

MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NOS DOENTES INTERNADOS NO HOSPITAL GERAL

J. M. CALDAS DE ALMEIDA, MIGUEL XAVIER, FILOMENA NABAIS, FERNANDA SANTOS, JOSÉ MORAIS

Clínica de Saúde Mental e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Centro de Saúde Mental de Lisboa/Oeiras.

RESUMO

Foi estudada a morbilidade psiquiátrica numa população de 73 indivíduos internados nos Serviços de Medicina, Cirurgia e Obstetrícia do Hospital de S. Francisco Xavier. Num primeiro tempo, os doentes foram objecto de uma avaliação clínica efectuada pelos seus médicos assistentes, para depois serem avaliados através da aplicação do General Health Questionnaire (GHQ 30), por psiquiatras. Tomando como base a avaliação clínica, 41,1% dos doentes apresentavam uma perturbação psicológica significativa. Todavia, verificaram-se diferenças muito significativas entre doentes dos vários serviços (12% em Obstetrícia, 26% em Cirurgia e 84% em Medicina). Através da aplicação do GHQ 30 verificou-se que 50 doentes (68,5%) eram casos positivos, o que contrasta do ponto de vista estatístico com os resultados da avaliação clínica. No que se refere aos diagnósticos sindrómicos efectuados pelos médicos assistentes, verifica-se um claro predomínio dos quadros de depressão e de ansiedade; as situações associadas a distúrbios mentais orgânicos surgem com um peso menor e quase limitadas ao Serviço da Medicina. Os resultados obtidos confirmam a existência de uma morbilidade psiquiátrica significativa no hospital geral, embora com diferenças apreciáveis entre os vários serviços. Pode-se concluir também que há um número grande de casos com compromisso psicológico que não são adequadamente diagnosticados (sobretudo nos Serviços em que há uma relação médico-doente menos prolongada), facto que vem dar mais força aos argumentos a favor do desenvolvimento de programas de psiquiatria de ligação.

SUMMARY

Psychiatric morbidity in the general hospital inpatients

Psychiatric morbidity was studied in 73 patients of three Units (Medicine, Surgery and Obstetrics) of a general hospital (S. Francisco Xavier Hospital, Lisbon). In the first stage, the patients were clinically evaluated by their doctors. In the second stage, psychiatrists using the General Health Questionnaire (G.H.Q. 30) interviewed all the patients according to the clinical evaluation, 41% of the patients had a significant psychological disorder. However, very significant differences were found between the prevalence rates in the three units. As defined by the G.H.Q. 30, 50 patients (68,5%) had psychiatric disorders, which is statistically different from the results obtained through clinical evaluation. The depression and anxiety syndromes were the most frequent disorders. Organic mental disorders were less frequent and almost limited to medical patients. The results of this study confirm a high rate of psychiatric morbidity in the general hospital, although considerable differences exist between the three units included in the study. We can also conclude that many psychiatric disorders are not correctly identified. This fact, more frequent in units where there is a more brief doctor-patient relationship, supports the necessity of implementing liaison psychiatry programs.

INTRODUÇÃO

A experiência clínica sugere que a morbilidade psiquiátrica entre os doentes internados no hospital geral atinge valores muito significativos. Entendida no seu sentido mais amplo, a morbilidade psiquiátrica nesta população abarca um conjunto muito diversificado de situações clínicas. Por um lado, as complicações psiquiátricas que podem ocorrer em inúmeras doenças somáticas; por outro lado, as doenças somáticas que se podem apresentar através de sintomatologia psiquiátrica (por ex., algumas doenças endocrinológicas); e, finalmente, as situações de perturbação psicológica relacionadas com dificuldades de adaptação à doença e às vicissitudes dos tratamentos instituídos.

Este último grupo assume actualmente uma importância que deve ser sublinhada. Com efeito, os progressos terapêuticos registados, nos últimos anos, em diversos campos da medicina, permitem actualmente tratar com eficácia indiscutível um grande número de doenças contra as quais pouco ou nada havia a fazer num passado recente. Ao mesmo tempo, contudo, estes progressos obrigam frequentemente os doentes a submeterem-se a intervenções terapêuticas que implicam constrangimentos importantes nas suas vidas, e que se revestem, por vezes, de características traumáticas consideráveis.

