

Transtorno depressivo em serviço de emergência clínica: fatores de risco para internação psiquiátrica

Depressive disorder at the emergency unit: risk factors for psychiatric admission

Fabiana Benites^{1,2}, Stevin Zung^{1,3}, Aida Cristina Suozzo¹, Veruska Lastoria^{1,2}, Augusto Paranhos Jr², Valdir Golin¹, Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri¹

Resumo

Introdução: O transtorno depressivo cursa com grande morbi-mortalidade e é um diagnóstico comum nas unidades de emergência clínica, onde muitas vezes ocorre o primeiro contato dos pacientes com algum serviço de psiquiatria. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores de risco para internação psiquiátrica em pacientes com transtorno depressivo atendidos em serviço de emergência clínica. **Material e método:** Foram estudados os pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo atendidos no Pronto Socorro clínico da Santa Casa de São Paulo em coorte histórica no ano de 2003 e 2004. Os fatores de risco para internação psiquiátrica foram estudados por regressão logística: idade, sexo, cor, atividade remunerada, estado civil, tentativa de suicídio e renda. **Resultados:** Estudou-se 393 pacientes, 64% eram homens. Necessitaram de transferência para unidade psiquiátrica 17,6% destes pacientes. Ter atividade remunerada foi fator protetor para necessidade de internação enquanto a história de tentativa de suicídio foi fator de risco. Houve concordância estatisticamente significativa entre a necessidade de internação e a história de tentativa de suicídio. **Discussão:** Tentativa de suicídio deve ser valorizada para estruturação de um serviço de emergência, pois demonstrou ser fator de risco para internação psiquiátrica e presença de atividade remunerada demonstrou ser um fator protetor.

Descritores: Tentativa de suicídio, Transtorno depressivo, Serviços médicos de emergência, Hospitalização, Fatores de risco

Abstract

Introduction: Depressive disorder has great morbidity and is a common diagnosis in the units of clinical emergency, where sometimes occurs the first contact of the patients with a psychiatric attendance. **Objective:** The aim of this study was to evaluate risk factors for psychiatric hospital admission in depressed patients at an emergency department. **Methods:** Depressed patients assisted in the clinical emergency department in 2003 and 2004, were enrolled in a historical cohort model. Risk factors for psychiatric hospital admission were evaluated by logistic regression with the following variables: age, gender, race, remunerative activity, civil status, suicide attempt history and proceeds. **Results:** This study involved 393 patients, 64% were males. Sixty nine patients (17,6%) were transferred to the psychiatric unit. Remunerative activity was a protective factor for psychiatric admission while suicide attempt history was a protector factor. There was a significant but very weak agreement between psychiatric hospital admission and the positive suicide attempt history. **Discussion:** Suicide attempt is an important medical condition at an emergency department, and was a risk factor for psychiatric hospital admission, while remunerative activity was a protector factor.

Keywords: Suicide, attempt; Depressive disorder; Emergency medical services; Hospitalization; Risk factors

Introdução

Os transtornos do humor estão entre as causas mais comuns que levam os pacientes a procurarem auxílio médico. Aproximadamente 20% dos adultos

¹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo, SP.

² Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP.

³ Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo, SP

Correspondência: Stevin Zung. Rua Apinagés 868, apto 21. CEP 05017-000. São Paulo, SP. Tel: 11 3676-1519. Fax: 11 3676-1519 / 3069-7129

E-mail: stevinzung@terra.com.br

terão algum transtorno do humor que necessitará tratamento em algum período da sua vida, e dentre eles o transtorno depressivo é o mais frequente^(1,2).

O transtorno depressivo (TD) é a principal causa de incapacidade e morte prematura em pessoas dos 18 aos 44 anos e há uma previsão de que seja a segunda causa de incapacidade para pessoas de todas as idades no ano de 2020⁽³⁾. Pessoas com TD apresentam ainda maior risco para se tornarem fumantes, aumentarem a ingestão de álcool, a inatividade física e apresentarem hábitos alimentares menos saudáveis, levando a uma maior frequência de comorbidades clínicas⁽⁴⁾.

