrar a correlação entre a desregulação nos sistemas noradrenérgicos e serotoninérgicos, que geram a depressão, e o comportamento suicida. Outros afirmam que o comportamento suicida e a depressão são respostas a alterações genéticas, o que também explicaria a herdabilidade e a transmissão familiar do comportamento suicida (MANN; CURRIER, 2010).

O comportamento suicida é um dos indicadores da gravidade do transtorno mental, principalmente dos transtornos do humor (depressão ou TAB) (MERIKANGAS *et al.*, 2011). Isto porque, entre os transtornos mentais, o TAB, em

especial, emerge como o de maior impacto sobre o risco de suicídio (SANTOS *et al.*, 2009b).

Bertolote (2012) cita que no Brasil há cerca de 10.000 suicídios ao ano e que estes números são quase os mesmos de pessoas que morrem por AIDS. Este panorama se torna mais grave quando estudos internacionais mostram que as taxas de tentativas de suicídio podem ser até 40 vezes maiores que as de suicídio (SCHMIDTKE *et al.*²⁰, 1996 *apud* SANTOS *et al.*, 2009b).

O comportamento suicida ou o suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas transtornos mentais constituem-se em um importante fator associado com o suicídio. [...] Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtornos do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10% (OMS, 2000).

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e das consequências que este ato pode trazer. O comportamento suicida por sua vez é descrito por um processo com três eventos: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro elemento para sua efetivação (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Considerando os 11 casos de comorbidade secundária com comportamento suicida apresentados na Tabela 12, quatro são homens e sete são mulheres, com uma relação de 36,3% de homens e 63,7% mulheres. Apesar de ser um número pequeno de casos, estas frequências foram encontradas em outros estudos nacionais desenvolvidos em hospitais gerais com amostras acima de 150 casos (SANTOS *et al.*, 2009b; ALMEIDA *et al.*, 2009; BOTEGA *et al.*, 2009; SÁ *et al.*, 2010; MEDEIROS; MONTEIRO; MEDEIRO, 2012).

Quanto à relação do comportamento suicida e sexo, sabe-se que os homens têm maior índice de efetivação do suicídio e as mulheres têm maior taxa de tentativas (BANDO *et al.*, 2012; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Pelo levantamento realizado pela busca ativa em prontuários, foi possível identificar 11(6,1%) de casos com diagnóstico de comportamento suicida. Contudo,

²⁰ SCHMIDTKE A. *et al.* Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand** v.93, p.327-38; 1996.

pela aplicação do Instrumento 1, foi perguntado aos participantes sobre a presença de ideação e tentativas de suicídio, tendo os resultados mostrado que 50,3% dos participantes já haviam pensado em suicídio e 23,5% já haviam tentado, o que significa uma frequência bem mais elevada em relação aos dados descritos em prontuários.

A Tabela 13 apresenta a frequência para ideação e tentativas de suicídios na vida, referidos pelos participantes, de acordo com cada transtorno mental.

TABELA 13 – Distribuição dos participantes com comportamento suicida, segundo o transtorno mental. Curitiba, 2013

| Transtorno mental | Ideação suicida | | Tentativa de suicídio | |
|------------------------------|-----------------|------|-----------------------|-----|
| | (n) | % | (n) | % |
| Transtornos depressivos | 42 | 23,5 | 15 | 8,4 |
| TMCDUSP | 12 | 6,7 | 6 | 3,4 |
| TAB | 19 | 10,6 | 12 | 6,7 |
| Transtornos de ansiedade | 7 | 3,9 | 3 | 1,7 |
| TMCDUA | 3 | 1,7 | 1 | 0,6 |
| Esquizofrenia | 3 | 1,7 | 1 | 0,6 |
| Transtornos da alimentação | 2 | 1,1 | 1 | 0,6 |
| Transtornos de personalidade | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |
| Transtorno somatoforme | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |

FONTE: O autor (2013)

Legenda: TAB= Transtorno Afetivo Bipolar. TMCDUSP= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. TMCDUA= Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

Em consonância com os dados deste estudo, Sadock e Sadock (2007) referem que os transtornos mentais que ocorrem com maior frequência em comorbidade ao TMCDUSP são os transtornos depressivos e o de comportamento suicida. Cerca de 1/3 de todos aqueles com abuso ou dependência de opiáceos satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior e 15% deste grupo comete suicídio, uma vez que o uso de substâncias psicoativas é fator importante ao desencadeamento do comportamento suicida.

Capistrano *et al.* (2013) identificaram, em uma amostra de 350 dependentes químicos, que 13,4% apresentavam comorbidade psiquiátricas e entre eles 41%, transtornos do humor (transtornos depressivos ou TAB).

Além dos transtornos do humor e comportamento suicida, o presente estudo mostrou que o transtorno de ansiedade também surgiu como comorbidade ao

TMCDUSP. Comparando os resultados de outros estudos que mostram que tal comorbidade é comum entre os usuários de *crack*, cocaína, anfetamina e álcool, nota-se que a frequência apresentada na Tabela 7 (0,6%) é bastante inferior, uma vez que alguns estudos apresentam os índices variando entre 13,8% e 16,7% (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012; COSTA; OLIVEIRA, 2012; ESPER *et al.*, 2013).

Dos nove pacientes deste estudo com diagnóstico de TMCDUSP, que apresentaram comorbidade psiquiátrica, 6(66,7%) apresentaram TMCDUA. Sadock e Sadock (2007) descrevem que é comum usuários de álcool terem codependência com outras drogas. O policonsumo de substâncias psicoativas é comum entre os dependentes químicos, que criam combinação entre as drogas como um método para conter a fissura ou a síndrome de abstinência provocada pela falta da droga de preferência (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Na pesquisa realizada por Scheffer, Pasa e Almeida (2010), 46,9% da amostra de pessoas com dependência de substâncias psicoativas tinham comorbidade com TMCDUA.

Na Tabela 12, um dos casos (0,6%) com diagnóstico de esquizofrenia apresentava comorbidade com TAB. Sadock e Sadock (2007) referem que uma síndrome maníaca ou depressiva (transtorno do humor) pode se desencadear em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Para tanto, o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo poderia ser o mais apropriado.

Todavia, alguns autores referem que o transtorno esquizoafetivo é comum na prática psiquiátrica e que há muitas discussões sobre este transtorno. Isto porque ele pode ser considerado simplesmente como uma forma de Esquizofrenia ou de Transtorno do Humor ou se está situado em um “*continuum*” entre estes dois transtornos, ou se trata de uma entidade clínica distinta (KREY *et al.*, 2011).

Vários transtornos de personalidade podem ter algumas características da esquizofrenia, sendo os tipos esquizotípicos, esquizoides e *borderline* os que apresentam sintomas mais semelhantes. Um transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo grave pode mascarar um processo esquizofrênico subjacente. Os transtornos de personalidade, ao contrário da esquizofrenia, têm sintomas leves e história de ocorrência durante toda a vida, não configurando uma data de início precisa (SADOCK; SADOCK, 2007, p.533).

Os transtornos da alimentação são associados aos transtornos do humor em 65% dos casos; a fobia social (transtorno de ansiedade), em 34%; e o transtorno obsessivo-compulsivo, em 26% (SADOCK; SADOCK, 2007, p. 788). Não foram encontrados estudos abordando transtorno da alimentação e transtorno somatoforme.

3.3.3 Perfil do consumo de substâncias psicoativas

Foram 44(24,6%) os participantes que afirmaram terem usado durante a vida²¹ alguma droga ilícita: 37(20,7%) deles usaram maconha; 33(18,4%), cocaína; 25(14,0%), crack; 9(5,0%), solvente; 5(2,8%), heroína; 5(2,8%), anfetamina; e 15(8,4%), outras drogas (cola de sapateiro, lança-perfume²², cabral²³, etanol, LSD²⁴, ecstasy²⁵, morfina, ópio).

Os dados mais recentes sobre o perfil de consumo de substâncias psicoativas no Brasil são do estudo desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) realizado em 2005, em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes. A amostra compreendeu 7.939 entrevistados e os resultados gerais mostraram que 22,8% (Brasil) e 14,8% (Região sul) dos participantes da amostra referiram ter usado alguma droga (exceto álcool e tabaco) na vida, índice bastante próximo ao encontrado no presente estudo. Outro dado corroborado pelo estudo foi a droga mais prevalente de uso na vida, a maconha. Contudo, os índices do estudo do CEBRID (2006) para uso de maconha na vida foram de 8,8% (Brasil) e 9,7% (na Região Sul), menores que os encontrados neste

²¹ Uso na vida – qualquer uso (inclusive, um único uso experimental) alguma vez na vida (GALDURÓZ, 2013, p.59).

²² Lança-perfume-Droga ilícita, inalante, que tem o Clorofórmio e/ou éter como ingredientes constituintes primários, tipicamente necessários para produzir esta droga para inalação em pequenas garrafas ou frascos ou em cápsulas metálicas fabricado para venda no mercado negro de varejo. O lança-perfume pode conter extrato de cereais e etanol para dar um odor adocicado, muitas vezes, o cloreto de etilo. (SANCHEZ; NOTO; ANTHONY, 2012).

²³ Mistura de maconha e cocaína.

²⁴ LSD-Dietilamida do ácido lisérgico – Substância alucinógena artificialmente e uma das mais potentes com ação psicotrópica. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas (NICASTRI, 2013).

²⁵ Ecstasy- (3,4-metilenodioximetanfetamina ou MDMA) – Substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta também propriedades estimulantes. Seu uso é frequentemente associado a certos grupos, como os jovens frequentadores de danceterias ou boates (NICASTRI, 2013).

estudo. Os números referentes ao uso das outras drogas neste estudo também foram superiores aos mostrados pelo CEBRID: 2,9% para cocaína; 0,7% para *crack*; e 0,1% para heroína. Os índices para solvente foram próximos aos deste estudo, 6,1%.

Entre os participantes, 77(43,0%) referiram uso de substância psicoativa (uso atual e rotineiro): 45(25,2%) referiram uso de álcool; 55(30,7%), de tabaco; e 31(17,3%), de outras drogas. Apenas um paciente (0,6%) referiu dependência de medicação psicotrópica, uso de morfina. A droga de uso atual mais prevalente nos casos foi o *crack*, com 19(10,6%), seguido da maconha 17(9,5%) e da cocaína 10(5,6%) e somente 1(0,6%) paciente referiu uso de solvente.

Sobre o policonsumo: 31(17,3%) fazem uso de álcool e tabaco; 15(8,4%), de álcool e outras drogas; 22(12,3%), de tabaco e outras drogas; e 14(7,8%), de tabaco, álcool e outras drogas (Figura 3).

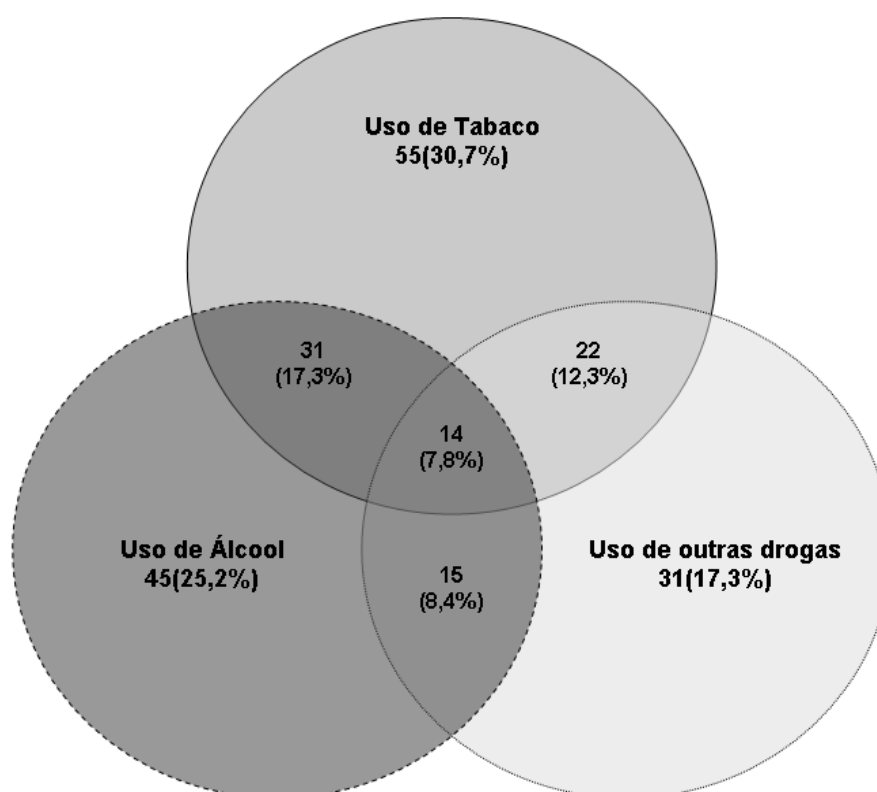


FIGURA 3 – Caracterização de policonsumo dos participantes. Curitiba, 2013
 FONTE: O autor (2013)

O fenômeno do uso e da dependência de drogas psicoativas torna-se mais complexo quando dados epidemiológicos mostram que a iniciação do consumo da droga tem sido cada vez mais precoce (crianças e adolescentes), havendo aumento das doses e surgimento de drogas com capacidade maior de provocar dependência e também policonsumo. O policonsumo é o uso concomitante de mais de uma substância psicoativa (PRIETO SILVA *et al.*, 2012).

A associação de substâncias psicoativas pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles, a busca de maximização de sensações percebidas como prazerosas pelo usuário, a minimização de efeitos relacionados à intoxicação e a abstinência. Também pode refletir a disponibilidade de drogas e os padrões de consumo próprios de momentos ou contextos específicos, como, por exemplo, pacientes que passam dor no processo de adoecimento, em que os níveis de ansiedade se elevam e, deste modo, buscam nas substâncias a diminuição do estresse (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Corroborando os dados da Figura 3, Swendsen *et al.* (2010) referem que o tabaco e o álcool, por serem substâncias psicoativas lícitas, são facilmente encontradas nos casos de policonsumo. Contudo, a chance de o dependente de álcool também apresentar dependência de drogas ilícitas é quase duas vezes maior do que o dependente de tabaco.

Sobre a influência do álcool no policonsumo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2012, p. 8) descreve que:

Os riscos associados ao uso de diferentes combinações de drogas são influenciados por características do usuário, como a existência de tolerância, estado de saúde, aspectos genéticos e fenotípicos. O álcool está presente em quase todas as combinações, sendo a primeira droga com efeitos psicoativos e de alteração do comportamento que os jovens consomem. Sua ampla disponibilidade faz dela a substância base dessas combinações, sobretudo em contextos recreativos, mas também no uso dos consumidores intensivos de drogas. A euforia inicial produzida pelo álcool é um importante facilitador (“gatilho”) para o uso de outras drogas, como a cocaína.

O tabaco também apresenta forte influência para o policonsumo, pois as regiões no cérebro que correlacionam o desejo de nicotina também apresentam associação com a dependência de drogas ilícitas. “Ser fumante torna a pessoa mais propensa a ser usuária de múltiplas drogas, com *Odds ratio* (OR)=5,85% para uso

moderado e OR=4,53% para uso intenso” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA, 2012, p.10).

Pelo estudo desenvolvido na população geral pelo CEBRID (2006), o uso atual de maconha teve índice de 1,9%; a cocaína, de 0,4%; e o *crack*, de 0,1%. Estes percentuais estão bem abaixo dos encontrados no presente estudo.

Quando se compara a distribuição do uso das drogas e foca-se nos índices do *crack*, percebe-se que sua prevalência é rara (0,1%). Contudo, a preocupação das entidades de saúde, tendo por base estimativas, é com o acelerado aumento destes índices, com o alto grau de dependência que esta droga tem, além dos efeitos devastadores em curto prazo (SENAD 2013).

A dependência do *crack* é um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, haja vista a magnitude dos agravos produzidos por esta droga nos indivíduos, nas suas famílias e na sociedade em geral. Entre as diversas implicações no contexto psicossocial decorrentes da dependência do *crack*, podem-se destacar: uso cada vez mais cedo, abrangendo grupo de crianças e adolescentes, consequências físicas em curto prazo (cardiopatias, pneumopatias, encefalopatias, DST) e danos psíquicos e sociais (SENAD, 2013).

A partir da consideração das inúmeras consequências físicas causadas pelo *crack*, pode-se justificar a identificação de 10,6% de pacientes dependentes do *crack*, entre os participantes deste estudo, que se encontravam internados no HC/UFPR para tratamento clínico. E também por esta frequência ser mais elevada quando comparada à prevalência observada na população em geral.

Resultados do estudo desenvolvido pelo CEBRID revelam que o padrão de consumo atual (considerando o uso no mês) no Brasil é de 38,3% para o álcool, de 18,4% para tabaco e de 4,5% para outras drogas. As frequências encontradas no presente estudo para o uso atual de tabaco e de outras drogas são bem superiores aos resultados do CEBRID, contudo, os resultados referentes ao uso de álcool são menores (CEBRID, 2006).

Estudos realizados em hospitais gerais revelam que a prevalência de fumantes em pacientes sem a correlação de ter transtorno mental varia de 12,1% a 18,7% (BOTEGA *et al.*, 2010; SILVA; CARMES; SCHWARTZ *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2011; BARRETO *et al.*, 2012). Contudo, a prevalência de tabagismo entre as pessoas com transtornos mentais é maior em relação à população geral (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Assim, a literatura mostra que a prevalência de fumantes entre pessoas com transtornos mentais em hospital geral está entre 24% e 62% e coaduna com os resultados apresentados anteriormente (SILVA; LEGAY; ABELHA *et al.*, 2010; AZEVEDO *et al.*, 2010; SILVA, 2011b; SCHERER *et al.*, 2012; BARRÓN-DEL SOLAR *et al.*, 2012).

Estima-se que cerca de 30% dos pacientes internados em hospitais gerais com doenças clínicas ou relacionados com traumas façam uso nocivo de álcool (GALVÉZ FLÓREZ, 2008).

Os agravos provocados pelo álcool são numerosos. Estudo desenvolvido em uma UTI estimou que 77% dos pacientes internados devido a efeitos secundários de alguma droga tiveram relação com uso nocivo de álcool (ANTUNES; OLIVEIRA, 2013).

Os índices de pacientes com complicações clínicas relacionadas ao uso nocivo de álcool em hospitais gerais foram estimados por estudos que encontraram prevalências girando entre 29,1% e 49,1%, dados consonantes com esta pesquisa (SILVA; LEGAY; ABELHA *et al.*, 2010; SILVA, 2011b; BARRÓN-DEL SOLAR *et al.*, 2012).

Com relação à dependência de substâncias psicoativas (exceto álcool e tabaco), estudos têm demonstrado sua relação com variados agravos à saúde. O uso de substâncias ilícitas está relacionado a problemas respiratórios, dor precordial e distúrbios cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010).

Outras pesquisas encontraram índices que coadunam com os dados deste trabalho. Em pacientes com trauma cranioencefálico em pronto-socorro de hospital geral, verificou-se que 8,2% haviam usado recentemente maconha e 13,9%, cocaína (FARIA *et al.*, 2011). Na Espanha, um hospital geral atendeu em um ano 3.363 pacientes com dor torácica, 5% deles relacionados ao uso recente de cocaína (BOSCH *et al.*, 2010).

A Tabela 14 apresenta as características sociodemográficas dos participantes com histórico de uso de substâncias psicoativas.

TABELA 14 - Distribuição dos participantes com dependência de substâncias psicoativas, segundo as variáveis sociodemográficas. Curitiba, 2013

| Variáveis Sociodemográficas | Tipo de substância psicoativa | | | | | |
|--|-------------------------------|------|---------------|------|----------------------|------|
| | Álcool (N=45) | | Tabaco (N=55) | | Outras drogas (N=31) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 38 | 84,5 | 36 | 65,5 | 26 | 83,9 |
| Feminino | 7 | 15,5 | 19 | 34,5 | 5 | 16,1 |
| Idade (anos) | | | | | | |
| 18 ---29 | 7 | 15,5 | 7 | 12,7 | 6 | 19,3 |
| 30 ---39 | 9 | 20,0 | 15 | 27,3 | 13 | 41,9 |
| 40 ---49 | 12 | 26,7 | 16 | 29,1 | 6 | 19,3 |
| 50 ---59 | 10 | 22,1 | 11 | 20,0 | 5 | 16,1 |
| 60 ou mais | 7 | 15,5 | 6 | 10,1 | 1 | 3,2 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ensino fundamental incompleto | 24 | 53,3 | 21 | 38,2 | 11 | 35,5 |
| Ensino fundamental completo | 4 | 8,9 | 11 | 20,0 | 7 | 22,6 |
| Ensino médio incompleto | 7 | 15,5 | 6 | 10,1 | 5 | 16,1 |
| Ensino médio completo | 9 | 20,0 | 13 | 23,6 | 5 | 16,1 |
| Superior incompleto | --- | --- | 2 | 3,6 | 1 | 3,2 |
| Superior completo | 1 | 2,2 | 1 | 1,8 | 2 | 6,4 |
| Pós-Graduação | --- | --- | 1 | 1,8 | --- | --- |
| Situação conjugal | | | | | | |
| Casado/relação estável | 21 | 46,7 | 20 | 36,4 | 12 | 38,7 |
| Solteiro | 13 | 28,9 | 18 | 32,7 | 15 | 48,4 |
| Divorciado | 7 | 15,5 | 11 | 20,0 | 3 | 9,7 |
| Viúvo | 4 | 8,9 | 6 | 10,1 | 1 | 3,2 |
| Renda familiar (salário mínimo) | | | | | | |
| Menos de um | 2 | 4,4 | 2 | 3,6 | --- | --- |
| Um | 5 | 11,1 | 8 | 14,5 | 5 | 16,1 |
| 2-4 | 26 | 57,8 | 32 | 58,2 | 19 | 61,3 |
| 5 ou mais | 7 | 15,5 | 8 | 14,5 | 5 | 16,1 |
| Dados prejudicados | 5 | 11,1 | 5 | 9,1 | 2 | 6,5 |

FONTE: O autor (2013)

O uso nocivo de álcool provoca impacto no indivíduo, na família e na sociedade. Silveira (2013) refere que a OMS estima que cerca de 40% da população mundial acima de 15 anos de idade consuma bebida alcoólica.