Naturalmente, é a nível do hospital geral — onde, hoje em dia, se tratam a generalidade das doenças mais graves — que estes problemas se fazem sentir com maior intensidade. Não deve,

assim, constituir surpresa que, entre os doentes internados nestes hospitais, as situações de desajustamento e de sofrimento psicológico relacionados com a doença se revistam de particular importância.

Um conhecimento mais profundo e rigoroso dos problemas psiquiátricos dos doentes internados nos hospitais gerais constitui uma prioridade importante. Por um lado, porque torna possível um diagnóstico mais correcto e uma intervenção terapêutica mais eficaz nestas situações, que frequentemente exercem uma influência significativa na evolução clínica dos doentes. Por outro lado, porque só através de estudos da prevalência dos problemas psicológicos nos diferentes serviços no hospital geral se poderá efectuar um planeamento dos cuidados que permitam assegurar uma resposta adequada a estes problemas¹.

Por estas razões, no decurso dos últimos anos, tem-se registado, em todo o mundo, um interesse crescente pela investigação nesta área e pelo desenvolvimento de novas formas de colaboração, a nível assistencial, entre as equipas de psiquiatria dos hospitais gerais e as equipas dos restantes serviços hospitalares^{2,3}.

Em última análise, o que está em causa é o reconhecimento cada vez maior, por parte dos psiquiatras e dos médicos das outras especialidades, da necessidade que existe actualmente de se prestarem às pessoas internadas nos hospitais gerais cuidados médicos globais e integrados, que incluam, a par das terapêuticas dirigidas às suas doenças somáticas, intervenções destinadas a

minorar o sofrimento psicológico que tantas vezes acompanha esta situações.

Trabalhos efectuados com doentes enviados às unidades de psiquiatria de ligação permitem-nos ter uma ideia consideravelmente rigorosa dos diferentes tipos de problemas que exigem mais cuidados psiquiátricos no hospital geral. Os quadros depressivos parecem ser os mais frequentes, seguindo-se os distúrbios mentais orgânicos e, a uma distância maior, as perturbações de personalidade e as descompensações psicóticas⁴⁻⁸.

Elevadas taxas de morbilidade psiquiátrica têm sido comprovadas em doentes sofrendo de várias doenças específicas – neoplasias, doenças cardíacas, insuficiência renal crónica, doenças gastro-intestinais, doenças ginecológicas, doenças neurológicas⁹⁻¹⁵.

Alguns trabalhos, realizados no conjunto dos doentes internados no hospital geral, apontam para uma elevada taxa de morbilidade psiquiátrica (30 a 80%) nesta população⁴.

Curiosamente, como referem Mayou e Hawton¹, pouco se sabe sobre a realidade específica dos diferentes serviços hospitalares, sendo previsível, no entanto, que a morbilidade psiquiátrica seja especialmente alta em unidades como as oncológicas ou as de cuidados intensivos.

Goldberg e Blackwell¹⁶ demonstraram que, a nível da Clínica Geral, os médicos não identificam um número apreciável de casos com compromisso psicológico e que este facto tinha repercursões importantes na evolução clínica dos casos não identificados.

Uma dificuldade semelhante tem sido demonstrada a nível do hospital geral, verificando-se que na presença de doenças físicas graves o diagnóstico de perturbações emocionais é muitas vezes difícil. Assim, estudos em que se compararam os resultados da avaliação efectuada pelos médicos com os resultados obtidos com o General Health Questionnaire¹⁷ revelaram que entre 35% e 49% dos casos positivos, de acordo com este instrumento, não eram detectados pelos médicos assistentes¹⁸⁻²⁰.

Também os distúrbios mentais orgânicos não são por vezes devidamente diagnosticados: 20 a 63% dos casos¹⁹⁻²¹ quando se tomam como referência os resultados obtidos com o Mini Mental State²².