Segundo Almeida Filho et al, de cada 50 casos de depressão, um necessita de internação psiquiátrica, principalmente pelo risco de suicídio⁽⁵⁾. Cerca de 15% dos pacientes deprimidos cometem suicídio e 66% de todos os casos de suicídios são precedidos por um episódio depressivo^(6,7). Além disso, tem caráter recorrente com risco de apresentar um segundo episódio de 50%, aumentando para 70 a 80 % para o terceiro episódio⁽⁴⁾. Tais dados mostram o porquê é considerado um importante problema de saúde pública, porém ainda hoje apresenta baixo reconhecimento, diagnóstico e tratamento.

Em grande parte dos casos, o sofrimento com os sintomas depressivos leva o paciente a procurar ajuda ambulatorial em atenção primária a saúde ou em serviços de emergência clínica, para só então serem encaminhados para acompanhamento psiquiátrico especializado.

Este estudo teve como objetivo avaliar os fatores de risco para internação psiquiátrica em pacientes com TD atendidos em um serviço de emergência clínica.

Material e método

Foram avaliados retrospectivamente os atendimentos psiquiátricos realizados no pronto socorro central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nos anos de 2003 e 2004. Foram selecionados todos os pacientes com diagnóstico de TD, e destes, aqueles que necessitaram de transferência para observação psiquiátrica. As seguintes variáveis foram analisadas, tendo como desfecho a necessidade de transferência: idade, sexo, raça, atividade remunerada, estado civil, tentativa de suicídio e renda.

O atendimento dos pacientes com TD no Pronto Socorro Central da Santa Casa de São Paulo é realizado primeiramente pela equipe da clínica médica ou da cirurgia, e em seguida avaliados pela equipe de psiquiatria, atuante 24 horas todos os dias da semana. Os casos graves que necessitam de observação psiquiátrica são encaminhados para o Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental (CAISM), pertencente à Santa Casa, mas localizado em outro bairro da cidade de São Paulo.

Análise estatística

Para o estudo das diferenças quanto à média de idade nos grupos com e sem internação psiquiátrica e tentativa ou não de suicídio foi utilizado o teste t de Student.

Cruzamentos em tabelas de contingência quanto à associação para necessidade ou não de internação e as variáveis sexo e raça foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado.

Foi efetuada avaliação de concordância entre internação e tentativa de suicídio por meio do teste de Kappa.

A avaliação de fatores de risco para internação foi feito por meio de regressão logística com as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, cor, atividade remunerada, estado civil, tentativa de suicídio e renda.

Resultados

De um total de 2386 pacientes atendidos pela equipe de psiquiatria neste período, 393 pacientes (16,5%) apresentavam diagnóstico de TD, e destes, 69 (17,6%) foram transferidos para o hospital psiquiátrico.

Nos pacientes com TD as idades variaram de 10 a 92 anos com média de 41,6 anos (DP: ±17,06 anos). A amostra constou em sua maioria por homens (64%). Quanto à raça, tivemos uma predominância de brancos (n=236; 62,3%) em relação aos pardos (20,6%) e negros (15,8%), a raça amarela foi bem pouco representativa (1,3%). Em relação à presença ou não de atividade remunerada, oitenta por cento dos pacientes (n=226) declararam que a possuíam. Outros dados sociodemográficos e clínicos são mostrados na Tabela 1. Os valores totais são diferentes, para cada variável analisada, dado a frequência desigual de "dados faltantes".

Sessenta e três pacientes deprimidos foram atendidos por tentativa de suicídio. Destes, 40 (63,5%) necessitaram de transferência para hospital psiquiátrico. Houve diferença estatisticamente significativa quanto a necessidade de internação nos pacientes depressivos que tentaram suicídio quando comparados com aqueles pacientes que não foram atendidos por tentativa de suicídio (P<0,001).