Considerando o perfil dos pacientes que consomem álcool: 84,5% são homens; 46,7% têm de 30 a 49 anos; 53,3% têm o ensino fundamental incompleto; 46,7% são casados ou têm relação estável; e 57,8% têm renda familiar de 2 a 4 salários mínimos.

Estes valores também foram encontrados em outros estudos que abordam o consumo de álcool e afirmam que o número de mulheres e pessoas mais jovens que passaram a usar álcool tem crescido nos últimos anos (CARLINI *et al.*, 2010; MALTA *et al.*, 2011). Contudo, o grupo de homens de meia idade ainda é a parcela que consome as maiores quantidades de bebida alcoólica. Ter conhecimento sobre os aspectos que relacionam o uso nocivo e a dependência de álcool com o sexo do indivíduo é um importante fator de contribuição para o aperfeiçoamento de ações e políticas de combate a este problema (BERENZON *et al.* 2011; FACHINNI; FURTADO, 2012).

Um estudo em hospital geral verificou a prevalência de pacientes com uso nocivo de álcool em que 87,6% eram homens e 55,6% eram casados, resultados com valores próximos aos apresentados na Tabela 14 (LIMA *et al.*, 2010).

Estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em parceria com a OPAS sobre o perfil do tabagismo no Brasil mostrou proporção inversa entre homens e mulheres em relação aos dados apresentados na Tabela 14. Naquele estudo, com uma amostra de 39.425 pessoas, as mulheres constituíam 52,2% do total da amostra e 43,4% estavam na classe de idade 25-44 anos (INCA, 2011).

Outros estudos realizados em hospitais gerais também revelam que o índice de mulheres tabagistas é maior (55,7%), têm menos de oito anos de estudo (52,3%) e renda familiar de dois salários e meio em média. Este estudo ainda mostrou que 43,3% dos tabagistas faziam uso regular de álcool (BARRETO *et al.*, 2012). Em estudos que apresentaram prevalências maiores para homens (55,5%), a diferença em relação à prevalência das mulheres era pequena (FERREIRA *et al.*, 2011).

Sobre o perfil dos dependentes de drogas em hospitais gerais, estudos mostram que a prevalência de homens é bem maior que de mulheres, se situando acima de 80%. Sousa, Silva e Oliveira (2010) observaram que 95,1% dos usuários de drogas internados em um hospital geral eram do sexo masculino, na faixa etária entre 30 a 49 anos (62,5%) e sem vínculos conjugais (59,1%), dados próximos aos da Tabela 14.

3.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DAS CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS

Nesta seção, são apresentados os resultados das entrevistas e observações (Instrumento 2) aplicadas a 35 participantes. Os dados da avaliação desses pacientes foram submetidos à análise por meio do raciocínio clínico proposto por Risner e, a partir disto, estabelecidos 31 Diagnósticos de Enfermagem (DE), retratando a avaliação das condições psicossociais dos pacientes.

3.4.1 Caracterização dos participantes da Fase 2

A caracterização dos entrevistados para esta fase da pesquisa está descrita no Quadro 4, de acordo com a unidade de internação, sexo, idade, transtorno mental e presença de comorbidade psiquiátrica.

Os dados do Quadro 4 se referem a 11 homens e 24 mulheres: quatro eram da CMM; sete, da CMF; cinco, do PA; seis, da Neurologia; quatro, da Infectologia; e nove eram da Cardiologia. As idades variaram entre 19 e 79 anos, com média de $47,37 \pm 13,89$. Sobre os transtornos mentais, cinco tinham TAB; três, TMCDUSP; três, TMCDUA; quatro, esquizofrenia; 14, transtornos depressivos; três, transtornos de ansiedade; um tinha transtorno somatoforme; e dois, transtornos da alimentação.

| Caso | Unidade de internação | Sexo | Idade (anos) | Transtorno mental | Comorbidade psiquiátrica |
|-------------|------------------------------|-------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | CMF | F | 42 | TAB | --- |
| 2 | Infectologia | M | 51 | TAB | --- |
| 3 | CMF | F | 55 | Depressivos | --- |
| 4 | Neurologia | F | 36 | Depressivos | --- |
| 5 | Neurologia | M | 56 | Depressivos | --- |
| 6 | CMF | F | 50 | Da alimentação | TAB |
| 7 | Neurologia | F | 19 | Somatoforme | --- |
| 8 | Cardiologia | F | 47 | De ansiedade | ---- |
| 9 | PA | F | 53 | Depressivos | ---- |
| 10 | Cardiologia | M | 36 | TMCDUSP | --- |
| 11 | Cardiologia | M | 61 | Depressivos | Transtornos de ansiedade |
| 12 | CMM | M | 39 | TMCDUSP | --- |
| 13 | Infectologia | F | 25 | TMCDUSP | Transtornos depressivos |
| 14 | Cardiologia | F | 70 | Esquizofrenia | --- |
| 15 | Cardiologia | F | 79 | Depressivos | Comportamento suicida |
| 16 | Cardiologia | M | 64 | TMCDUA | --- |
| 17 | CMM | M | 28 | De ansiedade | Transtornos depressivos |
| 18 | Cardiologia | F | 58 | Depressivos | --- |
| 19 | Neurologia | F | 55 | De ansiedade | --- |
| 20 | CMF | F | 34 | Esquizofrenia | TAB |
| 21 | PA | F | 43 | Da alimentação | Transtorno somatoforme |
| 22 | Infectologia | F | 48 | Depressivos | --- |
| 23 | Cardiologia | F | 55 | Depressivos | --- |
| 24 | CMF | F | 26 | Depressivos | --- |
| 25 | PA | F | 56 | Depressivos | --- |
| 26 | CMF | F | 46 | Depressivos | Comportamento suicida |
| 27 | CMF | F | 57 | Depressivos | --- |
| 28 | PA | F | 50 | Esquizofrenia | --- |
| 29 | Cardiologia | M | 41 | TMCDUA | --- |
| 30 | Neurologia | F | 44 | TAB | --- |
| 31 | Infectologia | F | 43 | TAB | --- |
| 32 | PA | F | 30 | TAB | Comportamento suicida |
| 33 | Neurologia | M | 41 | Depressivos | --- |
| 34 | CMM | M | 43 | TMCDUA | --- |
| 35 | CMM | M | 77 | Esquizofrenia | --- |

QUADRO 4 - Caracterização dos participantes da Fase 2 do estudo. Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013)

3.4.2 Diagnósticos de enfermagem

Da aplicação dos passos 1 e 2, análise e síntese, do raciocínio diagnóstico proposto por Risner e a partir das informações coletadas das entrevistas dos 35 participantes, foram estabelecidos 31 enunciados de DE pertencentes a 8 dos 13 domínios da Taxonomia II da NANDA-I.

Um domínio é o principal nível de organização para os DE e é descrito como uma esfera de conhecimentos (NANDA-I, 2013).

A partir de sua criação, a NANDA tem sido revisada e atualizada constantemente, o que tem contribuído significativamente para o aprimoramento do sistema conceitual que classifica os diagnósticos de enfermagem, chamada de Taxonomia (NANDA-I, 2013).

Deste modo, a Taxonomia II da NANDA-I, em sua versão 2012-2014, está estruturada em três níveis: 13 domínios, 47 classes e 223 rótulos de diagnósticos de enfermagem.

Os domínios e os DEs estabelecidos para os participantes são mostrados no Quadro 5, podendo-se observar que não foram estabelecidos aqueles pertencentes aos domínios: Eliminação e troca, Papéis e relacionamentos, Sexualidade e Crescimento/desenvolvimento.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I são conceitos construídos por um sistema multiaxial (em eixos) com componentes e termos que combinam entre si e representam o julgamento embasado nos dados coletados junto ao paciente.

Um eixo na Taxonomia II da NANDA-I é definido, de forma operacional, como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Há sete eixos. O modelo de um Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I mostra esses eixos todos e suas relações mútuas [...] (NANDA, 2013, p.97).

Os eixos que compõem a estrutura multiaxial na criação dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I são apresentados no Quadro 5.

| Eixo | Título do Eixo | Definição |
|-------------|---|--|
| 1 | Foco do diagnóstico | É o principal elemento, a raiz do conceito diagnóstico. Ex. Ansiedade, Memória, Pesar, Esperança. |
| 2 | Sujeito | Pessoa para quem é determinado o diagnóstico de enfermagem (indivíduo, grupo família, comunidade). |
| 3 | Julgamento | Descritor ou modificador que limita ou especifica o sentido do foco do diagnóstico. Ex. Eficaz, Melhorado, Perturbado, Disfuncional. |
| 4 | Localização | Descreve as partes/região do corpo e/ou as funções relacionadas. Ex. cardíaco, cerebral, tissular. |
| 5 | Idade | Refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico. Ex. Feto, neonatal, adulto, idoso. |
| 6 | Tempo | Descreve a duração do diagnóstico de enfermagem. Ex. agudo, crônico, intermitente, contínuo. |
| 7 | Situação do diagnóstico (categorização) | Refere-se a realidade ou a potencialidade do problema, ou à categoria do diagnóstico. Podem ser real, promoção da saúde, risco. |

QUADRO 5 – Eixos que estruturam os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I. Curitiba, 2013

FONTE: NANDA-I (2013)

Cabe ressaltar que a Taxonomia II da NANDA-I apresenta o termo “promoção da saúde” para duas instâncias distintas: o título do domínio 1 e uma das três situações do diagnóstico de enfermagem (categorização).

O domínio 1 – Promoção da saúde - contém duas classes: percepção da saúde e controle da saúde. Os DEs constantes neste domínio declaram a vulnerabilidade ou a boa adaptação do indivíduo a mecanismos que promovem a saúde e estão relacionados com o foco do DE. Todavia, a categorização dos DEs de promoção da saúde referem-se ao julgamento clínico da motivação e do desejo da pessoa em aumentar o bem-estar e a saúde, expresso pelo próprio paciente. É o sétimo eixo, sendo iniciado pelos termos “*Disposição para...*”. Deste modo, quando o termo “promoção da saúde” se referir ao domínio, ele será grafado “promoção da saúde (Domínio 1)”, e os demais devem ser compreendidos como a categorização de um DE.

Referente à categorização dos DE, Quadro 6, observa-se que dois são de Promoção da saúde, seis são de diagnósticos de riscos e 23 são reais. A categorização dos diagnósticos de enfermagem alude “à realidade ou à potencialidade do problema/síndrome, ou à categoria do diagnóstico como um diagnóstico de promoção da saúde” (NANDA-I, 2013, p.103).

Um DE é considerado real quando existe de fato, descreve as respostas humanas, as condições de saúde em um indivíduo. Os DEs de riscos se voltam a um julgamento clínico do enfermeiro sobre as respostas humanas que mostram vulnerabilidade e exposição a fatores que aumentam a chance de lesão ou perda. Os DEs de promoção da saúde, que em edições anteriores da NANDA-I eram chamados de diagnósticos de bem-estar, descrevem um julgamento clínico da motivação e do desejo do indivíduo de concretizar o potencial de saúde (NANDA-I, 2013).

Na sequência, é apresentado o Quadro 6 com os DEs estabelecidos para os participantes da Fase 2, segundo o seu domínio, quantidade de pacientes que receberam o diagnóstico (n) e sua categorização (Real, de Risco ou de Promoção da Saúde).

Nele, é possível observar que o DE *Conforto prejudicado* foi identificado em 20(57,2%) casos, seguido pelos DEs *Comportamento de saúde propenso a risco* 17(48,6%), *Memória prejudicada* 15(42,8%) e *Ansiedade* 14(40,0%). Outro dado que chama a atenção é para o diagnóstico *Risco de suicídio* presente em 12(34,3%) casos. Contudo, três DEs foram identificados em um dos casos para cada diagnóstico: *Disposição para autocontrole da saúde melhorado*, *Ansiedade relacionada à morte* e *Pesar complicado*.

O DE *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais*, identificado nos 2(5,7%) casos com transtornos da alimentação, foi incluído no rol dos DEs dos aspectos psicossociais devido à relação das condições físicas e psicológico-psiquiátricas destacadas nas características definidoras e nos fatores relacionados.

| Domínio | Diagnóstico de Enfermagem | n | % | Categorização | | |
|--|---|-----------|-------------|---------------|----------|----|
| | | | | R | RC | PS |
| (1) Promoção da saúde | Autocontrole ineficaz da saúde | 7 | 20,0 | X | | |
| | Disposição para autocontrole da saúde melhorado | 1 | 2,8 | | | X |
| | Comportamento de saúde propenso a risco | 17 | 48,6 | X | | |
| | Proteção ineficaz | 7 | 20,0 | X | | |
| (2) Nutrição | Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | 2 | 5,7 | X | | |
| (4) Atividade/ Repouso | Insônia | 12 | 34,3 | X | | |
| | Padrão de sono prejudicado | 6 | 17,1 | X | | |
| | Perambulação | 2 | 5,7 | X | | |
| | Disposição para melhora do autocuidado | 2 | 5,7 | | | X |
| (5) Percepção/ Cognição | Confusão aguda | 5 | 14,3 | X | | |
| | Risco de confusão aguda | 6 | 17,1 | | X | |
| | Memória prejudicada | 15 | 42,8 | X | | |
| | Comunicação verbal prejudicada | 6 | 17,1 | X | | |
| (6) Autopercepção | Desesperança | 3 | 8,6 | X | | |
| | Risco de solidão | 8 | 22,8 | | X | |
| | Baixa autoestima situacional | 3 | 8,6 | X | | |
| | Distúrbio na imagem corporal | 4 | 11,5 | X | | |
| (9) Enfrentamento/ Tolerância ao estresse | Ansiedade | 14 | 40,0 | X | | |
| | Ansiedade relacionada à morte | 1 | 2,8 | X | | |
| | Sobrecarga de estresse | 2 | 5,7 | X | | |
| | Sentimento de impotência | 8 | 22,8 | X | | |
| | Medo | 3 | 8,6 | X | | |
| | Pesar | 3 | 8,6 | X | | |
| | Pesar complicado | 1 | 2,8 | X | | |
| | Tristeza crônica | 6 | 17,1 | X | | |
| (11) Segurança/ proteção | Risco de lesão | 6 | 17,1 | | X | |
| | Risco de suicídio | 12 | 34,3 | | X | |
| | Risco de violência direcionada a outros | 4 | 11,5 | | X | |
| | Risco de violência direcionada a si mesmo | 6 | 17,1 | | X | |
| (12) Conforto | Conforto prejudicado | 20 | 57,2 | X | | |
| | Isolamento social | 3 | 8,6 | X | | |

QUADRO 6 - Domínio dos Diagnósticos de enfermagem, identificados nos pacientes com transtornos mentais. Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013)

Legenda: (R) Real. (RC) Risco. (PS) Promoção da saúde.

A partir destas considerações, os DEs estabelecidos para os participantes do estudo são apresentados segundo as categorizações Promoção da saúde e Riscos e Reais. Além da categorização, os DEs são apresentados na ordem segundo os domínios a que pertencem e na sequência em que estão descritos na NANDA-I (Quadros 7, 8 e 9).

3.4.2.1 Diagnósticos de enfermagem de Promoção da Saúde

A NANDA-I (2013) categoriza 24 DEs de Promoção da Saúde, os quais estão voltados aos aspectos positivos de aumento da saúde ou da autorrealização. A identificação deste DE no paciente sugere que o comportamento positivo deve ser fortalecido pela equipe de enfermagem em forma de estímulo e apoio (CARPENITO-MOYET, 2012; NANDA-I, 2013). Neste estudo, foram estabelecidos para os participantes dois DEs desta categoria: *Disposição para o autocontrole da saúde melhorado* (Domínio 1) e *Disposição para melhora do autocuidado* (Domínio 4).

No Quadro 7, são apresentados os DEs de Promoção da Saúde e as características definidoras identificadas a partir das pistas que surgiram das entrevistas e observações.

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE | | | |
|--|----------|----------|---|
| Diagnóstico | n | % | Características definidoras |
| Disposição para autocontrole da saúde melhorado | 1 | 2,8 | Expressa pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito. |
| Disposição para melhora do autocuidado | 2 | 5,7 | Relata desejo de aumentar a independência na manutenção da saúde. |

QUADRO 7 – Diagnósticos de enfermagem de Promoção da Saúde e características definidoras da Taxonomia II da NANDA-I identificados nos participantes. Curitiba, 2013

Fonte: O autor (2013) com base na NANDA-I (2013)

O DE *Disposição para o autocontrole da saúde melhorado* foi estabelecido para um paciente que apresentava boa adesão ao tratamento e que não apresentava sintomas psíquicos referentes ao transtorno mental. Usualmente, este DE é atribuído a paciente que mostra estar informado sobre seu estado de saúde (gravidade, suscetibilidade a complicações, prognóstico, capacidade de controlar a evolução clínica) e também para aquele capaz de traçar estratégias de redução de fatores de risco de instabilização das doenças, em geral (CARPENITO-MOYET, 2012).

Em sua tese de *PhD in nursing*, desenvolvida na Universidade do Michigan, Estados Unidos, Strobbe (2009) descreveu os diagnósticos de enfermagem que podem ser listados a pacientes dependentes de álcool em remissão e participantes do grupo de Alcoólicos Anônimos (AA). A autora chama a atenção para o DE *Disposição para o autocontrole da saúde melhorado*, haja vista o desejo e a busca daqueles pacientes pelo controle do alcoolismo.

Dois pacientes se enquadraram no DE *Disposição para melhora do autocuidado*, um com diagnóstico médico de TMCDUSP e o outro com transtorno depressivo. Este DE “concentra-se em melhorar as atividades de autocuidado”. Pode ser encontrado descrito na literatura como *Disposição para aumento do autocuidado* (CARPENITO-MOYET, 2012, p. 851).

Segundo Stefanelli, Arantes e Fukuda (2008), o enfermeiro da área de saúde mental desempenha, entre vários papéis, o de promoção da reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, envolvendo ações de redução da incapacidade e proporcionando mecanismos de enfrentamento dos prejuízos em decorrência dos transtornos. Deste modo, entende-se que, quando este DE é identificado, as ações do enfermeiro devem focar no fortalecimento da postura positiva do paciente para que ele alcance um nível maior de autonomia e bem-estar.

3.4.2.2 Diagnósticos de enfermagem de Risco

Esta categoria de DE identifica a vulnerabilidade do paciente para desenvolver um problema evitável (CARPENITO-MOYET, 2012).

O Quadro 8 apresenta os diagnósticos de Risco estabelecidos para os 35 participantes: *Risco de confusão aguda* (Domínio 5), *Risco de solidão* (Domínio 6), *Risco de lesão*, *Risco de suicídio*, *Risco de violência direcionada a outros* e *Risco de violência direcionada a si mesmo* (Domínio 11).

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCOS | | | |
|---|----|------|--|
| Diagnóstico | n | % | Fatores de Riscos |
| Risco de confusão aguda | 6 | 17,1 | Abuso de drogas; Dor; Flutuação no ciclo sono-vigília; Gênero masculino e Medicamentos/drogas. |
| Risco de solidão | 8 | 22,8 | Falta de energia emocional; Isolamento físico; Isolamento social; Privação afetiva. |
| Risco de lesão | 6 | 17,1 | Nutricionais; Disfunção sensorial; Desnutrição e Psicológicos. |
| Risco de suicídio | 12 | 34,3 | História de tentativa de suicídio anterior; impulsividade; Mudanças marcantes de comportamento; Doença terminal; Doença física; Dor crônica; Abuso de substância; Transtorno mental e Ruptura na vida família. |
| Risco de violência direcionada a outros | 4 | 11,5 | Comportamento suicida; História de abuso de substância; História de violência contra outros; Sintomatologia psicótica; Impulsividade e História de comportamento antissocial violento. |
| Risco de violência direcionada a si mesmo | 6 | 17,1 | História de múltiplas tentativas de suicídio; Ideias suicidas; Problema de saúde mental; Problemas emocionais e Relacionamentos interpessoais conflitantes. |

QUADRO 8 - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco da Taxonomia II da NANDA-I identificados nos participantes. Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013) com base na NANDA-I (2013)

Domínio 5 – Percepção/ Cognição

O DE de risco estabelecido a 6(17,1%) participantes neste domínio foi o *Risco de confusão aguda*.