Todos estes estudos vieram reforçar os argumentos a favor do desenvolvimento de programas de psiquiatria de ligação nos hospitais gerais. Na verdade, estes programas podem prestar uma contribuição valiosa no sentido de assegurar uma maior capacidade dos médicos dos diferentes serviços no diagnóstico e tratamento dos casos com compromisso psicológico, ao mesmo tempo que permitem prestar uma intervenção especializada nos casos que se revestem de maior gravidade. Aliás, a avaliação de programas de psiquiatria de ligação tem comprovado claramente os benefícios resultantes do desenvolvimento deste tipo de programas²³⁻²⁶.

Este trabalho procura atingir dois objectivos principais. Em primeiro lugar, avaliar a morbilidade psiquiátrica encontrada em diferentes serviços do hospital e verificar se existem diferenças significativas entre estes. Em segundo lugar, avaliar as capacidades dos médicos de cada serviço no diagnóstico dos casos com compromisso psicológico e investigar eventuais diferenças entre as capacidades dos médicos dos diferentes serviços.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi estudada de forma transversal uma população de 73 indivíduos constituída dos doentes internados nos serviços de Medicina (25), Cirurgia (23) e Obstetrícia (25) do Hospital de S. Francisco Xavier, durante o período que decorreu entre 12 e 16 de Fevereiro de 1990, e que se encontravam em condições de responder ao questionário aplicado.

O protocolo seguido compreendeu duas fases: num primeiro tempo, os médicos dos vários serviços responderam individualmente a um questionário escrito sobre cada um dos seus doentes,

em que era focada a existência de compromisso psicológico ou psicopatológico e, em caso afirmativo, o tipo de perturbação encontrada e as eventuais dificuldades da relação médico-doente daí decorrentes. Em relação ao primeiro aspecto, cada doente foi classificado numa escala com as seguintes classes: 1. Doença somática sem compromisso psicológico; 2. Doença somática com compromisso psicológico significativo; 3. Doença predominantemente psiquiátrica. No que diz respeito ao diagnóstico sindromático, foi pedido aos médicos que indicassem o(s) tipo(s) de perturbação psiquiátrica encontrada(s) nos seus doentes: 1. Ansiedade; 2. Insónia; 3. Depressão; 4. Neurose; 5. Alcoolismo; 6. Demência; 7. Outras. Na fase seguinte foi aplicada por um psiquiatra, a cada indivíduo internado, o *General Health Questionnaire* (GHQ30), desenvolvido por Goldberg¹⁷.

Dada a circunstância de as variáveis em estudo serem de tipo discreto, optou-se, dentro dos testes não paramétricos, por uma análise de independência inter-amostras, recorrendo-se para tal ao teste de contingência do X^2 ; foi efectuada correcção de Yates para $n < 30$.

RESULTADOS

Verifica-se que, na apreciação realizada pelos médicos assistentes, 30 doentes apresentavam compromisso psicológico, sendo de assinalar a existência de diferenças significativas entre os vários serviços, nomeadamente entre Medicina, com 21 casos, e Obstetrícia, com apenas 3 (Quadro 1).

QUADRO 1 – Compromisso Psicológico por Especialidades

Serviço	Doentes c/perturb.	S/perturb.
Medicina	21 (84%)	4 (16%)
Cirurgia	6 (26,1%)	17 (73,9%)
Obstetrícia	3 (12%)	22 (88%)
Total	30 (41,1%)	43 (59,9%)
X – 29,9	D.F. – 2	p – 0,0003

Relativamente ao tipo de perturbações em causa, e ainda segundo esta apreciação realizada pelo *staff* médico, verifica-se que predominavam as situações de ansiedade e depressão (11 casos cada), seguidas dos problemas de insónia (5 casos) e de alcoolismo (4 casos) (Quadro 2).

QUADRO 2 – Tipo de Perturbação por Especialidades

Diag. Sindromático	Medicina	Cirurgia	Obstetrícia
Ansiedade	6 (24%)	3 (11,5%)	2 (8%)
Insónia	3 (12%)	1 (3,85%)	1 (4%)
Depressão	7 (28%)	3 (11,5%)	1 (4%)
Neurose	1 (4%)	–	–
Alcoolismo	4 (16%)	1 (3,8%)	–
Demência	1 (4%)	1 (3,8%)	–
Outros	2 (8%)	1 (3,8%)	–
Sem diagnóstico	4 (16%)	19 (73,1%)	22 (88%)
X – 31,78	D.F. – 14	p – 0,0043	

Após aplicação do G.H.Q. verificou-se que 50 internados tinham um *score* igual ou superior a 5 (indicativo de perturbação psicológica)¹⁷, o que do ponto de vista estatístico contrasta de forma altamente significativa ($p < 0,0009$) com o número encontrado pelos médicos-assistentes, que foi de apenas 30 indivíduos (Quadro 3).

