

Cardoso, Graça – Perturbações psiquiátricas no hospital geral. *Psilogos*, 1: 2 (2004) 48-56.

Notas prévias:

Produzido pelos Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia da Universidade de Aveiro.

Organização da paginação: topo da página, entre parêntesis retos.

[48]

Perturbações Psiquiátricas no Hospital Geral

Graça Cardoso [Chefe de Serviço: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.]

Resumo:

Uma extensa revisão da literatura mostra que as perturbações psiquiátricas são muito prevalentes nos serviços não psiquiátricos e nas consultas externas do hospital geral, atingindo taxas muito superiores às encontradas na população geral. As perturbações depressivas são as mais prevalentes, seguidas das ansiosas e das cognitivas, mas a sua distribuição difere entre serviços e populações estudadas. Tais factos permitem concluir que é mandatária a criação de equipas de Psiquiatria de Ligação que possam, não apenas diagnosticar e tratar as situações psicopatológicas, mas também aumentar a capacidade da sua detecção e tratamento pelas equipas médicas.

Palavras-chave: Perturbação psiquiátrica; Depressão; Ansiedade; Hospital geral.

ABSTRACT:

An extended literature review shows the high prevalence of psychiatric disorders in the inpatient and outpatient departments of the general hospital, higher than that found in community samples. Depressive disorders are the most prevalent, followed by anxiety and cognitive disorders. However, their distribution differs among departments and groups of patients. These facts point to the high need of Consultation Liaison Psychiatry services that are able to diagnose and treat psychiatric disorders in the general hospital but, at the same time, increase the medical staff's capacity of their detection and treatment.

Key-Words:

INTRODUÇÃO:

A alta prevalência de perturbações psiquiátricas nos serviços médicos dos hospitais gerais é hoje em dia um facto estabelecido. Um das primeiras revisões de estudos destinados a estabelecer a prevalência da morbilidade psiquiátrica em doentes internados no hospital geral concluiu que, em média, 49% desses doentes sofriam de perturbação psiquiátrica não especificada e que as taxas de prevalência variavam entre 20 e 70%.

A coexistência de morbilidade psiquiátrica em indivíduos com doença somática, agrava a evolução da doença, leva a um maior consumo de cuidados médicos intra e extra-hospitalares e prolonga a incapacidade física.

A necessidade de melhor responder, por um lado, às necessidades clínicas dos doentes e das equipas médicas, por outro, aos problemas de organização de serviços de Psiquiatria de Ligação, levou ao desenvolvimento

da investigação neste campo. Disso é testemunho a existência actual de numerosos estudos de prevalência de perturbações emocionais, cognitivas e outras, tanto no internamento como em consultas externas de hospitais gerais.

1. Perturbações emocionais

As perturbações emocionais estão descritas como as perturbações psiquiátricas mais frequentes no hospital geral e abrangem os quadros ansiosos e depressivos que acompanham uma doença somática. Nelas estão incluídas tanto as perturbações de adaptação desencadeadas pela doença somática, como os quadros existentes previamente.

[49]

Uma revisão de vários estudos, procurando estabelecer relações entre depressão e doença somática, concluiu que 18% dos doentes com doença somática grave apresentavam quadros depressivos, mais prevalentes em Endocrinologia, Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia e Reumatologia, por ordem decrescente. Numa outra revisão de um grande número de estudos a prevalência das perturbações emocionais variou entre 13 e 61% para os doentes internados e 14 e 52% para os doentes de consulta externa.

Numa amostra de 453 doentes internados consecutivamente num hospital geral e alvo de um rastreio em duas fases (por meio de escalas e de entrevista estruturada), 14,6% apresentavam doença afectiva e eram predominantemente mulheres jovens.

Num estudo de detecção pontual da morbilidade psiquiátrica, estudou-se uma população de 136 doentes internados nos serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Dermatologia, Neurologia e Cuidados Intensivos Coronários. No grupo de 97 doentes que foi possível avaliar utilizando a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), 57,9% apresentaram perturbações emocionais (51,5% de ansiedade e 36,1% de depressão - vários doentes apresentavam duplo diagnóstico). As perturbações emocionais foram significativamente mais frequentes em Medicina, Cirurgia e Neurologia, e a depressão em particular, em Medicina e Neurologia.