Os quadros confusionais agudos são comuns em hospitais gerais. Trata-se de um transtorno neuropsiquiátrico caracterizado por alterações cognitivas e senso-perceptivas que, na maior parte das vezes, é consequência fisiológica a uma condição clínica (SILVA; SANTOS JUNIOR, 2012). Esta descrição da literatura corrobora os resultados apresentados no Quadro 8, uma vez que um dos fatores de risco é ser do sexo masculino. Os homens são mais suscetíveis à dependência de

substâncias psicoativas em relação às mulheres. Deste modo, dos seis pacientes que receberam este DE, quatro eram homens, e entre as duas mulheres, uma tinha TMCDUSP.

Em estudos que estabeleceram DE por meio do Processo de enfermagem em populações específicas como pacientes idosos em hospitais gerais ou ILPI (SANTOS *et al.*, 2008; SOUSA *et al.*, 2010) e em pacientes jovens com dependência de substâncias psicoativas (MÁRQUEZ ROMERO; CABELLOS GARCÍA; PANIELLO CABELLOS, 2011), as prevalências do DE *confusão aguda* estiveram em torno de 5%.

Domínio 6 – Autopercepção

No domínio 6 (Autopercepção), foi identificado o DE *Risco de solidão*, com 8(22,8%) os participantes com todos os fatores de risco preconizados pela NANDA (2013) para tal: Falta de energia emocional, Isolamento físico, Isolamento social e Privação afetiva.

Refere-se a sentimento negativo de estar ou se sentir só, situação comum vivenciada por aqueles que se encontram hospitalizados ou em evolução de doença terminal. “A solidão é um enunciado afetivo envolvendo a consciência de estar afastado dos outros, acompanhada de uma vaga necessidade de pessoas”. Este sentimento faz com que o paciente não conceba os profissionais de saúde que estão à sua volta como companhia, o que acaba fazendo-os sofrer, tendo como consequência o agravamento de sua condição geral de saúde (CARPENITO-MOYET, 2012, p.399).

Estudos apresentam uma frequência em torno de 5% de pacientes em hospitais gerais diagnosticados com *Risco de solidão* (SILVA; VIANA; VOLPATO, 2008; SANTOS *et al.*, 2008; CHIANCA; LIMA; SALGADO, 2012). Já para pacientes com transtornos mentais em serviços especializados, os índices são menores, situando-se em 0,63% (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

Para pacientes com doenças graves, em tratamento, os índices são mais elevados. Um estudo desenvolvido com pacientes com nefropatia em tratamento de hemodiálise, a frequência deste DE foi de 40% (LATA *et al.*, 2008); em pacientes portadores de AIDS em tratamento com antirretroviral, ela foi 80% (BRASILEIRO; CUNHA, 2011); em pacientes com hanseníase em tratamento em um Centro de

Referência Nacional em dermatologia, os índices alcançaram 98,3% (BASSOLI *et al.*, 2007).

Deste modo, pelos resultados do presente estudo, subsidiados pelo resultado de outros estudos, pode-se inferir que o DE *Risco de solidão* é mais prevalente entre os pacientes com doenças graves e em tratamento complexo do que em pacientes com transtornos mentais.

Domínio 11 – Segurança/proteção

Neste domínio foram estabelecidos quatro DE de risco aos participantes: *Risco de lesão; Risco de suicídio; Risco de violência direcionada a outros e Risco de violência direcionada a si mesmo.*

Como se pode observar no Quadro 8, os DE do Domínio 11 (Segurança/proteção) são indubitavelmente importantes para área de saúde mental, uma vez que pacientes com transtornos mentais podem em momento de crise apresentar agitação psicomotora, agressividade, confusão mental, quadros psicóticos que sugerem um risco para a integridade física do próprio paciente e daqueles que estão a sua volta.

Nos últimos anos vários estudos têm sido desenvolvidos a fim de traçar estratégias que assegurem maior segurança aos pacientes e aos profissionais da área de saúde mental. O estudo de Paes *et al* (2013) em uma busca em base de dados verificou a produção científica da Enfermagem sobre contenção física a pacientes com transtornos mentais e verificou que 26 (92,9%) dos artigos analisados demonstravam a preocupação com a segurança do paciente.

O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela OMS em 2004. O principal propósito dessa aliança é instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentado pelo comprometimento político dos países participantes (BRASIL, 2013).

A qualidade dos serviços de saúde é um elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido. Nesse sentido, um conjunto de ações complementares entre si, é imprescindível para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente, e desta forma, reduzir o dano e evitar riscos futuros. Assim, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o governo federal instituiu o Programa

Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo geral está em contribuir na qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

A partir disto, nota-se a importância dos enfermeiros adquirirem conhecimentos necessários para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde mental, uma vez que a segurança e a proteção a que os pacientes com transtornos mentais em dado momento (crise) possam necessitar.

Nesta perspectiva os resultados do presente estudo demonstram que o DE com maior prevalência dentro do domínio 11 foi *Risco de suicídio*, identificado em 12(34,3%) dos participantes. O comportamento suicida é prevalente entre pacientes hospitalizados. Vários fatores apresentados neste trabalho contribuem para o aumento do risco de suicídio, como o diagnóstico de depressão e esquizofrenia. A observação, cuidados antecipatórios e preventivos são necessários de serem desempenhados pela equipe de enfermagem a fim de garantir maior segurança a tais pacientes. Para tanto, o enfermeiro a partir da avaliação inicial do paciente, identifica os fatores de risco presentes e determina o DE *Risco de suicídio*.

Dos doze pacientes que receberam este DE seis apresentavam transtornos do humor (transtornos depressivos ou TAB); dois TMCDUSP/A; dois transtornos da alimentação e um transtorno de ansiedade e outro transtorno somatoforme.

É consenso na literatura que pacientes com transtornos mentais tem maior risco de atentarem contra a própria vida (SERRADILHA; GOMES; REAL, 2012; BOTEGA, 2012). Alguns estudos na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental têm apresentado frequências acima de 50% deste DE em pacientes com transtornos mentais, mais precisamente, dependência química. Em mulheres em tratamento para dependência química 66,7% (SERRADILHA; GOMES; REAL, 2012), em pacientes com transtornos mentais e comportamentais em hospitais gerais espanhóis 19,32% (SALES ORTS *et al.*, 2007);

Estudos têm concluído que existe dificuldade dos enfermeiros em identificar este diagnóstico em pacientes potenciais suicidas, devido à discriminação, *tabus* e falta de qualificação. Contudo, esses profissionais devem se valer do contato mais próximo aos pacientes para ter maior número de pistas sugestivas a fim de identificá-lo o mais precocemente possível (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JUNIOR, 2005).

O DE *Risco de lesão* foi estabelecido para 6(17,1%) dos participantes. Os fatores nutricionais, desnutrição e psicológicos foram determinantes para a indicação deste DE para os casos de pacientes com transtornos da alimentação. Os outros pacientes com este diagnóstico apresentavam agitação e quadros delirantes, que se julgou fator de risco para agravos.

Em estudo envolvendo 301 pacientes com transtornos mentais este DE foi identificado em 22,4% daquela amostra, índice próximo ao encontrado no presente estudo (SALES ORTS *et al.*, 2007).

O comportamento violento ou agressivo, que eventualmente os pacientes com transtornos mentais possam apresentar são classificados segundo: alvo, modo e gravidade. Quanto ao alvo (contra si, contra os outros, contra objetivos/coisas); ao modo (física, verbal, psicológica); a gravidade (leve, moderado ou grave) (SADOCK; SADOCK, 2007). Pacientes que apresentam tal comportamento demonstram atitudes possíveis de serem percebidas nos DE de *Risco de violência direcionada a outros* ou *Risco de violência direcionada a si mesmo* descritos na sequência.

Há, que ressaltar que no DE *Risco de suicídio*, descrito anteriormente, tal comportamento é presente na classificação de alvo, haja vista que a pessoa que tenta ou comete suicídio, pratica violência de forma direta a si próprio e indireta ao outro. A violência ao outro se dá de maneira indireta e subjetiva ao causar-lhe sentimento de culpa por não ter conseguido impedir ou se sentir o responsável por tal desfecho (OMS, 2000).

O DE *Risco de violência direcionada a si mesmo* foi estabelecido para 6(17,1%) dos participantes, dos quais cinco eram mulheres. Quanto ao transtorno mental, três apresentavam como comorbidade, o comportamento suicida, um com transtorno da alimentação, um com transtorno somatoforme e um com TMCDUSP. Já o *Risco de violência direcionada a outros*, conforme o Quadro 8, foi firmado para 4(11,5%) participantes, dois apresentavam TAB, um TMCDUSP e o outro transtorno depressivo. Dos quatro participantes três eram homens.

O DE *Risco de violência direcionada a outros* é descrito na literatura, a pacientes que apresenta um comportamento violento ou devido a alguns fatores (disfunção cerebral, quadro psicótico, sob efeito de álcool e/ou outras drogas psicoativas) e que se encontra em alto risco para agredir outras pessoas (família, equipe de saúde, outros pacientes). Para tal situação, a equipe de enfermagem deve se focar no contexto para atenuar os fatores desencadeantes do comportamento, e

consequentemente, tentar diminuir a agressividade a fim promover proteção a todas as pessoas naquele ambiente (CARPENITO-MOYET, 2012).

Estudos desenvolvidos em ambiente hospitalar, mais propriamente em serviço de emergência tem demonstrado que cerca de 5% dos pacientes atendidos naqueles serviços são referentes a comportamento agressivo. No Brasil, estima-se que este índice esteja em torno de 3% (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Ugalde Apalategui e Lluch Canut (2011) em estudo multicêntrico sobre Diagnóstico de Enfermagem, com uma amostra de 907 pacientes com transtornos mentais em dois hospitais gerais e três serviços de psiquiatria, *Risco de violência direcionada a outros* foi o quarto DE mais prevalente para aquela amostra 37,7% e *Risco de violência direcionada a si mesmo* foi o quinto com índice de 30,3%. Por este estudo, os autores verificaram a prevalência desses DE entre homens e mulheres e observaram que não houve diferenças significativas.

Quando considerado o sexo dos participantes que receberam o DE *Risco de violência direcionada a si mesmo*, 83,4% eram mulheres e para *Risco de violência direcionada a outros* 75% eram homens.

Esses resultados são corroborados por um estudo nacional com 21 mulheres dependentes químicas em tratamento, das quais 66,7% foram diagnosticadas com *Risco de violência direcionada a si mesmo*, relacionado ao relato de múltiplas tentativas de suicídio e relacionamentos interpessoais conflitantes (SERRADILHA; GOMES, REAL, 2012). Dos 50 adolescentes colombianos do sexo masculino, dependentes químicos, que se encontravam em tratamento em serviço especializado, foi identificado o *Risco de violência direcionada a outros* em 56% (ALVAREZ-GOMEZ *et al.*, 2008).

Comparando os resultados entre as frequências dos DE *Risco de violência direcionada a si mesmo* e *Risco de violência direcionada a outros*, observa-se que o primeiro foi mais frequente. Estes dados são corroborados pelo estudo realizado por Silva (2011a) com profissionais de enfermagem que discorreram sobre suas percepções acerca do comportamento violento do pacientes com transtornos mentais. No referido estudo verificou-se que dos 38 participantes, 5 relataram a ocorrência de episódios de violência no cotidiano assistencial, demonstrando que é raro ocorrer violência física contra a equipe de enfermagem, mas é comum que o paciente com transtorno mental violento fisicamente a si próprio com atos de se machucar, provocar corte, cometer suicídio.

3.4.2.3 Diagnósticos de enfermagem Reais

Nesta categoria, foram determinados 23 DEs a partir das pistas reconhecidas pela coleta de dados referentes às necessidades psicossociais, validados pela identificação das características definidoras e de fatores relacionados.

Na sequência, o Quadro 9 apresenta os DEs reais, suas características definidoras e os fatores relacionados, segundo os domínios a que pertencem e na ordem em que estão descritos na NANDA-I. Contudo, considerou-se importante iniciar a discussão pelos de maior prevalência e, assim, sucessivamente.

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REAIS | | | | |
|---|----------|----------|--|---|
| Diagnóstico | n | % | Características definidoras | Fatores relacionados |
| Domínio 1 – Promoção da saúde | | | | |
| Autocontrole ineficaz da saúde | 7 | 20,0 | Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde; Expressão de dificuldades com os regimes prescritos; Falha em agir para reduzir fatores de risco; Falha em incluir regimes de tratamento à vida diária. | Complexidade do sistema de atendimento de saúde; Dificuldades econômicas; Conflito familiar; Regime e Suscetibilidade percebida. |
| Comportamento de saúde propenso a risco | 17 | 48,6 | Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde; Não consegue alcançar uma completa sensação de controle e Minimiza a mudança no estado de saúde. | Tabagismo; Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde; Excesso de álcool; Múltiplos estressores; Apoio social inadequado; Baixa condição econômica. |
| Proteção ineficaz | 7 | 20,0 | Agitação; Anorexia; Alteração neurosensorial; Desorientação. | Abuso de drogas; Nutrição inadequada. |
| Domínio 2 – Nutrição | | | | |
| Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | 2 | 5,7 | Aversão ao ato de comer; Ideias erradas; Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal. | Fatores psicológicos. |
| Domínio 4 – Atividade/repouso | | | | |
| Insônia | 12 | 34,3 | Relato de dificuldade de concentração; Relato de dificuldade para adormecer; Relato de dificuldade para permanecer dormindo; Relato de distúrbios de sono que produzem consequências no dia seguinte; Relato de insatisfação com o sono e Relato de mudanças de humor. | Ansiedade; Cochilos frequentes durante o dia; Depressão; Desconforto físico; Fatores ambientais; Ingestão de estimulantes; medo; pesar e Sono interrompido. |

continua

| Diagnóstico | n | % | Características definidoras | Fatores relacionados |
|---|----------|----------|---|---|
| Padrão de sono prejudicado | 6 | 17,1 | Insatisfação com o sono; Relatos de dificuldade para dormir e Mudança no padrão normal de sono. | Iluminação; Relatos verbais de não se sentir bem descansado Ruído; Interrupções; |
| Perambulação | 2 | 5,7 | Andar de um lado para o outro; hiperatividade; Locomoção inquieta. | Estado emocional. |
| Domínio 5 – Percepção/cognição | | | | |
| Confusão aguda | 5 | 14,3 | Agitação aumentada; Alucinações; Flutuação na atividade psicomotora; Flutuação no nível de consciência; Inquietação aumentada e Percepções errôneas. | Abuso de substâncias; Delírios e Flutuação no ciclo sono-vigília. |
| Memória prejudicada | 15 | 42,8 | Experiências de esquecimento e Incapacidade de recordar eventos. | Distúrbios neurológicos; Alterações ambientais excessivas. |
| Comunicação verbal prejudicada | 6 | 17,1 | Ausência de contato visual; Desorientação em relação a pessoas; Desorientação no espaço; Desorientação no tempo; Dificuldade de usar a expressão corporal; Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação; Fala com dificuldades; Recusa obstinada a falar e Verbaliza com dificuldades. | Alteração no SNC; Barreiras psicológicas; Condições emocionais; Condições fisiológicas |
| Domínio 6 – Autopercepção | | | | |
| Desesperança | 3 | 8,6 | Alterações no padrão de sono; Apetite diminuído; Indicações verbais; passividade; Verbalização diminuída; | Deterioração da condição fisiológica; Estresse prolongado; Falta de envolvimento no cuidado; Isolamento social; Restrição prolongada de atividade |
| Baixa autoestima situacional | 3 | 8,6 | Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com eventos e verbalizações autonegativas. | Perda e prejuízo funcional. |
| Distúrbio na imagem corporal | 4 | 11,5 | Relato de percepção que refletem uma visão alterada na aparência do próprio corpo; Relato de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo; Relatos negativos em relação ao corpo. | Fatores Biofísicos e Psicossociais |
| Domínio 9 - Enfrentamento/Tolerância ao estresse | | | | |
| Ansiedade | 14 | 40,0 | Angustiado; Irritabilidade; Medo; Dificuldade para concentrar-se; Nervoso; Pouco contato visual; Preocupado; Confusão; Esquecimento; Produtividade diminuída; Ruminação; Inquietação; Insônia; Nervosismo; Relato de preocupação devido à mudança em eventos da vida. | Abuso de substâncias, Ameaça à situação econômica; Ameaça ao estado de saúde; Crises situacionais; Estresse; Mudança (situação econômica, no estado de saúde); Conflito inconsciente a metas da vida; Necessidades não satisfeitas. |

continuação

| conclusão | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|--|--|
| Diagnóstico | n | % | Características definidoras | Fatores relacionados |
| Ansiedade relacionada à morte | 1 | 2,8 | Relato de preocupação quanto a impacto da própria morte sobre as pessoas significativas. | Antecipação do impacto da própria morte sobre os outros |
| Sobrecarga de estresse | 2 | 5,7 | Relata dificuldade de funcionamento; Demonstra aumento de sentimento; de impaciência; Relata aumento de sentimentos de impaciência; Relata estresse situacional como excessivo. | Estressores intenso e Múltiplos estressores concomitantes. |
| Sentimento de impotência | 8 | 22,8 | Dependência de outros Depressão pela deterioração física Relatos de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores | Interação interpessoal insatisfatória e Regime relacionado à doença. |
| Medo | 3 | 8,6 | Relato de pânico; Identifica objeto do medo; Comportamento de ataque; Separação do sistema de apoio em situações; Origem inata. | Estimulo fóbico |
| Pesar | 3 | 8,6 | Alteração no nível de atividades; Distúrbio no padrão de sono; dor Dar sentido à perda | Perda de objeto significativo |
| Pesar complicado | 1 | 2,8 | Depressão e Diminuição na sensação de bem-estar | Instabilidade emocional e Morte de pessoa significativa |
| Tristeza crônica | 6 | 17,1 | Relatos de sentimentos negativos e Relatos de sentimentos expressos de tristeza. | Crises no controle da doença e Experiência de doença crônica. |
| Domínio 12 – Conforto | | | | |
| Conforto prejudicado | 20 | 57,2 | Ansiedade, choro, incapacidade de relaxar, lamentação, inquietação, medo, irritabilidade, padrão de sono prejudicado, relatos de sentimentos de angustia, relato de sentir-se desconfortável e relato de falta de satisfação com a situação. | Estímulos ambientais nocivos, recursos insuficientes, sintomas relacionados à doença, efeitos secundários relacionados ao tratamento e falta de controle da situação |
| Isolamento social | 4 | 11,5 | Afeto embotado, afeto triste, apresenta comportamento não aceito pelo grupo cultural dominante, vive em uma subcultura, relato de sentimentos de solidão. | Alteração na aparência física, alteração no estado mental, comportamento social inaceitável. |

QUADRO 9 – Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados, segundo os domínios a que pertencem na NANDA-I. Curitiba, 2013

FONTE: O autor (2013) com base na NANDA-I (2013)

Domínio 1 - Promoção da saúde

Para este domínio, os DEs reais estabelecidos para os participantes foram: *Autocontrole ineficaz da saúde*, *Comportamento de saúde propenso a risco* e *Proteção ineficaz*.

O DE *Comportamento de saúde propenso a risco*, estabelecido para 17(20,0%) dos participantes, foi identificado nos pacientes dependentes de tabaco e/ou álcool, sem conhecimento ou participação em uma rede de apoio, naqueles que declararam não se importar com o estado de saúde atual e em pacientes com transtornos da alimentação. Condições apresentadas por três pacientes com TAB; cinco com transtornos depressivos; dois com transtornos da alimentação; três com TMCDUA; dois TMCDUSP; e dois com esquizofrenia.

Em consonância ao descrito acima, este diagnóstico “descreve um indivíduo com um problema de saúde que não está participando do controle do problema por falta de motivação, compreensão ou barreiras pessoais”. Ele representa um estilo de vida não saudável (CARPENITO-MOYET, 2012, p.828).

Na literatura, apesar de poucos, é possível encontrar estudos que tratam deste DE em que a maioria tem o foco em pacientes com doenças crônicas. Citam-se, como exemplo, a pesquisa desenvolvida com 136 pacientes com diabetes em que este diagnóstico foi identificado em 10% da amostra (SCAIN *et al.*, 2013) e outro estudo com 28 pacientes com insuficiência cardíaca (ROCHA; SILVA, 2009), todavia os autores não contemplaram os fatores relacionados ao diagnóstico, o que dificulta a comparação entre os estudos.