QUADRO 3 – Compromisso Psicológico e G.H.Q.

Compromisso Psicológico	G.H.Q.	
	G.H.Q.+	G.H.Q.-
Sim	27 (90,0%)	3 (10,0%)
Não	23 (53,5%)	20 (46,5%)
Total	50 (68,5%)	23 (31,5%)
	$X^2 - 10,92$	$p - 0,0009$

No que diz respeito à variabilidade do G.H.Q. com os diferentes diagnósticos sindromáticos descritos pelo *staff*, é de referir a concordância entre presença de dados clínicos concretos e *scoring* do G.H.Q., o que evidencia a boa sensibilidade do teste (Quadro 4).

QUADRO 4 – Diagnóstico Sindromático e G.H.Q.

Diag. Sindromático	G.H.Q.+	G.H.Q.-
Ansiedade	10 (13,7%)	1 (1,37%)
Insónia	4 (5,48%)	1 (1,37%)
Depressão	10 (13,7%)	1 (1,37%)
Neurose	–	1 (1,37%)
Alcoolismo	5 (6,85%)	–
Demência	2 (2,74%)	–
Outros	4 (5,48%)	–
Sem Diagnóstico	23 (31,5%)	20 (27,4%)
	$X^2 - 17,678$	$D.F. - 7$
		$p - 0,0135$

Por último, comparou-se a avaliação médica com o resultado do teste de Goldberg por especialidades, constatando-se que nos serviços de Cirurgia e de Obstetrícia (e sobretudo neste último) há um número significativamente maior de casos GHQ+ não identificados pelos médicos assistentes que no Serviço de Medicina (Quadro 5). Verifica-se ainda (Quadro 6) que, enquanto em Cirurgia e Obstetrícia todos os casos GHQ- são considerados com compromisso psicológico pelos seus médicos assistentes, em Medicina 3 casos GHQ- são considerados com compromisso psicológico pelos seus médicos.

QUADRO 5 – Casos G.H.Q. Positivos e Compromisso Psicológico por Especialidades

Serviço	Com compromisso Psicológico	Sem compromisso psicológico
Medicina	18	4
Cirurgia	6	9
Obstetrícia	3	11
	$X^2 - 13,533$	$D.F. - 2$
		$p - 0,001$

QUADRO 6 – Casos G.H.Q. Negativos e Compromisso Psicológico por Especialidades

Serviço	Com compromisso Psicológico	Sem compromisso psicológico
Medicina	3	0
Cirurgia	0	9
Obstetrícia	0	11
	$X^2 - 23,000$	$D.F. - 2$
		$p - 0,00001$

DISCUSSÃO

A existência de elevados valores de morbilidade psiquiátrica na amostra estudada foi comprovada, quer através da avaliação clínica efectuada pelos médicos hospitalares, quer através dos resultados obtidos com a aplicação do G.H.Q.

Tomando como referência os dados proporcionados pela avaliação clínica, verifica-se que quase metade (41,1%) dos doentes avaliados apresentava uma perturbação psicológica significativa. Os valores encontrados nos diferentes serviços apresentam, porém, diferenças muito marcadas entre si: desde 12% no serviço de Obstetrícia a 84% no de Medicina, passando por 26% no de Cirurgia.

Que razões poderão estar na base de diferenças tão acentuadas? Um factor que, certamente, poderá ter um peso importante é o tipo de doenças dominante em cada um dos serviços considerados. Na verdade, no Serviço de Medicina, por exemplo, encontram-se doentes que, em regra, sofrem de doenças mais prolongadas e com expectativas terapêuticas mais pessimistas que nos outros serviços.

