**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIA EUGÊNIA DE SIMONE BRITO DOS SANTOS

**Identificação de fatores associados à aderência ao
tratamento, reinternação hospitalar e necessidades de
cuidados de pacientes inseridos na rede pública de
assistência em saúde mental**

RIBEIRÃO PRETO

2015

MARIA EUGÊNIA DE SIMONE BRITO DOS SANTOS

**Identificação de fatores associados à aderência ao
tratamento, reinternação hospitalar e necessidades de
cuidados de pacientes inseridos na rede pública de
assistência em saúde mental**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de Concentração: Saúde Mental.

**Orientadora: Profa. Dra. Cristina
Marta Del-Ben**

RIBEIRÃO PRETO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Maria Eugênia de Simone Brito dos

Identificação de fatores associados à aderência ao tratamento, reinternação hospitalar e necessidades de cuidados de pacientes inseridos na rede pública de assistência em saúde mental. Maria Eugênia de Simone Brito dos Santos / Orientadora: Cristina Marta Del-Ben. Ribeirão Preto, 2015.

157p.: 6il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde Mental.

1. Fatores preditores; 2. Aderência ao tratamento; 3. Reinternações psiquiátricas; 4. Avaliação de necessidades; 5. Vulnerabilidade social; 6. Rede de assistência em saúde mental.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Maria Eugênia de Simone Brito dos Santos

Título: Identificação de fatores associados à aderência ao tratamento, reinternação hospitalar e necessidades de cuidados de pacientes inseridos na rede pública de assistência em saúde mental.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de Concentração: Saúde Mental.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura	_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que sofrem ou sofreram com uma doença mental.

Que todos um dia possam ter um atendimento digno, respeitoso e humano, com um olhar de entendimento sobre sua dor.

Que sejam cuidados por profissionais competentes, que exerçam sua profissão com ciência e carinho, na mesma medida.

Agradecimentos

Aos meus pais, Marcia e Vilson, pela educação que me deram e que me fez um ser humano honesto, justo e com vontade de saber sempre mais.

Ao meu marido Vanderlei, por todo apoio nesta jornada, nem sempre tão fácil de ser compreendida por quem não é da área médica e científica. Sempre me ajudou e apoiou, simplesmente por acreditar que era importante.

À minha amada filha, Ana Júlia, que sempre teve orgulho de uma mãe estudante, e que se deliciava quando eu também tinha que fazer “lição de casa”. Principalmente a ela, que eu seja um exemplo de que nunca devemos parar.

Aos demais familiares, Gra, tia Gó, Dani, e todos os outros com quem tenho uma dívida emocional, por estarem comigo, não só neste, mas em todos os momentos importantes da minha vida.

À Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben, minha amiga Kit, que, por me incentivar fortemente a fazer doutorado, tornou-se também minha orientadora, papel que exerceu como uma verdadeira cientista (que é!). Aprendi muito com você e tenho certeza de que vou aprender sempre, pois o doutorado se finda, mas amigos não saem de nossas vidas.

Às psicólogas, hoje amigas, Maria Cristina Nessi e Nathalia Morgado, que viveram comigo este projeto, executaram brilhantemente o papel de entrevistadoras, mas, principalmente, entenderam e “compraram a ideia” de que poderíamos estudar para tentar mudar e, por causa disso, mergulharam fundo no mundo dos pacientes, e com isso vivenciaram comigo as alegrias e angústias de sermos profissionais de saúde mental neste momento.

Aos colegas e amigos da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, João, Alcion, Celinha, Cybele e Vinicius, que me receberam em 2007, como se eu nunca tivesse saído de lá, lugar em que ainda me sinto em casa e em família.

Às colegas de trabalho com quem convivo diariamente, Fabiana, Flavi, Carol, Maria Clara, que tiveram muita paciência comigo, especialmente nesta reta final, que é uma prova de “controle da saúde mental”.

Aos colaboradores, Prof. Dr. Jair de Jesus Mari, pelas importantes contribuições no projeto; Profa. Dra. Denise Razzouk, que participou com

sugestões, desde a elaboração do projeto, e se manteve em contato durante toda sua execução, contribuindo sempre; Prof. Dr. Régis Eric Barros, que teve o imenso trabalho (e foi imenso mesmo) de criar o banco de dados que possibilitou esta pesquisa; e ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, uma pessoa querida, disponível, que me ajudou a desvendar os mistérios da análise estatística e tornou-a compreensível.

Aos professores das disciplinas cursadas, Prof. Dr. Jaime Eduardo Hallak, Prof. Dr. José Alexandre Crippa, Profa. Dra. Ana Maria Pimenta, Profa. Dra. Patrícia dos Santos, Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro, Profa. Dra. Flávia Osório, e a todos os colegas de Pós-Graduação, que me fizeram academicamente mais madura, e sempre agregaram valor ao meu conhecimento, quando estávamos juntos.

Aos professores do Exame de Qualificação, Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro, Prof. Dr. João Mazzone de Azevedo Marques e Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez, pelo cuidado com a leitura do material e importantes sugestões oferecidas.

Aos amigos londrinos do Instituto de Psiquiatria do King's College, Stephanie, Adanna, Rosie Padley, Charlotte, que dividiram seu espaço e seus dias comigo, e aos professores Dr. Craig Morgan, Dra. Morven Leese, Dr. Graham Thornicroft, Dr. Mike Slade, que dedicaram parte preciosa do seu tempo para discutir meu projeto e oferecer sugestões.

Aos profissionais da Janssen Cilag do Brasil, Dr. Flávio, Dr. Fábio Lawson, Margareth e Cristina Wang, que acreditaram que o projeto era bom, levaram-no às instâncias necessárias e o defenderam para conseguirmos o patrocínio de investigador independente, sem o qual as entrevistas não teriam sido possíveis.

À Marcia Helena Pereira, que digitou e conferiu meus dados, colocando muito carinho em seu trabalho.

A todos os pacientes e familiares, que dispuseram de seu tempo, receberam-nos em suas vidas, dividiram suas histórias e tornaram o sonho realidade.

Epígrafe

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse essa gota”.

Madre Teresa de Calcutá

Resumo

SANTOS, M.E.S.B. (2015). **Identificação de fatores associados à aderência ao tratamento, reinternação hospitalar e necessidades de cuidados de pacientes inseridos na rede pública de assistência em saúde mental.** 157f. 2015. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Na atual conjuntura assistencial em saúde mental, em que se prioriza modalidades de tratamento comunitário, o efetivo funcionamento da rede de assistência ao portador de transtorno mental é de vital importância. A região de Ribeirão Preto-SP, durante o processo de desinstitucionalização de pacientes com transtorno mental das últimas décadas, assistiu à diminuição substancial do número de leitos psiquiátricos e à criação de novos serviços comunitários, que mais recentemente parecem não ser suficientes para atender à demanda de internação existente. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar fatores sociodemográficos e clínicos associados à má aderência ao tratamento, às readmissões hospitalares e às necessidades de cuidados não atendidas de pacientes com transtorno mental, pois essas informações juntas podem ser um indicador de qualidade da assistência oferecida. Inovou-se, ao utilizar em um estudo brasileiro, na área da saúde mental, o índice de vulnerabilidade social como uma variável sociodemográfica, e também por se avaliarem as necessidades de cuidados dos pacientes da rede de assistência utilizando a *Camberwell Assessment of Needs* (CAN), instrumento mundialmente utilizado para esse fim. Foi realizada busca de todos os 933 pacientes psiquiátricos que apresentaram um transtorno mental que foi grave o suficiente para justificar suas primeiras internações nos anos de 2006 e 2007, nos hospitais com leitos psiquiátricos em Ribeirão Preto. Como a busca foi do indivíduo na comunidade, independente do seu vínculo com serviços de saúde, esse desenho conferiu ao estudo uma característica naturalística do que aconteceu aos pacientes na rede assistencial em um período mínimo de quatro anos após a primeira internação. Por meio de entrevista com 333 pacientes, identificou-se taxa de aderência de 59,6%, e os fatores associados à melhor aderência ao tratamento foram: maior faixa etária, inatividade profissional e internação em hospital geral; enquanto o diagnóstico de transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas associou-se a pior aderência. Em relação à taxa de reinternação, 22,2% dos pacientes foram reinternados no período. A inatividade profissional, a internação índice com 31 dias ou mais e diagnósticos de mania e transtornos psicóticos do tipo esquizofrênico associaram-se positivamente à readmissão hospitalar. Finalmente, a média de necessidades de cuidados não atingidas encontrada foi de 4,5, similar aos resultados de países desenvolvidos. Nesta amostra, as variáveis significativamente associadas com maiores escores na CAN foram: menos anos de estudo, inatividade laboral e o fato de morar com o companheiro. Os dados do presente estudo alcançaram os objetivos propostos e trouxeram informações sobre o perfil dos pacientes que necessitam de mais assistência e devem ser priorizados pelas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Fatores preditores, Aderência ao tratamento, Reinternações psiquiátricas, Avaliação de necessidades, Vulnerabilidade social, Rede de assistência em saúde mental.

Abstract

SANTOS, M.E.S.B. (2015). **Identification of the factors associated to treatment adherence, psychiatric readmission and needs for care of patients admitted in the public mental health network.** 157f. 2015. Thesis (Doctoral) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo. Ribeirão Preto. 2015.

In the current context of mental health where community mental services are a priority, the effective operation of the health care network for people with mental disorders is essential. During the process of deinstitutionalization of patients with mental disorders over the past decades, the region of Ribeirão Preto – SP witnessed a substantial decrease in the number of psychiatric beds and the creation of new community services, which, however, cannot meet the current demands for hospitalization. Therefore, we aimed to analyze the socio-demographic and clinical factors associated to poor treatment adherence, readmissions and unmet needs of patients with mental disorders. Such information, taken together, can provide an indicator of the quality of health care delivered. The use of an index of social vulnerability as a socio-demographic variable in a Brazilian study in the field of mental health is an innovation, as well as the assessment of care needs by patients admitted in the local mental health network through the Camberwell Assessment of Needs (CAN), a tool used worldwide for this purpose. In our search, we identified all the 933 psychiatric patients who had a sufficiently serious mental disorder that justified their first admissions in 2006 and 2007, in hospitals with psychiatric beds in Ribeirão Preto. Since the individuals were contacted in their community, regardless of their attachment to health services, this design conferred to the study a naturalistic feature of what happened to the patients in the health network for a minimum period of 4 years after the first admission. In the interviews of the 333 patients, we identified a rate of adherence to treatment of 59.6%, and the factors associated to better adherence to treatment were older age, professional inactivity and hospitalization in a general hospital, while a diagnosis of disorder related to the use of psychoactive substances was associated to the worst treatment adherence. Regarding the rate of hospital readmission, 22.2% of the patients were readmitted in the period. Inactivity, hospitalization for 31 days or more and diagnoses of mania and psychotic disorders were positively associated with hospital readmission. Finally, the average rate of unmet care needs was 4.5, similar to the results from developed countries. In our sample, the variables significantly associated to higher scores in the CAN were less years of schooling, inactivity and living with a partner. Our data achieved the proposed goals and brought information on the profile of the patients who require more care and should be a priority of the public health policies.

Keywords: Predictive factors. Treatment adherence. Psychiatric readmissions. Assessment of needs. Social vulnerability. Mental health network.

Lista de Figuras

Figura 1: Leitos psiquiátricos do SUS distribuídos por ano, entre 1996 e 2012. Fonte: (Brasil, 2012)	28
Figura 2: Total do número de CAPS no Brasil distribuídos por ano, entre 1998 e 2011. Fonte: (Brasil, 2011)	31
Figura 3: Distribuição dos setores censitários, segundo grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) no estado de São Paulo - 2010. Fonte: SEADE, 2010b)	55
Figura 4: Distribuição da população segundo o IPVS no estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto. Fonte: (IBGE, 2010)	56
Figura 5: Representação gráfica dos eventos da pesquisa em função do tempo	70
Figura 6: Resultado das ocorrências da busca após um período mínimo de quatro anos de 933 pacientes, procedentes de Ribeirão Preto, com primeira internação psiquiátrica ocorrida entre 1º de janeiro de 2006 e 31 dezembro de 2007, em leitos psiquiátricos pertencentes à DRS-XIII	76

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Distribuição do Universo de pacientes (n=933) e associações entre as características sociodemográficas e os que foram localizados e os que não foram localizados, com frequências e valores de p.....	77
Tabela 2:	Distribuição dos pacientes encontrados (n=538) e associações entre as características sociodemográficas dos que foram entrevistados e dos que não foram, com frequências e valores de p (teste qui-quadrado de Pearson).....	79
Tabela 3:	Análise de regressão logística examinando características sociodemográficas e clínicas de pacientes aderentes e não aderentes, e preditores de aderência ao tratamento em, no mínimo, quatro anos após a internação-índice, com OR cru (IC 95%), OR ajustado (IC 95%) e valores de p	81
Tabela 4:	Análise de regressão logística examinando características sociodemográficas e clínicas de pacientes que foram e não foram reinternados, e preditores de reinternação, com OR bruto (IC 95%), OR ajustado (IC 95%) e valores de p	83
Tabela 5:	<i>Camberwell Assessment of Needs (CAN)</i> - Descrição dos itens avaliados e frequência das necessidades alcançadas e não alcançadas relatadas	85
Tabela 6:	Análise de regressão linear**, examinando características sociodemográficas e clínicas de pacientes, e a média do escore da CAN, com o coeficiente de regressão linear (β) (IC 95%), β ajustado (IC 95%) e valores de p	86

Lista de Símbolos e Abreviaturas

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
CAIS-SR	Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita
CANE	<i>CAN for elderly</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSE-FMRP-USP	Centro de Saúde da Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
DP	Desvio padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
EP	Emergências psiquiátricas
EPIB	Enfermaria para Internação Breve
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HP	Hospital psiquiátrico
HRRP	<i>Hospital Readmissions Reduction Program</i>
HSTRP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de confiança
ICC	Correlação intraclasse

IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NSMCSE	Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola
OR	<i>odds ratio</i>
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo
SEP	Serviços de emergências psiquiátricas
SEPUBDS	Serviço de Psiquiatria da Unidade Básica Distrital de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAPS	<i>Team for the Assessment of Psychiatric Services</i>
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UPHG	Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1. O processo de desinstitucionalização - contextualização histórica	22
1.2. A assistência em saúde mental no Brasil	25
1.2.1. Assistência extra-hospitalar	29
1.2.2. Assistência hospitalar	31
1.3. Organização da assistência à saúde mental em Ribeirão Preto	35
1.4. Avaliação de serviços de assistência em saúde mental	42
1.5. Aderência ao tratamento	44
1.6. Reinternações psiquiátricas	48
1.7. Avaliação de necessidades dos pacientes	51
1.8. Vulnerabilidade social	54
 2. JUSTIFICATIVA.....	 57
 3. OBJETIVOS.....	 60
 4. HIPÓTESES.....	 62
 5. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	 64
5.1. Delineamento do estudo.....	65
5.2. Participantes do estudo	65
5.3. Aspectos éticos	65
5.4. Instrumentos de avaliação.....	66
5.5. Entrevistadores.....	67
5.5.1. Treinamento das entrevistadoras	67
5.6. Procedimentos.....	68
5.6.1. Procedimentos de busca e localização	68
5.6.2. Procedimentos da entrevista	69
5.6.3. Definição do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.....	70
5.7. Tratamento dos dados.....	70
5.7.1. Categorizações de variáveis.....	70
5.8. Análises dos dados	72
 6. RESULTADOS.....	 74
6.1. Composição da amostra	75
6.2. Características sociodemográficas e clínicas da amostra	79
6.3. Aderência ao tratamento e características associadas.....	80
6.4. Reinternações psiquiátricas e características associadas	82
6.5. Avaliação de necessidades dos pacientes.....	84

7. DISCUSSÃO	87
7.1. População do estudo.....	88
7.2. Aderência ao tratamento e características associadas.....	91
7.3. Reinternações psiquiátricas e características associadas	94
7.4. Avaliação das necessidades dos pacientes.....	96
7.5. Limitações do estudo	98
 8. CONCLUSÕES	 102
 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 104
 10. APÊNDICES	 127
 11. ANEXO	 134

1 - Introdução

O processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental visa deslocar os cuidados do ambiente hospitalar, que é por definição o território dos profissionais de saúde, para a comunidade, em que o poder dos usuários e da equipe multidisciplinar é maior. Hoje, o ideal da assistência em saúde mental é uma abordagem equilibrada entre uma rede de cuidado comunitária e uma assistência hospitalar limitada para os casos agudos.

O desenvolvimento de boas práticas para melhor atenção à saúde mental depende de planejamento de serviços e gestão baseado em princípios éticos, evidências científicas e experiências bem-sucedidas. Os serviços de saúde devem refletir as necessidades dos pacientes e de seus familiares, ser de fácil acesso e prover uma gama de intervenções moldadas para as necessidades individuais (Thornicroft & Tansella, 2010).

Como o município de Ribeirão Preto assistiu a grandes mudanças assistenciais nas últimas décadas, descrever o panorama geral do cuidado em saúde mental atual e organizar informações a respeito da população atendida se faz de grande importância para o direcionamento de políticas públicas e práticas assistenciais.

1.1 O processo de desinstitucionalização - contextualização histórica

Nos últimos séculos, nos países mais desenvolvidos economicamente, a assistência em saúde mental se dividiu em três períodos históricos: o primeiro período caracteriza-se pelo surgimento dos asilos psiquiátricos, que ocorreu entre 1880 e 1950; o segundo período corresponde ao declínio dos asilos, e ocorreu por volta de 1950 a 1980; e, finalmente, o terceiro período, que se refere ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental na comunidade, desde, aproximadamente, 1980. As datas correspondentes a cada período variaram consideravelmente entre diferentes países e regiões, e as mudanças aconteceram em longo prazo. Por isso, com frequência, os estágios de desenvolvimento posteriores mantinham elementos remanescentes dos tempos anteriores. As principais transições nesse processo histórico foram

desencadeadas por escândalos, práticas inadequadas em hospitais, falta de equipe de suporte, recursos financeiros ineficazes e negligência em relação aos indivíduos (Thornicroft & Tansella, 2010).

O primeiro período, o do nascimento do asilo, caracterizou-se pela construção e ampliação dos asilos, que atuavam como depósitos para os indivíduos considerados intratáveis ou socialmente desviantes. Eram construídos em lugares distantes das moradias originais, o que era pertinente com as visões correntes da época sobre higiene mental, as quais asseguravam que a melhora era facilitada por lugares tranquilos do campo. Do ponto de vista econômico, acreditava-se que nesse modelo institucional era possível manter os pacientes com baixo custo. Nesse momento, a equipe era constituída essencialmente por médicos e enfermeiras, e havia a primazia da contenção sobre o tratamento, ou seja, os pacientes permaneciam afastados da sociedade nessas instituições, e as intervenções terapêuticas eram praticamente inexistentes, tanto farmacológicas quanto psicossociais (Thornicroft & Tansella, 2010).

No Brasil, por ser um país de colonização portuguesa, a confraria católica Irmandade de Misericórdia destacou-se na criação dos primeiros asilos psiquiátricos, ou manicômios. Foram criados espaços asilares em todas as províncias da época, que realizavam os “cuidados curativos dos desfavorecidos” (Russel-Wood, 1981). Durante o século XIX, os asilos ficaram sob a égide administrativa do clero local e somente no início do século XX a administração dessas instituições começou a ficar a cargo de profissionais médicos, determinando o surgimento dos manicômios no território brasileiro (Teixeira, 1997).

O segundo período foi caracterizado por uma forte opinião sociológica emergente, em que os efeitos nocivos da internação prolongada em instituições psiquiátricas eram duramente criticados. Alguns estudiosos atribuíam à pobreza do ambiente social dessas instituições a responsabilidade pela própria sintomatologia psiquiátrica, especialmente os sintomas negativos (Wing & Brown, 1970).

Além disso, ocorreram também, nesse período, mudanças farmacológicas, administrativas e legais. Logo depois da formulação da clorpromazina, seu uso

como agente antipsicótico foi rapidamente difundido, e a introdução de drogas psicotrópicas no tratamento dos transtornos psiquiátricos teve um papel relevante na história desse período.

As considerações financeiras também foram especialmente importantes na promoção da transferência de cuidado. Nos Estados Unidos, por exemplo, a introdução do Medicaid, na década de 1960, promoveu uma rápida expansão das casas de repouso, com uma transferência associada de responsabilidades financeiras, de programas estaduais para programas federais (Thornicroft & Tansella, 2010).