Em outra pesquisa com pacientes portadores de doença falciforme, este DE foi identificado com os seguintes fatores relacionados: múltiplos estressores e atitude negativa em relação aos cuidados de saúde (SÃO BENTO *et al.*, 2011).

As discussões dos estudos de Rocha e Silva (2009), São Bento *et al.* (2011) e Scain *et al.* (2013) centram-se na dificuldade apresentada pelos pacientes em aderir às práticas que diminuem os fatores de risco de agravamento ou instabilidade da doença.

No estudo de Brusamarello *et al.* (2013), cuja finalidade foi identificar os DEs a partir das anotações de 44 consultas de enfermagem com pacientes com transtornos mentais, o DE *Comportamento de saúde propenso a risco* foi

evidenciado em 54,4% dos pacientes, índice próximo ao encontrado neste estudo. Embora o estudo tenha apresentado intervenções de enfermagem resultantes do DE, igualmente aos outros estudos citados, não houve descrição de características definidoras e fatores relacionados que subsidiassem os DEs determinados naquele estudo.

Há escassez de publicações de artigos que abordem o estabelecimento de DE em pacientes tabagistas. Sé e Amorim (2009) identificaram na literatura alguns DEs presentes na relação mulher gestante/tabagismo: Amamentação ineficaz; crescimento e desenvolvimento alterados; risco para manutenção da saúde alterados; nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais; risco para as funções respiratórias alteradas; e Medo/ansiedade; controle ineficaz do regime terapêutico. Deste modo, não foi firmado o DE *Comportamento de saúde propenso a risco* neste estudo.

Sete participantes, 20,0%, que receberam o DE *Autocontrole ineficaz da saúde* mostravam ou referiam dificuldades de adesão aos tratamentos oferecidos. Outros estudos que identificaram este DE também o relacionavam com a dificuldade de pacientes com doenças crônicas aderirem aos tratamentos clínicos, principalmente pacientes com diabetes e cardiopatias (PEREIRA *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2011).

Em um estudo de caso apresentado no *International Journal of Nursing Knowledge*, periódico oficial da NANDA-I nos Estados Unidos, a autora avaliou uma paciente com AIDS. Atitudes de incapacidade de incluir regimes de tratamento na vida diária ou tomar medidas para reduzir os fatores de risco subsidiaram a determinação do DE *Autocontrole ineficaz da saúde* para este caso (REYES, 2013).

Centena (2010) realizou uma pesquisa em um ambulatório de enfermagem em saúde mental com o objetivo de identificar os DEs de 40 pacientes atendidos naquele local. O DE *Autocontrole ineficaz da saúde* foi encontrado em 27,5% dos participantes. Não foram descritos os fatores relacionados nem a caracterização dos transtornos mentais apresentados pelos pacientes, somente foram descritas as intervenções correlacionadas.

Em um estudo multicêntrico realizado em hospitais gerais e hospitais especializados em psiquiatria da Espanha, verificou-se que este DE estava presente

em 23,73% dos 907 pacientes avaliados pelos enfermeiros daqueles serviços (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

O ponto principal do estabelecimento deste DE, considerando as necessidades psicossociais, advém da dificuldade do paciente em aderir de modo pleno aos tratamentos, cujo objetivo é manter o quadro psiquiátrico estável. Existe vasta literatura nacional e internacional que mostra a existência de diversas barreiras que, conseqüentemente, causam baixa ou falta de adesão aos tratamentos de pacientes com diagnósticos de transtorno mental, principalmente, o medicamentoso (CARDOSO; GALERA, 2006).

A falta de adaptação ao novo modelo de vida diante do tratamento, algumas vezes, complexos, devido ao uso de várias medicações, pode fazer com que o paciente desenvolva gradualmente diminuição à adesão. Esta atitude traz, como consequência, agravamento dos sintomas, que, comumente, dificulta abordagens terapêuticas psicossociais, interação entre equipe de saúde e paciente, além de prejudicar sua reintegração social (CARDOSO; GALERA, 2006).

Carpenito-Moyet (2012) referem que, em relação ao DE *Proteção ineficaz* estabelecido para 7(20,0%) dos participantes, este é bastante amplo e tem maior foco nas alterações do sistema imunológico, hematológico e tegumentar. Isto é corroborado pelos artigos publicados relacionando este DE a pacientes em estado crítico de doença em UTIs, tendo sua frequência variado de 5,1% a 100% dos pacientes avaliados nos estudos (PAGANIN *et al.*, 2010; CHIANCA; LIMA; SALGADO, 2012; BENEDET; BRASIL, 2012).

Todavia, este DE é bastante válido para a área de enfermagem em saúde mental, uma vez que algumas das características definidoras fazem parte das manifestações clínicas de certos transtornos mentais: agitação, alteração neurossensorial, desorientação, insônia e, inclusive, anorexia. O abuso de drogas é um dos fatores relacionados para este DE. Contudo, não foram encontrados artigos que utilizem este DE na área de saúde mental. Esta dificuldade foi relatada por Escalada Hernandez; Muñoz Hermoso e Marro Larrañaga (2013), quando desenvolveram uma revisão integrativa de artigos que descrevem o processo de enfermagem em saúde mental.

Sales Orts *et al.* (2007) desenvolveram um trabalho em unidades psiquiátricas de três hospitais gerais da Espanha. Nele, os pacientes admitidos nas unidades eram avaliados para os diagnósticos de enfermagem. A prevalência do DE

Proteção ineficaz naqueles pacientes foi de 76,95%. Outro estudo, igualmente desenvolvido na Espanha em serviços de saúde mental, encontrou índices menores em relação aos encontrados no estudo de Sales Orts *et al.* (2007) e o presente estudo, 1,27% (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

Domínio 2 – Nutrição

O DE *Nutrição desequilibrada: menos dos que as necessidades corporais* foi identificado nas duas pacientes com transtornos da alimentação (5,7%), estando relacionado com o medo que as pacientes têm de ganhar peso, tendo como consequência ingestão inadequada e, por conseguinte, o não atendimento das necessidades de nutrientes requeridas pelo organismo (GRANDO; ROLIM, 2008).

Trata-se de DE amplo com abrangência a várias áreas da enfermagem como pediatria, geriatria, atenção primária e saúde da mulher (CARPENITO-MOYET, 2012).

Dois relatos de experiência, um nacional e outro descrito em literatura espanhola, abordando o desenvolvimento do Processo de Enfermagem com pacientes com anorexia nervosa (transtorno da alimentação), encontraram como fatores relacionados, os aspectos psicológicos, consonantes com os encontrados no presente estudo (TOLEDO; RAMOS; WOLPEREIS, 2011; ABOULFOUNOUN EL AZZOUZI; ACOSTA VELÁZQUEZ, 2013).

Outro estudo desenvolvido com jovens dependentes de substâncias químicas em tratamento em uma unidade especializada em Medellin, na Colômbia, identificou que 30% dos participantes apresentavam este DE com característica definidora: peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal. Os autores referiram que existem duas prováveis causas para este DE ser prevalente entre os participantes do estudo: a maioria era de baixo poder aquisitivo (72,2%), o que poderia ocasionar dificuldade de acesso a uma alimentação adequada, e uso de substâncias estimulantes, que produzem falta de apetite (ALVAREZ GOMEZ *et al.*, 2008).

Domínio 4 – Atividade/repouso

Referente a este domínio, foram firmados três DE reais para os participantes: *Insônia*, *Padrão de sono prejudicado* e *Perambulação*.

O DE *Insônia* foi firmado para 12(34,3%) dos participantes. O sono envolve cerca de um terço do dia e uma parte fundamental do mecanismo restaurador e reparador da homeostase do corpo e da manutenção do bem-estar psíquico. Todavia, a insônia tem sido uma das disfunções do sono mais comuns, caracterizada por queixa de dificuldade de iniciar ou manter o sono ou pela sensação de não ter um sono restaurador (CABRERA; SPONHOLZ JUNIOR, 2012).

Destaca-se que os índices de insônia apresentados neste estudo não são maiores porque, como já apresentado e discutido anteriormente no item 4.3, 77% dos pacientes fazem uso de medicações psicotrópicas, sendo que 25,1% usam sedativos continuamente (Tabela 10).

A insônia durante o internamento pode ocorrer de forma aguda como uma resposta aos estressores ambientais ou associada aos sintomas decorrentes da doença clínica (dispneia, dor, desconforto geral). Por outro lado, o paciente pode ser portador de insônia crônica, que deve ser identificada na admissão para que algumas medidas possam ser tomadas, como a diminuição dos aspectos ambientais perturbadores do sono, que são ações requeridas da equipe de enfermagem, e a adequação da farmacoterapia indutora do sono (CABRERA; SPONHOLZ JUNIOR, 2012).

A insônia, além de ser um DE, também é uma característica definidora de outros DEs, igualmente ligados às necessidades psicossociais do paciente, como, por exemplo, proteção ineficaz, medo e ansiedade (GOMES *et al.*, 2012).

No que se refere aos transtornos mentais dos pacientes com DE de insônia, 7(20%) apresentavam transtornos depressivos. Estudos desenvolvidos em hospitais gerais têm encontrado índices próximos a esses resultados, variando entre 14% e 28,5% (PASSOS, SEQUEIRA, FERNANDES, 2012; SILVA; SOUSA; FERREIRA; PEIXOTO, 2012). Foi encontrado ainda estudo que apresenta 52,0%, índice mais elevado na relação insônia/transtornos depressivos (FERNANDEZ *et al.*, 2012).

As frequências encontradas no presente estudo estão abaixo das descritas na literatura, e isto pode ter ocorrido devido aos pacientes que dormem sob efeito de medicação não terem referido dificuldades para dormir ou manter o sono e nem terem relatado insatisfação com o sono, diminuindo as pistas que poderiam levar a este DE.

O DE *Padrão de sono prejudicado* foi estabelecido para 6(17,1%) participantes, aqueles que referiram ter um padrão adequado de sono, mas, que, durante o internamento, este padrão foi modificado e se tornou insatisfatório.

Percebe-se, pelas características definidoras e fatores relacionados (Quadro 8), que o ambiente foi o fator principal de alteração de sono nos pacientes. Para Carrera Solera e Mazagatos Pascual (2012), os fatores externos e ambientais são as características principais para diferenciar o DE *Padrão de sono prejudicado* de *Insônia*. *A priori*, pode parecer que as características definidoras dos dois DE coincidem, mas, conceitualmente, poder-se-ia dizer que Padrão de sono prejudicado é uma insônia exógena.

Dos seis participantes que receberam este DE, três tinham diagnóstico médico de TMCDUA, dois de transtornos depressivos e um de transtorno de ansiedade. Estes dados são consonantes com o estudo de Serradilha, Gomes e Real (2012), que identificaram 33,3% das pacientes (mulheres) com dependência de álcool e outras drogas em tratamento em comunidade terapêutica com *Padrão de sono prejudicado*. Descreveram como fatores relacionados relatos de dificuldade para dormir, relacionados à falta de privacidade e de controle do sono. Este mesmo diagnóstico foi determinado para 60% de dependentes químicos (homens) em outro estudo (ALVAREZ GOMEZ, *et al.*, 2008).

Em estudos desenvolvidos em hospitais gerais, este DE variou entre 28,3% e 73,91% dos pacientes (VOLPATO; CRUZ, 2007; SALES ORTS *et al.*, 2007).

O DE *Perambulação* foi indicado para 2(5,7%) participantes: um com diagnóstico de transtorno da alimentação com comorbidade psiquiátrica de TAB, extremamente agitado, e o outro com TMCDUSP em quadro de abstinência, apresentando confusão mental e agitação psicomotora.

Apesar de Carpenito-Moyet (2012) descrever este DE para pacientes com demência, a desorientação espacial, que gera a perambulação, pode ocorrer em

pacientes com agitação psicomotora, nos quadros transitórios de *delirium* e em manifestações psicóticas (BOTEGA, 2012).

Este DE deve direcionar os enfermeiros a desenvolver intervenções para proteção dos pacientes contra possíveis lesões a que o quadro clínico possa conduzi-los, além de abordar as razões do comportamento de deambulação excessiva (CARPENITO-MOYET, 2009).

Domínio 5 - Percepção/cognição

Os DEs identificados pertencentes a este domínio foram *Confusão aguda*, *Memória prejudicada* e *Comunicação verbal prejudicada*.

O DE *Memória prejudicada* foi o terceiro mais prevalente para o presente estudo, tendo sido firmado para 15(42,8%) participantes.

A memória é uma das funções psíquicas que devem ser avaliadas pelo enfermeiro durante a coleta de dados, na fase inicial do Processo de Enfermagem. A avaliação clínica da memória deve testar três períodos: a memória imediata (períodos de segundos); a memória recente (se aplica a um tempo em minutos); e a memória remota (meses e anos).

A avaliação da memória indica o estado de orientação do paciente (tempo, lugar e pessoa). “A memória permite registrar, fixar e recuperar informações ou fatos armazenados no cérebro” (STEFANELLI; ARANTES; FUKUDA, 2008, p. 121). Carpenito-Moyet (2012) chama a atenção de que a incapacidade de recordar pode ser temporária ou permanente. Ela pode estar alterada em alguns transtornos neuropsiquiátricos como nos quadros demenciais, mas intacta mesmo em transtornos mentais graves como a esquizofrenia e TAB (SADOCK; SADOCK, 2007).

Este DE é estabelecido a pacientes que, ao apresentarem melhoras na memória por meio das intervenções da enfermagem, tenham igualmente melhoria do autocuidado e da proteção. Deste modo, a equipe de enfermagem deve ter em mente que pacientes com este DE necessitam ser orientados, lembrados e auxiliados a atentar às informações, principalmente àquelas diretamente relacionada ao tratamento (CARPENITO-MOYET, 2012).

Estudos nacionais realizados em hospitais gerais para caracterizar o perfil diagnóstico de enfermagem e que tenham em seus resultados o DE *Memória prejudicada*, em sua grande maioria são focados na avaliação de idosos, isto porque, como outros DE já discutidos anteriormente, os idosos são mais suscetíveis a estes problemas. Os estudos apresentam prevalência variando de 7% a 46,4% deste DE entre os idosos (SANTOS *et al.*, 2008; SOUSA *et al.*, 2010; SOUZA; SANTANA, 2011).

Na área de saúde mental, foram encontrados dois estudos que identificaram este DE em pessoas com transtornos mentais com a frequência variando de 15,93% a 54,5% (SALES ORTS *et al.*, 2007; BRUSAMARELLO *et al.*, 2013).

O DE *Comunicação verbal prejudicada* é bastante abrangente, uma vez que é expresso por 26 características definidoras e 20 fatores relacionados, conforme NANDA-I (2013). Neste estudo, ele foi estabelecido para 6(17,1%) participantes, que apresentavam diminuição na capacidade de falar (distúrbios da fala, mutismo, acatisia), embora pudessem entender o que estava sendo perguntado.

Para tanto, Favretto e Carvalho (2008, s/p) discorrem que:

Mediante a importância de uma comunicação efetiva no relacionamento entre enfermeiro e paciente, para a melhor qualidade do cuidado prestado e satisfação do paciente, nas situações em que a comunicação se encontra prejudicada, é essencial que a definição e as características definidoras do diagnóstico sejam válidas. É importante que reflita a realidade em que é empregado, para que sejam implementadas intervenções eficientes para sua resolução ou minimização.

Em hospitais gerais, este DE tem sido aplicado a pacientes com disfunções fisiológicas que os levam a apresentar dificuldades para verbalizar, ou ainda, a pacientes em UTI com traqueostomia ou intubação endotraqueal. Para este DE, foram encontradas diferentes frequências: 5% (SOUSA *et al.*, 2010); 11,6% (VOLPATO; CRUZ, 2007); 90% (BENEDET; BRASIL, 2012). Esta variação se deve à abrangência do DE, dando condições para sua aplicação a diferente classe de pacientes (idoso, cirúrgico, clínico ou com transtorno mental) em diversas especialidades médicas (terapia intensiva, cardiologia, centro cirúrgico, psiquiatria), que, dependendo destas características, é mais ou é menos prevalente.

Quanto à sua aplicação no campo de saúde mental, foram encontradas frequências com certa variação. Em avaliação de pacientes idosos em ambulatório

de saúde mental, 20,8% (TEIXEIRA; FERNANDES, 2003); em ambulatório de saúde mental 65%, com fator relacionado: barreiras psicológicas (BETEGHELLI *et al.*, 2005); em três hospitais gerais da Espanha, média de 36,27% (SALES ORTS *et al.*, 2007); em cuidado domiciliar com pacientes com esquizofrenia, 28,9% (CASTAÑO MORA; ERAZO CHÁVEZ; PIEDRAHITA SANDOVAL, 2012); e em estudo multicêntrico realizado em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais na Espanha, 15,6%. E este o valor mais próximo dos encontrados no presente estudo (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

Os pacientes que receberam o DE *Confusão aguda* 5(14,3%) foram: um com TMCDUSP, três com transtornos depressivos, sendo que um tinha comorbidade de comportamento suicida e um com esquizofrenia.

O termo confusão descreve um conjunto de danos cognitivos devidos a um comportamento indicativo de perturbação no metabolismo cerebral, que podem ser ocasionados por medicamento, infecção, desidratação, desequilíbrio eletrolítico e distúrbio metabólico (CARPENITO-MOYET, 2012).

Confusão aguda, também denominada de *delirium*, é uma síndrome neuropsiquiátrica de alta prevalência em pacientes internados em hospitais gerais, com variação de 10% a 45%, sobretudo naqueles com idade mais avançada. Tem como característica a presença de sintomas flutuantes (com períodos de melhora e de piora). A presença de um quadro de confusão aguda está associada ao aumento do tempo de internação, sendo um indicativo de mau prognóstico (SILVA; SANTOS JUNIOR, 2012).

Pacientes dependentes do álcool têm maior risco de apresentar confusão aguda, pois algumas horas após a cessação do consumo da substância, inicia-se um processo que pode culminar com o surgimento da Síndrome de abstinência do álcool. Esta síndrome evolui de maneira ordenada, progressiva e evidente. O quadro de confusão aguda é um dos sintomas comuns observados nestes pacientes (REZENDE; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Deste modo, a equipe de enfermagem, por estar mais próxima do paciente lhe dispensando maior tempo, tem maior chance de detectar os primeiros sinais e sintomas que sejam pistas para o estabelecimento deste DE e tomar ações precoces para diminuir o avanço dos sinais e sintomas (SILVA; SILVA; MARQUES, 2011).

Apesar de os referidos diagnósticos serem bastante válidos para o Processo de Enfermagem em saúde mental por abarcarem as necessidades de cuidados dos aspectos psicossociais dos pacientes, são escassos os estudos com este foco nos serviços desta área.

Domínio 6 – Autopercepção

Os DEs identificados pertencentes ao Domínio 6 foram *Desesperança*, *Baixa autoestima situacional* e *Distúrbio na imagem corporal*.

Dos 4(11,5%) participantes diagnosticados com *Distúrbio na imagem corporal*, dois tinham transtornos depressivos e dois, transtornos da alimentação.

Este DE consiste em “resposta negativa, verbal ou não-verbal, a mudanças reais ou supostas na estrutura e/ou no funcionamento”. Ela pode estar relacionada à modificação da aparência física devida à doença crônica, traumatismo, perda de parte do corpo, ou ainda, por percepções irreais sobre a aparência do corpo (psicose, anorexia nervosa e bulimia). A hospitalização e alguns tratamentos, como, por exemplo, quimioterapia, radioterapia e cirurgias, podem ser fatores secundários na relação com este DE (CARPENITO-MOYET, 2012, p. 564).

Bittencourt *et al.* (2009) referem que a integridade física faz parte do bem-estar dos indivíduos e, quando ocorre alteração dessa integridade, sua imagem é modificada e, como consequência, podem surgir fragilidades psíquicas e desequilíbrio nas dimensões humanas entre si e com o mundo, produzindo outros agravos.

Em um estudo que buscou compilar a produção científica nacional da enfermagem que abordasse o tema ‘imagem corporal’, verificou-se que, dos 38 artigos analisados, 50% focava a relação do *Distúrbio da imagem corporal* e tipos de câncer (BITTENCOURT *et al.*, 2009).

Outra gama de estudos tem identificado este DE em pacientes com transtornos de alimentação, o que converge com os dados deste estudo, em que nos dois casos de transtorno da alimentação que fizeram parte desta etapa do estudo era apresentado o DE *Distúrbio na imagem corporal* (CORAS; ARAUJO, 2011; TOLEDO; RAMOS; WOLPEREIS, 2011).

Em dois estudos realizados na Espanha, que apresentavam índices deste DE entre pacientes com transtornos mentais, foram observadas frequências em 3,05% no estudo multicêntrico, não indicando o transtorno mental dos pacientes (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011), e em 14,24% dos pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais (SALES ORTS *et al.*, 2007).