No conjunto dos serviços de Medicina, Cirurgia e Ginecologia de um hospital geral, 21% dos 230 pacientes avaliados receberam um diagnóstico segundo a DSM-III-R e destes, 33% apresentavam perturbações depressivas. A taxa média de morbilidade psiquiátrica, determinada pela avaliação clínica dos médicos assistentes de 73 doentes num hospital geral português, foi de 41,1%. Surgiram diferenças significativas entre os vários serviços, com taxas de detecção de 12% em Obstetrícia e de 84% em Medicina.

A prevalência das perturbações psiquiátricas em serviços de internamento parece variar com o tipo de serviço, a doença somática e as características dos doentes. A capacidade de detecção dessa morbilidade pelas equipas médicas varia também entre os vários serviços. Uma revisão da literatura permitirá caracterizar a morbilidade psiquiátrica nos diferentes serviços e grupos de doentes.

Medicina Interna

Nos serviços de Medicina deparamo-nos frequentemente com situações para esclarecimento diagnóstico, doentes mais idosos e com múltiplas complicações médicas, além de tentativas de suicídio por ingestão de tóxicos,

sendo de esperar que neles encontremos morbidade psiquiátrica frequente e de vários tipos.

Num grupo de doentes internados em dois serviços de Medicina, do qual foram excluídas as tentativas de suicídio, a avaliação em duas fases mostrou que cerca de 25% apresentavam perturbações psiquiátricas de qualquer tipo.

[50]

Por outro lado, a avaliação de uma amostra de 455 doentes internados em Medicina utilizando a escala Medical Inpatient Screening Test (MIST) mostrou que 51% apresentavam quadros psicopatológicos ou de dor, que se distribuíram da seguinte forma: 27,9% estavam muito deprimidos, 27,5% muito ansiosos, 20,2% tinham alterações cognitivas e 8,6% apresentavam quadros de dor importante. Outros estudos que incluíram doentes de todas as idades internados em serviços de Medicina e utilizaram apenas escalas de avaliação, descreveram prevalências de perturbação afectiva de 24 a 61%. No entanto, num estudo em que além das escalas foi utilizada uma entrevista estruturada, apenas foram detectados 14,6%.

Populações idosas

Como é sabido, a prevalência das perturbações afectivas varia também em função da idade. A literatura mostra que os doentes com mais de 65 anos internados em serviços de Medicina apresentam taxas de perturbação emocional mais baixas, quando comparados com os de idade inferior. A avaliação apenas clínica em doentes mais idosos¹⁵ mostrou uma prevalência de perturbação emocional de 19%, enquanto noutro estudo utilizando uma avaliação em duas fases a mesma foi 13%.

Num grupo de 262 indivíduos com 60 ou mais anos internados num hospital geral, avaliados por meio de entrevista clínica, 35,5% apresentavam quadros depressivos. Estes quadros dividiram-se em: depressão major 14,1%, depressão subclínica 17,6%, e quadro orgânico depressivo 12,2%.

Oncologia

Nos serviços oncológicos, a gravidade da doença, os efeitos secundários dos tratamentos, as limitações físicas e o prognóstico conduzem também a grande prevalência de morbidade psiquiátrica, que pode ir de 5 a cerca de 50%, com um valor médio de 24% para a depressão major.

Derogatis e colaboradores, avaliando 215 doentes consecutivos que estabeleciam o primeiro contacto em três centros oncológicos, concluíram a existência de um diagnóstico segundo os critérios da DSM-III em 47% dos casos (44% eram síndromes clínicas e 3% perturbações da personalidade). Os síndromes clínicas, na sua maioria perturbações de adaptação (68%) e depressão major (13%), incluíam também perturbações mentais orgânicas (8%) e ansiosas (4%). Oitenta e cinco por cento dos doentes oncológicos avaliados apresentavam quadros de ansiedade ou depressão passíveis de ser tratados.