O terceiro período, em que nos encontramos, caracteriza-se pelo desenvolvimento do cuidado em saúde mental na comunidade. Os programas de assistência em saúde mental, em nível mundial, vêm desenvolvendo o processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental e oferecendo, como alternativa assistencial, serviços inseridos na comunidade, com diversos graus de complexidade, para atender os pacientes em seus diferentes momentos do transtorno. Nesse período, houve redução do número de leitos para longa permanência; um aumento de equipes e centros de saúde mental comunitários; a proliferação de serviços residenciais não hospitalares; o desenvolvimento de novos medicamentos antidepressivos e antipsicóticos; uma maior integração dos tratamentos psicossocial e farmacológico; o crescimento das pesquisas avaliativas, entre outras mudanças (Thornicroft & Tansella, 2010). Essas mudanças ganham, cada vez mais, respaldo teórico e político. Exemplo disso, a Organização Mundial de Saúde introduziu dois novos sistemas, chamados ATLAS e AIMS, que monitoram os serviços de saúde mental em todo o mundo (Saxena, Sharan, Garrido & Saraceno, 2006).

Outros documentos, como a Declaração de Saúde Mental, e o Plano de Ação para a Saúde Mental da Europa, foram desenvolvidos durante um encontro em janeiro de 2005, em Helsinki, que contou com a presença de 52 representantes de Estados, além de representantes não governamentais, usuários e profissionais, discutindo o assunto e planejando a readequação dos modelos assistenciais existentes. Esses documentos traçaram diretrizes de ação e se firmaram em cinco pontos principais: manter a preocupação com o bem-estar

mental; trabalhar para combater o estigma; implementar os serviços de saúde mental comunitários; promover uma competente força de trabalho e reconhecer a experiência e importância dos usuários e dos profissionais nos serviços que estão se desenvolvendo (WHO 2005).

Mesmo na Europa, onde se assistiu a essa mobilização, há grandes diferenças em termos de evolução desse processo, em relação aos países onde a desinstitucionalização já se findou, como Itália e Inglaterra, que apresentam grande experiência no assunto, e outros onde o processo ainda está em andamento, principalmente no Leste Europeu (Thornicroft & Rose, 2005; Thornicroft & Tansella, 2010). No Brasil, esse processo também está acontecendo e evoluindo, e começou dentro de um movimento denominado Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005; Mari et al., 2006).

1.2 A assistência em saúde mental no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história que se iniciou no fim da década de 1970. Trata-se de um processo político e social complexo, que envolveu governos federal, estadual, municipal, instituições, conselhos profissionais e usuários da assistência em saúde mental e seus familiares. Em 1978 iniciou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começou a realizar denúncias sobre maus-tratos e violência nos manicômios, além de questionar a hegemonia de uma rede privada hospitalar e a mercantilização da assistência à saúde nessas instituições. Esse panorama, associado à inspiração na desinstitucionalização em psiquiatria na Europa, fez surgir as primeiras propostas e ações para a reorganização da assistência (Brasil, 2005; Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2014).

Tem-se como marcos importantes na história da Reforma Psiquiátrica brasileira o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1989, na cidade de São Paulo; o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico, local de maus-tratos e morte de pacientes; a criação do Sistema

Único de Saúde (SUS) em 1988, e a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do País. Essa lei só foi sancionada doze anos depois, em 2001, após modificações no texto normativo. Tornou-se a Lei Federal 10.216, que privilegia a oferta de tratamento em serviços na comunidade, dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A partir da promulgação da Lei 10.216, a Reforma Psiquiátrica passou a se consolidar por meio de linhas específicas de financiamentos criados pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

As políticas de saúde mental do Brasil são essencialmente baseadas na Declaração de Caracas, de 1990, que tem como princípios: garantir direitos humanos e civis para portadores de transtorno mental; descentralizar a assistência à saúde mental; proteger os pacientes tratados em ambientes hospitalares e desenvolver uma rede de base comunitária que promova acesso, eficácia e efetividade no tratamento de transtornos mentais (Mateus et al., 2008). Os serviços de saúde são de responsabilidade dos governos municipais, mas com apoio financeiro dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. A legislação existente são portarias, baseadas na Declaração de Caracas e, fundamentalmente, propõe a progressiva substituição de leitos psiquiátricos por centros psiquiátricos comunitários, conhecidos como os CAPS (Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), e a desinstitucionalização de portadores de transtorno mental, com programas de incentivos financeiros, inclusive (Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005).

Observa-se que, apesar de o Brasil estar tentando seguir o consenso mundial em suas políticas de saúde mental, em razão do tamanho de seu território e das desigualdades econômicas entre regiões, essa evolução também ocorre de modo desigual. Mateus et al. (2008) descreveram o sistema de saúde mental brasileiro e os recursos e serviços disponíveis para a população. Os autores constataram que, apesar de o país ter optado por inovar seus serviços e programas, com a expansão de serviços como os CAPS e o Programa de Volta

para Casa, que incentiva a desinstitucionalização de pacientes crônicos, os serviços são distribuídos desigualmente em todo território, com maior concentração de recursos na região Sudeste.

A oferta de leitos hospitalares, a maioria privada, concentrou-se historicamente nos centros de maior desenvolvimento econômico do País, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. A região Sudeste do País, que tem grande desenvolvimento socioeconômico, sedia cerca de 60% dos leitos de psiquiatria do País. (Brasil, 2005).

O crescimento da população idosa doente mental associado a uma lacuna preexistente de assistência à saúde mental desses pacientes propiciam um aumento da necessidade, que torna essa lacuna ainda maior, pois não há aumento proporcional dos recursos, principalmente financeiros, para a expansão de serviços para essa população. Além disso, há uma nítida falta de integração entre atenção primária à saúde e os serviços especializados de psiquiatria e uma carência de treinamento específico de profissionais para atuarem no planejamento e na gerência dos sistemas de saúde mental. Pouco adianta o empenho político em desenvolver novos serviços e modalidades de tratamento, se estas não forem avaliadas em termos de custo-benefício, eficácia e efetividade, e não se observa esse cuidado nos serviços até agora criados (Mateus et al., 2008).

A partir de 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, a redução de leitos nos macro-hospitais e a desinstitucionalização de pacientes com longo histórico de internação são ainda mais impulsionados, com respaldo governamental. A Figura 1 ilustra o processo de redução de leitos da segunda metade da década de 1990 até 2005. Vale lembrar que a distribuição dos leitos remanescentes ainda expressa o processo histórico do modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental (Brasil, 2005).

Figura 1 - Leitos psiquiátricos do SUS distribuídos por ano, entre 1996 e 2012.
Fonte: (Brasil, 2012).

No Brasil, enquanto a incidência de transtornos mentais aumenta, os recursos financeiros são cada vez mais escassos para essa área da saúde. O desenvolvimento de políticas e serviços comunitários de assistência em saúde mental é irregular, principalmente por causa do tamanho do território (8.547.403 km²) e de diferenças no desenvolvimento de suas diversas áreas geográficas, com maior desenvolvimento das regiões Sul e Sudeste (Mateus et al., 2008). Outro problema observado em países de baixa e média renda é a carência de recursos humanos, principalmente psiquiatras e enfermeiras especializadas (Saraceno et al., 2007; Kakuma et al., 2011; Razzouk, Gregório, Antunes & Mari, 2012). Em contrapartida, verifica-se uma melhora na contribuição científica na área de saúde mental. Houve aumento no número de artigos brasileiros indexados, que vem contribuindo, substancialmente, para a pesquisa internacional. Seu reconhecimento pela comunidade científica está crescendo em razão da sua qualidade e da importância das informações trazidas de países menos desenvolvidos como o ele (Galileu et al., 2006; Rocha et al., 2007; Fukumitsu, Provedel, Kovács & Loureiro, 2015).

1.2.1 Assistência extra-hospitalar

Segundo as diretrizes para um modelo de atenção em saúde mental propostas pela ABP:

...a assistência deve ser integral, e os diversos serviços devem contar com equipes multiprofissionais, e seus componentes devem atuar de forma interativa e integrada, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida. (ABP, 2014).

Dependendo do grau de complexidade da necessidade de assistência, o paciente com transtorno mental poderia ser atendido em nível primário, secundário ou terciário, dependendo do momento e gravidade de sua patologia.

Nível primário

Além da prevenção de doenças e promoção da saúde, que em saúde mental pode ser feita por meio de orientação educacional, por meio de campanhas e de divulgação dos serviços de saúde mental, os atendimentos são baseados em ações de baixa complexidade. Sabe-se que uma parcela significativa de pacientes com transtornos psiquiátricos frequenta a atenção primária, e, se os casos menos intensos forem bem atendidos nesse nível, isso determina uma menor sobrecarga da rede de saúde (Verhaak, 1993). Seria de responsabilidade do médico generalista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) manejar os casos leves e evitar o agravamento deles, assim como encaminhar os casos de maior gravidade para um especialista, em nível de rede secundária ou terciária. Nessa rede primária também está inserido o atendimento dos médicos integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que seriam treinados para atender à demanda de transtornos mentais menos graves, mais prevalentes e de menor complexidade, como os quadros depressivos leves e alguns transtornos ansiosos (Brasil, 2003). Há também equipes de matriciamento que devem interagir mais dinamicamente com as equipes de saúde da família e que dão consultoria técnica e pedagógica, além de realizar atendimentos conjuntos e ações assistenciais específicas (Brasil, 2003; Tófoli & Fortes, 2007). O matriciamento é uma estratégia apoiada oficialmente pelo Ministério da Saúde,

no entanto as definições específicas sobre financiamento e funcionamento dessa proposta ainda são uma lacuna nas políticas nacionais de saúde e ocorrem bem menos do que a real necessidade (Barros, 2012).

Nível secundário

No Brasil, a rede secundária é constituída principalmente pelos CAPS e Ambulatórios de Saúde Mental ou Ambulatórios Médicos Especializados em Psiquiatria, todos com equipe multiprofissional composta por categorias profissionais diversas (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, entre outros) para um atendimento mais especializado, que extrapolam os simples atendimentos clínicos individuais, podendo ocorrer outras formas de atividades terapêuticas, como atendimentos em grupo, reuniões familiares e visitas domiciliares (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [CREMESP], 2010). Além de atender pacientes com diagnósticos mais graves, são responsáveis pelo seguimento dos casos de transtornos mais leves e mais prevalentes, que não foram manejados em nível primário.

A atual política de saúde mental brasileira direciona grande parte dos recursos para os CAPS, e por isso eles se tornaram o principal serviço da Reforma Psiquiátrica, que viria para substituir os leitos psiquiátricos desativados.

O primeiro CAPS do Brasil foi o Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo. Lá funcionava um ambulatório de psiquiatria do estado de São Paulo e, em determinado momento, um dos médicos passou a dar um atendimento mais intensivo aos pacientes com quadros psicóticos, conseguindo o manejo de quadros que antes teriam indicação de internação integral, ambulatoriamente. Em 1989, esse “ambulatório de psicóticos”, como era chamado, passou a ser denominado CAPS, e seu modelo se tornou referência para a política de desinstitucionalização no Brasil (CREMESP, 2010).

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do governo federal a partir de 2002, momento a partir do qual esses serviços se expandiram (Figura 2).

Figura 2 - Total do número de CAPS no Brasil distribuídos por ano entre 1998 e 2011.
Fonte: (Brasil, 2011).

Nível terciário

O nível terciário é composto pelos serviços de internação psiquiátrica, que devem receber os pacientes com quadros mais graves que não podem ser controlados em nível primário ou secundário.

1.2.2 Assistência hospitalar

A assistência hospitalar em saúde mental é composta por unidades de internação com leitos psiquiátricos, que são distribuídos em hospitais psiquiátricos, em enfermarias psiquiátricas no hospital geral e em serviços de emergências psiquiátricas.

Emergências psiquiátricas

No contexto da desinstitucionalização, os serviços de emergências psiquiátricas (SEP) instalados em hospitais gerais se tornaram um dos componentes essenciais na nova conformação da assistência à saúde mental da comunidade. Esses serviços visam à avaliação das crises relacionadas a quadros psiquiátricos e seu manejo, em um ambiente terapêutico mais adequado, e

servem como ponto de suporte para a rede, pela possibilidade de uma avaliação especializada imediata, e para a admissão e o encaminhamento do paciente (Woo, Chan, Ghobrial & Sevilla, 2007).

No Brasil, os primeiros SEP não ligados aos hospitais psiquiátricos tradicionais concentravam-se nos grandes centros urbanos e geralmente estavam ligados a instituições de ensino. Seu funcionamento ocorria de forma não integrada e, apesar da reconhecida importância, até hoje não há muitas informações relativas à distribuição desses serviços no território brasileiro (Barros, Tung & Mari, 2010a).

O SEP, quando parte integrante de uma rede articulada, torna-se um importante sensor do funcionamento dela, pois se relacionam com todos os serviços hospitalares e extra-hospitalares, e tem importante papel nas tomadas de decisão quanto à indicação do tratamento adequado para cada caso (Del-Ben & Teng, 2010). Desempenha a função de triador de casos novos, encaminhando-os para os serviços disponíveis da rede, e a função de retaguarda para os demais serviços, realizando avaliações de alterações agudas no comportamento, avaliação de condições médicas gerais associadas ao quadro psiquiátrico, ajuste de medicação, avaliação sobre a necessidade de hospitalização e finalmente o reencaminhamento para os serviços de origem após o manejo do quadro agudo (Kates et al., 1996).

Com as mudanças nas políticas de saúde mental, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, houve aumento do número de pacientes na comunidade sujeitos a recaídas, alguns repetidamente (Segal, Egley, Watson, Milles & Goldfinger, 1995), aumentando a demanda assistencial dos SEP (Santos, do Amor, Del-Ben, Zuardi, 2000; Thornicroft & Tansella, 2002). Na medida em que assumiram esse novo papel na estruturação e funcionamento na rede de assistência à saúde mental, passaram a atuar, muitas vezes, como porta de entrada do sistema e a organizar o fluxo de internações, contribuindo para a redução de admissões hospitalares desnecessárias (Campos & Gieser, 1985; Oyewumi, Odejide, Kazarian, 1992; Kropp et al., 2005).

Antes das políticas de desinstitucionalização, a necessidade dos pacientes em situação de emergência era atendida na admissão dos próprios serviços

hospitalares tradicionais, pelo médico plantonista, e, como não era preciso um encaminhamento especializado para a internação, muitas vezes esses atendimentos se tornavam internações integrais, antes chamadas de “internações de porta”. No novo panorama assistencial, porém, cabe ao SEP uma avaliação diagnóstica mais precisa, a instituição do tratamento adequado, o uso de critérios técnicos para a indicação de internação hospitalar e, muitas vezes, uma internação breve para o manejo de determinadas situações de emergências psiquiátricas (EP), que se mostra suficiente e impede uma internação hospitalar mais prolongada (Mulder, Koopmans & Lyons, 2005; Barros, Marques, Carlotti, Zuardi & Del-Ben, 2010b).

Apesar de sua importância, é uma estrutura sensível ao funcionamento da rede e, como parte central de uma “engrenagem”, deixa de operar adequadamente se os outros componentes não funcionam bem. Seu funcionamento é, por natureza, inconstante (Mateus, 2013). A carência de leitos hospitalares e a falta de vaga para internação, por exemplo, pode criar uma demanda no SEP de pacientes aguardando por uma vaga, que ficam nessa unidade mais tempo do que o ideal, e acabam exercendo a função de unidades hospitalares (Paradis, Woog, Marcotte & Chaput, 2009). Por outro lado, constituem uma referência à ineficiência ou inexistência do serviço extra-hospitalar e, por isso, um funcionamento ambulatorial precário ou restrito, a demora na admissão de casos novos ou uma fase de má distribuição de medicamentos (Barros et al., 2010a) fazem com que o SEP tenha que realizar serviços que não lhe competem, e deveriam ser sanados nas atenções primária e secundária. Essa demanda excessiva leva à maior rotatividade de pacientes no SEP, provocando queda na qualidade do atendimento, com maior suscetibilidade a erros diagnósticos, excesso de encaminhamentos para internação integral e aumento de reinternações (Barros, 2012).

Enfermarias psiquiátricas no hospital geral

Em alguns países, como Inglaterra e Estados Unidos, existem unidades psiquiátricas em hospitais gerais desde o século XVII, mas foi apenas com a Segunda Guerra Mundial que houve grande estímulo para a criação dessa nova

modalidade de serviço. Surgiram novas técnicas de atendimento ao paciente psiquiátrico, objetivando rápida melhora para o retorno dos combatentes à frente de batalha (Greenhill, 1979).

No Brasil, os estados pioneiros em incluir uma Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral (UPHG) foram a Bahia, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, seguida por São Paulo, no Hospital Pedro II e no Hospital dos Comerciários, e Pernambuco, na Santa Casa de Misericórdia da Universidade Federal de Pernambuco, na década de 1950 (Hildebrandt & Alencastre, 2001; Macena & Capocci, 2004). Mas, foi a partir da década de 1980, com as propostas da Reforma Psiquiátrica que a necessidade de criação de UPHG ganhou força. Os benefícios dessas unidades são vários: aproximação com especialidades clínicas, maior disponibilidade de recursos terapêuticos e diagnósticos, maior aceitação da internação pela sociedade, diminuição no tempo de permanência, maior facilidade no contato com a família e melhor possibilidade de reinserção social (Fortes & Infante, 1986; Dalgalarrrondo & Gattaz, 1992).

Apesar dos evidentes benefícios dessa modalidade assistencial, observaram-se preconceitos e resistências em relação à instalação dessas unidades em hospitais gerais, tanto por parte das equipes administrativas e de recursos humanos, que imaginavam que os pacientes psiquiátricos poderiam ser perigosos e agressivos, como também da comunidade que estava utilizando os espaços de outras clínicas, que demonstravam temor em dividi-los com esses pacientes (Hildebrandt & Alencastre, 2001).

Mesmo com estímulo para criação dessas unidades no Brasil, o investimento e criação de UPHG estão longe de ser o ideal. Os financiamentos são incipientes e os valores repassados por autorização de internações hospitalares não conseguem custear as atividades e tratamentos desenvolvidos nessas unidades (Botega, 1997a,b, Borges & Baptista, 2008). Desse modo, mesmo no estado de São Paulo, que é o estado com melhores indicadores econômicos do Brasil, a proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral atingiu níveis menores de 7% do total de leitos psiquiátricos (Brasil, 2012), número distante do ideal para o adequado suporte para a rede assistencial (Barros, 2012).

Hospital psiquiátrico

Os hospitais psiquiátricos (HP) são unidades de internação que representavam a base do tratamento psiquiátrico no Brasil nas décadas anteriores à reforma psiquiátrica, e ainda respondem pela maioria das admissões psiquiátricas neste país (Kilsztajn, Lopes, Lima, Rocha & Carmo, 2008). Dados recentes mostram que quase 90% dos leitos psiquiátricos brasileiros (29.958 leitos) ainda são em HP (Brasil, 2012). Apesar das políticas de incentivo ao fechamento desse tipo de instituição, há uma necessidade mínima de leitos psiquiátricos para a internação de pacientes com quadros psiquiátricos descompensados e, no Brasil, a proporção de leitos por 1.000 habitantes já é bem inferior ao padrão desejado. O Ministério da Saúde preconiza como padrão o valor de 0,45 leitos por 1.000 habitantes, mas essa proporção atualmente está em torno de 0,16 leitos por 1.000 habitantes (Brasil, 2012). Ocorreu redução do número total de leitos em hospitais tradicionais que, de 51.393 leitos em 2002, passou para 29.958 leitos em 2012, ou seja, uma queda de mais de 40% em dez anos, porém sem a compensação na criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, que em 2012 tinham 3.910 leitos em todo o País. Por isso, os hospitais tradicionais ainda se fazem necessários na assistência à saúde mental no Brasil (ABP, 2006; Barros, 2012).