Sobre o DE *Desesperança*, identificado em 3(8,3%), Carpenito-Moyet (2012) descreve que algumas características definidoras são mais fortes para identificá-lo, entre elas, alteração de padrão de sono e fatores emocionais (a pessoa refere sentir-se vazia, esgotada, desamparada e falta de sentido ou propósito na vida e fazer comentários negativos sobre o presente e o futuro). A autora complementa que desesperança:

[...] é um estado emocional no qual a pessoa sente que a vida é algo demasiado ou impossível. Uma pessoa sem esperança não vê possibilidade de melhora de vida e não enxerga soluções. Acredita que não exista quem possa fazer alguma coisa para ajudar. Desesperança tem a ver com desespero, desamparo, dúvida, pesar, apatia, tristeza, depressão e suicídio. É voltada ao presente e ao passado, sendo um estado que retira as energias (CARPENITO-MOYET, 2012, p. 329).

Como se trata de um DE propício para o campo da saúde mental, os índices encontrados deste diagnóstico em hospital geral com pacientes sem descrição de comprometimento psíquico são baixos, entre 1,6% e 3% (VOLPATO; CRUZ, 2007; SILVA; VIANA; VOLPATO, 2008; SANTOS *et al.*, 2008; SOUSA *et al.*, 2010). Por outro lado, estudos com pacientes com transtornos mentais mostraram taxas mais elevadas, conforme o descrito nos estudos: 75% (BETEGHELLI *et al.*, 2005); 50% (BRUSAMARELLO *et al.*, 2013); 23,39% (SALES ORTS *et al.*, 2007); 12,5% (CENTENA, 2010). Entre estes estudos, somente um apresentava característica definidora e fator relacionado: Desesperança relacionada a estresse prolongado, caracterizada por indicações verbais (BETEGHELLI *et al.*, 2005).

Os participantes para os quais foi definido o DE *Baixa autoestima situacional* foram 3(8,6%): um com diagnóstico de transtornos da alimentação e dois com transtornos depressivos.

Na literatura, é possível verificar que baixa autoestima e estados depressivos estão fortemente relacionados, contudo não há evidências ainda da

natureza desta relação. Considera-se que o modelo de vulnerabilidade afirma que a baixa autoestima contribui para a depressão, mas também os estados depressivos influenciam na diminuição da autoestima (SADOCK; SADOCK, 2007).

Foi localizado um estudo realizado com 907 pacientes com transtornos mentais para os quais este diagnóstico nos foi frequente em 5,96% (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

Domínio 9 - Enfrentamento/Tolerância ao estresse

Os DEs identificados pertencentes ao Domínio 9 (Enfrentamento/Tolerância ao estresse) foram: *Ansiedade*, *Ansiedade relacionada à morte*, *Sobrecarga de estresse*, *Sentimento de impotência*, *Medo*, *Pesar*, *Pesar complicado* e *Tristeza crônica*.

O DE *Ansiedade*, descrito pela NANDA-I, (2013), talvez seja o mais complexo e mais abrangente entre os DEs, tendo sido estabelecido para 14(40,0%) participantes. A iniciar por sua definição, seguida por 72 características definidoras, que se subdividem em Afetivas, Cognitivas, Comportamentais, Fisiológicas, Parassimpáticas e Simpáticas, são apresentados 15 fatores relacionados a este DE.

A ansiedade é uma reação emocional normal experimentada pelos indivíduos diante de situações novas e desconhecidas, identificadas como ameaças não específicas, que gera estresse. Tal reação é fundamental para a sobrevivência dos seres humanos, por ser um sinal de alerta para que o indivíduo possa tomar atitudes frente a perigos iminentes, dando-lhe condições de lidar com a ameaça (STUART; LARAIA, 2002; SADOCK; SADOCK, 2007; CABRERA; SPONHOLZ JUNIOR, 2012).

Na literatura, é possível encontrar a afirmação de que a ansiedade é uma queixa bastante comum em situações de hospitalização, decorrente de uma resposta temporária à adaptação do ambiente, chamada de ajustamento (CABRERA; SPONHOLZ JUNIOR, 2012). A resposta à ansiedade varia de pessoa para pessoa e pode se apresentar em níveis maiores ou menores, que são normais e esperados, até em estados graves como ocorre no Transtorno do pânico ou Transtorno de ansiedade generalizada (ROLIM; GRANDO, 2008).

Pela abrangência deste DE, estão disponíveis inúmeros estudos que mostram a sua prevalência nos diversos serviços de saúde com várias classes de pacientes: Ambulatório de saúde mental, 35% (CENTENA, 2010); em hospital geral (clínica médica e cirúrgica), 23,3% (VOLPATO; CRUZ, 2007); em pacientes com transtornos mentais em seis hospitais da Espanha, 37,69% (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011); em unidades psiquiátricas de três hospitais gerais espanhol, 69,15% (SALES ORTS *et al.*, 2007); em adolescentes dependentes químicos em tratamento em serviço especializado na Colômbia, 72% (ALVAREZ-GOMEZ *et al.*, 2008); e em mulheres dependentes químicas em tratamento em comunidade terapêutica, 100% (SERRADILHA; GOMES; REAL, 2012).

Deste modo, é possível avaliar que pacientes com transtornos mentais em hospitais e dependentes químicos têm maior chance de apresentar o DE *Ansiedade*.

Um estudo nacional desenvolvido em hospital geral do Rio de Janeiro validou as características definidoras do DE *Ansiedade* em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Das 74 características definidoras possíveis na versão do NANDA-I (2009-2011), 36 foram consideradas válidas e 38 características definidoras não foram consideradas válidas para este grupo de pacientes. Características definidoras com subitem Afetivas tiveram os maiores escores para a validação, seguidas pelas Cognitivas e Comportamentais (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Com referência ao *DE Ansiedade relacionada à morte*, segundo Carpenito-Moyet (2012), este DE é categoria de “Ansiedade” com uma etiologia específica no título, que acabou sendo desmembrado em um DE separado, porque, de forma particular, as situações de final de vida criam inúmeras respostas nos pacientes e nas pessoas significativas para eles.

Concernente ao DE *Sentimento de impotência*, foi descrito para 8(22,8%) participantes. A impotência é um sentimento experimentado e vivenciado pelas pessoas em graus variados e em diferentes situações. Deste modo, “a hospitalização evoca respostas variadas nas pessoas e nas famílias, incluindo ansiedade, medo e impotência” (CARPENITO-MOYET, 2012, p. 476).

Braga e Cruz (2009) externam que a identificação deste DE nos pacientes é difícil, visto que se trata de uma resposta altamente subjetiva e complexa, que

envolve fatores multidimensionais que se inter-relacionam, e para tanto, o diagnosticador deve ter alto grau de abstração.

A prevalência deste DE em pacientes hospitalizados é descrita em alguns artigos: 33,3% de 21 mulheres dependentes químicas em uma instituição filantrópica do interior do estado de São Paulo. Este estudo apresentou a característica definidora dependência dos outros (SERRADILHA; GOMES; REAL, 2012): 10% dos pacientes hospitalizados em unidade cardiológica (PEREIRA *et al.*, 2011); 1,6% em unidade médico-cirúrgica (VOLPATO; CRUZ, 2007); e 1,14% em estudo multicêntrico da Espanha (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

No estabelecimento do DE *Tristeza crônica* para 6(17,1%), foi possível perceber que a tristeza referida pelos participantes tem relação com a condição clínica e com a hospitalização. A literatura apresenta alguns estudos que descrevem este DE para pacientes com doenças graves e/ou em tratamentos complexos, com as frequências variando de 1,27% a 21% (SANTOS *et al.*, 2008; SOUSA *et al.*, 2010; UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011; AQUINO *et al.*, 2011).

O DE *Medo* foi estabelecido para 3(8,6%) participantes, dos quais, um era paciente com diagnóstico de esquizofrenia, um com transtorno de ansiedade e o outro com transtorno depressivo.

Carpenito-Moyet (2012) descreve que o medo é uma resposta a uma variedade de problemas de saúde, situações ou conflitos, tendo inúmeras fontes, mas que sua resposta mal adaptativa gera adversidades no processo saúde-doença na dimensão física e psíquica.

O conceito do DE *Medo* difere de *Ansiedade*, mas na literatura é possível encontrar estudos que apontam para as dificuldades entre os enfermeiros em diferenciar este dois DEs. As maiores dificuldades para diferenciá-los são apontadas pelos enfermeiros em um estudo nacional: reconhecer através do relato verbal (25,6%), relacionar sinais e sintomas (30,2%) e a pouca abordagem desse tema durante a graduação (37,2%) (GOMES *et al.*, 2012).

A distribuição dos diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II NANDA-I para pacientes com transtornos mentais, verificou uma frequência de 3,55% para o DE *Medo* (UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

Para estabelecer o DE *Pesar*, o paciente relata perdas reais ou percebidas (pessoa, objeto, função, situação ou relacionamento) e, conseqüentemente,

apresenta reações a esta perda, como, por exemplo, choro, culpa, tristeza, desânimo, desespero, negação, entre outros (CARPENITO-MOYET, 2012). Este DE foi estabelecido para 3(8,6%) participantes.

Quando o processo de pesar não é resolvido no tempo esperado, ele pode ser tornar um *Pesar complicado*. Este DE foi estabelecido para um participante com histórico de várias tentativas de suicídio após a perda de um familiar de primeiro grau.

O sentimento de pesar disfuncional, nome anterior ao DE *Pesar complicado*, foi identificado em 83,3% dos idosos com transtorno mental em atendimento ambulatorial. Os idosos longevos estão suscetíveis a situações geradoras de modificações dos papéis sociais com o passar dos anos e o idoso deixa de desempenhar atividades como o provedor da família e passa a depender economicamente de familiares. Alguns perdem a autonomia e se vêm obrigados a deixar suas casas e residir com outros. A perda de amigos, por muitas razões, leva o idoso a isolar-se cada vez mais socialmente, o que gera várias situações compatíveis com as características definidoras do DE *Pesar complicado* (TEIXEIRA; FERNANDEZ, 2003).

O DE *Pesar complicado* foi estabelecido a uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia paranoide em um estudo de caso realizado em hospital geral do Rio Grande do Sul, contudo como na grande parte destes estudos, não foram descritos as características definidoras e os fatores relacionados a este diagnóstico (LAUTER *et al.*, 2011).

Para este DE *Sobrecarga de estresse*, há que considerar que as demandas que geram estresse e que usualmente estão presentes durante o período de hospitalização podem ser subdivididas em: fisiológicas e físicas (dor, dificuldades para dormir, fadiga), emocionais (choro, impaciência, nervosismo), cognitivas (perda da memória, dificuldades para tomar decisão) e comportamentais (isolamento). Deste modo, percebe-se a multiplicidade dos estressores que coexistem em situação de doença e que podem levar o paciente a apresentar sobrecarga de estresse. Ao identificar este DE, o enfermeiro atua para reduzir estes fatores que ocasionam o estresse com o intuito de diminuir o risco da piora do estado geral do paciente (CARPENITO-MOYET, 2012).

Domínio 12 - Conforto

Conforme o Quadro 5, o DE *Conforto prejudicado* foi o mais prevalente para este estudo, e suas características definidoras e fatores relacionados arrolam situações comuns no ambiente de internamento hospitalar, o que é mostrado em grande parte dos artigos produzidos no Brasil, com a utilização deste DE.

O internamento hospitalar em situações mais complexas do processo saúde-doença é necessário para dar suporte ao restabelecimento de um melhor nível de saúde e de bem-estar do paciente. Mesmo o ambiente hospitalar garantindo assistência embasada em suporte técnico de excelência, ambiente controlado e seguro, ele pode se revelar um ambiente de sofrimento e desconforto, visto que parte dos pacientes neste local se sente só em decorrência da separação das pessoas do seu contexto, podendo haver presença de mecanismos álgicos relacionados à doença, entre outros (APOSTOLO *et al.*, 2012).

Em estudo de Lauter *et al.* (2011), desenvolvido na área de saúde mental, o DE *Conforto prejudicado* foi identificado em pacientes, porém não houve descrição das características definidoras e dos fatores relacionados que embasaram o levantamento dos rótulos diagnósticos. Estudos com tais descrições dariam condições de fazer uma comparação com os resultados do presente estudo.

Um estudo realizado por enfermeiros em uma clínica psiquiátrica em Portugal descreveu as características do conforto/desconforto dos pacientes. Quanto à severidade do desconforto, os resultados mostraram que 27,48% dos pacientes apresentavam um grau de desconforto moderado/elevado e na dimensão psicoespiritual houve um índice de 41,47% para desconforto moderado/elevado. Tal estudo não utilizou os DE, e assim foi possível verificar que os tópicos empregados para avaliar os pacientes são bastante semelhantes aos aplicados na identificação dos DEs (APOSTOLO *et al.*, 2012).

Na mesma perspectiva do conforto prejudicado, foi identificado em 8,6% dos pacientes o DE *Isolamento social*. Os pacientes que o receberam foram dois pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, um com transtorno depressivo e outro com comportamento suicida.

Embora, no presente estudo, não ter sido identificado o DE *Isolamento social* nos casos de transtornos da alimentação, foi encontrado na literatura um estudo de

caso único com paciente com tal transtorno, que foi avaliado com identificação do DE *Isolamento social*, relacionado com alterações no estado mental, caracterizado por expressar sentimento de rejeição (TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2011). Quanto à relação deste DE com a esquizofrenia, Carvalho (2012, p. 54) descreve que:

[...] os sintomas negativos da doença {esquizofrenia} compreendem a falta de vontade e por reação tendem para o isolamento. [...] As dificuldades que as famílias sentem correspondem a esta socialização comprometida. Centram-se mais no seu núcleo familiar, com um alheamento de terceiros, fruto das dificuldades da doença e fruto também de não querer partilhar essas mesmas dificuldades, tendo como resultado o isolamento social. Os diagnósticos de enfermagem relativos ao isolamento social estão intimamente ligados à problemática da esquizofrenia.

Na área de saúde mental, existem estudos realizados em ambulatórios, nos quais os autores identificaram o DE *Isolamento social* em 70% dos pacientes no estudo de Beteghelli *et al.* (2005) e 47,9% no estudo de Teixeira e Fernandes (2003); em centro de reabilitação de dependentes químicos, Alvarez Gomez *et al.* (2008) identificaram 66,6% de pacientes com o DE *Isolamento social*. Outros estudos internacionais apontam a presença deste DE em dois extremos, 9,52% e 53,22% (SALES ORTS *et al.*, 2007; UGALDE APALATEGUI; LLUCH CANUT, 2011).

Alguns estudos desenvolvidos no campo da gerontologia têm apresentado prevalências significativas do DE *Isolamento social* entre os idosos (JESUS *et al.*, 2010; NICHOLSON JUNIOR, 2009).

As frequências altas e médias de DE que abarcam as condições psicossociais dos pacientes em hospitais gerais descritas neste estudo mostram a necessidade de os enfermeiros e sua equipe estabelecerem conhecimento e habilidades para o cuidado de qualidade aos pacientes com transtornos mentais no hospital geral.

4 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e os diagnósticos de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais. O perfil sociodemográfico e clínico foi caracterizado com base nos dados coletados de 179 participantes, dos quais, 35 também haviam participado na Fase 2 da pesquisa, que tratou da coleta de dados que subsidiaram o perfil diagnóstico de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais no hospital geral.

Do total de 2532 internamentos ocorridos nas unidades locais do estudo, a prevalência de identificação de pacientes com transtornos mentais, com base na descrição do diagnóstico em prontuário, foi de 7,1%.

A diferença da frequência dos participantes, segundo o sexo, foi pequena, tendo as mulheres correspondido a 53,6%. Sobre a idade dos participantes, observou-se que 50,8% deles têm entre 18 e 49 anos.

Pelos resultados das características demográficas, evidenciou-se o domínio da etnia branca, com pacientes naturais do Paraná com maior frequência de nascidos no interior do estado, moradores de Curitiba e região metropolitana, em casa própria na região urbana e com um familiar.

As características sociais mostraram que 52,5% dos pacientes não vivem conjugalmente com alguém, 62% são católicos, 49,8% não concluíram o ensino fundamental e 3,9% são analfabetos, 65,4% referiram ter profissão e 84,3% vivem com até quatro salários mínimos.

A distribuição das variáveis referentes ao perfil sociodemográfico do paciente se assemelha aos dados gerais da população e reforça a afirmação da Organização Mundial de Saúde de que o transtorno mental pode ocorrer em qualquer fase da vida, não distinguindo sexo, idade, classe social ou etnia.

No perfil clínico, constatou-se maior frequência de mulheres com transtornos do humor e de ansiedade e de homens com transtornos mentais ou comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A unidade de neurologia foi onde se constatou maior número de pacientes com transtornos mentais, o que corrobora outros estudos que apontam alta prevalência de transtornos mentais em pacientes com doenças neurológicas.

As características clínicas dos pacientes com transtornos mentais, evidenciadas pelo tempo de diagnóstico, local de tratamento, uso de medicação psicotrópica e acompanhamento do serviço de psiquiatria do hospital geral, permitiram constatar que as modificações estruturais promovidas pela Atenção à Saúde Mental no Brasil têm avançado no sentido de dar abrangência e maior acessibilidade aos serviços nesta área. Contudo, um dado importante foi o baixo índice (3,3%) de casos de pacientes que fazem tratamento/acompanhamento no CAPS, visto ser o principal serviço da área de saúde mental no contexto psicossocial. Foi evidenciado que o tratamento farmacológico é feito por 77% dos pacientes.

As comorbidades clínico-psiquiátricas mais prevalentes aconteceram entre as doenças neurológicas e cardiológicas e transtornos do humor. Houve índices significativos de doenças cardíacas e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. Do total da amostra, 22,3% dos pacientes apresentaram mais de um diagnóstico psiquiátrico, com predomínio da comorbidade entre transtornos do humor e comportamento suicida.

Os resultados mostraram que 50,3% dos pacientes já pensaram em suicídio e 23,5% já tentaram. Estes índices foram superiores aos encontrados em outros estudos e servem como subsídio para novos estudos sobre comportamento suicida em hospitais gerais, bem como para criação de estratégias de qualificação dos profissionais de saúde para prestar cuidados mais específicos a estes pacientes.

As frequências sobre uso contínuo de substâncias psicoativas mostram que 25,2% dos pacientes usavam álcool, 30,7%, tabaco, 17,3%, outras drogas e 7,8%, policonsumo das três drogas, tendo estes números têm sido superiores em comparação aos índices na população em geral e aos encontrados em outros estudos realizados em hospitais gerais. O perfil sociodemográfico dos pacientes que usam de substâncias psicoativas se assemelha ao perfil dos pacientes estudados em outros trabalhos.

Dos 35 pacientes que participaram da Fase 2 para traçar o perfil diagnóstico de enfermagem, 11 eram homens e 24, mulheres.

Quanto à situação dos DEs, tem-se que 2(6,4%) se referem à Promoção da saúde, 6(19,4%) são de riscos e 23 são reais (74,2%). Os dados permitiram concluir que os pacientes com transtornos mentais apresentaram com maior prevalência os diagnósticos *Conforto prejudicado*, *Comportamento de saúde propenso a risco*,

Memória prejudicada, Insônia e Risco de suicídio. Os diagnósticos de enfermagem identificados dão suporte ao cuidado das necessidades psicossociais e físicas dos pacientes.

As perdas para este estudo foram pequenas e a aceitabilidade em participar do estudo foi satisfatória, tendo permitido atingir o objeto de estudo e caracterizar o perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos em hospital geral.

Uma das limitações evidenciadas no desenvolvimento deste estudo foi ter o desenho metodológico transversal, pelo qual não se teve a pretensão de se estabelecer uma relação causal entre os fatores estudados. Esta amostra não foi representativa para todos os pacientes do Hospital de Clínicas da UFPR por não ser uma amostra randomizada. O uso da Taxonomia II da NANDA-I também se mostrou limitante, haja vista que os DEs nela contidos são bastante específicos, com necessidade de convergência com a definição, características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco.

Contudo, este estudo pode servir como base para outros mais aprimorados com amostragem randomizada que mensure a prevalência e o perfil epidemiológico dos pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais.

Destaca-se a contribuição deste estudo na implementação do Processo de Enfermagem até a etapa do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem a pacientes com transtornos mentais. A descrição e a apresentação dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem de risco, as características definidoras e os fatores relacionados aos diagnósticos de enfermagem reais e de promoção da saúde, utilizados neste estudo, podem ser considerados um avanço, pois os poucos estudos encontrados nessa temática na área da saúde mental não apresentam estes tópicos, que são importantes para as ações, decisões assistenciais e para o embasamento do raciocínio clínico do enfermeiro. Outro aporte que este estudo traz à prática de enfermagem é o conhecimento sobre o perfil de pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais, uma vez que este modo de tratamento tem sido considerado pelas políticas públicas, com maior ênfase nos últimos cinco anos.

Todavia, deve-se levar em consideração que os diagnósticos apresentados aqui foram estabelecidos pelo pesquisador, porque no período em que os dados foram coletados não havia sido desenvolvida a implementação do Processo de enfermagem pelos enfermeiros da instituição.