Para o estudo dos fatores de risco para internação por meio de regressão logística binária foi evidenciado que ter uma atividade remunerada é fator protetor (Odds Ratio: 0.26 IC95%: 0.09 - 0.73) e que tentativa de suicídio é fator de risco estatisticamente significativo (Odds Ratio: 5.17, IC95%: 2.08 - 12,84). As outras variáveis estudadas não alcançaram significância estatística (Tabela 2). Demais associações quanto à necessidade de internação em tabelas de contingência (teste

Tabela 1

Dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes com transtorno depressivo (n=393)

Variável	Subgrupo	N	%
Estado civil	Solteiro	132	34.37
	Casado	146	38.02
	Separado	58	15.10
	Viúvo	35	9.11
	Amasiado	13	3.39
	TOTAL	384	
Renda	Nenhuma	56	19.86
	Um salário	18	6.38
	Dois salários	32	11.35
	Três salários	63	22.34
	Quatro salários	86	30.50
	Aposentado	27	9.57
	TOTAL	282	
Tentativa de suicídio	Não	330	83.96
	Sim	63	16.03
	TOTAL	393	
Conduta Internação psiquiátrica	Não	324	82.44
	Sim	69	17.55
	TOTAL	393	

de qui-quadrado) também não demonstraram significância estatística. Assim não houve diferença quanto ao sexo ($p=0,249$) e cor (cálculo efetuado excluindo raça amarela) ($p=0,209$).

Pacientes que tentaram suicídio apresentaram média de idade inferior (37,3 anos) em comparação ao restante dos pacientes (42,4 anos) ($p=0,03$).

Discussão

A maioria dos estudos epidemiológicos tem do-

cumentado maiores taxas de depressão em mulheres do que em homens, numa proporção de 2:1⁽⁸⁾. Angst et al pontuaram que os homens eram menos propensos a reconhecer um episódio depressivo, o que poderia explicar esta diferença entre os sexos, contribuindo para as menores taxas de incidência de depressão em homens⁽⁸⁾. Um achado interessante encontrado no presente estudo foi o fato de que os homens procuraram o atendimento médico no departamento de urgência numa frequência maior (64%) do que as mulheres (35%). Uma possível explicação seria que os homens reconheceriam e procurariam o primeiro atendimento para os sintomas depressivos mais tardiamente, quando já apresentam sintomatologia mais grave, e este atendimento acaba se realizando em serviço de urgência clínica.

Alguns estudos sugerem que existem altas taxas de diagnóstico de depressão em adultos jovens (1,4 - 9,1%) e baixas taxas de diagnóstico de depressão entre pessoas acima de 65 anos⁽⁹⁾. Weissman et al obtiveram média variando entre 24,8 - 34,8 anos de idade do diagnóstico de depressão sendo a idade considerada a do atendimento na urgência⁽¹⁰⁾. Nosso estudo também registrou a idade de atendimento nestas circunstâncias, e também tivemos uma incidência maior em adultos jovens.

A depressão representa uma condição séria e frequentemente crônica^(11,12), com altas taxas de suicídio principalmente em adultos jovens (13% no estudo de Zurich e 29% no estudo de Alberta)^(13,14), como encontrado em nosso estudo.

O estado civil é um dado que influencia a incidência de depressão e conseqüentemente a necessidade de internação psiquiátrica, sendo as mais altas entre os separados ou divorciados do que entre os casados ou solteiros⁽¹⁵⁾. Entretanto, neste estudo não houve diferença quanto ao estado civil e a necessidade de internação.

Tabela 2

Odds ratio segundo os resultados da regressão logística binária para as variáveis estudadas como fator de risco (IC=intervalo de confiança).

Preditor	Coefficiente	Desvio Padrão	Z	P	Odds Ratio	-95%IC	+95%IC
Constante	-2.1475	0.9143	-2.35	0.019			
Idade	-0.00753	0.01441	-0.52	0.601	0.99	0.96	1.02
Sexo	0.5512	0.4727	1.17	0.244	1.74	0.69	4.38
Cor	-0.0165	0.2636	-0.06	0.950	0.98	0.59	1.65
Atividade remunerada	-1.3474	0.5276	-2.55	0.011	0.26	0.09	0.73
Estado civil	-0.0297	0.2220	-0.13	0.894	0.97	0.63	1.50
tentativa de suicídio	1.6422	0.4644	3.54	0.000	5.17	2.08	12.84
renda	0.1629	0.1409	1.16	0.247	1.18	0.89	1.55

Log-Likelihood = -71.729. Teste para que todos coeficientes angulares fossem zero: $G = 19.838$; Grau de liberdade = 7; $P = 0.006$.