1.3 Organização da assistência à saúde mental em Ribeirão Preto

O décimo terceiro Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS-XIII), com sede em Ribeirão Preto, é composto por 26 municípios e uma população aproximada de 1.290.000 habitantes, dos quais 600.000 são moradores da cidade-sede (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010). A partir de 1990, houve reorganização do atendimento de saúde mental na região, conforme as diretrizes e normas do Ministério da Saúde, deslocando a ênfase do modelo assistencial hospitalar para um modelo composto por uma rede de serviços extra-hospitalares. Ainda em 1990, havia 1.118 leitos, distribuídos em três HP na região e taxas de ocupação chegando a 96%, com grande número de

reinternações e tempo de permanência elevado (Del-Ben, Marques, Sponholz & Zuardi, 1999). No início de 1993, iniciou-se a redução de leitos psiquiátricos, culminando, em 1995, no fechamento de um HP privado e no cancelamento dos leitos agudos de um hospital filantrópico. Em paralelo, houve a ampliação dos leitos no HP público. Em 2000, nova ampliação de leitos em hospital geral universitário e, em setembro de 2008, a criação, pela prefeitura do município, de um CAPS nível III (de funcionamento 24 horas), com leitos de observação. Em abril de 2011, houve aumento dos leitos para pacientes agudos do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP), que atualmente conta com 111 leitos para pacientes agudos, e, em 2012, ampliou-se o número de leitos psiquiátricos de emergência também, e nos dias de hoje conta com oito leitos.

Os leitos psiquiátricos que atendem a população de Ribeirão Preto são distribuídos entre as enfermarias do HSTRP, e nas duas unidades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), o *Campus* (HCRP-*Campus*) e a Unidade de Emergência (UE) (HCRP-UE). A partir de 2009, o município de Santa Rita do Passa Quatro foi integrado à DRS XIII e o Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita (CAIS-SR), um hospital psiquiátrico dessa cidade, também passou a receber pacientes com indicação de internação integral dos 26 municípios da DRS XIII.

Atualmente, a DRS-XIII conta com 182 leitos para internação de pacientes psiquiátricos agudos, distribuídos nos seguintes serviços:

1. HSTRP: conta, atualmente, 111 leitos distribuídos em sete enfermarias para o tratamento de pacientes em fases agudas de seus transtornos mentais, com a seguinte distribuição de leitos: duas enfermarias de 14 leitos cada uma para homens com transtornos em razão do uso de substâncias psicoativas, e realiza internação visando controlar os sintomas de abstinência ou intoxicação aguda desses pacientes; uma enfermaria feminina com 16 leitos para mulheres com transtornos psiquiátricos; uma enfermaria masculina de 16 leitos para homens com transtornos mentais que não transtornos em razão do uso de substâncias psicoativas; uma enfermaria com 10 leitos de acolhimento, que primeiramente recebe o paciente para a internação,

no momento mais agudo da doença; uma enfermaria de primeira internação com 17 leitos, sendo 11 leitos masculinos e seis leitos femininos; e uma enfermaria psicossocial, com sete leitos, que tem um programa específico para manejo de situações sociais e familiares que afetam a assistência à saúde mental dos pacientes. Fora a enfermaria de acolhimento, onde o tratamento é focado na assistência médica com intervenção farmacológica, as demais unidades contam com atendimento multiprofissional de enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas e terapeutas ocupacionais. Além disso, o hospital ainda abriga 171 pacientes crônicos, distribuídos em enfermarias, uma vila terapêutica com casas nas dependências do próprio hospital e residências terapêuticas.

2. HCFMRP-USP: possui duas unidades na cidade, uma no *Campus*, onde ficam as enfermarias e funcionam os ambulatorios, e a UE. O HCRP-*Campus* conta com duas enfermarias de psiquiatria no 3º andar do edifício. Uma na ala A, que recebe casos terciários e de difícil manejo, com 14 leitos, e a outra na ala B, para Internação Breve (EPIB), com oito leitos, que atua como retaguarda do serviço de EP e foi criada para atender pacientes que teriam uma internação breve. Nos dias atuais, nem sempre é o que acontece, pois há carência de vagas psiquiátricas na região e uma demanda de vaga para internação maior que a oferta, e com isso esses leitos acabam ocupados por pacientes com transtornos mais graves, e/ou com comorbidades, que necessitam de internação mais prolongada. Na UE existem oito leitos de observação para receber pacientes em situação de EP.
3. CAIS-SR: conta com 44 leitos para pacientes agudos distribuídos em enfermarias para homens e mulheres com transtornos em razão do uso de substâncias psicoativas, e realiza internação visando controlar os sintomas de abstinência ou intoxicação aguda desses pacientes; e enfermarias para pacientes psiquiátricos em fase aguda. Além disso, esse serviço ainda mantém 196 leitos de pacientes moradores.

4. CAPS III: inaugurado em setembro de 2008, funciona 24 horas, e possui cinco leitos de observação, que podem ser ocupados por moradores de qualquer região da cidade. Conta também com atendimentos ambulatoriais. Nesse serviço há os atendimentos médico, psicológico, social e oficinas terapêuticas (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2011).

Paralelamente à redução de leitos, foram criados serviços ambulatoriais e CAPS nos municípios da região, que, gradativa e lentamente, vêm cumprindo seu papel assistencial (Del-Ben et al., 1999; Santos et al., 2000; Barros et al., 2010b; Barros, 2012).

Especificamente com relação ao município de Ribeirão Preto, a rede extra-hospitalar pública de assistência à saúde mental é composta pelos seguintes serviços:

1. CAPS para Álcool e Drogas (CAPS-AD): trata-se de um serviço de referência para transtornos psiquiátricos relacionados a álcool e substâncias psicoativas para toda a população de Ribeirão Preto. Foi criado em agosto de 1996, ligado a uma instituição filantrópica, que tem contrato de prestação de serviços com a Secretaria Municipal de Saúde. Atende cinco dias por semana, das 8h às 21h, com acolhimento na forma de grupo operativo, e atendimentos diversificados, como: psicoterapia individual e em grupo, oficinas terapêuticas, reuniões familiares, visitas domiciliares semi-internação e atendimento psiquiátrico. Atende em média 1.400 pacientes/ano, entre os vários tipos de atendimentos que oferece (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014).
2. CAPS Infantil (CAPS-I): trata-se de um serviço de referência para transtornos psiquiátricos relacionados a álcool e substâncias psicoativas de crianças e adolescentes até 18 anos, moradores de Ribeirão Preto. Foi criado em julho de 2012, e sua equipe ainda está em formação.

3. Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM): é o serviço responsável pelo atendimento da maior proporção populacional de pacientes do município, atendendo as regiões norte e sul da cidade. Foi o primeiro serviço de saúde mental extra-hospitalar da rede municipal, inaugurado em 1978. Possui atendimento de várias categorias profissionais, mas todos ambulatoriais, e centrado no atendimento psiquiátrico. Atendia, aproximadamente, 59% da população da cidade, mas, a partir de dezembro de 2012, os pacientes da região leste de Ribeirão Preto (159.000 habitantes) passaram a ser atendidos na Unidade Distrital de Saúde Castelo Branco, reduzindo a sua cobertura para a população estimada de 32,5% do total do município (Ribeirão Preto, 2011). No ano de 2014 foi responsável pelo atendimento de quase 13.000 consultas (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014).
4. Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (NSMCSE): era um serviço de saúde mental ligado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSEFMRP-USP). Era integrado à rede de saúde mental, mas não estava sob tutela da Secretaria de Saúde do município, e respondia pelo atendimento de cerca de 25% da população (150.000 habitantes). A equipe era formada predominantemente por psiquiatras, mas também contava com enfermagem e psicólogos. Apesar de realizarem visitas domiciliares e terem alguns grupos terapêuticos, o atendimento era focado na consulta médica ambulatorial agendada. Esse serviço foi fechado em abril de 2014 (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2011). Atendeu no último ano cerca de 1.700 consultas (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014).
5. CAPS-II: é um serviço que tem uma divisão interna entre ambulatório e semi-internação, inclusive com instalações físicas diferentes, a partir de agosto de 1995. A parte ambulatorial responde, principalmente, por atendimentos individuais médicos e psicológicos, e a semi-internação

tem uma equipe multiprofissional que trabalha com a proposta de reabilitação de quadros que exigem assistência mais intensiva. Responde pelo atendimento de cerca de 16% da população de Ribeirão Preto (97.000 habitantes) (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2011). No ano de 2014 foi responsável pelo atendimento de cerca de 4.300 consultas ambulatoriais, mas não se tem informação sobre os atendimentos em regime de semi-internação.

6. CAPS-III: inaugurado em setembro de 2008, ainda está em fase de estruturação. Veio como o primeiro serviço a ser criado depois de uma janela de oito anos, período no qual os recursos existentes já não estavam conseguindo atender à demanda existente. Por isso tem exercido papel reparador, dando suporte aos pacientes em crise, que aguardam até três meses por uma primeira consulta nos demais serviços que atendem à regionalização municipal, ou realizando avaliação psiquiátrica em pacientes com indicação de internação psiquiátrica, realizada por clínico geral em Unidades Distritais de Saúde, e conduzindo melhor indicação terapêutica. Desde o fechamento do NSMCSE, passou a responder pelo atendimento ambulatorial da região oeste de Ribeirão Preto. Em 2014, atendeu, aproximadamente, 2.800 consultas ambulatoriais. Também não se tem informação sobre os atendimentos em regime de semi-internação (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014).
7. Serviço de Psiquiatria da Unidade Básica Distrital de Saúde (SEPUBDS) do Castelo Branco Novo: iniciou o atendimento dos pacientes moradores da região leste de Ribeirão Preto em dezembro de 2012. Esses pacientes, até então, eram atendidos no ARSM, e foram gradualmente transferidos com seus prontuários para a UBDS Castelo Branco Novo. A unidade passou a contar com psiquiatras e psicóloga para o atendimento de pacientes com transtorno mental e atualmente responde pelo atendimento de mais de 25% da população (159.000 habitantes) (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2011). No ano de 2014, esse serviço de atendimento em saúde mental

atendeu cerca de 5.100 consultas (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014).

8. Ambulatório de Psiquiatria do HCFMRP-USP: atende, em média, 400 pacientes por mês, em consultas médicas ambulatoriais. Esses atendimentos são feitos basicamente por médicos residentes de psiquiatria do 1º ao 3º ano, e discutidos e supervisionados por médicos assistentes. Os pacientes são provenientes de toda a DRS-XIII e divididos, para fins de ensino, em ambulatórios específicos como, por exemplo: psiquiatria geral, psiquiatria geriátrica, portadores de transtorno de ansiedade, pacientes com esquizofrenia, entre outros.
9. Ambulatório de Psiquiatria de outras faculdades (Barão de Mauá e UNAERP): esses têm o objetivo de seguir pacientes previamente selecionados de interesse para o ensino da graduação. Os atendimentos são em pequeno número, cerca de 20 ao mês, não têm vínculo com o SUS e não repercutem na assistência à saúde mental de Ribeirão Preto. No ano de 2014 atenderam cerca de 130 consultas apenas (Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2014).

Como descrito, Ribeirão Preto possui serviços extra-hospitalares de saúde mental heterogêneos, quanto à sua organização administrativa e modalidades de tratamentos oferecidas. Importante realçar também que, no município de Ribeirão Preto, a atenção extra-hospitalar em saúde mental é regionalizada, ou seja, os pacientes são referenciados para tratamento de acordo com o bairro em que residem, independentemente das características e/ou gravidade do seu quadro clínico, exceto para os portadores de transtornos mentais, em razão do uso de substâncias psicoativas, que são todos referenciados para o CAPS-AD (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2011).

1.4 Avaliação de serviços de assistência em saúde mental

Do ponto de vista governamental, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2002, e é um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência praticada pelos HPs conveniados e públicos. É o principal instrumento de gestão que norteia a gradual redução e fechamento de leitos (Brasil, 2005). No Brasil, foi o primeiro processo avaliativo sistemático, anual, desses HPs e é realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo.

Avaliam-se, com esse instrumento, a estrutura física do hospital, a dinâmica do funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. Esse instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os HPs em quatro grupos: os de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; os que precisam de adequações e devem sofrer revistoria, e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar a desassistência à população (Brasil, 2005).

Sob os olhos da comunidade técnico-científica, a carência de avaliações sistemáticas da eficácia e/ou efetividade dos serviços de saúde mental no Brasil é percebida, mas o foco de estudos nacionais vem sendo quase exclusivamente os CAPS (Brasil, 2005; Mateus, 2013). Mesmo sendo o modelo assistencial mais estudado no Brasil, a produção científica ainda é incipiente e pequena (Ballarin, Miranda & Fuentes, 2010), se comparado com a magnitude de sua importância, já que é o modelo de serviço escolhido como substituto dos leitos hospitalares, incentivado financeiramente pelo governo, e principalmente por ser um modelo desenvolvido no país, sem possibilidade de comparações com estudos internacionais (Mateus, 2013). Os artigos publicados sobre o CAPS têm diferentes abordagens, como estudos quantitativos, com avaliação de estruturas e funcionamento; qualitativos; e de pesquisas de satisfação dos usuários, como a

de Kantorski et al. (2009), que avaliaram os três estados da região Sul do Brasil, dos quais 1.162 usuários entrevistados reportaram satisfação com o atendimento de 30 CAPS.

Em uma pesquisa qualitativa dos CAPS da cidade de Campinas, nos anos de 2006 e 2007, verificou-se que os serviços são considerados eficazes na continência de usuários e familiares e na reabilitação, mas que há número reduzido de profissionais e formação insuficiente (Campos et al., 2009). No Rio de Janeiro, constatou-se que os pacientes admitidos em CAPS apresentavam transtornos psicóticos graves, várias internações, funcionamento social pobre e rede de apoio pequena, enquanto que os encaminhados para outros serviços demonstravam transtornos depressivos e ansiosos, bom funcionamento social e presença de rede de apoio (Cavalcanti, Dahl, Carvalho & Valencia, 2009). No município de São Paulo, foi observada grande heterogeneidade entre 21 CAPS vinculados à Prefeitura Municipal, quanto a estruturas físicas, recursos humanos e modalidades de atendimento realizadas, com serviços nos quais os usuários não recebem alta, chamados de “equipamentos-síntese”, e serviços que encaminham e dão alta após estabilização dos sintomas (Nascimento & Galvanese, 2009). Já no estado de São Paulo, em estudo transversal descritivo, 36,9% dos CAPS estaduais foram avaliados pelo CREMESP, em 2010, e constataram-se falhas na montagem de vários serviços, que iam desde número de profissionais aquém do previsto por legislação, inclusive com alguns equipamentos não contando nem com psiquiatra, falta de retaguarda psiquiátrica e clínica, de supervisão e capacitação técnica, entre outros (CREMESP, 2010).

Os dados da literatura sobre a assistência em saúde mental no Brasil demonstram que a preocupação em iniciar um processo de avaliação já existe, porém os resultados ainda não trazem dados suficientes no que se refere à inserção dos serviços no sistema regional, diminuição de indicação de internações hospitalares, melhora da aderência dos pacientes aos tratamentos propostos, entre outros. É de se esperar que os pacientes admitidos nesses serviços avaliados estejam adequadamente assistidos, mas questões como quantos pacientes chegam a eles e quantos ficam circulando em um sistema paralelo de pronto-socorro e internação, e em que nível e de que forma as

necessidades desses pacientes estão ou não sendo supridas, por exemplo, ainda permanecem em aberto. Outros tipos de informações têm sido considerados como indicadores da qualidade da assistência prestada por um sistema de saúde, como os dados relativos à aderência ao tratamento, e as taxas de readmissão hospitalar (Lacro, Dunn, Dolder, Lekband & Jeste 2002; Durbin, Lin, Layne & Teed, 2007; Fischer, Anema & Klazinga, 2012), que também podem ser usadas para avaliar os serviços de assistência oferecidos.

1.5 Aderência ao tratamento

Na língua portuguesa, os substantivos “adesão” e “aderência” existem e exprimem a ideia de “ligação”. Na maior parte das vezes, são aplicadas em situações e contextos diferentes. A palavra “**aderência**” é utilizada em relação a coisas e substâncias, significando o ato de aderir, ligação de superfícies e de uma substância à outra. A palavra “**adesão**” é usada relativamente a pessoas e significa ligação, acordo, aprovação, manifestação de apoio ou solidariedade. Contudo, por serem consideradas sinônimos pelo dicionário da língua portuguesa (Ferreira, 1988), podem ser utilizadas como tal. Como a base desta revisão é fundamentalmente textos na língua inglesa, em que o termo utilizado é *adherence to treatment*, mais traduzida como aderência, será usado tal substantivo, apesar de ambos serem aceitos.

Em países de baixa e média renda, como o Brasil, a alta incidência de transtornos mentais contrasta com o orçamento destinado à assistência de pacientes, que gira em torno de 1% do orçamento total designado à área da saúde (Saxena, 2008). Uma das principais barreiras ao tratamento adequado é a má aderência a ele, que está associada ao aumento de gastos do dinheiro público, além de consequências clínicas como falta de estabilização das doenças, aumento da violência, maior taxa de internações hospitalares (Lacro et al., 2002; Ruud, 2009; Chapman & Horne, 2013), maior taxa de suicídio (Chapman & Horne, 2013) e piora na qualidade de vida dos pacientes e familiares (Magura, Mateu, Rosenblum, Matusow & Knight, 2014).

Não há concordância sobre um nível ótimo de aderência ao tratamento, já que 100% seria o ideal, raramente é alcançado na prática. A aderência pode ser intermitente ou contínua, involuntária ou deliberada, específica a uma única droga, ou a toda recomendação terapêutica (Farooq & Naeem, 2014). Por essas razões, todos os estudos sobre o assunto trazem discussão a respeito da multicausalidade do fenômeno, e a dificuldade de se compararem resultados por causa da diversidade de metodologias e conceitos que podem ser empregados (Lacro et al., 2002; Beck, Cavelti, Wirtz, Kossowsky & Vaut, 2011; Leclerc, Mansur & Brietzke, 2013; Chakrabarti, 2014; Magura et al., 2014).

Na literatura, foram encontrados basicamente dois tipos de estudos que avaliam aderência ao tratamento em saúde mental: os que identificam fatores associados à má aderência e outros que objetivam encontrar estratégias para lidar com ela, ou seja, buscam medidas para aumentar a aderência ao tratamento. A maioria dos estudos trabalha com grupos diagnósticos específicos, como esquizofrenia (Lacro et al., 2002; Olfson, Marcus, Wilk & West, 2006; Beck et al., 2011; Acosta, Hernández, Pereira, Herrera, Rodríguez, 2012; Chan et al., 2014), ou transtornos de humor (Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganoczy & Ignacio, 2007; Perkins et al., 2008; Sajatovic et al., 2011; Sylvia et al., 2013).

Por considerarem a identificação de fatores associados à má aderência um passo inicial para a intervenção precoce nesse problema, Lacro et al. (2002) realizaram uma revisão sobre os fatores de risco para não aderência em pacientes com esquizofrenia. Incluíram 39 estudos sobre o tema e identificaram como fatores de risco para não aderência em pacientes esquizofrênicos: *insight* pobre, atitude negativa em relação aos medicamentos, história prévia de má aderência, abuso de substâncias psicoativas, curta duração do transtorno, plano de alta inadequado, e aliança terapêutica pobre. Entre 10 artigos que mediram a não aderência, a taxa média foi de 41,2%. Outros fatores como idade, gênero, estado civil, nível educacional, severidade dos sintomas e dos efeitos colaterais das medicações, sintomas de humor associados e envolvimento familiar no tratamento apresentaram associações que não se mostraram consistentes.

Em relação aos pacientes com transtorno de humor, fatores sociodemográficos associados à não aderência já reportados pela literatura

foram: gênero masculino, pacientes jovens, baixo nível educacional (Leclerc et al., 2013), falta de vínculo conjugal (Sajatovic et al., 2011). Entre os fatores relacionados a peculiaridades do transtorno mental houve associação com o diagnóstico de abuso/dependência de substâncias psicoativas (Sajatovic et al., 2011; Leclerc et al., 2013), gravidade dos sintomas (Leclerc et al., 2013), presença de sintomas depressivos residuais (Belzeaux et al., 2013), ou sintomas de grandiosidade persistente (Velligan et al., 2009). Finalmente, em relação ao tratamento, efeitos colaterais de medicação e aliança terapêutica pobre pioraram a aderência ao tratamento (Leclerc et al., 2013; Sylvia et al., 2013).

Em estudos anteriores, má aderência ao tratamento associou-se com situações sociais desfavoráveis, como desemprego, falta de suporte familiar e baixo nível educacional (Lerner, Zilber, Berasch & Wittman, 1993). Importante salientar que existe associação desses fatores com o próprio transtorno mental, que por si só determina várias dificuldades, como: conseguir emprego, falta de vínculos afetivos e dificuldades de se frequentar escola na fase e aparecimento dos sintomas, por exemplo.