Outra dificuldade encontrada foi a pouca produção científica da enfermagem em estudos que abordam diagnósticos de enfermagem e saúde mental. Evidenciou-se que os poucos estudos disponíveis não apresentavam características definidoras e/ou fatores relacionados aos diagnósticos presentes nas publicações, o que dificultou a comparação com outros estudos.

Deste modo, recomenda-se que pesquisadores da área de enfermagem em saúde mental intensifiquem estudos que abordem o Processo de Enfermagem em saúde mental e o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem com verificação de sua acurácia, haja vista que eles são a representação da cientificidade da enfermagem contemporânea.

REFERÊNCIAS

- ABAIT, E.; ALVAREZ, J. Interconsultas a salud mental. Comunicación presentada en: 3o Congreso Virtual de Psiquiatria. **Interpsiquis**, 2002.
- ABOULFOUNOUN EL AZZOUZI, K., ACOSTA VELÁZQUEZ, C.N. **Anoréxia nerviosa: abordaje de un caso clínico**. In: XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Sevilla (Espanha), 2013. Disponível em: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=838ee15a-2ea9-4e2c-a008-66d68f6b8d7a&Cod=1a745c27-fc7e-40f2-941c-1148b4294d1f>. Acesso em: 13/09/2013.
- ALMEIDA A. S. *et al.* Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. **Rev. eletrônica enferm.** v.11, n.2, p. 383-9. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a20.htm>. Acesso em 10/08/2013.
- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.S.F. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.26, n.5, p. 237-45, 1999. Disponível em: [http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo\(236\).htm](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(236).htm). Acesso em: 01/07/2013.
- ALTSHULER, L.L. *et al.* Symptoms in 711 Patients With Bipolar Disorder Evaluated Prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. **Am. J. psychiatr.** v.167, n.6, p.708-15, 2010. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/1824/appi.ajp.2009.09010105.pdf>. Acesso em: 14/08/2013.
- ALVAREZ GOMEZ, M. Diagnósticos de enfermería, perfil social y clinico de adolescentes en tratamiento para drogadiccion en un centro de rehabilitación de Medellin en 2006. **SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog** v.4, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38668/41515>. Acesso em: 30/08/2013.
- ALVES, T.C.T.F.; FRAGUAS, R.; WAJNGARTEN, M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.36, supl.3, p. 88-92, 2009.
- AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A. ANDRADE, A.G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. psiquiatr.** v.32, supl.2, p. 104-11, 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ANDRADE, L.H. *et al.* Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **Plos one (online)**. v.7, n.2, p.e31879, 2012. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC3279422>. Acesso em: 01/08/2013.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos mentais na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.** v.33, n.2, p. 43-54, 2006.

ANTUNES, F.; OLIVEIRA, M.L.F. Characteristics of patients hospitalized at an ICU due to drug abuse. **Invest. Educ. enferm.** v.31, n.2, 2013. Disponível em: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/11647/14012>. Acesso em: 21/08/2013.

APÓSTOLO, J. *et al.* Conforto/Desconforto em Doentes Internados em Clínica Psiquiátrica. **Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online]** n.7, p. 33-38. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n7/n7a06.pdf>. Acesso em 29/08/2013.

AQUINO, R.D. *et al.* Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. **Acta. Paul. enferm.** v.24, n.2, p.192-8, 2011.

ARAUJO, A.N.; SENA, E.P. Interações dos sistemas nervoso, endócrino e imune na fisiopatologia da esquizofrenia. **Rev. Ciênc. Med. Biol.** v.10, n.3 p.223-230, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5707/1/4232.pdf>. Acesso em: 10/10/2013.

ARAUJO, T.M. *et al.* Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev. Enferm. UERJ.** v.14, n.2, p. 260-9; 2006.

ARAUJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. saude mater. Infant.** v.5, n.3, p. 337-48, 2005.

ARAUJO FILHO, G.M.; ROSA, V.P.; YACUBIAN, E.M.T. Transtornos mentais na Epilepsia: Uma Proposta de Classificação Elaborada pela Comissão de Neuropsiquiatria da ILAE. **J. epilepsy clin. Neurophysiol.** v.14, n.3, p.119-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v14n3/08.pdf>. Acesso em 23/06/2013.

ARENAS, M. C.; PUIGSERVER, A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. **Escr. Psicol. [online]**. v.3, n.1, p. 20-29. 2009. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-380920090003_0_0003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17/08/2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas. AMB/CFM, 2012. Disponível em: http://diretrizesmedicas.org.br/projeto_diretrizes2013/drogas.pdf. Acesso em: 03/10/2013.

AVANCI, R.C.; PEDRAO, L.J.; COSTA JUNIOR, M.L. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog online.** v.1, n.1, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v1n1/v1n1a07.pdf>. Acesso em: 10/09/2013.

AZEVEDO, R.C.S.; SILVA, V.F. Dependência de substâncias psicoativas: conceitos básicos. In: BOTEGA, N.J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 356-371.

AZEVEDO, R.C.S. *et al.* Implementation of a smoke-free Psychiatric Unit in a general hospital. **Rev. Bras. psiquiatr.** v.32, n.2, p. 197-198, 2010.

BANDO, D. H. *et al.* Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]** v. 34, n. 3, p. 286-93, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15/08/2013.

BARBOSA, I.G. *et al.* Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **J. bras. Psiquiatr.** v.60, n. 4, p. 271-6, 2011.

BARRETO, R.B. *et al.* Tabagismo entre pacientes internados em um hospital Universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. **J. Bras. Pneumol.** v.38, n.1, p. 72-80, 2012.

BARRÓN-DEL SOLAR, L. Perfil clínico y epidemiológico del paciente que acude a consultorio externo de psiquiatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de octubre a diciembre del 2011. **Rev. Neuropsiquiatr.** v.75, n.1, p. 7-18, 2012.

BASSOLLI, S.R.B. *et al.* Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em pacientes afetados pela hanseníase. **Hansen. Int.** v.32, n.2, p.175-84, 2007.

BELTRAMMI, D.G.M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Rev. Adm. Saúde.** v. 10, n.41, p. 159-63, 2008. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 09/07/2013.

BENEDET, S.A.; BRASIL, N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Eletr. Gestão Saúde.** v.3, n. 02, 2012. Disponível em: <http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/169/pdf>. Acesso em: 18/09/2013.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.** v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BERENZON, S. *et al.* Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.33, suppl 1, p. 109-16, 2011.

BERTOLETE, J. M. Por que o Brasil está perdendo a corrida contra o suicídio de jovens? **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.34, n.3, p. 245-46, 2012.

BETEGHELLI, P. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem em um ambulatório de saúde mental. **Rev. Eletrônica Enferm.** v.7, n. 3, p. 334-43, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/899/1092>. Acesso em: 29/08/2013.

BIO, D.S.; SOUZA, É.L.; MORENO, R.A. Remissão sintomática e qualidade de vida em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivo: um estudo prospectivo. **Aletheia.** n.34, p.151-162, 2011.

BITTENCOURT, A.R. *et al.* A Temática da Imagem Corporal na Produção Científica Nacional da Enfermagem: um Destaque para os Pacientes com Câncer. **Rev. Bras. Cancerol.** v.55, n.3, p.271-8, 2009.

BORGES, G. *et al.* Variation in alcohol-related injury by type and cause of injury. In: WHO. **Alcohol and Injuries Emergency Department Studies in an International Perspective.** Genebra, WHO, 2009.

BOSCH, X. *et al.* Prevalencia, características clínicas y riesgo de infarto de miocardio en pacientes con dolor torácico y consumo de cocaína **Rev. Esp. Cardiol.**v.63, n.9, p. 1028-34, 2010.

BOTEGA, N.J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTEGA, N.J.; SMAIRA, S.I. Morbidade psiquiátrica no hospital geral. In: BOTEGA, N.J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.208-218.

BOTEGA, N.J. *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública.** v.25, n.12, p. 2632-8, 2009.

BOTEGA, N.J. *et al.* Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. **Rev. Bras. psiquiatr.** v.32, n.3, p. 250-256, 2010.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Instrumento de medida do sentimento de impotência para pacientes adultos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.43, n.spe, p.1063-70, 2009.

BRAGA, L.L.; DELL'AGLIO, D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos clín.** v.6, n. 1, p. 2-14, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.61.01/1533>. Acesso em: 15/08/2013.

BRASIL. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

_____. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 20/01/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/118.pdf>. Acesso em: 18/02/2012.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 7**, Ed. Especial. Ano V, nº7, junho de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>. Acesso em 01/08/2013.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 9**, Ano VI, nº 9, junho de 2011. Brasília, 2011a. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Mentalemdados2011.pdf>. Acesso em: 01/08/2011.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.655 de 23 de dezembro de 2011**, que regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília: Casa Civil, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7655.htm. Acesso em: 12/05/2013.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 10**, Ano VII, nº 10, 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em: 10/05/2013.

_____. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 19/09/2013.

BRASIL, I.S.P.S.; PONDÉ, M.P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]**. v. 31, n.1, p. 24-31, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a07.pdf>. Acesso em: 26/06/2013.

BRASILEIRO, M.E.; CUNHA, L.C. Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela síndrome da imunodeficiência adquirida em terapia antirretroviral. **Rev. Enferm. UERJ**. v.19, n.3, p.392-6, 2011.

BRUNONI, A.R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev. Med. (São Paulo)** v.87, n. 4, p. 251-63, 2008.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. **Cogitare enferm.** v. 18, n.2, p. 245-52, 2013.

CABRERA, C.C.; SPONHOLZ JUNIOR, A. Ansiedade e insônia. In: BOTEGA, N.J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAMPOS, R.N.; CAMPOS, J.A.O. SANCHES, M. Historical evolution of mood disorders and personality disorders concepts: difficulties in the differential diagnostic. **Rev. Psiq. Clín.** v.37, n.4, p.162-6, 2010.

CAPISTRANO, F.C. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.17, n.2, p. 234-41, 2013.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.45, n.1, p. 87-94. 2011.

CARLINI, E. A. *et al.* **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/** São Paulo: CEBRID, 2010.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CARRERA SOLERA, N.; MAZAGATOS PASCUAL, S. Análisis de los diagnósticos de enfermería de sueño. **Reduca.** v.4, n.1, p. 259-75, 2012. Disponível em:<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/973/981>. Acesso em: 10/09/2013.

CARVALHO, J.C. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia. **Rev. portuguesa de enfermagem de saúde mental [online].** s/v, n.8, p. 52-57, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf>. Acesso em: 29/08/2013.

CASTAÑO MORA, Y.; ERAZO CHÁVEZ, I.C.; PIEDRAHITA SANDOVAL, L.E. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental. **Enferm. Glob.** v.11, n.28, p. 41-51, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/clinica4.pdf> Acesso em: 18/09/2013.

CASTRO-CAMACHO, L. *et al.* Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. **Rev. Colomb. Psiquiatr.** v. 41, n.1, p. 61-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n1/v41n1a06.pdf>. Acesso em: 02/05/2013.

CAVALCANTI, A.C.D. *et al.* Estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de enfermagem ansiedade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. **Enferm. Glob.** v.12, n.30, p. 28-40, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_clinica3.pdf. Acesso em: 19/09/2013.

CHACHAMOVICH, E. *et.al.* What are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide? **Rev. Bras. psiquiatr.** v.31, supl I, p. 18-25; 2009.

CHAVES, A.C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Rev. Bras. psiquiatr.** v. 22, suppl.1, p. 21-22, 2000

CEBRID - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação: UNIFESP, 2006.**

CENTENA, R.C. Diagnóstico e intervenção de enfermagem em saúde mental na consulta ambulatorial. 30f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CHIANCA, T.C.M.; LIMA, A.P.S.; SALGADO, P.O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.46, n.5, p.1102-8, 2012.

CHRISTO, P.P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. **Rev. Assoc. med. Bras.** v.56, n.2, p. 242-7, 2010.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília, 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html. Acesso em: 08/10/2013.

CORAS, P.M.; ARAUJO, A.P.S. O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares do Tipo Anorexia e Bulimia Nervosas. **UNOPAR Cient. Ciênc. biol. Saúde.** v.13, n. sp, p.315-24, 2011.

COSTA, M.L.P; OLIVEIRA, L.C.M. Comorbidities of mental and behavioral disorders in chemically dependent patients in different periods of abstinence. **J. bras. psiquiatr.** v.61, n.3, p. 139-147, 2012.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. psiquiatr.** v.30, n.4, p.390-8, 2008.

CRUZ M. *et al.* The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disord.** v 12, n.1, p. 68-76, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2853940/>. Acesso em 12/08/2013.

CUNHA, J.P.P.; TAKEDA, S.Y.; SKARE, T. L. Estudo da prevalência de distúrbios neuropsiquiátricos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e sua associação com manifestações clínicas e perfil de autoanticorpos. **Rev. Med. Res.**v.13, n.2, p. 86-96, 2011.

DAL BÓ, M.J. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral no sul de Santa Catarina. **Rev. Bras. clin. Méd.** v.9, n.4, p. 264-8, 2011.

DALGALARRONDO, P. *et al.* Religious Affiliation and Psychiatric Morbidity in Brazil: Higher Rates Among Evangelicals and Spiritists. **Int. J. Soc. Psychiatry.** v.54, p.562-74, 2008.

DEMYTTENAERE, K. *et al.* Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA** v. 291, n. 21, p. 2581-90, 2004. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198847>. Acesso em: 13/06/2013.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças.** In: MINAYO, M.C.S. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

DIAS, R.S. *et al.* Transtorno bipolar do humor e gênero. **Rev. Psiq. Clín.** v. 33, n. 2, p.80-91, 2006.

DIAS, F.M.V. *et al.* Perfil dos indivíduos diagnosticados com depressão maior no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. estud. Popul.** v.29, n.2, p. 497-502, 2012.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. **Rev. Migrações.** Número Temático Imigração e Saúde, n.1, p.15-26, Lisboa, 2007. http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art1.pdf. Acesso em: 01/07/2013.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F. **Diagnósticos e intervenção em Enfermagem.** trad. Regina Machado Garcez. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DUARTE, M.B., REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. saúde pública.** v.23 n.3, p. 693-700, 2007.

DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. saúde pública.** v.24, suppl.4, p. 545-7, 2008.

EATON, N.R. *et al.* An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence from a National Sample. **J. Abnorm. Soc. Psychol.** v.121, n. 1, p. 282–8, 2012. Disponível em: <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/abn-121-1-282.pdf>. Acesso em: 10/09/2013.

ESCALADA HERNÁNDEZ, P.; MUÑOZ HERMOSO, P.; MARRO LARRAÑAGA, I.M. atención de enfermería a pacientes psiquiátricos: NANDA - NIC - NOC : una revisión de la literatura. **Revista ROL de Enfermería.** - Barcelona. v.36, n. 3, p. 14-25, 2013.

ESPER, L.H. *et al.* Women in outpatient treatment for alcohol abuse: socio-demographic and clinical characteristics. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.2, p.93-101, 2013.

FABRISSIN, J.H. La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad. **Vertex rev. Argent. Psiquiatr.** v. XXII, p.356-67, 2011. Disponível em: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex99.pdf#page=37>. Acesso em: 01/09/2013.

FACHINI, A.; FURTADO, E.F. Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. **Rev. Psiq. Clín.** v.39, n.2, p. 68-73, 2012.

FARIA, J.W.V. *et al.* Traumatismo cranioencefálico e sua associação com uso de canabinoides e cocaína: experiência de hospital universitário brasileiro **Arq. Bras. Neurocir.** v.30, n. 4, p. 151-7; 2011.

FAVRETTO, D.O.; CARVALHO, E.C. Conceptual validation of the nursing diagnosis impaired verbal communication. **Online braz. J. nurs.** v. 7, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1485/351>>. Acesso em:18/09/2013.

FERNANDEZ, M.E. *et al.* Insomnio: prevalencia en un hospital de la ciudad de Córdoba. **Rev. Fac. Ciênc. Med. (Cordoba).** v.69, n.4, p.191-196, 2012.

FERREIRA, A.S. *et al.* Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. **J. bras. pneumol.** v.37, n.4, p. 488-494, 2011.

FIUZA, T.M. *et al.* Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. **Rev. bras. med fam. comunidade.** v.,6, n.18, p. 32-9, 2011.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J. bras. Psiquiatr.** v.56, n. 3, p. 162-70, 2007.

FONSECA, C.A.M. Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la Ciudad de México; análisis de datos del 2004 al 2009. **Actualidad. clin. Psicol.** n.09, 2010. Disponível em: <http://actualidadclinica.wordpress.com/2010/09/21/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2004-al-2009/>. Acesso em: 10/05/2013.

FONSECA, S. R. *et al.* Neuropsychiatric profile in Alzheimer's disease and in mixed dementia. **J. Bras. Psiquiatr.** v.57, n.2, p.117-21, 2008.

FONTANELLA, B.J.B. Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias: um estudo qualitativo. **J. bras. psiquiatr.** v.59, n.2, p. 139-145, 2010.

FONTES, A.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.33, n.6, p. 304-12, 2006.

FRANCO, J.G.; TORO, A.C.; ESCOBAR, L.M. Psiquiatria de enlace: descripción de las interconsultas en una clínica universitaria. **Rev. Méd. Chile[online]**. v.137, n.1, p. 133-135, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100025&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12/08/2013.

FRAUENFELDER, F. *et al.* Nursing phenomena in inpatient psychiatry. **J. psychiatr. Ment. Health. Nurs.** v.18, n. 3, p. 221-35, 2011.

FREITAS, R.W.J.F. *et al.* Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde entre diabéticos. **Acta paul. Enferm.** v.24, n.3, p. 365-372, 2011.

FREIRE, M. *et al.* Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. **Reumatol. Clin.** v.7, n.1, p. 20-6, 2011.

FURLANETTO, L.M. BRASIL, M.A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **J. bras. psiquiatr.** v.55, n.1, p. 8-19, 2006.

FURLANETTO, L.M. *et al.* Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. **J. bras. psiquiatr.** v.55, n.2, p. 96-101, 2006.

GALVÉZ FLÓREZ, J.F. Abuso de sustancias en el hospital general: ¿nueva perspectiva en el abordaje terapéutico en pacientes farmacodependientes? **Cuadernos de psiquiatria enlace**. n.40, editorial, dez. 2008. Disponível em: http://www.psiquiatria.org.co/BancoConocimiento/C/cpe_no40_portada/cpe_no40_portada.asp. Acesso em 21/07/2011.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde. Pública.** v.22, n. 12, p.2679-91, 2006.

GIACCHERO, K.G.; MIASSO, A.I. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. **Rev. RENE.** v. 9, n. 2, p.20-27, 2008. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol9n2_pdf/a03v09n2.pdf. Acesso em:09/09/2013.

GOMES, E.T. *et al.* Use of nursing diagnoses anxiety and fear in the medical and surgical clinics of a university hospital. **R. pesq. Cuid. Fundam. Online.** v.4, n.2, p.2419-26, 2012. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1779>. Acesso em:12/09/2013.

GOMES, M. M. Aspectos Epidemiológicos das Comorbidades Psiquiátricas em Epilepsia. **J. epilepsy clin. Neurophysiol.** v.14, n.4, p. 162-70, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v14n4/a05v14n4.pdf>. Acesso em: 23/06/2013.

GONÇALVES, J.A. *et al.* Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev. Paul. pediatri.** v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/17.pdf>. Acesso em: 13/08/2013.

GONZALEZ, J.M. *et al.* How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. **Soc. psychiatry psychiatr. Epidemiol.** v. 46, n. 1, p.45-57, 2011. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654385/pdf/nihms464593.pdf. Acesso em: 18/06/2013.

GORAYEB, R.; FACCHINI, G.B.; SCHMIDT, A. Caracterização Psicossocial de Pacientes Internados em Enfermaria de Cardiologia. **Rev. Bras. cardiol.** v.25, n.3, p.218-225, 2012.

GORENSTEIN, C. ZILBERMAN, M.L. Psicofarmacologia. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.p.167-184.

GRANDO, L.H.; ROLIM, M.A. Assistência de enfermagem à pessoa com transtornos do comportamento alimentar: anorexia e bulimia nervosas. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.p.561-80.

GUERRA, A.M.C.; GENEROSO, C.M. Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** v. 12, n. 4, p. 714-30, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n4/v12n4a07.pdf>. Acesso em: 09/07/2013.

GUIMARÃES, M.D.C. *et al.* Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. **Rev. Bras. psiquiatr.** v.31, n.1, p. 43-47, 2009.

HC/UFPR. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. HC em números. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/261>. Acesso em: 10/10/2013.

HESS, A.R.B.; ALMEIDA, R.M.M.; MORAES, A.L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estud. Psicol.** v.17, n.1, p. 171-178, 2012.

HUMEREZ, D.C.; MARCOLAN, J.F.; CAVALCANTE, M.B.G. **Avaliação das condições emocionais e mentais do paciente na clínica**. In: BARROS, A.L.B.L. *et cols.* Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais Municipais** - Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011a.

_____. **Censo Demográfico 2010**: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011b.

_____. **Censo Demográfico 2010**: nupcialidade, fecundidade e migração – resultados da amostra. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. OPAS. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

JESUS, I.S. *et al.* Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev. gaúcha enferm.** v.31, n.2 p. 285-292, 2010.