Sendo assim, é natural que no Serviço de Medicina assumam um relevo particular as situações clínicas acompanhadas de complicações psicopatológicas, bem como os casos envolvendo problemas de adaptação à doença e às vicissitudes do tratamento.

A diferença neste aspecto é especialmente marcada quando o termo de comparação é o Serviço de Obstetrícia, onde a maior parte das pacientes se encontra internada por períodos muito curtos e por motivos que não são propriamente de doença. De qualquer forma, conhecendo-se a importância das implicações psicológicas e psicopatológicas das situações de parto²⁷⁻²⁹, não pode deixar de causar alguma perplexidade o facto de neste Serviço surgirem tão poucos casos com compromisso psicológico, de acordo com a avaliação dos médicos assistentes.

No que se refere à posição intermédia dos valores encontrados no Serviço de Cirurgia, ela não constitui motivo de surpresa. Com efeito, embora muitos dos doentes internados neste Serviço possam sofrer de doenças graves, a verdade é que a perspectiva cirúrgica é frequentemente acompanhada de uma esperança nos resultados terapêuticos muito superior à que se encontra associada às terapêuticas médicas.

Um outro factor com influência significativa nas diferenças encontradas entre os vários Serviços poderá ser o tempo médio de internamento. Por um lado, os internamentos longos (mais frequentes em Medicina) implicam um afastamento mais prolongado do meio familiar e um maior contacto com as limitações e os traumatismos resultantes dos programas terapêuticos (geralmente incómodos e difíceis de suportar no contexto do internamento hospitalar). Por outro lado, os internamentos prolongados, ao proporcionarem um melhor conhecimento mútuo entre o médico e o doente e ao facilitarem o estabelecimento de uma relação mais próxima e continuada entre ambos, podem permitir uma apreciação mais atenta e correcta, por parte do médico, do eventual sofrimento psicológico do doente.

A ser verdadeira esta última hipótese, as diferenças encontradas entre os vários serviços dependeriam não só de uma diferença real entre a morbilidade psiquiátrica associada à patologia es-

pecífica de cada um dos serviços, mas também das condições diversas de que dispõem os médicos dos diferentes serviços para proceder a uma identificação correcta dos casos com compromisso psicológico.

No que se refere aos diagnósticos sindrómicos efectuados pelos médicos assistentes dos doentes incluídos na amostra estudada (Quadro 2), verifica-se um claro predomínio dos quadros de depressão e de ansiedade. As situações associadas ao alcoolismo têm um peso menor e encontram-se quase só limitadas ao Serviço de Medicina.

Estes resultados traduzem uma apreciação clínica desprovida do suporte de qualquer instrumento minimamente estruturado, pelo que obrigam a alguma cautela nas conclusões que a partir deles se pretendam retirar. Todavia, no essencial, eles comprovam as tendências que têm sido evidenciadas noutros trabalhos efectuados neste domínio⁴⁻⁸.

A elevada morbilidade psiquiátrica da amostra estudada, já evidenciada através da avaliação clínica, surge ainda mais reforçada com os valores obtidos através da aplicação do G.H.Q. (Quadro 3). Estes valores, aliás, mostram uma diferença muito significativa relativamente aos valores encontrados com a avaliação clínica, facto que merece alguma reflexão.

Uma certa proporção de falsos casos positivos, resultantes de certos ítems do G.H.Q. poderem ser respondidos positivamente por doentes com sintomas somáticos independentemente do seu estado psíquico, pode certamente ter contribuído para a diferença atrás referida. Na verdade, embora o G.H.Q. seja o instrumento mais utilizado em estudos de identificação de casos psiquiátricos, e a versão G.H.Q. 30 seja justamente a menos dependente de sintomas somáticos, sabemos que nas populações de doentes com doenças somáticas muito graves a especificidade do G.H.Q. não atinge valores muito altos¹.

No entanto, a diferença encontrada parece dever-se também a outros factores, nomeadamente a dificuldades experimentadas no diagnóstico das situações com compromisso psicológico, por parte dos médicos assistentes. Estas dificuldades, já evidenciadas a nível de clínica geral^{14,29,39} e do hospital geral¹⁸⁻²¹, poderão estar relacionadas com a reduzida importância que geralmente tem sido atribuída à abordagem bio-psicossocial da saúde e da doença pela educação médica².