Em relação ao diagnóstico, taxas de baixa aderência foram associadas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Dunn & Laranjeira, 1999; Magura, Cleland & Tonigan, 2013). Os transtornos psicóticos apresentaram associação positiva e negativa com baixa aderência (Lerner et al., 1993; Droulout, Liraud et al., 2003). Os estudos que encontraram associação entre esse diagnóstico e baixa aderência (Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum & Knight, 2002) a atribuíram ao comprometimento do grau de *insight*, em razão de prejuízos cognitivos e funcionais da doença (Lerner et al., 1993; Droulout et al., 2003).

No grupo dos estudos que objetivaram encontrar estratégias para lidar com a má aderência ao tratamento, os resultados demonstraram que algumas medidas são eficazes, mas que o mais importante é, sem dúvida, identificar os fatores que contribuíram para os problemas de aderência dos pacientes, para se customizarem intervenções que atuarão especificamente nesses fatores (Velligan et al., 2009). Entre as estratégias que se mostraram eficazes para melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento temos: o planejamento da alta, com

agendamento ambulatorial breve (Olfson et al., 2006), que pode, inclusive, diminuir o tempo de internação (Steffen, Kösters, Becker & Puschmer, 2009); o envolvimento do paciente na tomada de decisões acerca do tratamento escolhido (De las Cuevas & Peñate, 2014; De las Cuevas, Peñate & Rivera, 2014); entrevista motivacional (Balán, Moyers & Lewis-Fernández, 2013; Farooq & Naeem, 2014) e estratégias cognitivo-comportamentais e fortalecimento da aliança terapêutica (Julius, Novitsky & Dubin, 2009) e medidas psicoeducacionais individuais e em grupo (DeMarce, Lash, Stephens, Grambow & Burden, 2008; Prost, Musisi, Okello & Hopman, 2013; Farooq & Naeem, 2014). Intervenções familiares, com o uso de várias técnicas para envolver o familiar na administração e supervisão da ingesta de medicações, e intervenções promovidas pelos serviços comunitários, como monitoramento intensivo dos sintomas dos pacientes bem como do regime de ingesta de medicações (Burda, Haack, Duarte & Alemi, 2012), ou seja, acompanhamento próximo e assertivo, também se mostraram fatores que melhoraram a aderência ao tratamento extra-hospitalar (Farooq & Naeem, 2014).

Apenas uma pequena parte dos estudos avaliou os usuários dos serviços de saúde comunitários como um todo, incluindo as diversas categorias diagnósticas, o que refletiria melhor a realidade dos serviços de saúde mental comunitários (Lerner et al., 1993; Magura et al., 2002). Grande parte dos estudos de aderência avalia a ingesta da medicação para determinar a aderência ao tratamento (Cramer & Rosenheck, 1998; Bianchi, Bianchini & Scanavacca, 2011), mas antes disso é preciso verificar se os pacientes estão chegando aos serviços comunitários para onde foram encaminhados após uma internação, comparecendo regularmente às consultas agendadas e participando das intervenções não farmacológicas oferecidas pelos diferentes serviços.

1.6 Reinternações psiquiátricas

A internação psiquiátrica geralmente é indicada quando o paciente apresenta um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, no qual o atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando minimizar os prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua saúde ou à de outros. Sua indicação pode ocorrer em pessoas com transtorno psiquiátrico crônico, em fase de reagudização da doença, em pacientes sem história psiquiátrica pregressa que apresente uma crise aguda (Duncan, Short, Lewis & Barrett, 2002), ou quando há uma alteração de comportamento que não foi manejada pelos serviços de saúde e sociais comunitários. Assim, entende-se que a internação psiquiátrica não é determinada exclusivamente por uma alteração psicopatológica, mas também pelo funcionamento do sistema de saúde e da rede extra-hospitalar da comunidade onde o indivíduo está inserido (Mattioni et al., 1999).

A taxa de reinternação é uma medida de monitorização de desempenho, comumente utilizada como indicador de qualidade do cuidado do paciente internado e para controle de custos (Durbin et al., 2007; Fischer et al., 2012). A validade de tal procedimento como medida de qualidade do cuidado hospitalar é, muitas vezes, questionada, principalmente porque foi um indicador desenvolvido nos Estados Unidos, e nem sempre um modelo adequado para um tipo de sistema de saúde pode servir para outro que possui funcionamento distinto (Fischer et al., 2012). Mas o fato é que na literatura muitos estudos buscam associações entre esse indicador e a qualidade do cuidado de pacientes internados. Nos Estados Unidos, por exemplo, quase 20% dos pacientes das diversas especialidades vinculados ao *Medicare* são readmitidos no período de um mês após a alta, o que gera um custo anual estimado em US\$17 bilhões (Jencks, Williams & Coleman, 2009). Acredita-se que, como as taxas são extremamente variáveis entre serviços, regiões e países, elas podem ser controladas e até mesmo evitadas (van Walraven, Bennett, Jennings, Austin & Forster, 2011). Alguns países já tomaram medidas em relação às políticas públicas para controlar as reinternações. Em 2010, os Estados Unidos

desenvolveram um programa de redução de readmissões hospitalares de várias especialidades (Hospital Readmissions Reduction Program - HRRP) para controle de custos, e por meio dele multavam hospitais com altas taxas de readmissão (Desai & Stevenson, 2012). Na Inglaterra, as taxas de readmissão de várias doenças passaram a ser publicadas pelo Centro Nacional de Desenvolvimento de Resultados em Saúde (National Centre for Health Outcomes Development) com o intuito de melhorar a qualidade assistencial. Observou-se que as readmissões em emergências médicas gerais aumentaram de 8% em 1998 para 10% em 2006, e em resposta a esse aumento o Serviço Nacional de Saúde reformulou as regras para pagamento de reembolsos como, por exemplo, deixou de pagar reembolso para readmissões com menos de trinta dias seguidas de uma internação eletiva (Department of Health, 2008). Em recente revisão sistemática de literatura com 102 artigos incluídos, os autores concluíram que, desde que utilizado com cuidados metodológicos, como desconsiderar reinternações planejadas, caso comum na clínica cirúrgica, ou incluir na discussão que a reinternação também é influenciada pelo funcionamento do serviço extra-hospitalar, a taxa de reinternação realmente é um bom indicador de qualidade do tratamento oferecido (Durbin et al., 2007; Fischer et al., 2014).

O uso da taxa de reinternação como indicador de qualidade do cuidado do paciente hospitalar também é utilizada na área de saúde mental. Durbin et al., (2007) realizaram uma revisão sobre pesquisas realizadas na última década com preditores de readmissões hospitalares precoces (no período de trinta a noventa dias após a alta), para verificar a associação entre esse indicador e a qualidade de cuidado do paciente internado. Incluíram apenas 13 estudos que buscaram essa associação, e neles encontraram os seguintes resultados: o risco de reinternação é maior nos primeiros trinta dias que sucedem à alta, e a história de readmissões hospitalares anteriores aumenta o risco de nova internação, sugerindo que esforços devem ser direcionados para se interromper o fenômeno da “porta giratória”. Os autores concluíram que existe a necessidade de maior padronização das condições de alta, bem como avaliação dos efeitos dos cuidados comunitários nesses casos de readmissão precoce.

As reinternações em saúde mental ocorrem em razão da interação de fatores intrínsecos à doença, como a gravidade do diagnóstico e o curso da doença em cada indivíduo, e de fatores extrínsecos a ela, como adesão ao tratamento, suporte social e familiar, suporte da rede de assistência extra-hospitalar e características de internações anteriores (Hodgson, Lewis & Boardman, 2001; Silva, Bassani & Palazzo, 2009).

Estudos que avaliam fatores associados a reinternações psiquiátricas têm metodologias diversas, e por isso seus resultados são complementares. Quanto aos sociodemográficos relacionados à reinternação, já foram observadas associações com situações sociais desfavoráveis, como desemprego, falta de suporte familiar, e situação de pobreza (Oiesvold et al., 2000; Hodgson et al., 2001; Lin et al., 2010). A associação desses fatores na área da psiquiatria é bem significativa, já que também existem dificuldades determinadas pelo próprio transtorno mental (Roick et al., 2004).

Em relação ao diagnóstico, maiores taxas de reinternação estão associadas com transtornos psicóticos, de humor e os relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Hodgson et al., 2001; Vasudeva, Narendra Kumar & Sekhar, 2009; Lin et al., 2010; Barekatin, Khodadadi & Marçay, 2011; Bodén, Brandt, Kieler, Andersen & Reutfors, 2011; Wheeler, Moyle, Jansen, Robinson & Vanderpyl, 2011; Zhang, Harvey & Andrew, 2011). Os prejuízos cognitivos e funcionais dos transtornos mentais graves contribuem para a pior adaptação social, gerando maior taxa de readmissões (Ledoux & Minner, 2006; Zhang et al., 2011).

As reinternações psiquiátricas também se associam positivamente com características de internações anteriores, como maior tempo de internação (Lin et al., 2010), maior quantidade de internações anteriores (Gerolamo, 2004; de Castro, Furegato & Santos, 2010; Wheeler et al., 2011; Zhang et al., 2011), tipo de alta (de Castro et al., 2010), internação involuntária (Hodgson et al., 2001) e falta de programação do seguimento pós-alta durante a internação (Oiesvold et al., 2000).

Na assistência à saúde mental, identificar preditores de reinternação pode facilitar a intervenção assertiva, e isso é particularmente importante no momento

histórico em que a psiquiatria se encontra. Com a redução do número de leitos, desde 1950, os remanescentes chegam a ter ocupação de 100%, e podem ocorrer pressões pela alta precoce, que por sua vez pode aumentar as taxas de reinternações e prejudicar a qualidade da assistência oferecida.

1.7 Avaliação de necessidades dos pacientes

Nesse contexto de mudanças e desenvolvimento na assistência, os programas e serviços criados para atender os pacientes com transtorno mental devem ser avaliados e monitorados, com o objetivo de se verificar se o paciente está sendo cuidado de maneira adequada e se suas necessidades relacionadas aos seus transtornos mentais estão sendo atendidas. Uma forma de avaliar a forma como esses pacientes estão recebendo ajuda para seus problemas é avaliar as suas necessidades, algo que está sendo estudado em todo o mundo (Bengtsson-Tops, 2004; Grinshpoon & Ponizovsky, 2008; Lloyd, King & Moore, 2010; Ernest, Nagarajan & Jacob, 2013).

Segundo o Departamento de Inspeção de Serviços de Saúde e Sociais inglês, as "necessidades" podem ser definidas como "as exigências do indivíduo que lhe permitam alcançar, manter ou restaurar um nível aceitável de independência social ou qualidade de vida" (Slade, Thornicroft, Loftus, Phelan & Wykes, 1999) e a avaliação das necessidades em saúde mental, que fornece informações para planejar, desenvolver e avaliar o paciente e os serviços psiquiátricos por ele utilizados.

Existem alguns instrumentos para avaliar as necessidades dos pacientes psiquiátricos, como o *Cardinal Needs Schedule* (Barrowclough, Marshall, Lockwood, Quinn & Sellwood, 1998), o *Avon Mental Health Measure* (Avon, 1996), e o mais utilizado é a *Camberwell Assessment of Needs* (CAN), que foi desenvolvida no Instituto de Psiquiatria do King's College de Londres, em 1994, para ajudar os profissionais de saúde mental a compreender as dificuldades de seus pacientes. Depois de mais de vinte anos, já foi traduzida para 26 idiomas e outras versões foram adaptadas para diferentes grupos de pessoas como, por

exemplo, para os idosos e pacientes forenses, sendo utilizada como parte da prática clínica rotineira em muitos países. Possui 22 domínios que abrangem os principais aspectos da vida de um indivíduo e de seu bem-estar mental, fornecendo informações para o planejamento de cuidado centrado na pessoa (King's College, n.d.). Além das características já citadas, a CAN é um instrumento muito versátil e pode ter aplicações diversas. Pode ser aplicada aos pacientes, ao *staff* do serviço assistencial ou aos familiares desses pacientes (Freeman, Malone & Hunt, 2004; Lasalvia et al., 2007; Zahid & Ohaeri, 2013); e também pode ser usada de modo fragmentado, ou seja, selecionando-se alguns domínios de interesse e avaliando-os ao longo do tempo (McCann, 2010).

No Brasil, mesmo vinte anos após a criação desse instrumento, há carência na avaliação de necessidades de pacientes. De nosso conhecimento, apenas dois estudos brasileiros publicados utilizaram a CAN e ambos envolveram a validação e teste de confiabilidade do instrumento em português, mas não trouxeram associações entre os resultados com características sociodemográficas e clínicas dos pacientes avaliados. O estudo de validação da CAN em adultos aplicou o instrumento a 52 pacientes com primeiro episódio psicótico (Schlithler, Scazufca, Busatto, Coutinho & Menezes, 2007), e o estudo de validação da CANE (CAN for elderly) avaliou 32 pacientes idosos (Sousa, Scazufca, Menezes, Crepaldi & Prince, 2009).

Vários países da Europa, e outros desenvolvidos como Austrália e Canadá, já assumiram a premissa de que a assistência em saúde mental deve ser oferecida para pacientes psiquiátricos baseando-se nas necessidades de cuidados dos mesmos (McCrone et al., 2001; Freeman et al., 2004; Wennström & Wiesel, 2006; Fleury, Grenier, Caron & Lesage, 2008). Geralmente, os pacientes com mais necessidades precisam de um suporte mais especializado e intensivo (Lasalvia, Stefani & Rugeri, 2000). Assim, as necessidades reportadas têm implicação direta no tratamento e por isso devem ser consideradas no planejamento terapêutico de cada indivíduo (Grinshpoon & Ponizovsky, 2008).

Assim como outros indicadores em saúde mental, as necessidades de cuidados também já foram associadas com características sociodemográficas e clínicas. Mais necessidades de cuidados foram encontradas em pacientes do

gênero masculino e desempregados (Ruggeri et al., 2004), de maior idade e com baixo nível socioeconômico (Zúñiga et al., 2013). Em relação aos diagnósticos psiquiátricos, houve maior associação entre mais necessidades e transtornos mentais graves como os psicóticos, de maneira geral, incluindo esquizofrenia e transtornos afetivos (Freeman et al., 2004; Martínez-Martín et al., 2011); transtornos de personalidade (Hayward, Slade & Moran, 2006; Joska & Flisher, 2007; Bruce, Gwaspari et al., 2012) e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Bruce et al., 2012). Também já foi relacionada maior pontuação na CAN com gravidade dos sintomas psicóticos (Ruggeri et al., 2004), com a falta de suporte familiar (Fleury et al., 2008), com o fato de morar em grandes centros urbanos (McCrone et al., 2001), com maior número de contatos com os serviços extra-hospitalares (Ruggeri et al., 2004; Slade, Leese, Cahill, Thornicroft & Kuipers, 2005).

Depois do seu uso já estabelecido para melhor condução das intervenções terapêuticas, mais recentemente, a CAN tem sido utilizada como indicador de qualidade de vida em pacientes com transtorno mental (Hansson & Björkman, 2007; Lambri, Chakraborty, Leavey & King, 2012). Vários estudos já foram realizados relacionando qualidade de vida e necessidades, todos demonstrando associações positivas entre eles. A maior parte deles, por apresentar um desenho de corte transversal, impediam inferências preditivas (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999, Wiersma & van Busschbach, 2001), então outros estudos de seguimento longitudinal foram realizados e também demonstraram associação entre maior número de necessidades de cuidados não atingidas e piora na qualidade de vida, bem como redução no número de necessidades não atingidas precedendo a melhora da qualidade de vida (Björkman & Hansson, 2002; Lasalvia et al., 2005; Slade et al., 2005). Como uma das principais metas da assistência em saúde mental é a melhora da qualidade de vida dos pacientes atendidos (Thornicroft & Tansella, 2010), a partir desses achados, cada vez mais a avaliação de necessidades de cuidados e a sistematização de seu uso têm sido estimuladas (Lasalvia et al., 2005).

Finalmente, mais uma aplicação que esse instrumento possibilita é a avaliação da efetividade dos serviços de assistência na comunidade. O fato de o

paciente psiquiátrico relatar mais ou menos necessidades e de estas estarem ou não sendo supridas têm relação direta com o cuidado oferecido (Wiersma et al., 2009; Swildens et al., 2011).

1.8 Vulnerabilidade social

O contexto social e suas eventuais adversidades são componentes fundamentais a serem considerados na avaliação de indicadores da qualidade da assistência em saúde mental, tendo-se em vista que a associação de transtorno mental e situações sociais desfavoráveis levam ao aumento das necessidades assistenciais. Em razão da própria condição de doença e social, esses pacientes apresentam maiores chances de reinternação (Oiesvold et al., 2000; Hodgson et al., 2001; Li et al., 2010), história de baixa aderência ao tratamento (Lerner et al., 1993), e também reportam maiores necessidades de cuidados (Ruggeri et al., 2004; Zúñiga et al., 2013). Como o estado de São Paulo tem um indicador específico para vulnerabilidade social, o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), optou-se por utilizá-lo também como variável sociodemográfica da amostra deste estudo.

Os centros urbanos brasileiros apresentam enormes desigualdades sociais, com áreas de extrema pobreza, resultado de um crescimento econômico excludente e concentrador de riquezas. Para se pensar em políticas específicas para essas localidades, é necessário conhecimento específico dos problemas dessas comunidades. Com isso em mente, para melhor análise de concentração de pobreza, a Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (SEADE) elaborou o IPVS. Trata-se de um indicador fundamentado em estudos e teorias sobre o fenômeno da pobreza, que levam em conta não só a renda, mas também outros fatores determinantes da vulnerabilidade social, como escolaridade, saúde, arranjo familiar, possibilidade de inserção no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços públicos (SEADE, 2010b).

O IPVS permite melhor identificação de fatores específicos que produzem a deterioração das condições de vida em uma comunidade, auxiliando na definição

de prioridades para o atendimento da população mais vulnerável. Ele classifica os municípios do estado de São Paulo em grupos de vulnerabilidade social a partir de uma combinação entre as dimensões demográfica e socioeconômica. Em 2010, o IPVS foi estimado para micro áreas, também chamadas de setores censitários, para elucidar a desigualdade intramunicipal existente em áreas urbanas e rurais, para todos os municípios do estado. Cerca de 60 mil setores censitários foram classificados em sete grupos de vulnerabilidade social, que resumem a situação de maior ou menor vulnerabilidade às quais a população se encontra exposta. A distribuição dos setores censitários no estado, segundo o IPVS, pode ser observada na Figura 3.

Figura 3 - Distribuição dos setores censitários, segundo grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) no estado de São Paulo - 2010.

Fonte: (Fundação SEADE, 2010b)

O município de Ribeirão Preto possuía, em 2010, 599.002 habitantes. A análise das condições de vida de seus habitantes mostra que a renda familiar média era de R\$3.249,00, o salário-mínimo era de R\$ 510,00, a idade média dos chefes de domicílios era de 47 anos e a parcela de crianças com menos de seis anos equivalia a 7,2% do total da população. Como se pode verificar na Figura 4, Ribeirão Preto tem uma condição privilegiada, com menor vulnerabilidade social, quando comparada ao total do estado de São Paulo (SEADE, 2010a). Desde a criação desse índice, alguns estudos foram realizados para analisar as relações da vulnerabilidade social, usando-se o IPVS, com diferentes doenças, como a tuberculose (Roza, Caccia-Bava & Martinez, 2012), aids (Brasil, 2010) e demência (Pavarini et al., 2009), mas até o momento não se estudou a associação desse índice com transtornos psiquiátricos.

Figura 4 - Distribuição da população segundo o IPVS no estado de São Paulo e no município de Ribeirão Preto

Fonte: (IBGE, 2010)

2. Justificativa

Com o processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e criação de novos serviços de assistência extra-hospitalar, o efetivo funcionamento de uma rede de assistência em saúde mental é de vital importância para que os pacientes sejam adequadamente atendidos, suas necessidades de cuidados relacionadas à doença sejam supridas e seus sintomas sejam controlados.

Na saúde mental, assim como em outras áreas, a avaliação “é muito lembrada, pouco praticada, e quando realizada, não é muito divulgada e raramente utilizada para a tomada de decisões” (Silva & Formigli, 1994). A incorporação da avaliação como prática sistemática poderia propiciar aos gestores informações úteis para a definição de novas estratégias de intervenção. Além disso, em muitos serviços há grande quantidade de informações subutilizadas, que poderiam servir para análise da situação de saúde, definição de prioridades e reorganização de práticas.