JIMENÉZ BUSSELO, M.T. *et al.* Cuidados com o doente agitado, violento ou psicótico nas urgências: um protocolo provisório para uma doença em crescimento. **Anales de Pediatría**. Ed. Portuguesa. v.1, n.1, p.42-51, Barcelona; 2006. Disponível em: <<http://www.aeped.es/anales/portugues/vol1n1/8.pdf>>. Acesso em: 10/05/2011.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.33, n.2, p. 74-79, 2006.

KANTORSKI, L.P. *et al.* Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. saúde pública.** v.43, supl.1, p. 29-35, 2009.

KREY, F.C. *et al.* Transtorno esquizoafetivo: um relato de caso. **Rev. contexto saúde.** v.10, n.20, p. 1393-7, 2011. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1816/1522>. Acesso em: 21/08/2013.

LATA, A.G.B. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de Hemodiálise. **Acta paul. enferm.** v.21, n. esp., p.160-3, 2008.

LAUTER, D.S. *et al.* Estudo de caso de um paciente com diagnóstico de esquizofrenia e depressão. **Rev. contexto saúde.** v.10, n.20, p. 957-62, 2011.

LEAL, G.V.S. *et al.* O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **J. bras. psiquiatr.** v.62, n.1, p.62-75, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/09.pdf>. Acesso em: 15/08/2013.

LEAO e SILVA, L.O. *et al.* Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare enferm.** v.16, n.4, p.654-60, 2011.

LECHNER, E. Imigração e saúde mental. **Rev. Migrações.** Número Temático Imigração e Saúde, n.1, p.79-101, Lisboa, 2007. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art4.pdf. Acesso em: 02/07/2013.

LEMOS, C. *et al.* Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida após Infarto do Miocárdio. **Psicol. Teor. Pesqui.** v. 24, n. 4, p. 471-6, 2008.

LIMA, D.D. *et al.* Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **J. bras. psiquiatr.** v.59, n.3, p. 167-72, 2010.

LIMA, M.S. *et al.* Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.32, suppl.1, p. 15-20, 2005.

LUCHETTI, G. *et al.* Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.** v.32, n.2, p.38-43, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a03.pdf>. Acesso em: 03/09/2013.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura Ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. saúde pública.** v.36, n.2, p.213-21, 2002.

LUDWIG, M.W.B. *et al.* Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. **Arq. Bras. psicol.** v.64, n.1, p. 31-46, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03/09/2013.

LUNNEY, M.; MULLER-STAU, M. Diagnósticos de enfermagem e pesquisa. In: NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Trad. Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2013. p.110.

MACHADO, R.M.; OLIVEIRA, S.A.B.M.; DELGADO, V.G. Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão. **Rev. eletrônica enferm.** v.15, n.1, p.223-32, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14564>. Acesso em: 20/08/2013.

MALTA, D.C. *et al.* Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev. bras. Epidemiol.** v.14, Supl., p.136-46, 2011.

MANN, J.J.; CURRIER, D.M. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. **Eur. Psychiatry.** v.25, n.5, p.268–71, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896004/>. Acesso em: 01/08/2013.

MANN, E. *et al.* Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. **BMC Geriatr.** v.9, p. 18, 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-9-18.pdf>. Acesso em: 05/09/2013.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Bras. psiquiatr.** v. 32, supl. 2, 2010.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública.** v.22, n.8, p.1639-48, 2006.

MARGARIDO, F.B. a banalização do uso de ansiolíticos e antidepressivos. **Encontro.** v.15, n.22, p. 131-46, 2012. Disponível em: <http://sare.anhanguera.com/index.php/rencp/article/view/3811/1402>. Acesso em: 05/09/2013.

MARGIS, R.; CORDIOLI, A.V. Idade adulta: meia-idade. In: EIZIRIK, C.L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A.M.S. (org). **O Ciclo da Vida Humana: uma Perspectiva Psicodinâmica.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 159

MARI, J.J.; JORGE, M.R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos mentais no adulto. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p.119.

MARQUES, C.A. *et al.* Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **J. bras. psiquiatr.** v. 62, n. 1, p. 1-7, 2013.

MÁRQUEZ ROMERO, M.I.; CABELLOS GARCÍA, M.I.; PANIELLO CABELLOS, E. **El lenguaje enfermero de las drogas: dominios, adolescencia y salud mental.** ANESM: Espanha, 2011. Disponível em: <http://anesm.com.es/descargas/El%20lenguaje%20enfermero%20de%20las%20drogas.pdf>. Acesso em: 09/09/2013.

MARTINS, F.C.O.; SASSI JUNIOR, E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.31, n.4, p. 161-3, 2004.

MARTINEZ-DOMINGUEZ, S. *et al.* Enfermedad mental, rasgos de personalidad y calidad de vida en epilepsia: estudio control de pacientes con epilepsia mioclónica juvenil y otras epilepsias. **Rev. Neurol.** v.56, n. 12, p.608-14, 2013.

MATHIAS, K.V.; MEZZASALMA, M.A.; NARDI, A.E. Prevalência de transtorno de pânico em pacientes com zumbidos. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.38, n.4, p.139-42, 2011.

MATTOS, M.A. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. **Rev. SOCERJ.** v.18, n.4, p. 288-294, 2005.

McCORD, J. Cocaine-Associated Chest Pain and Acute Myocardial Infarction. **Rev. esp. cardiol.** v.63, n.9, p. 1013-1014. 2010.

McGRATH, J.J.; SUSSER, E.S. New directions in the epidemiology of schizophrenia. **Med. J. aust.** v.190, suppl. 4, p. S7-S9, 2009. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.183.5325&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 15/08/2013.

McGRATH, J.J. *et al.* Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. **Epidemiol. rev.** v.30, p. 67-76, 2008. Disponível em: <http://epirev.oxfordjournals.org/content/30/1/67.full.pdf+html>. Acesso em: 10/08/2013.

MEDEIROS, H.L.V.; MONTEIRO, D.C.; MEDEIRO, C.F. Perfil Epidemiológico das tentativas de suicídio Por autointoxicação no estado da Paraíba. **Neurobiologia.** v.75, n.1-2, p. 101-8, 2012. Disponível em: http://www.neurobiologia.org/ex_2012.2/10_ArtigoHVirgulinoPB.pdf. Acesso em: 12/08/2013

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2005.

MEYER, T.N.; RESENDE, I.L.C.; ABREU, J.C. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Rev. Bras. saúde ocup.** v.32, n.116, p.24-30, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbso/v32n116/04.pdf. Acesso em 01/07/2013.

MELLO, A.P.; CARVALHO, A.C.C.; HIGA, E.M.S. Depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome. **Einstein.** v.9, n.3, p. 326-31, 2011. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1721-Einstein_v9n3_326-331_ingles.pdf. Acesso em: 21/08/2013.

MERCHAN-HAMANN, E. *et al.* Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico, Brasília - Brasil. **Texto contexto enferm.** v.21, n.esp, p. 105-113, 2012.

MERIKANGAS, K.R. *et al.* Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. **Arch. Gen. Psychiatry.** v.68, n.3, p.241-51, 2011.

MIASSO, A.I.; CARMO, B.P.; TIRAPELLI, C.R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.46, n.3, p. 689-95, 2012.

MILLER, L. *et al.* Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study. **Am. J. psychiatry.** v.169, n.1, p.89-94, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3547523/pdf/nihms432720.pdf>. Acesso em: 01/08/2013.

MINGHELLI, B. *et al.* Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.40, n.2, p. 71-76, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. Hospitais de ensino e pesquisa. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=407&letra=H. Acesso em: 10/11/2012.

MOLINA, M.R.A.L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.39, n.6, p.194-7, 2012.

MONTE SECADES, R. *et al.* Curso temporal del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. **Adicciones**. v.22, n. 02, p.141-146, 2010. Disponível em: <http://www.adicciones.es/files/141-146%20monte.pdf>. Acesso em 20/07/2012.

MONTEIRO, C.F.S. *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.15, n.1, p. 90-95, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.37, n.1, p.12-5, 2010.

MORI, M.E.; COELHO, V.L.D. Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicol. Reflex. Crít.** V.17, n.2, p. 177-87, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n2/22470.pdf>. Acesso em: 18/06/2013.

MUNARETTI, C.L.; TERRA, M.B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J. bras. psiquiatr.** v.56, n. 2, p.108-115, 2007.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C.J.G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev. Bras. enferm.** v. 65, n. 2, 2012.

NAKABAYASHI, T.I.K. *et al.* Comparação entre solicitações psiquiátricas de dois hospitais gerais universitários brasileiros: uso do protocolo de registro de interconsulta em saúde mental. **Cad. Saúde pública**. v.26, n.6, p. 1246-60, 2010.

NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Trad. Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2013.

NEGRÍN-CALVO, Y. *et al.* Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spíritus en el quinquenio 2005-2009. **Rev. Finlay**. v.3, n.1, p. 2013. Disponível em: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/183>. Acesso em: 22/08/2013.

NEVES, P.D.M.; BELLINI, M. Intoxicações por agrotóxicos na Mesorregião Norte Central Paranaense – 2007 a 2011. **Mundo saúde**. v.36, n.4, p.564-73, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/97/04.pdf. Acesso em: 01/07/2013.

NICHOLSON JUNIOR, N.R. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. **J. adv. Nurs.** v. 65, n.6, 1342–1352, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x/pdf>. Acesso em: 20/08/2013.

NDETEI, D.M. *et al.* The prevalence of mental disorders in adults in different level general medical facilities in Kenya: a cross-sectional study. **Ann. Gen. Psychiatry.** v.8, 2009. Disponível em: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/1>. Acesso em: 10/10/2013.

NOIA, A.S. *et al.* Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.46, n.spe, p.38-43, 2012.

OHARA, R.; MELO, M.R.A.C.; LAUS, A.M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. enferm.** v. 63, n. 5, p. 749-54, 2010.

OLIVEIRA, L.C.M.; LIMA, P.S.; MARTINS, B.R. Frequência das Causas de Hemorragia Digestiva Alta em Pacientes com Cirrose Hepática Atendidos em um Hospital Universitário. **GED gastroenterol. Endosc. Dig.** v.31, n.1, p.19-24, 2012.

OLIVEIRA, S.; PIRES, Z.; SANTOS, N. Um ano de psiquiatria de ligação num Hospital Geral. **Psilogos.** V.4-5, N.2-1, p.15-29, 2008. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/515/1/Oliveira%2015-29.pdf>. Acesso em: 02/09/2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** um manual para médicos clínicos gerais. Genebra: OMS, 2000.

_____. OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental:** nova concepção, nova esperança. Suíça: Biblioteca da OMS, 2001.

ORMEL, J. *et al.* Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world: Results from the WHO World Mental Health Surveys. **Br. J. psychiatr.** v.192, n.5, p. 368–375, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681238/pdf/nihms95001.pdf>. Acesso em: 21/08/2013.

PAES, M.R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico - psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral.** 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009.

PAES, M.R. *et al.* Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Ciênc. Cuid. Saúde.** v. 9, n.2, p. 309-16, 2010.

PAES, M.R.; MAFTUM, M.A.; MANTOVANI, M.F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha enferm.** v. 31, n. 2, p. 277-84, 2010.

PAES, M.R. *et al.* Physical restraint of patients in the practice of nursing: integrative review. **J. nurs. UFPE.** Online. v.7, n.9 sp., p. 5677-85, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4293>. Acesso em: 21/09/2013.

PAGANIN, A. *et al.* Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Rev. gaúcha enferm.** v.31, n.2, p.307-13, 2010.

PAIXÃO, C. *et al.* Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. **Ciênc. saúde coletiva.** v.14, n.1, p. 261-6, 2009.

PALMA, R.F.M.; SANTOS, J.E.; RIBEIRO, R.P.P. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. **J. bras. psiquiatr.** v.62, n.1, p. 31-37, 2013.

PARANÁ. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. **Saúde mental no Paraná.** Secretaria da Saúde. 2012. Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/7aReuniao/Apresentacao_SM_Parana_Nov2012.pdf. Acesso em: 02/09/2013.

PARASCHIN, K. **Detecção do infarto do miocárdio através da ressonância magnética cardiovascular e angiotomografia coronária em pacientes usuários de cocaína com história de dor torácica após seu uso.** Tese (Doutorado. Programa de radiologia), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

PASSOS, J.; SEQUEIRA, C.; FERNANDES, L. Prevalência dos Focos de Enfermagem de Saúde Mental em Pessoas Mais Velhas: Resultados da Pesquisa Documental Realizada num Serviço de Psiquiatria. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online].** n.7, p. 7-12, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10/09/2013.

PEREIRA, J.M.V. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.15, n.4, p. 737-745, 2011.

PICCINNI, A. *et al.* Depressive symptoms in Parkinson's disease. **Compr. Psychiatry.** v.53, p.727-31, 2012

PINILLOS BRINGAS, A.; COLLADO GONZÁLES, E.; VARONA MARCOS, L. Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con Demencia Asociada a VIH. **Norte salud mental.** v.8, n. 38, p. 77-82, out. 2010. Disponível em: <http://www.ome-aen.org/NORTE/38/77-82.pdf>. Acesso em 21/07/2011.

PIRES, D.X.; CALDAS, E.D.; RECENA, M.C.P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública.** v. 21, n. 2, p. 598-605, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** Trad. Denise Regina de Sales. – 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORCU, M. *et al.* Prevalência dos transtornos mentais em pacientes atendidos no ambulatório da residência médica de psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá. **Acta sci, Health sci.** v. 29, n. 2, p. 145-9, 2007.

PORTUGAL, F.B.; CORREA, A.P.M.; SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.** v.6, n.1, p.1-13, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso:22/08/2013.

POTT JUNIOR, H.; FERREIRA, M.C.F. Infarto do miocárdio induzido por cocaína. **J. bras. patol. Med. Lab.** v. 45, n. 5, p. 385-8, 2009.

PRIETO SILVA, R. *et al.* Diversidad y complejidad en el fenómeno de las drogas: el policonsumo simultáneo en estudiantes universitarios en una universidad, Cundinamarca - Colombia. **Texto contexto enferm.** v.21, n.spe, p. 49-55, 2012.

PRISCO, A.P.K. *et al.* Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.18, n.4, p. 1109-18, 2013

QUILES-CESTARI, L.M.; RIBEIRO, R.P.P. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. **Rev. Latinoam. Enfermagem.** v20, n.2, p. 1-2, 2012.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, h. Género e saúde mental: Uma abordagem Epidemiológica. **Anal. Psicol.** v.3, n.XXV, p. 439-54, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a10.pdf>. Acesso em: 01/07/2013.

RAMIREZ-BERMÚDEZ, J. *et al.* Interfase neurología-psiquiatria en pacientes hospitalizados por patologías del sistema nervioso central. **Gac. Méd. Méx.** v.146, n.2, p. 108-111, 2010. Disponível em: www.anmm.org.mx. Acesso em 10/08/2011.

REHM, J. POPOVA, S.; PATRA, J. Alcohol-attributable injury in a global perspective. In: WHO. **Alcohol And Injuries Emergency Department Studies in an International Perspective.** Genebra, WHO, 2009.

REZENDE, E.P.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Substância psicoativas: emergências psiquiátricas. In: BOTEGA, N.J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 385-410

REYES, D. A Composite Case Study of a Woman with Human Immunodeficiency Virus: Integration of Nursing Research and Theory with Practice. **Int. j. nurs. Knowledge.** v.24, n.1, p.59-62, 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2012.01232.x/citedby>. Acesso em: 29/08/2013.

RIBEIRO, M.C.S.A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva.** v.11, n.4, p. 1011-22; 2006.

RIBEIRO, P.L.; ANDRADE, A.G. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. *et al.* **Psiquiatria Básica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.195-210.

RIBEIRO, S.F.R.; MARTINS, S.T.F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicol. Estud.** v. 16, n. 2, p.241-50, 2011.

RIBEIRO, V.V. *et al.* Uma abordagem sobre a automedicação e consumo de psicotrópicos em Campina Grande-PB. **Infarma**. v.15, nº 11-12, 2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/i07-abordagem.pdf>. Acesso em: 05/09/2013.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process: conceptual models**. 4 ed. St. Louis: Mosby, 1990. p. 132-157

ROCHA, L.A.; SILVA, L.F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.** v.11, n.3, p. 484-93, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>. Acesso em: 05/09/2013.

ROCHEDO, M.P.R.R.; GUEDES, M.A.B. Perfil dos pacientes do ambulatório de clínica médica. Estudo preliminar. **Rev. Bras. clin. Med.** v.8, n.33, p. 33-6, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a008.pdf>. Acesso em: 20/08/2013.

ROLIM, M.A.; GRANDO, L.H. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrente de ansiedade. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.p.533-560

ROSA, L.C.S.; CAMPOS, R.T.O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde debate**. v. 36, n. 95, p. 648-56, 2012.

RUKUNDO, Z.G.; NAKASUJJA, N.; MUSISI, S. Psychological distress among adults admitted to medical and surgical wards of a Regional Referral Hospital, Uganda. **Afr. health Sci.** v.13, n.1, p. 82-6, 2013. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/request?hs13013>. Acesso em:09/10/2013.

SA, N. *et al.* Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev. Assoc. Med. Minas Gerais**. v.20, n.2, p. 145-52, 2010.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de Psiquiatria**. 9ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

SALES ORTS, R. *et al.* **Impacto de las intervenciones enfermeras con criterios NIC en la resolución problemas de enfermería codificados por la NANDA, en una sala de Hospitalización Psiquiátrica**. Universidad del Valencia (Espanha), 2007. Disponível em: <http://www.anesm.eu/descargas/informe.pdf>. Acesso em: 13/09/2013.

SALLE, E. *et al.* Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.39, n.1, p. 24-27, 2012.

SANCHES, M.; JORGE, M.R. Transcultural aspects of bipolar disorder. **Rev. Bras. psiquiatr.** v. 26, supl. III, p. 54-6, 2004.

SANCHEZ, Z.M.; NOTO, A.R.; ANTHONY, J.C. Social rank and inhalant drug use: The case of lança perfume use in São Paulo, Brazil. **Drug. alcohol depend.** v.126, n.3, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.001>. Acesso em 09/04/2013.

SANTOS, A.S.R. *et al.* Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto contexto enferm.** v.17, n.1, p. 141-9, 2008.

SANTOS, É.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.** v.59, n.3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, H.C. *et al.* Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Rev. Ciênc. Farm. básica apl.** v.30, n. 3, p. 285-289, 2009.

SANTOS, H.S.O.; LIMA, L.R. Depressão e doença cardíaca. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.** v.14, n.1, p.41-42, 2012.

SANTOS, S.A. *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública.** v.25, n.9, p.2064-2074, 2009.

SANTOS JUNIOR, A. *et al.* Alterações psiquiátricas após corticoterapia em paciente com rara manifestação neurológica de Síndrome de Behçet e o papel da interconsulta psiquiátrica. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.36, n.5, p. 203-205, 2009.

SÃO BENTO, P.A.S. *et al.* Nursing care and diagnosis to hospitalized people with sickle cell diseases: a study based on NANDA (2009-2011). **R. pesq. Cuid. Fundam. Online.** v.3, n.4, p. 2579-92, 2011. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1509/pdf_468. Acesso em: 29/08/2013.

SARDINHA, A.; NARDI, A.E.; ZIN, W.A. Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno de pânico. **Rev. Bras. psiquiatr.** v. 31, n. 1, p.57-62, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n1/a14v31n1.pdf>. Acesso em: 29/07/2013.

SARDINHA, A. *et al.* Prevalência de transtornos mentais e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.38, n.2, p. 61-65. 2011

SCAIN, S.F. *et al.* Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 em consulta ambulatorial. **Rev. gaúcha enferm.** v.34, n.2, p.14-20, 2013.

SCHMITT, R.; GOMES, R.H. Interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.** V. 27, n.1, p.71-81, 2005.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.*, Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 9, n.4, p. 897-908, 2004.

SCHEFFER, M.; PASA, G.G.;ALMEIDA, R.M.M. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos mentais. **Psicol. Teor. Pesqui.** v. 26, n. 3, p. 533-41, 2010.

SCHWAN, S.; RAMIRES, V.R.R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Psicol. Argum.** v. 29, n. 67, p. 457-468, 2011.

SCHERER, E.A. *et al.* Opinião de pacientes psiquiátricos internados sobre o hábito de fumar. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog [online].** v.8, n.1, p. 25-33, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n1/05.pdf>. Acesso em: 02/09/2013.

SE, C.C.S.; AMORIM, W.M. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog [online].** v.5, n.1, p.1-18, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v5n1/04.pdf>. Acesso em: 29/08/2013.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. enferm.** v.63, n.1, p. 136-140, 2010.

SENA, J.A.; TORRES, K.; PEREIRA, A.P. O transtorno de estresse pós-traumático e a violência urbana. **Cad. Grad. Ciênc. Biol. Saúde FITS.** v. 1, n.2, p. 21-33, 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/575/362>. Acesso em: 01/08/2013.