Não foi encontrada associação quanto à raça e à necessidade de internação. Existem poucos dados na literatura sobre esta variável e internação psiquiátrica, porém um estudo feito sobre interconsulta psiquiátrica em hospital geral de uma universidade do Alabama, mostrou que os pacientes com idades entre 30 e 59 anos, brancos e que haviam sido atendidos por médicos residentes tinham maiores taxas de necessidade de atendimento psiquiátrico⁽¹⁶⁾.

Ter atividade remunerada foi fator de proteção, diminuindo a necessidade de internação psiquiátrica. Beaudoin et al mostraram que dentre os 2122 pacientes atendidos no hospital psiquiátrico Phillippe Pinel durante o ano de 1995, 69% viviam sozinhos e 12 % apresentavam dificuldades sociais⁽¹⁷⁾. O perfil destes pacientes que evoluem com internação psiquiátrica nos mostra a alta demanda de internações “psico-sociais”, o que torna relevante a presença de assistentes sociais nos serviços de urgência.

Tentativa de suicídio é uma situação freqüente em serviços de emergência clínica e mostrou-se um fator de risco importante para internação psiquiátrica. O suicídio já é a terceira causa mais freqüente de morte em indivíduos de 10-24 anos na cidade de São Paulo segundo dados de 2001⁽¹⁸⁾, e 19-24% dos pacientes que cometem suicídio tem história prévia de tentativa de suicídio⁽¹⁹⁾. Assim, qualquer tentativa de suicídio deve ser valorizada num serviço de urgência clínica, onde sua equipe médica deve estar preparada não só para o atendimento clínico-cirúrgico de suas complicações, mas também para correta avaliação e manejo destes casos, seja através de encaminhamento ambulatorial ou de internação psiquiátrica.

Conclusões

Atividade remunerada foi o único dado sociodemográfico encontrado neste estudo que mostrou ser fator protetor para internação psiquiátrica.

Tentativa de suicídio é um importante fator de risco para internação psiquiátrica.

Referências bibliográficas

1. Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. [Review] *Can J Psychiatry* 1997;42(4):367-77.
2. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH.

- A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):209-15.
3. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7):914-9.
4. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):1925-32.
5. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre) *Rev ABP-APAL* 1992; 14(3):93-104.
6. Aneshensel CS, Huba GJ. Depression, alcohol use, and smoking over one year: a four-wave longitudinal causal model. *J Abnorm Psychol* 1983;92(2):134-50.
7. Stephens T. Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Prev Med* 1988;17(1):35-47.
8. Angst J. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; (30):31-7.
9. Patten SB. Incidence of major depression in Canada. *CMAJ* 2000 19;163(6):714-5.
10. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293-9.
11. Murphy JM, Olivier DC, Sobol AM, Monson RR, Leighton AH. Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population. *Psychol Med* 1986;16(1):117-26.
12. Murphy JM. What happens to depressed men? *Harv Rev Psychiatry* 1995;3(1):47-9.
13. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Zhang H, Merikangas K. Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study. *J Affect Disord* 2002;72(2):125-38.
14. Quan H, Arboleda-Florez J. Elderly suicide in Alberta: difference by gender. *Can J Psychiatry* 1999;44(8):762-8.
15. Weisman M, Bruce M, Leaf P, Florio L, Holzer C. Affective disorders. In: Robins L, Regier DA, editors. *Psychiatry disorder in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press; 1991. p.53-80.
16. Dhossche DM, Lorant Z. Psychiatric consultations in a southern university hospital. *South Med J* 2002;95(4):446-9.
17. Beaudoin V, Glouzman P. [Psychiatric emergency department of the Pinel hospital center] *Encephale* 1998;24(1):18-25.
18. São Paulo (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM). Principais causas de morte segundo faixa etária. Município de São Paulo, 2001. [on line] Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mortalidade/0013> [12 de outubro de 2005]
19. Botega NJ, Rapeli CB. Tentativa de suicídio. In: Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.365-77.

Data de recebimento: 16/04/2005

Data de aprovação: 22/07/2005