Na história do processo de desinstitucionalização dos pacientes com transtorno mentais na região de Ribeirão Preto, verificou-se diminuição substancial do número de leitos hospitalares, e a criação de serviços comunitários, que, mais recentemente, parecem não ser suficientes para atender à demanda. A partir de 2003, a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos aumentou, com períodos em que não há disponibilidade para internação. Desse modo, o fluxo das internações, em muitos momentos, fica interrompido, em razão da falta de vagas hospitalares (Barros, 2012), e a assistência na rede extra-hospitalar fica prejudicada, pois esta não consegue responder à demanda de manejar casos mais graves.

As peculiaridades da organização administrativa da rede de serviços de saúde mental do município de Ribeirão Preto oferecem condições bastante favoráveis para o estudo da assistência por ela praticada. Conforme comentado anteriormente, o atendimento extra-hospitalar é regionalizado, com cada serviço sendo responsável por uma área de abrangência específica, independentemente do diagnóstico (exceto transtornos em razão do uso de substâncias psicoativas) ou gravidade do quadro. Os serviços de saúde mental têm características organizacionais claramente distintas (CAPS, ambulatório especializados e ambulatório em policlínica), com diferenças no número de categorias profissionais

e de modalidades de tratamento disponíveis. As internações psiquiátricas, até a época da coleta de dados, eram realizadas em enfermarias de apenas dois hospitais (HCFMRP-USP e HSTRP), que mantinham estreita relação entre si e com os serviços públicos comunitários. Essa condição peculiar permite a realização de uma análise descritiva ampla e “naturalística” do que ocorreu com os pacientes que tiveram sua primeira internação psiquiátrica em Ribeirão Preto nos anos subsequentes à primeira admissão psiquiátrica, em relação à ocorrência de reinternação, adesão ao tratamento comunitário e atendimento ou não de suas necessidades de cuidados em relação ao transtorno mental que possuem.

Ante ao exposto, espera-se neste estudo identificar fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes psiquiátricos que apresentaram um transtorno mental grave, que tenha justificado uma internação psiquiátrica, e associá-los a alguns indicadores da assistência oferecida pela rede de serviços de saúde mental da cidade de Ribeirão Preto. Difere de outros estudos relacionados, pois visa a uma abordagem da rede como um todo e seu funcionamento dinâmico, não se restringindo apenas a cada serviço isoladamente, já que a busca do indivíduo foi realizada na comunidade, independente do seu vínculo com serviços de saúde, quer seja público ou privado. Espera-se que os resultados tragam informações que possam ser utilizadas pelos profissionais que atendem na rede de assistência de saúde mental, permitindo a eles prever e intervir precocemente nos pacientes com maiores chances de reinternação ou de abandonarem o tratamento indicado. Os resultados podem também alimentar informações aos gestores de serviços e às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, para melhor planejamento dos serviços de assistência à saúde mental e elaboração de novas políticas públicas de saúde, baseadas em evidências.

3. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo avaliar a evolução após um período mínimo de quatro anos, de pacientes submetidos à primeira hospitalização psiquiátrica, com ênfase na ocorrência de reinternações, adesão ao tratamento, caracterização das necessidades de cuidados e eventuais fatores de risco associados.

Especificamente, pretendeu-se:

- a) Caracterização sociodemográfica de pacientes procedentes da cidade de Ribeirão Preto com transtorno mental grave que tiveram sua primeira internação psiquiátrica nos anos de 2006 e 2007;
- b) Verificar a ocorrência de readmissões hospitalares, relacioná-las com características sociodemográficas, vulnerabilidade social, diagnóstico psiquiátrico e características da internação-índice, e compará-las com internações únicas, identificando fatores preditores para reinternações psiquiátricas;
- c) Verificar a ocorrência de má aderência ao tratamento extra-hospitalar, relacioná-la com características sociodemográficas, vulnerabilidade social, diagnóstico psiquiátrico e características da internação-índice, e compará-las com boa aderência, identificando fatores preditores para má aderência ao tratamento;
- d) Identificar as necessidades de cuidados dos pacientes e relacioná-las com características sociodemográficas, vulnerabilidade social, diagnóstico psiquiátrico, características da internação-índice, reinternações e baixa aderência ao tratamento.

4. Hipótesis

-
- a) A população de pacientes em primeira internação psiquiátrica deverá ser composta, em sua maioria, por pacientes do sexo masculino, adultos jovens, sem vínculos conjugais estáveis e inativos profissionalmente.
 - b) Readmissões hospitalares serão associadas com características sociodemográficas desfavoráveis, evidenciadas por ausência de vínculo conjugal, morar sozinho e inatividade profissional, e diagnósticos psiquiátricos mais graves, como transtornos psicóticos e bipolares.
 - c) Baixa aderência ao tratamento estará relacionada às características sociodemográficas desfavoráveis, como inatividade profissional, baixo nível educacional e baixo suporte familiar, e diagnósticos clínicos de transtornos em razão do uso de substâncias e transtornos psicóticos graves (esquizofrenia e transtornos do humor).
 - d) Necessidades de cuidados formais e informais não atendidas serão associadas a características sociodemográficas desfavoráveis (inatividade profissional, baixo nível educacional, baixo suporte familiar), diagnósticos psiquiátricos mais graves, com maior ocorrência de readmissões hospitalares e baixa aderência ao tratamento.

5. Casuística e Métodos

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo de coorte, baseado em banco de dados relativos às internações psiquiátricas ocorridas na DRS XIII no período de dez anos.

5.2 Participantes do estudo

Consideraram-se participantes elegíveis do presente estudo os pacientes moradores do município de Ribeirão Preto, que tiveram sua primeira internação psiquiátrica entre 1º de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2007, nos serviços hospitalares psiquiátricos públicos de referência como o HCFMRP-USP e o HSTRP. Os dados referentes às internações foram colhidos em banco de dados único, que engloba todas as internações efetuadas nesses dois serviços, de 1998 a 2007.

5.3 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Normas Éticas Regulamentares do HCFMRP-USP (Processo nº 10184/2009) (Apêndice A).

O paciente participante era consultado sobre sua inclusão no estudo, mas se ele não se encontrasse em condições de dar seu consentimento, em função de comprometimento do juízo crítico da realidade, isso se fez com um acompanhante responsável. Assegurou-se a ele e ao seu acompanhante que, caso eles não quisessem participar, tal decisão não alteraria em nada o tratamento regular na rede de serviços de saúde mental do município. Além disso, eles também poderiam retirar o consentimento em qualquer momento ao longo da pesquisa e deixar de participar do estudo, sem que isso trouxesse prejuízo ao seu tratamento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) era lido, explicadas as informações sobre a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo. A todos eles foram garantidos os direitos de receber informações e esclarecimentos quanto a qualquer dúvida que surgisse no

transcorrer dos procedimentos, ainda que isso pudesse afetar sua motivação em continuar participando do estudo. Da mesma forma, foi garantido o caráter confidencial quanto aos dados pessoais e a todas as informações fornecidas por eles ao longo do estudo.

5.4 Instrumentos de avaliação

Para a avaliação dos participantes do estudo, foram utilizados dois instrumentos, descritos a seguir.

Questionário semiestruturado: questionário desenvolvido especificamente para este estudo, contendo informações sobre: dados sociodemográficos; características da primeira internação; diagnóstico clínico da internação-índice; informações sobre o encaminhamento para os serviços públicos de assistência à saúde mental do município, adesão ao seguimento extra-hospitalar; ocorrência de reinternações e características do serviço extra-hospitalar de referência nos últimos seis meses que antecederam a entrevista (Apêndice C).

CAN: trata-se de um instrumento semiestruturado, desenvolvido pelo Departamento de Pesquisa de Serviços de Saúde do Instituto de Psiquiatria de Londres, com o objetivo de avaliar uma larga gama de necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais graves. Usada mundialmente, em países de diferentes culturas e línguas, tem-se mostrado válida, confiável e de fácil aplicação (Slade et al., 1999). A CAN (Anexo) contempla 22 domínios de necessidades de cuidados formais e informais, como transportes, benefícios, moradia, saúde física, estresse emocional, entre outras. Os resultados podem ser analisados item a item, além do escore final, com destaque para os itens que se relacionam mais intimamente com o tratamento de sintomas que o serviço deveria oferecer, como avaliação de sintomas psicóticos, informações sobre o seu problema e tratamento, sofrimento psicológico, segurança para si e para os outros, uso de álcool e drogas e benefícios. Neste estudo, a CAN foi pontuada nos 22 domínios como necessidades alcançadas (ou seja, existentes, porém

supridas de alguma forma), com escores que variam de 0 a 22; e necessidades não alcançadas, com escores que também variam de 0 a 22, conforme orientação de seus autores (King's College, n.d.). No estudo brasileiro de validação desse instrumento, o coeficiente de correlação intraclasse para o total de necessidades foi excelente ($ICC=0,95$), e a confiabilidade entre avaliadores foi similar à de estudos anteriores. Mostrou-se um ótimo instrumento para avaliação de necessidades de cuidado no Brasil e pode contribuir para a análise da efetividade de tratamentos e para o planejamento de cuidados para pacientes com transtornos mentais (Schlithler et al., 2007).

5.5 Entrevistadores

Os instrumentos foram aplicados por duas psicólogas, devidamente treinadas, além da pesquisadora responsável pelo estudo. As entrevistadoras não tinham nenhum contato assistencial com o paciente entrevistado e, caso fosse identificada essa relação, a entrevista era realizada por outra entrevistadora.

5.5.1 Treinamento das entrevistadoras

O treinamento das entrevistadoras consistiu em: a) leitura conjunta do projeto de pesquisa e dos instrumentos de avaliação pela pesquisadora responsável e as auxiliares de pesquisa, seguida de discussão e esclarecimento de dúvidas; b) realização de entrevistas conjuntas entre a pesquisadora responsável e as auxiliares de pesquisa, seguidas de discussões, até a obtenção de consenso de pelo menos 70% no registro das respostas. Cada entrevistadora realizou entrevistas com a outra e com a pesquisadora principal, no total de 22 entrevistas conjuntas; c) reuniões mensais entre a pesquisadora responsável e as auxiliares de pesquisa visando a esclarecimentos e resolução de dúvidas relativas à aplicação dos instrumentos.

5.6. Procedimentos

5.6.1 Procedimentos de busca e localização

A partir do banco de dados único das internações psiquiátricas do HCFMRP-USP e do HSTRP, foram selecionados todos os pacientes moradores de Ribeirão Preto que tiveram sua primeira internação psiquiátrica nos anos de 2006 e 2007. Essa primeira internação foi considerada a entrada do paciente na rede pública de assistência à saúde mental.

Vinte e quatro listas foram geradas, referentes às internações ocorridas de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, com dados para identificação e localização dos pacientes, como nome, idade, endereço e telefone. Os dados relativos a endereço e telefone foram coletados no banco de dados de referência e no banco de dados de assistência à saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto.

A coleta de dados ocorreu de 1º de dezembro de 2010 até 31 de dezembro de 2011. O primeiro mês desse período foi usado para as entrevistas de treinamento das entrevistadoras e calibragem das respostas. Em seguida, cada entrevistadora recebeu uma lista, sequencialmente, da 2ª à 24ª. Os contatos com os pacientes foram feitos em ordem cronológica, de acordo com o mês de internação, e distribuídos homogeneamente, de maneira que os contatos com uma lista subsequente só era iniciado quando esgotadas todas as possibilidades de contato com os pacientes pertencentes à lista do mês anterior. A Figura 5 mostra os eventos da pesquisa em função do tempo.

O contato inicial com os pacientes foi feito por meio de ligação telefônica e carta-convite, com orientações para que eles pudessem fazer contato com os pesquisadores. Havendo anuência de participação no estudo, foi oferecido ao paciente e aos seus familiares a possibilidade de comparecimento ao serviço ou de visita domiciliar para a realização da entrevista para coleta de dados.

A expectativa inicial de possibilidade de captação de casos por meio de contato por telefone ou carta-convite não foi alcançada, tendo-se em vista a grande quantidade de números de telefone inexistentes ou inoperantes. A alternativa para contornar essa dificuldade foi o contato inicial por meio de visita domiciliar, que se mostrou o método de busca mais frutífero para localização dos

pacientes. Os contatos telefônicos e as visitas domiciliares foram realizados em dias da semana e horas distintos, incluídos horários fora de período comercial, de maneira a garantir maior possibilidade de localização desses pacientes. Outro recurso utilizado foi o contato com vizinhos com a finalidade de se obterem informações a respeito do paradeiro dos pacientes. Foram considerados como perdas aqueles pacientes para os quais foram feitas até três tentativas de contato por meio de visita domiciliar, sem sucesso na localização dos mesmos.

5.6.2 Procedimentos da entrevista

No primeiro contato com o potencial participante da pesquisa, o projeto era apresentado, o termo de consentimento livre e esclarecido, lido e assinado, e então eram aplicados os instrumentos de avaliação, descritos anteriormente.

As entrevistas foram realizadas com o paciente acompanhado de familiar, ou não, dependendo da vontade do mesmo e da sua capacidade de entendimento, e tinham a duração média de trinta minutos, mas essa duração era muito variável, dependendo das respostas, pois havia respostas que remetiam o entrevistador para questões posteriores, e também da locução do entrevistado, que tinha demandas diferentes de diálogo. As respostas eram anotadas no próprio instrumento, conforme ocorriam. Os dados que também podiam ser obtidos no banco de dados-fonte ou nos bancos de dados dos hospitais (HSTRP E HCFMRP-USP), como data de internação-índice e posteriores, tempo de internação e hipótese diagnóstica, foram coletados, dessa forma, e/ou apenas confirmados, para evitar informação equivocada por dependência da memória do entrevistado. Como a readmissão hospitalar psiquiátrica é um dos desfechos de interesse neste estudo, os bancos de dados dos HPs da região também foram consultados após a coleta de dados, para a confirmação das informações relativas a internações, fornecidas pelo paciente durante a entrevista presencial.

5.6.3 Definição do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

Ao se deparar com o IPVS, decidiu-se incluí-lo como variável sociodemográfica da amostra, mas nesse momento as entrevistas já haviam sido realizadas. De posse do endereço dos entrevistados, a partir dessa informação, foi consultado o banco de dados da Fundação SEADE, verificando-se o IPVS atribuído ao setor censitário da residência de cada paciente entrevistado, e criou-se a variável IPVS com o dado original do banco de dados.

Figura 5 - Representação gráfica dos eventos da pesquisa em função do tempo.

5.7 Tratamento dos dados

5.7.1 Categorizações de variáveis

Alguns dados sociodemográficos foram colhidos como respostas abertas e depois categorizados para fins de análise:

- A idade foi assim categorizada:
 - menor de 29 anos;
 - de 30 a 49 anos;

- de 50 anos ou mais.
- O estado civil foi classificado em:
 - união estável (casados ou amasiados);
 - sem união estável (solteiros, separados ou divorciados e viúvos).
- A cor da pele referida foi categorizada em brancos e negros ou pardos, pois não houve outra cor da pele referida.
- Os anos de estudo (escolaridade) foram categorizados em:
 - 0 a 8 anos de estudo;
 - 9 anos ou mais.
- A vulnerabilidade social, com base no IPVS do setor censitário de origem de cada paciente, foi agrupada em três categorias:
 - vulnerabilidade social baixa: IPVS 1 (nenhuma vulnerabilidade) e IPVS 2 (vulnerabilidade muito baixa);
 - vulnerabilidade social média: IPVS 3 (vulnerabilidade baixa) e IPVS 4 (vulnerabilidade média);
 - vulnerabilidade social alta: IPVS 5 (vulnerabilidade alta) e IPVS 6 (vulnerabilidade muito alta).
- O tempo de internação foi agrupado em três categorias:
 - 24 a 72 horas;
 - 4 a 30 dias,
 - 31 dias ou mais.
- O diagnóstico, descrito pela Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID 10), foi categorizado da seguinte maneira:
 - CID F10 a F19.-: transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas;
 - CID F20 a F29.-: transtornos psicóticos tipo esquizofrênicos;
 - CID F30.-, F31.- (com exceção do F31.3 e F31.4), F34.-: transtorno de humor – tipo maniformes;
 - CID F31.3, F31.4, F32.-, F33.-: transtornos de humor, do tipo depressivo;
 - CID F4.-, F5.-, F6.-: transtornos não psicóticos;

- CID F00.-, F7.-: outros transtornos.
- A aderência ao tratamento foi agrupada em duas categorias:
 - Foram considerados aderentes ao tratamento os pacientes que relataram frequentar as consultas agendadas regularmente, independente da categoria profissional que o atendia, desde a época da alta da primeira internação até a entrevista. Os pacientes que relataram pequena interrupção, mas que retornaram ao tratamento e estavam se tratando nos seis meses anteriores à entrevista também foram considerados aderentes ao tratamento.
 - Foram considerados não aderentes ao tratamento os pacientes que relataram não comparecer a várias ou a todas as propostas de atendimento extra-hospitalar, mesmo que estivessem em tratamento nos seis meses anteriores à entrevista (o início do tratamento havia sido recente ao tempo das entrevistas).

5.8 Análises dos dados

Os dados obtidos foram submetidos à análise utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 20.0. Variáveis qualitativas foram avaliadas por meio do teste não paramétrico qui-quadrado e foi fixado o nível de significância de 0,05.

Em análises preliminares, foram comparadas as características sociodemográficas e de dados de internação entre os pacientes localizados e os não localizados e entre os entrevistados e os não entrevistados, por meio do teste não paramétrico qui-quadrado. Para a análise multivariada foi utilizada a regressão logística binária, para as variáveis-desfecho “reinternação” e “aderência ao tratamento”. Foram realizadas as seguintes análises de regressão: 1) univariada: associando apenas uma variável de cada vez com a variável dependente; 2) ajustada; que associa todas as variáveis juntas em uma regressão logística, e, finalmente, 3) exploratória, em que se consideraram os valores de

$p < 0,2$, foram inseridas as variáveis no modelo, iniciando a análise com um modelo completo. Todas as variáveis incluídas na análise univariada foram testadas nos modelos de regressão logística e eliminadas, uma a uma, as que não mantiveram diferenças estatisticamente significativas, por se relacionarem com outras que permaneceram no modelo.

Os resultados da CAN foram analisados em conjunto com pesquisadores do Departamento de Pesquisas de Serviços de Saúde e População, no Instituto de Psiquiatria do *King's College* de Londres, onde o instrumento foi desenvolvido. Na análise, realizou-se a descrição dos dados considerando-se a média, o desvio padrão (DP), mínimo, máximo e os quartis para as variáveis quantitativas e tabelas de frequência para as variáveis qualitativas. Posteriormente, verificou-se a relação do escore da CAN com as características dos pacientes. Tratando-se de variáveis com duas categorias, a comparação foi realizada utilizando-se o teste de Mann-Whitney; já para as variáveis com três categorias ou mais, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. As análises foram bicaudais e a significância considerada foi de 0,05.

Para examinar as relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o escore total da CAN (variável dependente), também foram realizadas as seguintes análises: 1) a univariada: associando apenas uma variável de cada vez com a variável dependente; 2) a exploratória, em que foram considerados os valores de $p < 0,2$, inseriram-se as variáveis no modelo de regressão linear, iniciando a análise com um modelo completo. As variáveis foram eliminadas do modelo em um processo iterativo. O ajuste do modelo foi testado após a eliminação de cada variável. Quando não havia mais variáveis para serem eliminadas, a análise foi concluída. A aceitabilidade do modelo final foi testada pela avaliação visual de histogramas, que mostram as distribuições dos efeitos aleatórios e dos erros aleatórios residuais, considerando-se as associações com as variáveis dependentes. A distribuição dos resíduos era normal e não correlacionados com as principais variáveis explicativas.

6. Resultados

6.1 Composição da amostra

Novecentos e trinta e três pacientes procedentes de Ribeirão Preto tiveram sua primeira admissão nos anos de 2006 e 2007. Desses, 410 (43,9%) eram mulheres; com idade média de 36,7 anos (DP=13,9), com idade mínima de 11 anos e máxima de 89 anos. Cerca de metade desses pacientes teve sua internação na EP (51,7%). À época da primeira internação, 74,8% eram inativos profissionalmente, e 69,2% não possuíam união conjugal estável. Os diagnósticos mais frequentes desse universo de participantes foram: transtornos por uso de substâncias psicoativas (31,4%), seguidos por transtornos de humor (31,2%; episódios depressivos = 19,5%; maníacos = 11,7%) e transtornos psicóticos (18,3%).