Em contraste, outros autores mostraram que 42% de um grupo de doentes oncológicos hospitalizados preenchiem critérios para diagnóstico de depressão major. Nesta população, 24% apresentavam depressão grave, 18% moderada e 14% apenas sintomas depressivos. Noutro estudo, a avaliação mediante entrevista clínica estruturada de 126 doentes consecutivos internados

num serviço oncológico evidenciou que 29% apresentavam qualquer tipo de perturbação psiquiátrica e 23% doença afectiva.

Diferenças no grau de incapacidade física, assim como na gravidade da doença oncológica foram associadas com variações nas taxas de prevalência encontradas nos vários estudos, com uma taxa de 77% para depressão major no grupo de doentes com situações oncológicas mais graves.

[51]

Os doentes oncológicos que são alvo de tratamento cirúrgico ou quimioterapêutico apresentaram, como é compreensível, taxas de morbilidade afectiva bastante elevadas: 39% em doentes mastectomizadas, um ano após a intervenção cirúrgica e cerca de um terço em doentes ostomizados.

Dor crónica

Os quadros de dor prolongada e intensa desencadeiam com frequência quadros depressivos, podendo por vezes levar ao suicídio. Num grupo de 37 doentes internados por dor crónica avaliados com entrevista estruturada, os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram: depressão major (episódio actual 32,4%, episódios anteriores 43,2%) e abuso de álcool (40,5%). Mais de metade dos doentes tinham um ou mais episódios de doença psiquiátrica antes do início do quadro de dor.

Neurologia

Nos serviços de Neurologia encontram-se habitualmente elevadas taxas de morbilidade psiquiátrica, para o que concorrem a gravidade da doença, a incapacidade resultante e o prognóstico. Estão descritas prevalências de 53,2% nas mulheres e de 27,4% nos homens internados num serviço de Neurologia assim como maior prevalência de perturbações emocionais e de depressão em Neurologia, em comparação com Cirurgia, Dermatologia e Cuidados Intensivos Coronários.

Num grupo de doentes sofrendo de lesão da espinal medula, 18,7% apresentavam depressão major tanto na fase aguda como na de reabilitação e 18,3% referiam períodos transitórios de humor deprimido. Também a nível de uma consulta externa de Neurologia foi detectada perturbação psiquiátrica em 27% dos doentes.

Cardiologia

Os serviços de internamento e as consultas de Cardiologia estão descritos como valências onde se encontram taxas elevadas de morbilidade psiquiátrica. Com efeito, a doença cardíaca, uma vez que constitui uma forte ameaça à integridade física e às capacidades do indivíduo, desencadeia frequentemente sofrimento psicológico.

Num grupo de doentes com menos de 65 anos, que sofreram um primeiro Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e foram avaliados mediante uma entrevista clínica estruturada, 35% apresentavam morbilidade psiquiátrica uma semana mais tarde. Em 16% essa morbilidade era prévia ao acidente coronário e 19% apresentavam perturbações da adaptação. Noutro estudo, 45% dos doentes com EAM recente apresentaram sintomas depressivos e 18% depressão major, oito a dez dias depois do acidente coronário. Ladwig e colaboradores classificaram a maioria dos quadros depressivos após EAM como reacções de adaptação.

Vários estudos, utilizando entrevistas estruturadas em doentes com EAM recente, verificaram que 15 a 25% preenchiam os critérios para depressão major, enquanto 16 a 17% apresentavam depressão minor e 17,2% perturbações afectivas em geral. A avaliação de sintomas depressivos mediante escalas mostrou prevalências de 20 a 42% após um EAM e de 41,4% após Angina Instável.

[52]

Por outro lado, a prevalência de sintomas ansiosos em doentes que sofreram EAM e foram avaliados nas primeiras duas semanas situou-se entre 26,1 e 70%.

A avaliação de um grupo de doentes submetidos a by-pass aorto-coronário, mostrou que 47% apresentavam sintomas depressivos antes da intervenção cirúrgica, subindo para 61% antes da alta.

2. Perturbações cognitivas

As perturbações cognitivas são outro grande grupo dentro da morbilidade psiquiátrica no hospital geral. Decorrem de alterações orgânicas ou funcionais do sistema nervoso central e caracterizam-se por síndromes confusionais e deficitários. A aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) a doentes de todas as idades internados num hospital geral detectou alterações cognitivas em 20 a 30%.