A comparação da avaliação médica com os resultados do G.H.Q., por especialidades, apresentada no Quadro 5, revela que os casos G.H.Q. positivos não identificados pelos médicos assistentes se encontram sobretudo nos serviços de Obstetrícia (11 casos) e Cirurgia (8 casos), em contraste com o de Medicina (onde apenas surgem 4 casos).

Esta diferença, altamente significativa, entre os Serviços de Obstetrícia e de Cirurgia, por um lado, e o Serviço de Medicina, por outro, sugere a existência de maiores dificuldades de diagnóstico das situações com compromisso psicológico entre os médicos dos dois primeiros Serviços que entre os médicos do Serviço de Medicina. Sendo assim, parece haver alguma confirmação da hipótese atrás referida, segundo a qual as dificuldades de diagnóstico das perturbações psicológicas se encontrarão associadas ao tipo de relação médico-doente que se tende a estabelecer em cada Serviço. Com efeito, o facto de as dificuldades diagnósticas serem menos frequentes no Serviço de Medicina poderá resultar de neste Serviço se estabelecerem, em regra, relações mais continuadas entre doentes e médicos, ficando estes com mais possibilidades de avaliar adequadamente as perturbações psicológicas que eventualmente ocorram.

De qualquer modo, parece legítimo pensar-se que a não identificação de casos com compromisso psicológico possa ser especialmente frequente nas especialidades em que predomina uma abordagem focalizada no tempo e mais centrada numa intervenção técnica, como é o caso da Cirurgia e Obstetrícia.

As consequências resultantes do insuficiente diagnóstico das perturbações psicológicas que ocorrem nos doentes internados no hospital geral não são conhecidos com rigor. No entanto, tal

como é sugerido pela experiência clínica, e encontra alguma comprovação em estudos de avaliação de programas de psiquiatria de ligação²³⁻²⁶, aquelas consequências são significativas, quer no que se refere ao sofrimento vivido pelos doentes, quer no que diz respeito à evolução dos seus quadros clínicos e aos meios terapêuticos que eles exigem.

CONCLUSÃO

A elevada prevalência de situações com compromisso psicológico significativo entre os doentes internados no hospital tem sido demonstrada em vários estudos. Este trabalho confirma esta constatação e revela a existência de diferenças significativas entre as prevalências encontradas nos vários serviços incluídos na amostra estudada (Medicina, Cirurgia e Obstetrícia), facto que pode ser importante para o planeamento de programas de psiquiatria de ligação.

Demonstra-se também que um número muito significativo de casos com compromisso psicológico não é devidamente identificado e que isso parece verificar-se sobretudo em especialidades em que a intervenção médica é mais pontual e concentrada em procedimentos técnicos específicos (como é o caso da Cirurgia e da Obstetrícia). Parece, assim, justificada a necessidade de se assegurar um apoio de psiquiatria de ligação a todos os serviços do hospital geral, embora com prioridades específicas de acordo com as necessidades de cada especialidade.

Muitos problemas continuam, porém, por investigar neste domínio. Embora algo se saiba já sobre os diagnósticos psiquiátricos mais correntes nestas populações, é indispensável conhecer melhor as características clínicas destes casos, bem como a sua evolução e as suas consequências. Importa ainda investigar mais profundamente as dificuldades verificadas no diagnóstico destas situações, as razões que estão na sua origem e os modos de as superar. Finalmente, urge desenvolver trabalhos que permitam avaliar os programas de psiquiatria de ligação, pondo em confronto os seus custos e os benefícios que deles podem resultar.