Do total de 933 pacientes, 395 (42,3%) não foram localizados, depois de um período mínimo de quarenta e oito meses após a internação inicial, principalmente porque não residiam nos endereços disponíveis nos bancos de dados consultados (30,9%). No entanto, em 106 casos (11,4%), a não localização deu-se porque o endereço disponível no banco de dados original era inexistente (Figura 6). Dentre os localizados, 205 (22%) pacientes não foram entrevistados porque: 102 (10,9%) se recusaram a participar do estudo; 13 (1,4%) estavam detidos quando procurados para entrevista; 44 (4,7%) foram a óbito, 37 (4,0%) por relatarem internação prévia à registrada no banco de dados utilizado no presente estudo, e nove (1,0%) por causas diversas - como viagem prolongada, desaparecimento ou internação clínica). Trezentos e trinta e três participantes (35,7%) foram entrevistados, compondo a amostra do presente estudo. O tempo decorrente entre a primeira internação e a data da entrevista variou de quarenta e oito a cinquenta e nove meses, com média de 53,5 meses (DP=3,6).

Figura 6 - Resultado das ocorrências da busca após um período mínimo de quatro anos de 933 pacientes, procedentes de Ribeirão Preto, com primeira internação psiquiátrica ocorrida entre 1º de janeiro de 2006 e 31 dezembro de 2007, em leitos psiquiátricos pertencentes à DRS-XIII.

Os pacientes localizados (n=538) eram, em sua maioria, jovens (menores de 29 anos - 33,3%), homens (54,3%), com internações breves na EP do HCFMRP-USP (66,9%), sem união estável (66,9%) e com principais diagnósticos de transtornos por uso de substâncias (26,2%), seguidos de transtorno de humor, do tipo depressivo (22,1%). Não foram encontradas diferenças significativas entre os pacientes localizados e os não localizados com relação ao gênero ($p=0,201$), atividade profissional ($p=0,893$), serviço em que foi internado ($p=0,220$) e tempo

de permanência ($p=0,567$). Houve, no entanto, diferenças significativas quanto à faixa etária ($p=0,005$) e ao diagnóstico de alta ($p=0,002$), com maior proporção de pacientes em faixas etárias extremas e com o diagnóstico de transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas entre os não localizados, e maior proporção de transtornos depressivos entre os pacientes localizados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do Universo de pacientes ($n=933$) e associações entre as características sociodemográficas e os que foram localizados e os que não foram localizados, com frequências e valores de p .

	Com informação (n = 538)		Não localizado (n =395)		Total			
	n	%	n	%	n	%	X2	p
Gênero								
Feminino	246	45,7	164	41,5	410	43,9	1,636	0,201
Masculino	292	54,3	231	58,5	523	56,1		
Faixa etária								
Menor ou igual a 29 anos	179	33,3	147	37,6	326	35,1	14,667	0,005
30-49 anos	245	45,5	188	48,0	433	46,6		
50 anos ou mais	114	21,2	56	14,3	170	18,3		
Atividade profissional								
Ativo	133	25,0	97	25,4	230	25,2	0,018	0,893
Inativo	399	75,0	285	74,6	684	74,8		
Estado civil								
União estável	178	33,1	109	27,6	287	30,8	3,292	0,07
Sem união estável	359	66,9	286	72,4	645	69,2		
Serviço de Internação								
Emergência Psiquiátrica	281	52,2	201	50,9	482	51,7	3,029	0,220
Hospital geral	78	14,5	45	11,4	123	13,2		
Hospital psiquiátrico	179	33,3	149	37,7	328	35,1		
Tempo de permanência								
24 -72 horas	293	54,5	204	51,6	497	53,3	2,025	0,567
4-30 dias	205	38,1	159	40,2	364	39,0		
31 dias ou mais	40	7,4	32	8,1	72	7,7		
Diagnóstico de alta								
Tr. não psicóticos	85	15,8	48	12,2	133	14,3	19,036	0,002
Tr. devido ao uso de SPA	141	26,2	152	38,6	293	31,4		
Tr. Psicóticos	100	18,6	71	18,0	171	18,3		
Tr. Humor - depressão	119	22,1	63	15,9	182	19,5		
Tr. Humor - mania	63	11,7	46	11,5	109	11,7		
Outros (demências e deficiências)	30	5,6	15	3,8	45	4,8		

Os pacientes localizados, que foram entrevistados (amostra = 333), e os que foram localizados, mas não entrevistados (n=205), apresentaram diferenças significativas com relação ao gênero ($p=0,014$), e faixa etária ($p=0,001$), com maior proporção de mulheres e mais jovens entre os entrevistados. Não houve diferença significativa em relação ao estado civil ($p=0,578$), serviço em que foi internado ($p=0,346$), tempo de permanência ($p=0,313$) e diagnóstico de alta ($p=0,250$). A perda por detenção ou morte ocorreu, em grande parte, em homens (12 dos 13 detentos e 35 dos 44 óbitos), e 54,5% dos óbitos foram de pessoas com mais de 50 anos. A distribuição dos pacientes encontrados (n=538) e associações entre as características sociodemográficas dos que foram entrevistados e dos que não foram, com frequências e valores de p (teste qui-quadrado de Pearson) encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes encontrados (n=538) e associações entre as características sociodemográficas dos que foram entrevistados e dos que não foram, com frequências e valores de p (teste qui-quadrado de Pearson).

	Entrevistados (n = 333)		Não entrevistados (n =205)		Total (n=538)			
	n	%	n	%	n	%	X2	p
Gênero								
Feminino	166	49,8	80	39,0	246	45,7	5,992	0,014
Masculino	167	50,2	125	61,0	292	54,3		
Faixa etária								
Menor ou igual a 29 anos	127	38,1	52	25,4	179	33,3	15,235	0,001
23-49 anos	151	45,3	94	45,9	245	45,5		
50 anos ou mais	55	16,5	59	28,8	114	21,2		
Atividade profissional								
Ativo	91	27,5	42	20,9	133	25,0	2,903	0,088
Inativo	240	72,5	159	79,1	399	75,0		
Estado civil								
União estável	113	34,0	65	31,7	178	33,1	0,310	0,578
Sem união estável	219	66,0	140	68,3	359	66,9		
Serviço de Internação								
Emergência psiquiátrica	166	49,8	115	56,1	281	52,2	2,120	0,346
Hospital geral	52	15,6	26	12,7	78	14,5		
Hospital psiquiátrico	115	34,5	64	31,2	179	33,3		
Tempo de permanência								
24 -72 horas	176	52,9	117	57,1	293	54,5	1,148	0,563
4-30 dias	130	39,0	75	36,6	205	38,1		
31 dias ou mais	27	8,1	13	6,3	40	7,4		
Diagnóstico de alta								
Tr. não psicóticos	60	18,0	25	12,2	85	15,8	6,628	0,250
Tr. devido ao uso de SPA	77	23,1	64	31,2	141	26,2		
Tr. Psicóticos	64	19,2	36	17,6	100	18,6		
Tr. Humor - depressão	76	22,8	43	21,0	119	22,1		
Tr. Humor - mania	39	11,7	24	11,7	63	11,7		
Outros	17	5,1	13	6,3	30	5,6		

6.2 Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Entre os 333 entrevistados, a distribuição foi homogênea entre os gêneros, com 167 homens e 166 mulheres. Mais de 45% da amostra foi composta por adultos, entre 30 e 49 anos; 55,8% referiram ser de cor branca; sem união estável (65,8%); e, em sua maioria, nascidos na cidade de Ribeirão Preto (56%). Somente 8,7% dos entrevistados moravam sozinhos e 72,5% encontravam-se

inativos profissionalmente. Quanto às características da primeira internação, 49,8% foram internados na EP do HCFMRP-USP e 52,9% tiveram internação breve, de vinte e quatro a setenta e duas horas. Os principais diagnósticos encontrados foram os transtornos, em razão do uso de substâncias psicoativas, seguidos por transtornos de humor, do tipo depressivo, 23,1% e 22,8%, respectivamente.

6.3 Aderência ao tratamento e características associadas

A aderência ao tratamento na comunidade durante um período de, no mínimo, quatro anos após a primeira internação psiquiátrica foi analisada em 302 entrevistados. Utilizando os critérios previamente determinados no estudo, 180 (59,6%) pacientes foram considerados aderentes ao tratamento e são a maioria desta amostra.

A análise univariada (Tabela 3) mostrou que os participantes considerados aderentes ao tratamento eram mais velhos ($p=0,001$), com maior proporção de pacientes nas faixas etárias de 30 a 49 anos e 50 anos ou mais, (51,1% e 31,7%, respectivamente, contra 17,2% na faixa dos menores de 29 anos) e com maior proporção de inativos profissionalmente ($p<0,001$). Em relação às informações da internação-índice, verificou-se que internação em enfermarias psiquiátricas do hospital geral ($p=0,002$), com tempo de permanência de trinta e um dias, ou mais ($p=0,006$), e diagnósticos de transtorno psicótico, do tipo esquizofrênico ($p=0,005$) e de outros transtornos ($p=0,020$) associaram-se positivamente à aderência ao seguimento extra-hospitalar.

No modelo de regressão logística, as categorias que sobreviveram como preditores de aderência ao tratamento foram: idade entre 30 a 49 anos (odds ratio [OR]=2,27, IC 95%=1,17-4,42) ou maior de 50 anos (OR=2,71, IC 95%=1,31-4,22); inatividade profissional (OR=2,36 IC 95%=1,31-4,22); e internação nas enfermarias psiquiátricas do hospital geral (OR=3,95 IC 95%=1,53-10,20). Por outro lado, o diagnóstico de transtorno devido ao uso de substâncias mostrou-se como fator de risco para a não aderência ao tratamento na comunidade (OR=0,26, IC 95%=0,11-0,62).

Tabela 3 - Análise de regressão logística examinando características sociodemográficas e clínicas de pacientes aderentes e não aderentes, e preditores de aderência ao tratamento em, no mínimo, quatro anos após a internação-índice, com OR cru (IC 95%), OR ajustado (IC 95%) e valores de p.

	Aderência		OR Bruto (IC 95%)	p	OR Ajustado* (IC 95%)	p
	Não n=122 (%)	Sim n=180 (%)				
Gênero						
Feminino	68 (45,9)	80 (54,1)				
Masculino	54 (35,1)	100 (64,9)	1,57 (0,99-2,50)	0,055	0,85 (0,46-1,59)	0,610
Faixa etária						
Menor ou igual a 29 anos	42 (57,5)	31 (42,5)				
30-49 anos	56 (37,8)	92 (62,2)	2,22 (1,26-3,94)	0,006	2,27 (1,17-4,42)	0,016
50 anos ou mais	24 (29,6)	57 (70,4)	3,22 (1,65-6,26)	0,001	2,71 (1,26-5,83)	0,011
Atividade profissional						
Ativo	52 (54,7)	43 (45,3)				
Inativo	65 (34,0)	126 (66,0)	2,34 (1,42-3,88)	0,001	2,36 (1,31-4,22)	0,004
Estado civil						
União estável	49 (44,1)	62 (55,9)				
Sem união estável	73 (38,2)	118 (61,8)	1,28 (0,79-2,05)	0,312		
Etnia						
Branco	69 (40,8)	100 (59,2)				
Pardo/ Negro	45 (38,1)	73 (61,9)	1,45 (0,69-1,81)	0,646		
Escolaridade						
0-8 anos	57 (39,0)	89 (61,0)				
9 anos ou mais	65 (41,9)	90 (58,1)	0,89 (0,59-1,41)	0,609		
IPVS						
Baixa	71 (40,1)	106 (59,1)				
Média	39 (38,2)	63 (61,8)	1,08 (0,66-1,78)	0,757		
Alta	9 (47,4)	10 (52,6)	0,74 (0,29-1,92)	0,542		
Moradia						
Familiar	72 (39,3)	111 (60,7)				
Companheiro/a	37 (40,2)	55 (59,8)	0,89 (0,58-1,61)	0,964		
Sozinho/instituição/rua	13 (48,1)	14 (51,9)	0,39 (0,31-1,57)	0,699		
Serviço de Internação						
Emergência psiquiátrica	71 (48,3)	76 (51,7)				
Hospital geral	9 (20,5)	35 (79,5)	3,63 (1,63-8,09)	0,002	3,95 (1,53-10,20)	0,005
Hospital psiquiátrico	42 (37,8)	69 (62,2)	1,54 (0,93-2,54)	0,094	1,56 (0,83-2,95)	0,163
Tempo de permanência						
24 - 72 horas	75 (44,6)	83 (49,4)				
4 - 30 dias	43 (36,1)	76 (63,9)	1,60 (0,98-2,60)	0,060	0,92 (0,35-2,44)	0,873
31 dias ou mais	4 (16,0)	21 (84,0)	4,74 (1,56-14,45)	0,006	1,96 (0,42-9,18)	0,390
Diagnóstico de alta						
Tr. não psicóticos	25 (48,1)	27 (51,9)				
Tr. devido ao uso de SPA	43 (65,2)	23 (34,8)	0,49 (0,24-1,04)	0,064	0,26 (0,11-0,62)	0,002
Tr. psicóticos	13 (22,0)	46 (78,2)	3,28 (1,44-7,45)	0,005	1,87 (0,76-4,58)	0,170
Tr. Humor - depressão	26 (38,8)	41 (61,2)	1,46 (0,70-3,04)	0,312	1,21 (0,54-2,70)	0,650
Tr. Humor - mania	12 (30,8)	27 (69,2)	2,08 (0,87-4,98)	0,099	1,34 (0,49-3,66)	0,572
Outros	3 (15,8)	16 (84,2)	4,94 (1,28-19,01)	0,020	2,22 (0,52-9,52)	0,281

*- Na análise de regressão logística n=286. OR= odds ratio; IC= Intervalo de confiança; IPVS= Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.

6.4 Reinternações psiquiátricas e características associadas

Setenta e quatro pacientes entrevistados tiveram reinternação psiquiátrica no período entre a internação-índice e a data da entrevista, correspondendo a 22,2% da amostra.

Na Tabela 4 estão ilustrados os resultados da análise univariada, na qual as variáveis sociodemográficas e clínicas, que se mostraram associadas à reinternação, foram: inatividade profissional ao tempo da entrevista ($p=0,018$); duração da internação-índice de quatro a trinta dias ($p=0,020$) ou de trinta e um dias ou mais ($p=0,011$); primeira internação nas enfermarias do hospital geral ($p=0,007$) ou no HP ($p=0,014$); e os diagnósticos de transtorno psicótico, do tipo esquizofrênico ($p=0,006$) e transtorno de humor, do tipo maníaco ($p=0,008$).

As variáveis com $p>0,20$ foram testadas e quatro permaneceram com significância no modelo final (Tabela 4). As demais variáveis perderam significância estatística ao serem testadas no modelo de regressão logística.

Internação-índice de trinta e um dias ou mais ($OR=2,82$, IC 95%=1,05-7,58), diagnóstico de transtorno psicótico, do tipo esquizofrênico ($OR=2,90$, IC 95%=1,72-7,85) e de transtornos de humor - episódios maníacos ($OR=3,29$, IC 95%=1,09-9,90), e inatividade profissional ($OR=1,99$, IC95%=1,01 -3,94) aumentaram o risco de nova admissão psiquiátrica, enquanto que em pacientes com idade maior de 50 anos ($OR=0,39$, IC 95%=0,17-0,93) diminuiu-se o risco de nova admissão psiquiátrica.

Tabela 4 - Análise de regressão logística examinando características sociodemográficas e clínicas de pacientes que foram e não foram reinternados, e preditores de reinternação, com OR bruto (IC 95%), OR ajustado (IC 95%) e valores de p.

	Reinternação		OR Bruto (IC 95%)	p	OR Ajustado* (IC 95%)	p
	Não n=259 (%)	Não n=259 (%)				
Gênero						
Feminino	134 (80,7)	32 (19,3)				
Masculino	125 (74,9)	42 (25,1)	1,41 (0,84-2,37)	0,199		
Faixa etária						
< ou igual a 29 anos	59 (72,8)	22 (27,2)				
30-49 anos	126 (76,4)	39 (23,6)	0,83 (0,45-1,52)	0,548	0,93 (0,46-1,84)	0,824
50 anos ou mais	74 (85,1)	13 (14,9)	0,47 (0,22-1,01)	0,054	0,39 (0,17-0,93)	0,033
Atividade profissional						
Ativo	93 (86,1)	15 (13,9)				
Inativo	154 (74,4)	53 (25,6)	2,13 (1,14-4,00)	0,018	1,99 (1,01-3,94)	0,048
Estado civil						
União estável	91 (74,6)	31 (25,4)				
Sem união estável	168 (79,6)	43 (20,4)	0,75 (0,44-1,27)	0,288		
Etnia						
Branco	141 (75,8)	45 (24,2)				
Pardo/ Negro	105 (80,2)	26 (19,8)	0,078 (0,45-1,34)	0,361		
Escolaridade						
0-8 anos	126 (76,4)	39 (23,6)				
9 anos ou mais	133 (79,6)	34 (20,4)	0,83 (0,49-1,39)	0,471		
IPVS						
Baixa	153 (79,7)	39 (20,3)				
Média	86 (75,4)	28 (24,5)	1,27 (0,74-2,22)	0,385		
Alta	17 (73,9)	6 (26,1)	1,38 (0,51-3,75)	0,521		
Moradia						
Familiar	154 (77,8)	44 (22,2)				
Companheiro/a	82 (77,4)	24 (22,6)	1,02 (0,58-1,80)	0,933		
Sozinho/instituição/rua	23 (79,3)	6 (20,7)	0,91 (0,35-2,38)	0,852		
Serviço de Internação						
Emergência psiquiátrica	139 (84,8)	25 (15,2)				
Hospital geral	35 (67,3)	17 (32,7)	2,70 (1,32-5,54)	0,007		
Hospital psiquiátrico	85 (72,6)	32 (27,4)	2,09 (1,16-3,77)	0,014		
Tempo de permanência						
24 - 72 horas	148 (84,1)	28 (15,9)				
4 - 30 dias	95 (73,1)	35 (26,9)	1,95 (1,11-3,41)	0,020	1,60 (0,84-3,06)	0,155
31 dias ou mais	16 (59,3)	11 (40,7)	3,63 (1,53-8,65)	0,004	2,82 (1,05-7,58)	0,040
Diagnóstico de alta						
Tr. não psicóticos	54 (88,5)	7 (11,5)				
Tr. dev. ao uso de SPA	61 (80,3)	15 (19,7)	1,90 (0,72-4,99)	0,195	1,26 (0,45-3,55)	0,663
Tr. Psicóticos	43 (67,2)	21 (32,8)	3,77 (1,47-9,69)	0,006	2,90 (1,72-7,85)	0,036
Tr. Humor - depressão	58 (81,7)	13 (18,3)	1,73 (0,64-4,66)	0,279	1,41 (0,49-4,06)	0,527
Tr. Humor - mania	27 (65,9)	14 (34,1)	4,00 (1,45-11,07)	0,008	3,29 (1,09-9,90)	0,034
Outros	16 (80,0)	4 (20,0)	1,93 (0,50-7,43)	0,340	1,48 (0,35-6,19)	0,590

*- Na análise de regressão a logística é n=315. OR= odds ratio; IC= Intervalo de confiança; IPVS= Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.

6.5 Avaliação de necessidades dos pacientes

A Tabela 5 mostra a distribuição dos pacientes em cada necessidade avaliada pela CAN. As três necessidades reportadas, porém supridas com maior frequência foram: cuidados com a casa (27,3%), sintomas psicóticos (20,4%) e estresse psicológico (19,2%), enquanto as necessidades mais frequentemente relatadas como não atendidas foram: benefícios assistenciais (25,5%), atividades da vida diária (16,5%) e companhias (10,8%). Acomodação e relações íntimas foram os itens da CAN com valor mais baixo de pontuação.

Foram observadas associações entre escores mais altos, portanto mais necessidades relatadas, com menos anos de escolaridade, inatividade profissional, tempo de permanência de quatro a trinta dias, internação no HP e, finalmente, reinternação no período mínimo de quatro anos de seguimento. Morar com companheiro(a) e diagnósticos de transtornos não psicóticos, psicóticos e de humor associaram-se com escores menores, ou seja, com menos necessidades reportadas. Esses resultados podem ser observados na Tabela 6.