Os doentes idosos apresentam frequentemente perturbações cognitivas: 7 a 15% de quadros demenciais; 9 a 10% de quadros confusionais; 31 a 34% de perturbações cognitivas em geral.

Os serviços de internamento em que se encontram prevalências mais altas de perturbações cognitivas são os de Neurologia, com taxas de cerca de 30% e os de Cirurgia, particularmente em Cirurgia Cardíaca (13,5%).

3. Abuso de substâncias

O abuso ou a dependência de substâncias são frequentes em doentes internados no hospital geral, uma vez que esses comportamentos conduzem a uma maior vulnerabilidade física, desencadeando doenças várias e propensão para os acidentes. Num estudo realizado em Inglaterra, 18% dos homens e 4% das mulheres das enfermarias de Medicina apresentavam abuso de álcool. Outros autores apontam como prováveis taxas mais elevadas em serviços como a Urgência, Ortopedia ou Gastroenterologia. Numa Unidade de Cuidados Intensivos Gastroenterológicos de um hospital português a aplicação do questionário CAGE para detecção de alcoolismo a 83 de 168 doentes consecutivos internados permitiu detectar 21,2% de casos positivos. No entanto, a ingestão de álcool estava acima das doses aceites como normais em 40% dos doentes avaliados.

Noutro estudo avaliando 422 doentes internados num hospital geral mediante o uso de uma escala de detecção de alcoolismo, 30% foram considerados casos positivos, com prevalências mais altas em Medicina e Gastroenterologia, onde atingiu 53,4%. A utilização de entrevista semi-estruturada confirmou a dependência e o abuso de álcool como ocorrendo respectivamente em 12,6 e 3,9% dos doentes.

O abuso de outras substâncias tem sido detectado com alguma frequência no hospital geral e nos serviços de Urgência em particular. No conjunto dos

serviços de Medicina, Cirurgia e Ginecologia estão referidas prevalências de 12% de abuso de substâncias segundo os critérios da DSM-III-R. Pelo contrário, a dependência de substâncias é pouco frequente nas populações médicas, encontrando-se com mais frequência nos serviços de Doenças Infecciosas.

[53]

4. Outras perturbações psiquiátricas

No grupo das perturbações psiquiátricas descritas como menos frequentes nos serviços de internamento ou nas consultas externas do hospital geral encontram-se os quadros de somatização, as perturbações do comportamento alimentar como a anorexia nervosa e a bulimia e as perturbações factícias. As psicoses do grupo da esquizofrenia são também pouco frequentes nos serviços médicos e ficam a dever-se geralmente a tentativas de suicídio e a problemas somáticos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Os doentes internados ou seguidos em consulta externa num hospital geral apresentam grande prevalência para todas as perturbações psiquiátricas e para as perturbações afectivas em particular. Estas prevalências são muito superiores às das perturbações actuais (presentes nos últimos 30 dias) em estudos na população geral, que são de: 15,4 a 22,5% para todas as perturbações psiquiátricas; 5 a 7% para as perturbações afectivas; 4 a 6% para depressão major; e 10% para perturbações ansiosas. As prevalências mais altas de perturbações psiquiátricas no hospital geral estão geralmente associadas a situações somáticas mais graves, como é o caso dos serviços de Cardiologia, Neurologia e Oncologia e, neste último caso, aumentam com a gravidade da doença.

Além das perturbações psiquiátricas detectáveis no hospital geral, um número significativo de doentes apresenta sintomas não atingindo expressão diagnóstica, mas com um potencial impacto na evolução da doença somática, dificultando a alta e causando incapacidade. A grande variedade de medicações e de abordagens psicoterapêuticas actualmente disponíveis torna a maior parte destas situações tratáveis.

Dada a dimensão do problema torna-se necessário que os hospitais gerais sejam dotados de equipas de Psiquiatria de Ligação (PL), com capacidade para, em colaboração com as equipas médicas, desenvolver várias tarefas:

1. diagnosticar as perturbações psiquiátricas existentes nos serviços e consultas médicas;
2. organizar um plano terapêutico a ser continuado depois da alta, se necessário;
3. referenciar os doentes que o exijam às consultas de psiquiatria;
4. aumentar a capacidade de detecção e tratamento dos técnicos desses serviços na área da saúde mental;
5. e, finalmente, estimular a prevenção da morbilidade psiquiátrica desencadeada pelo contacto com os serviços de saúde.