BIBLIOGRAFIA

- MAYOU R., HAWTON K.: Psychiatric disorders in the General Hospital. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149: 172-190.
- LIPOWSKI Z. J.: Consultation - Liaison Psychiatry at century's end. *Psychosomatics* 1992; 33: 128-133.
- STRAIN J.J., HAMMER J., LEWIS C. et al.: The evolution of a literature search schema for Consultation - Liaison Psychiatry: the database and its computation. *General Hospital Psychiatry* 1990; 12 Suppl 1: 1-54.
- LIPOWSKI Z.J.: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine II. Clinical aspects. *Psychosomatic Medicine* 1967; 29: 201-224.
- BUSTAMANTE J.P., FORD C.V.: Characteristics of general hospital patients referred for psychiatric consultation. - *Journal of Clinical Psychiatry* 1991; 42: 338-341.
- COHEN-COLE S.A., STOUDEMIRE A.: Major depression and physical illness. *Psychiatric Clinics of North America* 1987; 10: 1-17.
- CALDAS DE ALMEIDA J.M., DELGADO L., TAVARES L., GUERREIRO M., FRASQUILHO M.A.A., COSTA A.: Depressão nos insuficientes renais crónicos. *O Médico* 1987; 1852: 251-253.
- BARBOSA A., CARDOSO G., FRANÇA DE SOUSA J., SIMÕES DA FONSECA J.L.: Psiquiatria de ligação. Atendimento psiquiátrico num hospital geral. *O Médico* 1988; 119: 337-342.
- BUKBERG J., PEUMAN D., HOLLAND J.: Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine* 1984; 46: 199-212.
- DEROGATIS L.R., MORROW G.E., FETTING J.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association* 1983; 249: 751-757.
- LOYD G., CAWLEY R.H.: Distress of illness? A study of psychological symptoms after myocardial infarction. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142: 120-125.
- CZACZES J.W., KAPLAN DE - NOUR A.: Chronic hemodialysis as a way of life, New York: Brunner/Mazer Publ., 1978.
- FORD M.J.: Invited review; the irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30: 399-410.

14. GATH D. H., COOPER P.J., DAY A.: Hysterectomy and psychiatric disorder. I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *British Journal of Psychiatry* 1982; 140: 335-342.
15. BRIDGES K. W., GOLDBERG D.P.: Psychiatric illness in neurological disorders: Patients views on discussion of emotional problems with neurologists. *British Medical Journal* 1984; 289: 656-658.
16. GOLDBERG D., BLACKWELL B.: Psychiatric illness in a suburban general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 1970; 2: 439-443.
17. GOLDBERG D.: The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, 21, London: Oxford University Press, 1972.
18. MAGUIRE S.P., JULIER D.L., HAWTON K.E., BANCROFT J.H.: Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. *British Medical Journal* 1974; 1: 268-270.
19. KNIGHTS E., FOLSTEIN M.F.: Unsuspected emotional and cognitive disturbances in medical patients. *Annals of Internal Medicine* 1977; 87: 723.
20. CAVANNAUGH S.A.: The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in general medical population: using the MMSE, G.H.Q. and B.D.I. *General Hospital Psychiatry* 1983; 5: 15-24.
21. ROCA R.P., KLEIN L.E., KIRBY S.M. et al: Recognition of dementia among medical patients. *Archives of Internal Medicine* 1984; 144: 73-75.
22. FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MCHUG A.: *Mini Mental State*. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-198.
23. LYONS J.S., HAMMER J.S., WISE T.N., STRAIN J.J.: Consultation - Liaison Psychiatry and cost-effectiveness research. A review of methods. *General Hospital Psychiatry* 1985; 7: 302-308.
24. LEVITAN S.J., KORNFELD D.S.: Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1981; 138: 90-93.
25. MUMFORD E., SCHLESINGER H.-J., GLASS G.U., PATRICK C., CUERDON T.: A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 1145-1158.
26. FULOP G., STRAIN J.J., VITA J., LYONS J.S., HAMMER J.S.: Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 878-882.
27. COOPER P.J., CHAMPBEL E.A., DAY A. et al: Non-psychiatric disorder after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 799-806.
28. KENNERLEY H., GATH D.: Maternity blues, I. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 356-362.
29. WATSON J.P., ELLIOTT S.A., RUGG A. J., BROUGH D.I.: Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 453-462.
30. JOHNSTONE A., GOLDBERG D.: Psychiatric screening in general practice. *Lancet* 1986; I: 605-608.
31. MARKS J.N., GOLDBERG D.P., HILLIER V.F.: Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 1979; 9: 337-353.