Quando realizada a regressão linear exploratória, obteve-se o coeficiente de regressão linear, a que se chamou de β ajustado. Verificou-se a associação entre algumas variáveis, elas perderam significância e foram excluídas do modelo final, como: tempo de permanência, internação no HP, reinternações e diagnósticos. Observaram-se associações significativas entre escores mais elevados na CAN e nos anos de estudo - quanto mais anos um indivíduo frequentou a escola, menos necessidades de cuidados ele relatou ($\beta = -1,76$ com $p < 0,01$ e $IC95\% = -2,81$ a $-0,71$). Viver com o parceiro ($\beta = -1,55$ com $p < 0,01$ e $IC95\% = -2,70$ a $-0,40$) também diminuiu as necessidades dos pacientes, enquanto que estar ativo profissionalmente diminuiu as pontuações da CAN ($\beta = -3,46$ com $p < 0,01$ e $IC95\% = -4,58$ a $-2,34$). Estes resultados também podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 5 - Camberwell Assessment of Needs (CAN) - Descrição dos itens avaliados e frequência das necessidades alcançadas e não alcançadas relatadas.

	Sem problema		Necessidade alcançada		Necessidade não alcançada	
	n	%	n	%	n	%
Acomodação	321	96,4%	5	1,5%	7	2,1%
Alimentação	307	92,2%	17	5,1%	9	2,7%
Cuidados da casa	232	69,7%	91	27,3%	10	3,0%
Autocuidado	298	89,5%	20	6,0%	15	4,5%
Atividades diárias	267	80,2%	11	3,3%	55	16,5%
Saúde física	252	75,7%	63	18,9%	18	5,4%
Sintomas psicóticos	235	70,6%	68	20,4%	30	9,0%
Inf. sobre condições e tratamento	305	91,6%	12	3,6%	16	4,8%
Estresse psicológico	241	72,4%	64	19,2%	28	8,4%
Segurança a si	296	88,9%	13	3,9%	24	7,2%
Segurança a outros	302	90,7%	8	2,4%	23	6,9%
Álcool	303	91,0%	6	1,8%	24	7,2%
Uso de drogas	306	91,9%	4	1,2%	23	6,9%
Companhia	292	87,7%	5	1,5%	36	10,8%
Relações íntimas	321	96,4%	6	1,8%	6	1,8%
Atividade sexual	316	94,9%	2	0,6%	15	4,5%
Cuidado de crianças	308	92,5%	14	4,2%	11	3,3%
Educação básica	290	87,1%	18	5,4%	25	7,5%
Telefone	312	93,7%	9	2,7%	12	3,6%
Transporte	298	89,5%	9	2,7%	26	7,8%
Dinheiro	277	83,2%	26	7,8%	30	9,0%
Benefício	225	67,6%	23	6,9%	85	25,5%

Tabela 6 - Análise de regressão linear**, examinando características sociodemográficas e clínicas de pacientes e a média do escore da CAN, com o coeficiente de regressão linear (β) (IC 95%), β ajustado (IC 95%) e valores de p.

	Escore da CAN		β (IC 95%)	p	β Ajustado (IC 95%)	p
	n	n				
Gênero						
Feminino*	166	4,0 (4,6)				
Masculino	167	4,9 (5,6)	0,91	1,106		
Faixa etária						
Menor ou igual a 29 anos*	81	4,5 (5,4)				
30-49 anos	165	4,7 (4,9)	0,20	0,810		
50 anos ou mais	87	4,2 (5,4)	- 0,37	0,737		
Atividade profissional						
Inativo*	207	5,6 (5,7)				
Ativo	108	2,2 (2,5)	- 3,46	<0,001	-3,46 (-4,58 a -2,34)	<0,001
Estado civil						
União estável*	122	4,4 (4,7)				
Sem união estável	211	4,6 (5,4)	0,59	0,706		
Etnia						
Branco*	186	4,8 (5,3)				
Pardo/ Negro	131	4,2 (5,0)	0,56	0,345		
Escolaridade						
0-8 anos*	165	5,7 (5,5)				
9 anos ou mais	167	3,3 (4,5)	- 2,18	<0,001	- 1,76 (- 2,81 a -0,71)	<0,001
Vulnerabilidade social						
Baixa*	192	4,6 (5,1)				
Média	114	4,4 (5,2)	0,57	0,639		
Alta	23	3,7 (5,1)	- 1,23	0,154		
Moradia						
Familiar*	198	5,0 (5,1)				
Companheiro(a)	106	3,2 (4,2)	- 1,82	0,003	- 1,55 (- 2,70 a -0,40)	0,009
Sozinho/instituição/rua	29	6,0 (7,1)	1,05	0,295	0,10 (- 1,77 a 1,97)	0,916
Serviço de Internação						
Emergência psiquiátrica*	164	3,9 (4,7)				
Hospital geral	52	4,7 (4,5)	0,78	0,341		
Hospital psiquiátrico	117	5,2 (5,9)	1,35	0,030		
Tempo de permanência						
24 - 72 horas*	176	3,7 (4,6)				
4 - 30 dias	130	5,5 (5,8)	1,48	0,014		
31 dias ou mais	27	4,5 (4,3)	0,75	0,341		
Diagnóstico de alta						
Tr. devido ao uso de SPA*	76	6,6 (6,9)				
Tr. não psicóticos	61	3,6 (4,3)	- 3,02	<0,001		
Tr. Psicóticos	64	3,7 (4,7)	- 2,89	<0,001		
Tr. Humor - depressão	71	4,0 (4,1)	- 2,58	0,002		
Tr. Humor - mania	41	2,9 (3,7)	- 3,68	<0,001		
Outros	20	6,6 (4,7)	- 0,06	0,965		
Aderência						
Não*	122	5,0 (6,0)				
Sim	180	4,2 (4,7)	- 0,23	0,689		
Reinternação						
Não*	259	4,1 (5,1)				
Sim	74	5,8 (5,1)	1,73	<0,001		

*- valores de referência; **- O ajuste da regressão linear foi realizado considerando-se o β_0 (constante). CAN= Camberwell Assessment of Needs; IC= Índice de Confiança;

7. Discussão

7.1 População do estudo

Os pacientes que tiveram internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto foram, em sua maioria, homens (46,1%), adultos jovens (idade média de 36,7 anos), 74,8% inativos profissionalmente, 69,2% sem vínculo conjugal, apresentando como principais diagnósticos os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas, os transtornos de humor e psicóticos, o que é semelhante às características encontradas em estudos epidemiológicos com essa população (Koppel & McGuffin, 1999; McGuffin & Gottesman, 1999; Dalgalarondo, Botega, Banzato, 2003; Barros, 2012).

A privação social, principalmente o desemprego, foi relatada como preditor de internação psiquiátrica. Isso ocorre em razão dos efeitos de “criação” e de “deriva”: o primeiro diz respeito a ambientes com elevada privação social, que causam ou agravam enfermidades mentais; o segundo acontece porque pacientes com transtorno mental são excluídos e podem se acumular em áreas cuja acessibilidade ao tratamento são menores. Esses efeitos agem conjuntamente e é difícil quantificá-los separadamente, mas é importante compreendê-los para entender melhor o processo da relação entre o desemprego e o transtorno psiquiátrico. (Dohrenwend et al., 1992; Kammerling & O'Connor, 1993; Tansella, Bisoffi & Thornicroft, 1993; Thornicroft, Bisoffi, De Salvia & Tansella, 1993; McGuffin & Gottesman, 1999; Almog, Curtis, Copeland & Congdon, 2004). A literatura mostra que pacientes com vínculos empregatícios estão menos propensos ao adoecimento psiquiátrico (Lewis & Sloggett, 1998), enquanto que a desestruturação familiar decorrente do desemprego contribui para a internação de membros com transtorno mental.

Em relação a dados nacionais, um estudo de 2003 avaliou que, em um banco de dados de 1.463 pacientes internados em enfermaria psiquiátrica de 1986 a 1997, encontraram frequências de características sociodemográficas muito semelhantes: 52,9% de homens, com idade média de 35,9 anos e 60,3% sem vínculo conjugal (Dalgalarondo et al., 2003b). Outros estudos brasileiros também encontraram maior proporção de admissões psiquiátricas em pacientes com condições sociodemográficas desfavoráveis (Dalgalarondo et al., 2003a; Cardoso & Galera, 2009; Barros, 2012).

A maior proporção de pacientes internados sem vínculo conjugal encontrada também está de acordo com os achados da literatura (Coid, Kahtan, Cook, Gault & Jarman, 2001; Dalgalarrrondo et al., 2003b; Peen & Dekker, 2003; Barros et al., 2010a; Barros, 2012). Apesar de isso ter sido avaliado em um corte transversal (no momento da primeira internação, neste caso), essa falta de vínculo pode ocorrer em razão de uma dificuldade de adaptação secundária ao adoecimento mental (Forthofer, Kessler, Story & Gotlib, 1996) e, ao mesmo tempo, a inexistência do cônjuge traz a falta de apoio ao tratamento por parte do parceiro (Chilcoat, Breslau & Anthony, 1996).

Em relação à faixa etária, o grupo predominante da amostra foi de adultos jovens, como na maioria dos estudos sobre internações psiquiátricas (Dalgalarrrondo et al., 2003b; Lay, Nordt & Rössler, 2007; Preti et al., 2009; Guzzetta et al., 2010; Barros, 2012). A principal explicação para essa associação é a própria epidemiologia dos transtornos mentais. É nessa faixa etária que ocorre o aparecimento dos sintomas, que, muitas vezes, levam à internação que visa à instituição do tratamento e controle dos sintomas (Messias, Chen & Eaton, 2007; Weber, Cowan, Bedno & Niebuhr, 2010).

Foi detectada maior proporção de homens entre os pacientes com a primeira internação psiquiátrica, o que era esperado pelos dados encontrados na literatura, principalmente nacional (Strejilevich, Chan, Triskier & Orgambide, 2002; Dalgalarrrondo et al., 2003b; de Castro et al., 2010; Barros, 2012). Há estudos que encontraram maior associação de internação psiquiátrica com pacientes do sexo feminino (Hodgson et al., 2001). Acredita-se que isso seja diferente no Brasil, pois aqui ainda há uma dinâmica ocupacional na qual as mulheres ficam mais encarregadas dos afazeres domésticos, sendo necessárias dentro de casa (Aquilini & Costa, 2003), e também porque já foi observada uma tendência de encaminhamento das mulheres para ambientes mais protegidos como a enfermaria, no hospital geral (Barros, 2012).

Como principais diagnósticos de internação foram encontrados os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (31,4%), seguidos dos transtornos de humor, do tipo depressivo (19,5%), e dos transtornos psicóticos (18,3%), dados congruentes com o padrão encontrado na literatura sobre os principais diagnósticos que demandam internação integral (Burge et al., 2002;

Biancosino et al., 2009; Low & Draper, 2009; Agbir, Oyigeya, Audu, Dapap & Goar, 2010; Smith, Hassett, Harrigan & Fortune, 2010). Refletindo a epidemiologia dos transtornos mentais, havia mais mulheres com quadros depressivos e mais homens com transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (Dunn & Laranjeira, 1999). Mais uma vez, no estudo de Dalgalarondo et al. (2003b), a distribuição dos pacientes por diagnóstico foi semelhante aos resultados deste estudo: 30,0% dos pacientes tinham transtorno do humor, seguidos de 19,1% com diagnóstico de transtornos psicóticos, mas apenas 7,3% apresentavam devido ao uso de substâncias psicoativas. Acredita-se que essa diferença encontrada em relação à baixa ocorrência de internação de pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tenha ocorrido porque, no estudo citado, não se incluíram períodos de observação na emergência psiquiátrica, e grande parte desses pacientes com esse diagnóstico, no presente estudo, teve sua internação na EP, e não em enfermaria ou HP.

Entre os pacientes localizados ocorreu perda de 10,9% por motivo de recusas, 1,4% por detenções e 4,0% por óbitos (n=44). A porcentagem de óbitos foi elevada se considerado que a entrevista se deu quatro anos após a primeira internação psiquiátrica. A taxa de mortalidade no Brasil é de 6,36 mortes/1.000 habitantes (Indexmundi, 2011), e 4,0% da amostra deste estudo seriam o equivalente a 10 mortes/1.000 habitantes, quase o dobro da taxa de mortalidade geral. Não foram exploradas as causas das mortes desses pacientes, pois foi um resultado não esperado e nem era o foco da entrevista, mas merece atenção, já que há poucas informações sobre isso na literatura. Há mais de cinquenta anos já se discute que pessoas com transtorno mental dos mais diversos não vivem tanto quanto as pessoas sem essa doença (ØDEGARD, 1951), e esse achado é reportado repetidamente em diversos países (Newman & Bland, 1987; Lim, Sim & Chiam, 1993). Estudos já mostraram que esse aumento de mortalidade não ocorre somente por taxas de suicídio aumentadas, mas por uma combinação de fatores sociodemográficos, de ausência de assistência à saúde e fatores de risco clínicos (Druss, Zhao, Von Esenween, Morrato & Marcus et al., 2011). Estima-se um hiato de vinte anos na mortalidade de homens (sujeitos com transtorno mental, do gênero masculino, morrem vinte anos antes do que pessoas do mesmo gênero sem essa doença), e de quinze anos na mortalidade de mulheres

com a mesma doença (Lawrence, Hancock & Kisely, 2013). Mesmo em países desenvolvidos e com assistência em saúde de melhor qualidade, como é o caso dos países escandinavos, esse hiato quase não diminuiu nos últimos vinte anos (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen, 2011). Em estudo recente, discutiram-se a morbidade e mortalidade causadas por doenças mentais no Brasil, de 2006 a 2009, época semelhante à do presente estudo, com dados sobre mortes relatadas, tendo o transtorno mental como causa principal, excluindo o suicídio. Em cada ano desse período, a mortalidade hospitalar, relacionada a transtornos mentais, foi, respectivamente, de 3,95, 4,22, 3,79 e 3,89 mortes a cada 1.000 admissões (Ribeiro, Melzer-Ribeiro & Cordeiro, 2012). Os autores discutiram também a carência de dados sobre o assunto. Estudos de coorte internacionais também apresentaram alguns dados sobre taxas de mortalidade: o TAPS (Team for the Assessment of Psychiatric Services) encontrou taxa de 3,26% de mortes em um ano de seguimento, e 18,8% no seguimento de cinco anos depois da alta hospitalar (Leff, Trieman & Gooch, 1996). Em outro estudo de um país em desenvolvimento, a Etiópia, 919 pacientes foram acompanhados por dez anos, e os autores encontraram taxa de mortalidade de 13,2%, taxa duas vezes maior do que a da população geral (Fekadu et al., 2015).

A diferença entre os grupos de pacientes localizados e não localizados mostrou-se significativa em relação à faixa etária: indivíduos mais novos e mais velhos não encontrados e diagnóstico de transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas entre os “não localizados”. Era uma perda esperada, pois se sabe que usuários de substâncias entorpecentes são indivíduos mais jovens, com menos vínculos que o prendem a algum lugar como trabalho e vínculo conjugal, e inclusive história de prisão e maior risco de óbito, quando comparados à população geral (Dunn & Laranjeira, 1999).

7.2 Aderência ao tratamento e características associadas

A maioria dos pacientes da amostra foi considerada aderente ao tratamento psiquiátrico ao tempo da entrevista (59,6%) e diferiram dos que não

estavam se tratando em relação à faixa etária, gênero, atividade profissional, local da primeira internação e diagnósticos. Após análise de regressão logística, melhores chances de aderência ao tratamento ocorreram em participantes mais jovens, inativos profissionalmente, que tiveram internação em enfermaria psiquiátrica de hospital geral. Por outro lado, o diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas mostrou-se relacionado à má aderência.

A taxa de aderência é variável na literatura e, segundo uma metanálise de 2009, a taxa de uso de serviços ambulatoriais após alta varia de 22% a 90%, com taxa média de 50% (Steffen et al., 2009). Esse é um dado de difícil comparação, pois depende de muitas variáveis como as características dos pacientes, dos serviços, do tempo avaliado e das metodologias empregadas. Estudos que trabalharam com população, incluindo todos os diagnósticos psiquiátricos, são mais escassos. Verdoux et al. (2000) buscaram identificar preditores de má aderência ao tratamento depois da primeira internação psiquiátrica, seguiram os pacientes por dois anos e encontraram a taxa de 50% de aderência no período. Outro estudo, desenvolvido em Jerusalém, também com as diversas categorias diagnósticas, encontrou taxa de aderência variando entre 25% a 40% em apenas seis meses de seguimento (Lerner et al., 1993). Considerando as limitações das políticas públicas dos países em desenvolvimento e o pequeno orçamento destinado à saúde mental, a taxa de aderência de 59,6% encontrada no presente estudo em, no mínimo, quatro anos de seguimento, quando comparada com dados da literatura, foi bastante satisfatória.

Em relação aos diagnósticos, como era esperado, baixa aderência foi associada aos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como em outros estudos encontrados na literatura (Magura et al., 2002; DeMarce et al., 2008; Scivoletto, Silva, Cunha & Rosenbeck, 2012). Não foi encontrada associação entre má aderência e diagnósticos de transtornos psicóticos ou demências ou deficiências, conforme descrito em estudos anteriores (Lerner et al., 1993; Droulout et al., 2003). Na verdade, na análise univariada, essas associações aconteceram, mas no sentido contrário, ou seja, melhor aderência nesses grupos de pacientes. Existem algumas possíveis explicações para isso: pode ser que essas categorias diagnósticas estejam representadas por outras

variáveis que permaneceram no modelo de regressão logística, como a hospitalização em hospital geral e desemprego, pois há associação entre diagnósticos de transtornos psicóticos e demências e deficiências, e internação em hospital geral (Botega, 1997a; Dalgalarrrondo et al., 2003b), e também com a inatividade profissional (Lerner et al., 1993). É fato que o hospital geral do estudo é um hospital universitário de nível terciário e, como tal, recebe os casos de maior gravidade.

Uma possível explicação para o sentido oposto da associação entre diagnósticos de transtornos psicóticos e demências e deficiências e aderência é o longo período entre a primeira internação e a entrevista, de, no mínimo, quatro anos. Nesse período, geralmente, outras manifestações da doença tenham acontecido e, com isso, há maior entendimento da própria doença e da necessidade de tratamento contínuo. Sabe-se que, para casos mais graves, a maior taxa de abandono do tratamento se dá nos primeiros meses consecutivos ao encaminhamento, e depois o abandono diminui ao longo do tempo (Lerner et al., 1993). Outra possibilidade é o fato de tais pacientes morarem com familiares. Esse suporte familiar pode ter papel decisivo no tratamento extra-hospitalar, melhorando a aderência ao tratamento (Scivoletto et al., 2012). Em um estudo brasileiro de base populacional sobre primeiro episódio psicótico, a duração da psicose não tratada foi menor do que a esperada, e os autores atribuíram o inesperado resultado aos arranjos familiares de moradia no Brasil, acreditando que eles desempenham papel importante nos países de baixa e média renda (Oliveira et al., 2010). Não foi objetivo do estudo avaliar a qualidade do suporte familiar, e só se tem a informação de quem mora sozinho e quem mora com parentes, mas a taxa de entrevistados que moram sozinhos é de apenas 8,7%, número pequeno para uma população de pacientes com transtorno mental (Thorup et al., 2014; Stergiopoulos et al., 2015).

O sentido inesperado da associação entre desemprego e aderência (ser desempregado melhorou a aderência ao tratamento dos pacientes da amostra deste estudo) também pode ser explicado pelo longo período entre a primeira internação e a entrevista, de, no mínimo, quatro anos. Os anos de doença, a cronicidade dos sintomas e até as perdas cognitivas que os transtornos mentais graves acarretam, tornam as pessoas menos ativas profissionalmente

(Kammerling & O'Connor, 1993; Lewis & Sloggett, 1998). Deve-se salientar que o desemprego também costuma se mostrar associado aos transtornos mentais graves e, de alguma forma, representam a relação entre aderência ao tratamento e esse grupo de pacientes (Lerner et al., 1993).

Não foram observadas associações significativas entre vulnerabilidade social e aderência ao tratamento. Isso pode ter acontecido porque só uma pequena parte da amostra (6,4%) pertencia ao grupo de alta vulnerabilidade social. Além disso, Ribeirão Preto é uma cidade que está entre as cinco regiões administrativas mais ricas do estado de São Paulo (SEADE, 2010a); que, por sua vez, é o estado mais rico do Brasil. Essa condição privilegiada certamente não reflete a realidade do país como um todo.