SENAD. **Prevenção do uso de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013.

SERRADILHA, A.F.Z.; GOMES, G.; REAL, J.A.V. Aspectos da saúde mental e necessidades de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Cuidarte enferm.** v.6, n.2, p. 62-8, 2012. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf#page=11>. Acesso em: 14/09/2013.

SEVERO, A.K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicol. Cienc. Prof.** v.31, n.3, p. 640-55, 2011.

SHIRAMA, F.H.; MIASSO, A.I. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral. **Rev. Latinoam. Enfermagem**. v.21, n.4, p. 948-55, 2013.

SIHD – SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DESCENTRALIZADOS. Institucional. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>. Acesso em: 20/05/2013.

SILVA, A.G. **A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental**. 124fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011a.

SILVA, T.L. **Perfil Sociodemográfico, Clínico e de Internação de Pacientes em Tratamento na Unidade Psiquiátrica de um Hospital Geral**. 112fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011b.

SILVA, A.G. *et al.* Depressão masculina: um estudo sobre as internações na região centro-oeste de Minas Gerais **Rev. Enferm. UFSM**. v.2, n.2, p.275-281, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5311/3751>. Acesso em: 18/08/2013.

SILVA, R.P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais em portadores de prótese valvar mecânica com e sem febre reumática. **J. bras. psiquiatr.** v.60, n.3, p. 158-63, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/02.pdf>. Acesso em: 29/07/2013.

SILVA, V.F. *et al.* Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study. **Cad. Saúde pública**. v.22, n.9, p.1835-43, 2006.

SILVA, C.T.B.; SPANEMBERG, L.; NOGUEIRA, E.L. *et al.* Perfil dos pacientes psiquiátricos idosos avaliados no pronto-atendimento de um hospital universitário em Porto Alegre. **Rev. AMRIGS**. v. 55, n.2, p. 1-5, 2011.

SILVA, D.O.F.; MEIRA, L.V.S.; SANDOVAL, M.F. *et al.* *Delirium* e delírio: opostos que se atraem. **Rev. Med. saúde Brasília**. v,2, n.1, p. 32-6, 2013.

SILVA, J.A.C.; GOMES, A.L.; OLIVEIRA, J.P.S. *et al.* Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Rev. Bras. clin. Med.** v.11, n.1, p. 27-30, 2013.

SILVA, J. F.A.; GAIDECKSA, J.M.; REIS, A.C.J. *et al.* Prevalência dos casos de intoxicação por agrotóxicos (2007-2010) em São Miguel do Oeste-SC. **Publ. UEPG. Ci. Biol. Saúde**. v.17, n.2, p. 123-131, 2011. Disponível em: <http://revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/viewArticle/3154>. Acesso em 01/07/2013.

SILVA, R.L.F.; CARMES, E.R.; SCHWARTZ, A.F. *et al.* Smoking cessation among patients at a university hospital in Curitiba, Brazil. **J. bras. pneumol.** [online]. v.37, n.4, p. 480-7, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n4/en_v37n4a10.pdf. Acesso em: 12/08/2013.

SILVA, T.F.C.; LEGAY, L.; ABELHA, L. *et al.* Avaliação do ajustamento social em pacientes portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro. **Cad. saúde coletiva.** v.18, n.4, p. 587-96, 2010.

SILVA, A.M.; ALVES, S.M.F. Análise dos registros de intoxicação por agrotóxicos em Goiás, no período de 2001 a 2004. **Ver. eletrônica farmácia.** v. 4, n. 2, p.194-201, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/3055>. Acesso em: 01/07/2013.

SILVA, C.R. KOLLING, N.M. CARVALHO, J.C.N. *et al.* Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. **Aletheia.** s/v, n.30, p.101-12, 2009.

SILVA, E.A.; COSTA, I.I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicol. rev.** v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008.

SILVA, E.R.; SOUSA, A.R.P.; FERREIRA, L.B.; PEIXOTO, H.M. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.46, n.6, p. 1387-93, 2012.

SILVA, F.S.; VIANA, M.F.; VOLPATO, M.P. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. **Rev. gaúcha enferm.** v.29, n. 4, p.565-72, 2008.

SILVA, L.F.A.L.; SANTOS JUNIOR, A. *Delirium*: estado confusional agudo. In: BOTEGA, N.J. (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 385-410

SILVA, N.G.; OLIVEIRA, A.G.B.; IDE, P.H. Demandas de atendimento psiquiátrico em um hospital universitário. **Rev. gaúcha enferm.** v. 32, n.3, p. 531-8, 2011.

SILVA, R.C.G.; SILVA, A.A.P.; MARQUES, P.A.O. Análise dos registros produzidos pela equipe de saúde e da percepção dos enfermeiros sobre os sinais e sintomas de *delirium*. **Rev. latinoam. Enfermagem.** v.19, n.1, p. 81-89, 2011.

SMAIRA, S.I.; KERR-CORREA, F.; CONTEL, J.O.B. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case- control study. **Rev. bras. Psiquiatr.** v.25, n.1, p. 18-25, 2003.

SMINK, F.R.E; VAN HOEKEN, D. HOEK, H.W. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. **Curr. psychiatry rep.** v.14, p.406-14, 2012. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=1523-3812&lang=pt>. Acesso em: 16/08/2013

SOEIRO, R.E. *et al.* Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cad. saúde pública.** v. 24, n.4, p. 793-799, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000400009&script=sci_arttext. Acesso em: 23/05/2011.

SOUSA, F.S.P.; SILVA, C.A.F.; OLIVEIRA, E.N. Nazaré. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. Esc. Enferm .USP.** v.44, n.3, p. 796-802, 2010.

SOUSA, R.M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.14, n.4, p.732-41, 2010.

SOUZA, A.R.L.; OPALEYE, E.S.; NOTO, A.R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva.** v.18, n.4, p.1131-40, 2013.

SOUZA, P.A.; SANTANA, R.F. Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. **Acta paul. enferm.** v.24, n.1, p. 36-42, 2011.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.** Barueri: Manole, 2008.

STEFANELLO, B.; FURLANETTO, L.M. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos. **J. bras. Psiquiatr.** v.61, n.1, p. 2-7, 2012.

STROBBE, S. **Alcoholics Anonymous: Personal Stories, Relatedness, Attendance and Affiliation.** 124fls. Tesis [PhD in Nursing]. University of Michigan. USA, 2009. Disponível em: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/63872/strobbe_1.pdf?sequence=1. Acesso em: 12/09/2013.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 36, n. 5, p. 190-6, 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500003. Acesso em: 23/08/2013.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica.** – trad. Márcia Lisboa. – Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.

SWENDSEN, J. *et al.* Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. **Addiction.** v.105, p.1117-2, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910819/>. Acesso em: 02/10/2013.

TAUNAY, T.C.D. *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.39, n.4, p.130-5, 2012.

TAVARES, A.L.B.; SOUZA, A.R.; PONTES, R.J.S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** v.8, n.26, p.35-42. 2013. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_27-32.pdf. Acesso em: 02/09/2013.

TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v.34, n.1, p.28-38, 2007

TEIXEIRA, M.B.; FERNANDES, R.A.Q. diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. **Rev. Bras. enferm.** v.56, n.6, p. 619-23, 2003.

TENG, C.T., HUMES E.C., DEMETRIOS F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 32, n.3; 149-159, 2005.

TOFOLI, L.F.; ANDRADE, L.H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Rev. Bras. psiquiatr.** v.33, Supl I, p.S59-S69, 2011.

TOLEDO, V.P; RAMOS, N.A.; WOPEREIS, F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. **Rev. Bras. Enferm.** v.64, n.1, p. 193-7, 2011.

TRAD, L.A.B. Processo Migratório e Saúde Mental: Rupturas e Continuidade na Vida Cotidiana. **Physis.** v.13, n. 1, p. 139-56, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n1/a07v13n1.pdf>. Acesso em: 02/07/2013.

TREJO-CONTRERAS, A.; VALÁSQUEZ-PÉREZ, L. Prevalencia y tendencia de trastornos mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. **Rev. Ecuat. Neurol.** v.15, n.2-3, 2007. Disponível em: http://medicosecuador.com/revecuatneurol/vol15_n2-3_2006/articulos_originales/prevalencia.htm. Acesso em 20/08/2013.

TRIANAFYLLOU, N.I. *et al.* Patterns of depressive symptoms in epilepsy. **Arq. neuro-psiquiatr.** v.71, n.4, p. 213-5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v71n4/0004-282X-anp-71-04-213.pdf>. Acesso em: 22/06/2013.

UGALDE APALATEGUI, M.; LLUCH CANUT, M.T. Estudio multicentrico del uso y utilidade de las taxonomias enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. **Recerca.** s/v, s/n. 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2445/19207>. Acesso em: 09/09/2013.

YE, Y.; CHERPITEL, C.J. risk of injury associated with alcohol and alcohol-related injury. In: WHO. **Alcohol and Injuries Emergency Department Studies in an International Perspective.** Genebra, WHO, 2009. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcinuries.pdf. Acesso em: 21/03/2012.

VARGAS, D.; LABATE, R.C. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. **Rev. gaúcha enferm.** v.26, n. 2, p.252-60, 2005. Disponível em: <http://seer.dev.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4577/2511>. Acesso em: 20/04/2011

VOLPATO, M.P.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. **Acta paul. enferm.** v.20, n.2, p.119-24, 2007.

WANDERLEY, T.C., CAVALCANTI, A.L.; SANTOS, S. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. ciênc. Méd. biol.**, v.12, n.1, p.121-6, 2013.

WELCH, K.A. Neurological complications of alcohol and misuse of drugs. **Pract. Neurol.** v.11, p. 206–19. 2011. Disponível em: <http://pn.bmj.com/content/11/4/206.full.pdf+html>. Acesso em: 20/05/2012.

WILDER SCHAAF, K. P. *et al.* Anxiety, depression, and PTSD following cardiac arrest: A systematic review of the literature. **Resuscitation.** v.84, n.7, p. 873-7, 2013. Disponível em: <https://beaumont.edu/files/imce/pdfs/Jackson%20Anxiety%20and%20Depression%20post%20cardiac%20arrest.pdf>. Acesso em: 28/07/2013.

WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Atlas: nurses in mental health** 2007. Genebra: WHO, 2007a. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf. Acesso em: 20/04/2011.

_____. **A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS).** Brasília, 2007b.

_____. **Integrating mental health into primary care: a global perspective.** Genebra: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf. Acesso em: 12/08/2013.

_____. **Improving health systems and services for mental health.** Genebra: WHO; 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf. Acesso em: 12/08/2013.

_____. **Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment.** Genebra: WHO; 2012. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/index.html. Acesso em: 05/05/2013.

WÜNSCH, S. *et al.* População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. **Rev. Enferm. UFSM.** v.2, n.3, p.539-546, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3656/pdf>. Acesso em: 10/08/2013.

ZANELLO, V., SILVA, R. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Rev. Bioét.** v.20, n.2, p.267-79, 2012. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776. Acesso em: 10/06/2013.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**PERFIL E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM HOSPITAL GERAL E DE ENSINO**”, que está sendo desenvolvido por **Marcio Roberto Paes**, enfermeiro e aluno do curso de doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, sob a orientação da Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde, em especial, na área da Enfermagem, e sua participação é de fundamental importância.

O objetivo geral desta pesquisa é caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e diagnóstico de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais.

Trata-se de uma pesquisa em que algumas informações serão obtidas em seu prontuário e também através de uma conversa na qual farei perguntas sobre a sua história clínica e de seu tratamento. Nossa conversa será em um local privativo da unidade em que você está internado e durará cerca de 30 minutos. Essa conversa será gravada em fita cassete. Assim, ao assinar este termo você estará dando a autorização para consultar alguns dados no seu prontuário. O responsável pelo seu internamento também tomará ciência deste termo e o assinará juntamente com você.

Os benefícios esperados não serão financeiros, mas pessoais, por isso, você não receberá nenhum valor em dinheiro por sua participação no estudo, que deverá ser voluntária.

O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista, e você poderá recusar-se em participar da pesquisa a qualquer momento, caso sinta-se afetado.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso afete o seu tratamento neste hospital.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Isto significa que quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do participante.

Estão garantidas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

O pesquisador Marcio Roberto Paes, Enfermeiro - COREN-PR 191.826, RG 6.133.649-4 SESP/PR, poderá ser encontrado na cidade de Curitiba, de segunda a sexta-feira, das 8hs às 17hs. Tel: (41) 9134-7333.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: __/__/__ Assinatura do participante: _____

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa. Concordo que _____, internado nesta instituição sob minha responsabilidade participe do estudo supracitado. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nele envolvidos, assim como não haver riscos e benefícios decorrentes da participação de meu familiar. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade.

Data: __/__/__ Assinatura do responsável: _____

Nome do Pesquisador: Marcio Roberto Paes _____

| | |
|---------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> (5) amigo(s) (6) pai e/ou mãe (7) outro(s) familiar(es) (8) instituição (<i>preencher o item 11.1</i>) |
| 11. Tipo de instituição | <ul style="list-style-type: none"> (1) hospital psiquiátrico (2) Serviço de residência terapêutica (3) Instituição de Longa permanência para idosos (4) Outros tipos de instituição (9) não se aplica |
| 12. Tipo de residência | <ul style="list-style-type: none"> (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) morador de rua (9) não se aplica |
| 13. Situação conjugal: | <ul style="list-style-type: none"> (1) casado civilmente ou relação estável (2) solteiro (3) divorciado (4) viúvo |
| 14. Instrução: | <ul style="list-style-type: none"> (1) analfabeto (2) ensino fundamental (1,2,3 series) (3) ensino fundamental (4ª série completa) (4) ensino fundamental (5,6,7 séries) (5) ensino fundamental (8ª série completa) (6) ensino médio Incompleto (7) ensino médio Completo (8) ensino superior incompleto (9) ensino superior completo (10) pós-graduação |
| 15. Profissão (área de atuação) | <ul style="list-style-type: none"> (1) Saúde (2) Educação (3) Construção civil (4) Administração (5) Comércio (6) Indústria (7) Serviços domésticos (8) Prestação de serviços (9) Trabalho rural (10) Não tem |
| 16. Ocupação: | <ul style="list-style-type: none"> (1) do lar (2) estudante (3) desempregado (4) empregado assalariado (5) autônomo (6) aposentado (7) sem ocupação |

| | |
|--|---|
| 17. Religião: | <ul style="list-style-type: none"> (1) católica (2) protestante/evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira (5) budista/oriental (6) outras (7) não tem |
| 18. Renda familiar: | <ul style="list-style-type: none"> (1) menos de um salário mínimo (2) 1 salário mínimo (3) de 2 a 4 salários mínimos (4) 5 ou mais salários mínimos (9) dados prejudicados |
| 19. Número de pessoas que contribuem com a renda | __ __ |
| 19.1. Número de pessoas que dependem da renda | __ __ |
| III. DADOS CLÍNICOS | |
| 20. Dia do internamento (DI) | __ __ __ |
| 21. Unidade de Internamento: | <ul style="list-style-type: none"> (1) CMM (2) CMF (3) Cardiologia (4) Neurologia (5) Infectologia (6) PA |
| 22. Motivo de internação: | (1) Clínica (2) Cirúrgica (3) Psiquiátrica |
| 23. Doença clínica principal: | <ul style="list-style-type: none"> (1) cardiovascular (2) neurológica (3) sistema digestório (4) hepáticas (5) pulmonar (6) infecciosa (7) nefrológica/urológica (8) hematológica (9) imunológica (10) outras. 23.1 Qual? _____ |
| 24. Transtorno mental: (CID-10) | <ul style="list-style-type: none"> (1) Esquizofrenia (2) Transtorno Afetivo Bipolar (3) Transtornos Depressivos (4) Transtornos de Ansiedade (5) Transtorno Somatoforme (6) Transtornos da alimentação (7) TMC devidos ao uso de substâncias psicoativas (TMCDUSP) (8) TMC devidos ao uso de álcool (TMCDUA) (9) Comportamento suicida (10) Outros. |
| 24.1 Especificar | _____ |

| | | | |
|--|---------------------------------|---------|---------|
| 25. Medicação psiquiátrica: | | | |
| 25.1 | Antipsicótico | (1) sim | (2) não |
| 25.2 | Estabilizador do humor | (1) sim | (2) não |
| 25.3 | Antidepressivo | (1) sim | (2) não |
| 25.4 | Ansiolítico | (1) sim | (2) não |
| 25.5 | Sedativo | (1) sim | (2) não |
| 25.6 | Psicoestimulantes | (1) sim | (2) não |
| 25.7 | Hipnóticos | (1) sim | (2) não |
| 25.8 | anticonvulsionantes | (1) sim | (2) não |
| 26. Tempo de uso de medicação __ __ anos | | | |
| 27. Faz tratamento psiquiátrico? (1) Sim (2) Não | | | |
| 28. Local: | | | |
| | (1) Ambulatório | | |
| | (2) CAPS | | |
| | (3) hospital dia | | |
| | (4) hospital geral | | |
| | (5) UBS | | |
| | (6) Hospital psiquiátrico | | |
| 29. Diagnóstico Psiquiátrico: | | | |
| | (1) durante a internação atual | | |
| | (2) anterior à internação atual | | |
| 30. Há quanto tempo recebeu diagnóstico de Transtorno mental? __ __ anos | | | |
| 31. Está recebendo acompanhamento pelo Serviço Médico da Psiquiatria do HG? | | | |
| (1) Sim(2) não | | | |
| <i>Se sim, preencher o próximo tópico.</i> | | | |
| 32. O serviço de Psiquiatria avaliou o paciente no __ __ dia de internação | | | |
| 33. Motivo principal para a solicitação de avaliação da psiquiatria | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| 34.Sobre comportamento suicida | | | |
| 34.1 Já pensou em se matar? (1) sim (2) não | | | |
| 34.2 Já tentou suicídio? (1) sim (2) não | | | |
| 35. Uso de drogas na vida? (1) sim (2) não | | | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|----------------|
| 35.1 | <i>crack</i> | (1) sim | (2) não |
| 35.2 | maconha | (1) sim | (2) não |
| 35.3 | heroína | (1) sim | (2) não |
| 35.4 | cocaína | (1) sim | (2) não |
| 35.5 | anfetaminas | (1) sim | (2) não |
| 35.6 | ecstasy | (1) sim | (2) não |
| 35.7 | solvente | (1) sim | (2) não |
| 35.8 | outras | Qual? | _____ |
| 36. Dependência química atual? (1) sim (2) não | | | |
| 36.1 | álcool | (1) sim | (2) não |
| 36.2 | tabaco | (1) sim | (2) não |
| 36.3 | outras drogas | (1) sim | (2) não |
| 37. Uso de drogas atual | | | |
| 37.1 | <i>Crack</i> | (1) sim | (2) não |
| 37.2 | Maconha | (1) sim | (2) não |
| 37.3 | Heroína | (1) sim | (2) não |
| 37.4 | Cocaína | (1) sim | (2) não |
| 37.5 | anfetaminas | (1) sim | (2) não |
| 37.6 | Ecstasy | (1) sim | (2) não |
| 37.7 | Solvente | (1) sim | (2) não |
| 37.8 | Outras | Qual? | _____ |

ANEXOS

ANEXO I
TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



Curitiba, 14 de setembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marcio Roberto Paes
Hospital de Clínicas da UFPR
Curitiba - PR

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado: "PACIENTE COM COMORBIDADE CLINICO-PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL GERAL: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM", foi analisado com pendência pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 30 de agosto de 2011. Após, analisada as respostas das pendências encaminhadas pelo pesquisador, este CEP/HC considera o projeto aprovado em 14 de setembro de 2011.

O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0218.0.208.000-11
Registro CEP: 2577.184/2011-08

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: março de 2012.

Atenciosamente,



Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

ANEXO II
PERMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO LOCAL DO ESTUDO

Para: Comitê de Ética em Pesquisa
Do Hospital de Clínicas da UFPR
A/C Prof. Dr. Renato Tambara Filho
MD Coordenador do CEP/HC/UFPR

Prezado coordenador:

Eu Marcio Roberto Paes, enfermeiro do Hospital de Clínicas, aluno do curso de doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, sob orientação da Prof. Dra. Mariluci Alves Maftum, em desenvolvimento da pesquisa intitulado **“Pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica em hospital geral: perfil sócio-demográfico, clínico e diagnósticos de enfermagem”** - Registro no CEP/HC: 2577.184/2011-08, aprovado em **14/09/2011, em fase de análise dos dados**, solicito a permissão de divulgar o nome do Hospital de Clínicas da UFPR como local do estudo, a fim de publicação.

Sem mais para o momento, aproveito o ensejo para manifestar meus protestos de estima e consideração.

CEPE - 03/04/13

De acordo

A CEP.
Prof. Dr. Angelo Luiz Tesser
Diretor de Ensino, Pesquisa e
Extensão do HC/UFPR
CRM 4599 - Matr. 110280

Atenciosamente,



MARCIO ROBERTO PAES

Curitiba, 01 de abril de 2013.