Estes objectivos só poderão ser atingidos se as equipas de PL tiverem membros permanentes, em tempo completo e forem, preferencialmente, multi-profissionais. Com vista a uma maior efectividade, a organização e

funcionamento das equipas de PL deve tomar em conta os diferentes perfis de morbilidade psiquiátrica dos serviços e das populações neles existentes.

[54]

Bibliografia:

1. Lipowski ZJ. *Review of consultation-liaison and psychosomatic medicine. I General Principles.* Psychosom Med 1967; 29(2):153-171
2. Lipowski ZJ. *Current trends in Consultation-Liaison Psychiatry.* Canadian J Psychiatry 1983; 28(5): 329-338
3. Kathol R, Petty F. *Relationship of depression to medical illness.* J Affective Disorders 1981; 3:111-121
4. Mayou RA, Hawton K. *Psychiatric disorder in the general hospital.* British Journal of Psychiatry 1986; 149:172-190
5. Feldman EJ, et al. *Psychiatric disorder in medical in-patients.* Quarterly J Med 1987; 63(241):405-412
6. Cardoso G, Santos N, Heitor MJ. *Morbilidade psiquiátrica num hospital geral.* Resumo, Actas do Congresso Mundial de Epidemiologia Psiquiátrica, 1995, Lisboa
7. Nair MG, Pillay SS. *Psychiatric disorders in a South African general hospital. Prevalence in medical, surgical and gynecological wards.* Gen Hosp Psychiatry 1997; 19(2):144-148
8. Caldas de Almeida JM, et al. *Morbilidade psiquiátrica nos doentes internados no hospital geral.* Acta Méd Port 1992; 5:575-579
9. Maguire GP, et al. *Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards.* Brit Med J 1974; 1 : 268 - 270
10. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. *Relation of psychopathology in general medical in-patients to use and cost of services.* Am J Psychiatry 1990; 147: 1498-1503
11. Moffic HS, Paykel ES. *Depression in medical inpatients.* Br J Psychiatry 1975; 126: 346-353
12. Knights E, Folstein MF. *Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients.* Annals Internal Med 1977; 87:723
13. Cavanaugh SA. *The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population using the MMSE, GHQ, and BDI.* Gen Hosp Psychiatry 1983; 5: 15-24
14. Feldman E, *Psychiatric disorder in medical inpatients.* Q J Med 1987; 63(241):405-412
15. Bergman K, Eastham EJ. *Psychogeriatric ascertainment and assessment for treatment in an acute medical ward setting.* Age and Ageing 1974; 3:174-188
16. Johnston M, et al. *Cognitive impairment, emotional disorder, and LOS of elderly patients in a district general hospital.* Br J Medical Psychology 1987; 60 : 133 - 139
17. Schneider G, *The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older.* Psychoth Psychosom 2000; 69(5):251-260
18. Evans DL. *Depression in the medical setting: biopsychosocial interactions and treatment considerations.* J Clin Psychiatry 1999; 60 (suppl 4): 40-55

19. Derogatis LR, et al. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. JAMA 1983; 249 : 751 - 757
20. Bukberg J, Penman D, Holland J. *Depression in hospitalized cancer patients*. Psychosom Med 1984; 46 : 199 - 212

[55]

21. Hardman A, Maguire P, Crowther D. *The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward*. J Psychosom Res 1989; 33(2):235-239.
22. Maguire P, et al. *The effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy*. Brit Med J 1980; 281:1454-1456
23. Maguire P, Haddad P. *Psychological reactions to physical illness*. In: *Seminars on Liaison Psychiatry*, (eds. E. Guthrie e F. Creed), Londres, The Royal College of Psychiatrists, p. 157-191, 1996
24. Katon W, Egan K, Miller D. *Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history*. Am J Psychiatry 1985; 142:1156-1160
25. Bridges KW, Goldberg DP. *Psychiatric illness in inpatients with neurological disorders: patients' views on discussion of emotional problems with neurologists*. Br Med J 1984; 289: 656-658
26. Judd FK, et al. *Depression Following spinal cord injury. A prospective in-patient study*. Br J Psychiatry 1989; 154:668-671
27. Kirk CA, Saunders M. *Psychiatric illness in a neurological out-patient department in North East England*. Acta Psychiatr Scand 1979; 60: 427-437
28. Lloyd G, Cawley RH. *Psychiatric morbidity in men one week after first myocardial infarction*. Brit Med J 1978; 2:1453-1454
29. Lloyd G, Cawley RH. *Distress or illness? A study of psychological symptoms after myocardial infarction*. Brit J Psychiatry 1983; 142:120-125
30. Schleifer SJ, et al. *The nature and course of depression following Myocardial Infarction*. Arch Internal Med 1989; 149:1785-1789
31. Ladwig KH, et al. *Factors which provoke post-infarction depression: results from the Post-Infarction Late Potential Study (PILP)* J Psychosom Res 1992; 36(8):723-729
32. Forrester AW. *Depression following myocardial infarction*. Int J Psychiatry Med 1992; 22(10):33-46
33. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival*. JAMA 1993; 270(15):1819-1825
34. Gonzales MB, et al. *Depression in patients with coronary artery disease*. Depression 1996; 4(2):57-62
35. Hance M, et al. *Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up*. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18(1):61-65
36. Strik JMH, et al. *One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome*. J Psychosom Res 2004; 56 : 59 - 66
37. Bush DE, et al. *Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction*. Am J Cardiol 2001; 88:337-314
38. Barefoot JC, et al. *Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease*. Psychosom Med 2000; 62:790-795
39. Lane D, et al. *Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety*. Psychosom Med 2001; 63:211-230

40. Shiotani I, et al. *Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction.* J Cardiovasc Risk 2002; 9 : 153 - 160

[56]

41. Lauzon C, et al. *Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction.* CMAJ 2003; 168(5):547-552

42. Lespérance F, et al. *Depression and 1-year prognosis in Unstable Angina.* Arch Intern Med 2000; 160:1354-1360

43. Lane D, et al. *In-hospital symptoms of depression do not predict mortality 3 years after myocardial infarction.* International J Epidemiology 2002; 31:1179-1182

44. Mayou RA. *Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction.* Psychosom Med 2000; 62:212-219

45. Crowe JM. *Anxiety and depression after acute myocardial infarction.* Heart Lung 1996; 25(2):98-107

46. Moser DK, Dracup K. *Is anxiety after MI associated with subsequent ischemic arrhythmic events?* Psychosom Med 1996; 58(5):395-401

47. Burker EJ. *Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery.* Br J Clin Psychol 1995; 34 (Pt1):119-128

48. Anthony JC. *Limits of the "Mini-Mental State" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients.* Psychol Med 1982; 12:397-408

49. Roca RP. *Recognition of dementia among medical patients.* Arch Intern Med 1984; 144:73-75

50. De Paulo JR, Gordon B. *Psychiatric screening in a neurological ward.* Psychological Med 1980; 10:125-13

51. Van der Mast RC, et al. *Incidence of and preoperative predictors for delirium after cardiac surgery.* J Psychosom Res 1999; 46(5):479-483

52. Rosa A, Cardoso G. *Psychiatric morbidity in a Gastroenterology Intensive Care Unit.* Resumo, Actas do First Anglo-Portuguese Consultation-Liaison Psychiatry Meeting, Lisboa, 1996

53. Chen CH, Chen WJ, Cheng AT. *Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general hospital.* Gen Hosp Psychiatry 2004; 26:219-225

54. Regier D, et al. *One-month prevalence of mental disorders in the United States.* Arch Gen Psychiatry 1988; 45:977-986

55. Oakley-Browne M, et al. *Christchurch psychiatric epidemiology study, part II: six-month and other period prevalences of specific psychiatric disorders.* Austr N Zealand J Psychiatry 1989; 23:327-340

56. Weissman MM, Myers JK. *Affective disorders in a US urban community: the use of research criteria in an epidemiological survey.* Arch Gen Psychiatry 1978; 35 : 1404 - 1311