Considerou-se o principal achado, na análise da aderência ao tratamento, sua associação com a primeira internação em um hospital geral. Em Ribeirão Preto, a enfermagem psiquiátrica do hospital geral é ligada diretamente ao ambulatório do HCFMRP-USP. Essa condição privilegiada de ser um paciente em um hospital universitário de nível terciário (que, portanto, recebe os casos mais graves), e a ligação desta com o ambulatório também da universidade, torna possível melhor planejamento de alta e de encaminhamento, o que é sabidamente um diferencial que melhora as taxas de aderência (Olfson et al., 2006).

7.3 Reinternações psiquiátricas e características associadas

Quanto às reinternações, 22,2% dos entrevistados foram readmitidos em internação no intervalo entre a internação-índice e a entrevista do estudo (média de 53,5 meses). Os fatores associados à reinternação na análise multivariada foram internação prolongada, com trinta e um dias ou mais, diagnósticos de mania e de transtornos psicóticos, do tipo esquizofrênico, e inatividade profissional. Faixa etária de 50 anos ou mais diminuiu o risco de reinternação. Poucos estudos que avaliam preditores de reinternação consideram, na população de estudo, internações de todas as classes diagnósticas, sendo o preditor mais frequente a avaliação de reinternações de grupos específicos, como

em pacientes bipolares ou esquizofrênicos, por exemplo (Barekattain et al., 2011; Bodén et al., 2011). Oiesvold et al. (2000) avaliaram preditores de risco de readmissão, em uma amostra de 837 pacientes admitidos em internação no período de um ano em sete hospitais de quatro países nórdicos, incluindo também todos os diagnósticos psiquiátricos. O estudo é antigo, apesar de ter sido publicado em 2000, traz dados de 1990, com diagnósticos da 9ª edição da CID 9. Nessa amostra, 22,5% dos pacientes foram readmitidos. Os fatores preditores encontrados na análise foram: ser jovem, morar sozinho e estar desempregado, que aumentaram o risco de reinternação para o grupo de não psicóticos; enquanto que o seguimento pós-alta diminuiu o risco de reinternação para os psicóticos. A taxa de reinternação foi semelhante à encontrada neste estudo, embora em um período de observação bem mais curto, e o fato de ter sido um estudo prospectivo, com controle de contato dos participantes, favoreceu a inclusão de grande número deles (Oiesvold et al., 2000).

Diferentemente, Wheeler et al. (2011) encontraram altas taxas de reinternação em uma coorte de cinco anos de seguimento após a internação-índice, mas com preditores semelhantes aos detectados no presente estudo. Dos 924 pacientes internados em Auckland, Nova Zelândia, pela primeira vez no ano de 2000, em uma enfermaria de psiquiatria para pacientes agudos, 41,0% foram readmitidos no primeiro ano pós-alta, e 61,4% foram readmitidos no intervalo de cinco anos. Foi realizada análise de banco de dados e as características associadas à readmissão foram: pacientes jovens, com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, história de reinternação prévia e etnia maori (nativos da Nova Zelândia).

Outro estudo com banco de dados de Taiwan também encontrou taxa de reinternação mais elevada, de 37,8% em cinco anos. Os pesquisadores avaliaram dados de 44.237 pacientes internados pela primeira vez em 2000, que foram seguidos por cinco anos após a alta, verificando taxa de reinternação em três tempos: após quatorze dias, um ano e cinco anos. As incidências acumuladas encontradas foram de 6,1%, 22,3% e 37,8%, respectivamente. As características mais associadas à reinternação foram: gênero masculino, internações com mais de quinze dias, pobreza, diagnósticos de esquizofrenia e transtornos afetivos e o fato de serem moradores de regiões menos urbanizadas (Lin et al., 2010). Pode-

se observar que, apesar das diferentes metodologias, os preditores associados a reinternações observados nesse estudo corroboram dos dados da literatura, mas a taxa de reinternação de Ribeirão Preto pode ser considerada baixa, quando comparada a esses mesmos dados.

7.4 Avaliação das necessidades dos pacientes

A CAN, como dito anteriormente, é utilizada por profissionais que trabalham com assistência à saúde mental para ajudá-los a compreender as dificuldades experimentadas pelos pacientes com transtorno mental, para que com essas informações possam planejar melhor o tratamento e o cuidado oferecidos. Ela é um instrumento que pode ser utilizado com diferentes objetivos: para identificar o nível apropriado de assistência que o paciente necessita; como um instrumento para direcionar o plano de tratamento e possibilitar a revisão do tratamento, que pode ser acessado para se verificar se uma necessidade não alcançada passou a ser satisfeita e informar aos responsáveis pelos serviços assistenciais sobre as necessidades mais reportadas por seus pacientes.

Este estudo difere de muitos que também utilizaram a CAN para a avaliação de necessidades de cuidados, pois foram incluídos pacientes com diversos tipos de diagnósticos, com quadros que foram graves o suficiente para determinar uma internação psiquiátrica. A média de necessidades de cuidados encontrada foi de 4,5, similar aos resultados de países desenvolvidos, que foram na maioria entre 4,0-7,8 (McCrone et al., 2001; Ochoa et al., 2005; Wennström & Wiesel, 2006; Arvidsson, 2008; Wiersma et al., 2009; Trauer, 2010). Em estudos de países de baixa e média renda, como o Brasil, a média de necessidades totais foi mais alta, de 6,1 a 8,7 (Yeh, Luh, Liu, Lee & Slade, 2006; Kulhara et al., 2010; Ernest et al., 2013, Zahid & Ohaeri, 2013).

Necessidades em saúde mental incluem vários domínios da saúde e do funcionamento social, necessários para o bem-estar em comunidade. Elas podem ser acessadas de diferentes perspectivas, incluindo *staff*, cuidador ou paciente e podem ser diferenciadas pela CAN em necessidades não atendidas (problema sério atual, independente ou não de estar recebendo ajuda) e necessidades

atendidas (pouco ou nenhum problema atual em razão de ajuda recebida) (Phelan et al., 1995). Um consenso que está surgindo na Europa e outros países desenvolvidos, como a Austrália, é que a assistência à saúde mental deveria ser oferecida baseada nas necessidades de cada paciente, com a meta de melhorar sua qualidade de vida subjetiva (Ernest et al., 2013). Muitos estudos demonstram associações entre qualidade de vida e necessidades, e a melhora das condições do paciente e a redução de necessidades não alcançadas, especialmente na redução da pontuação no domínio social e nos itens de sintomas, predizem o aumento na qualidade de vida subjetiva em estudos transversais e longitudinais, em pacientes com vários tipos de transtornos mentais, independente da gravidade da doença; e mudanças na taxa de necessidades não alcançadas podem causar mudanças na qualidade de vida (Fakhoury & Priebe, 2002; Slade et al., 2004, 2005; Lasalvia et al., 2005; Hansson & Björkman, 2007; Lambri et al., 2012).

Em relação às necessidades observadas neste estudo, sintomas psicóticos, estresse psicológico e cuidados com a casa foram as necessidades alcançadas mais citadas, e isso significa que os pacientes estão tendo a assistência adequada, principalmente de parentes, no caso de cuidados com a casa (Fleury et al., 2008), e dos serviços de saúde no segundo e terceiro casos, já que estes pertencem ao domínio do tratamento. Benefício assistencial foi a necessidade não alcançada mais citada. No estudo de validação da CAN no Brasil, este item teve a pior concordância, e provavelmente, em ambos os casos, os altos escores ocorreram em razão da falta de informações sobre os critérios para se adquirir tal benefício, o que deve ter levado os pacientes a dificuldades em responder a essa questão e, consequentemente, os entrevistadores em compreenderem as respostas (Schlithler et al., 2007). Atividades diárias e companhias foram os outros itens de necessidades não alcançadas mais pontuadas. Como em outros estudos, os serviços podem fazer um bom trabalho alcançando necessidades de assistência práticas, mas necessidades sociais e psicológicas são mais difíceis de alcançar, já que se tratam de pacientes com transtornos mentais graves, que trazem essas dificuldades, muitas vezes, por motivos intrínsecos aos seus diagnósticos (Freeman et al., 2004; Cedereke & Ojehagen, 2007; Martínez-Martín et al., 2011; Zahid & Ohaeri, 2013).

Na literatura, os tipos de necessidades diferem muito de um estudo para outro, mas é fácil compreender essas diferenças, já que estão intimamente relacionadas a uma série de variações como diagnósticos diferentes (Joska & Flisher, 2007), tempo de doença, momento da doença, fatores sociais como pobreza e nível educacional, e também dos desenhos dos estudos e seus métodos (Ochoa et al., 2005; Hayward et al., 2006; Grinshpoon & Ponizovsky, 2008). Nos diversos estudos, as populações variam e o número de necessidades tende a aumentar, dependendo da gravidade de sintomas. Pesquisas conduzidas em enfermarias, com pacientes internados, mesmo em países desenvolvidos, têm maiores taxas de necessidades, incluindo as não alcançadas (Bruce et al., 2012).

Nesta amostra, as variáveis significativamente associadas com maiores escores na CAN na análise bivariada foram anos de estudo, atividade laboral, com quem o paciente morava, tempo de permanência na internação inicial, internação no HP, diagnósticos e reinternação; mas, no modelo de regressão linear, as variáveis diagnóstico, tempo de permanência, internação no hospital psiquiátrico, e reinternação saíram do modelo. Quando a média do escore da CAN é comparada a outras variáveis, surgem resultados interessantes como respostas aos objetivos. Os pacientes que tiveram reinternações psiquiátricas apresentaram escores médios mais altos que aqueles que não tiveram, mas, quando o modelo de regressão é realizado, não há mais diferença significativa na variável reinternação, porque ela está associada às demais variáveis que permaneceram no modelo.

Na avaliação de aderência ao tratamento, 40,4% dos pacientes que responderam à entrevista foram considerados não aderentes, mas não havia diferença significativa entre os grupos em termos do escore da CAN. Pode-se pensar em algumas explicações para essa não diferença: como mostra a literatura, necessidades têm uma característica dinâmica, e os fatores contextuais a influenciam, então é compreensível que as necessidades mudem ao longo do tempo, mas não necessariamente a soma do escore da CAN, que pode ser mantida. Normalmente, as mudanças ocorrem nas necessidades em relação aos itens (Lasalvia et al., 2007; Drukker et al., 2008; Wennström, Berglund, Lindbäck & Wiesel, 2008). Um ponto a se considerar neste resultado é que os dados foram colhidos na comunidade com alguns pacientes sem atendimento, e não colhidos

com indivíduos inseridos em serviços de assistência, e por isso é possível que indivíduos com necessidades em saúde mental e que não estejam recebendo a ajuda necessária, possam ser identificados em razão do desenho deste estudo. Em contrapartida, vários entrevistados podem estar melhores, sem necessidade de assistência, mas seus escores da CAN possivelmente mostram alterações nos domínios social e íntimo, em que serviços sociais de parentes desempenham papel central, e não necessariamente precisem de assistência terapêutica (Fleury et al., 2008; Wennström et al., 2008).

Independentemente das diferenças de estrutura e funcionamento dos serviços de assistências extra-hospitalares, os pacientes estão sendo assistidos pelos vários serviços de modos semelhantes em relação às suas necessidades. Essa informação pode ser utilizada em futuras pesquisas que incluam avaliação de custos, que possam diferir entre serviços, e que talvez os mais caros não sejam necessariamente os melhores.

Para concluir, a CAN ainda é o principal instrumento de avaliação das necessidades dos pacientes com transtorno mental, e por causa de suas características de fácil aplicação, larga utilização no mundo e em vários tipos de serviços assistenciais, deveria ser mais utilizada em países como o Brasil e muitos outros, que estão trabalhando na implementação da assistência à saúde mental na comunidade. A experiência de seu uso e as informações que a CAN trouxe em nosso estudo confirmam que esse instrumento pode ser utilizado de diversas maneiras: com escores de subitens como medidas de desfecho em avaliações de serviços; para acessar a qualidade de serviços; monitorar o bem estar e o funcionamento de pacientes com transtorno mental grave e dirigir intervenções individual e global. Todas essas formas seriam úteis para melhorar a assistência à saúde mental no Brasil.

7.5 Limitações do estudo

Neste estudo não foi possível inferir causalidade entre as variáveis que se mostraram associadas. Uma análise prospectiva faria inferências etiológicas mais

facilmente, mas, por outro lado, é essa característica naturalística que reflete a “vida real” e as necessidades da população avaliada.

Os diagnósticos foram realizados clinicamente baseados na CID 10 e nenhum instrumento diagnóstico foi utilizado para confirmá-los. Embora não seja um método ideal para pesquisa, isso também é parte da característica naturalística deste estudo.

Outra importante limitação é que, após quatro/cinco anos, não se encontraram informações de 43% dos pacientes. Obteve-se informação de 532 pacientes, dos quais 333 responderam à entrevista. Por ser uma pesquisa na qual se utilizou a busca ativa de pacientes, e no mínimo quatro anos após o contato desses com a rede de saúde (via internação), foi uma perda satisfatória, já que estudos mostram que a resposta às pesquisas em populações psiquiátricas é modesta. Esse quadro é consonante com outros estudos de seguimento de longo tempo com pacientes com transtorno mental. Em um estudo norueguês, 15.422 questionários foram enviados para pacientes tratados no passado, e a taxa de resposta foi de 43% (Bjørngaard, Ruud, Garratt & Hatting et al., 2007). Em outro estudo de satisfação, em uma unidade de internação, foi encontrada taxa de resposta de 45% (Hansson, Persson & Borgquist, 1997). Deve-se enfatizar que no Brasil há falta de base de dados em saúde mental, o que torna estudos de seguimento difíceis de serem conduzidos. Em países com bons registros de informação conseguem-se melhores taxas de resposta. Exemplo disso é o NEMESIS, da Holanda, com taxa de resposta de 65,1% (de Graaf, Ten Have & von Dorsselaer et al., 2012). O presente estudo examinou, sistematicamente, as necessidades de pessoas com ao menos uma internação psiquiátrica. Sua importância se deve ao fato de que todos os pacientes que tiveram uma internação psiquiátrica em Ribeirão Preto, no período estudado, foram buscados quatro anos após e, apesar da perda, boa amostra de população brasileira foi analisada, composta não somente de pacientes que estavam inseridos em algum tipo de tratamento no momento da pesquisa, mas que estavam na comunidade, como em estudos de base populacional, mas respeitando-se os critérios de inclusão.

No presente estudo, considerando-se que 532 pacientes foram encontrados, 62,3% deles responderam à entrevista. Os pacientes não

localizados foram procurados nos bancos de dados Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto, do HCFMRP-USP e HSTRP. Como não foram encontrados, existe a possibilidade de haver mais pacientes não aderentes nesse grupo de perda. Outros motivos podem ser mudança de nome, de cidade e uso da medicina privada.

A maior perda se deu em razão da não localização de endereços, tanto por endereços inexistentes quanto pelo fato de os pacientes não residirem mais nos locais referidos há quatro anos, à época de sua primeira internação. Se forem verificados os dados da Fundação SEADE a respeito da cidade e Ribeirão Preto, será observado que ela possui alta densidade demográfica quando comparada ao resto do estado ($954,03$ habitantes/ km^2 x $168,96$ habitantes/ km^2) e baixo índice de domicílios particulares com renda *per capita* baixa ($4,55\%$ x $7,42\%$), e talvez isso explique a necessidade das pessoas de se mudarem com frequência (SEADE, 2014).

8. Conclusões

Este estudo trouxe resultados complementares aos encontrados na literatura, por trazer informações sobre reinternações, aderência ao tratamento e avaliação de necessidades de cuidados de uma população de pacientes com transtorno mental no Brasil, mostrando-se relevante porque difere em vários aspectos de estudos já realizados. Aqui considerou-se uma amostra de pacientes com vários diagnósticos psiquiátricos e não um ou outro grupo diagnóstico; os pacientes foram buscados em suas residências e por isso não estavam necessariamente inseridos em serviços específicos de atendimento extra-hospitalar; e finalmente trouxe informações do Brasil, um país de média renda, em desenvolvimento, que tem sido foco de interesse da comunidade científica, que trabalha com políticas públicas em saúde mental.

Foi encontrada taxa de reinternação semelhante ou mais baixa do que as relatadas na literatura, com fatores preditores semelhantes. A aderência ao tratamento foi considerada satisfatória, mas de difícil comparação com outros estudos, por ter maior variação; e, finalmente, a média de necessidades encontrada em nesta amostra foi semelhante à média dos países desenvolvidos, e não em desenvolvimento, como era esperado.

Os fatores relacionados à melhor aderência ao tratamento (maior faixa etária, inatividade profissional e internação em hospital geral universitário e de nível terciário) demonstram que os pacientes com quadros mais graves e com maior necessidade de tratamento o fazem, ou seja, são mais aderentes. Os fatores associados a mais reinternações, por sua vez, como inatividade profissional, internação prolongada de trinta e um dias ou mais, diagnósticos de mania e transtornos psicóticos mostram que, de alguma forma, elas estão relacionadas aos casos de maior gravidade e que, nesses casos, as reinternações podem acontecer independentemente da aderência ao tratamento.

Concluindo, apesar das inúmeras desvantagens do Brasil em relação aos países desenvolvidos no que diz respeito às políticas de saúde mental e ao orçamento destinado à sua assistência, Ribeirão Preto possui uma aderência satisfatória a o tratamento, baixa taxa de reinternação e média de necessidades comparáveis aos números de países desenvolvidos.

9. Referências Bibliográficas¹

¹De acordo com o estilo APA - American Psychological Association.

- ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). (2006). *Diretrizes para um modelo de assistência integrada à saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 58p.
- ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). (2014). *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria: 35p.
- Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 2(5), 74-82.
- Agbir, T. M., Oyigeya, M., Audu, M., Dapap D. D., & Goar S. G. (2010). Gender and psychiatric diagnosis: a 5-year retrospective study in a Nigerian Federal Medical Centre. *Nigerian Journal of Medicine*, 19(4), 455-458.
- Almog, M., Curtis, S., Copeland, A., & Congdon P. (2004). Geographical variation in acute psychiatric admissions within New York City 1990-2000: growing inequalities in service use? *Social Science & Medicine*, 59(2), 361-376.
- Aquilini, G. H. & Costa, P. L. (2003). O sobre-desemprego e a inatividade das mulheres na metrópole paulista. *Estudos Avançados*, 17(49), 17-34.
- Arvidsson, H. (2008). The development of needs in a group of severely mentally ill. A 10-year follow-up study after the 1995 Swedish mental health care reform. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 705-713.
- Avon, M. W. G. (1996). *The Avon mental health measure. A user centred approach to assessing need*. London, MIND.
- Balán, I. C., Moyers, T. B. & Lewis-Fernández, R. (2013). Motivational pharmacotherapy: combining motivational interviewing and antidepressant therapy to improve treatment adherence. *Psychiatry*, 76(3), 203-209.
- Ballarin, M. L. G. S., Miranda, I. M. S., & Fuentes, A. C. R. C. (2010). Centro de Atenção Psicossocial: panorama de publicações de 1997 a 2008. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(4), 726-737.

- Barekattain, M., Khodadadi, R., & Maracy, M. R. (2011). Outcome of single manic episode in bipolar I disorder: a six-month follow-up after hospitalization. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(1), 56-62.
- Barros, R. E., Tung, T. C., & Mari, J. E. J. (2010a). Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Suppl 2), S71-77.
- Barros, R. E., J. M., Marques, Carlotti, I. P., Zuardi, A. W., & Del-Ben, C. M. (2010b). Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (2), 145-151.
- Barros, R. E. M. (2012). *Reinternações psiquiátricas: influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- Barrowclough, C., Marshall, M. Lockwood, A., Quinn, J., & Sellwood, W. (1998). Assessing relatives' needs for psychosocial interventions in schizophrenia: a relatives' version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS). *Psychological Medicine*, 28(3), 531-542.
- Beck, E. M., Cavelti, M., Wirtz, M., Kossowsky, J. & Vauth, R. (2011). How do socio-demographic and clinical factors interact with adherence attitude profiles in schizophrenia? A cluster-analytical approach. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 55-61.
- Belzeaux, R., Correard, N., Boyer, L., Etain, B., Loftus, J., Bellivier, F., et al. (2013). Depressive residual symptoms are associated with lower adherence to medication in bipolar patients without substance use disorder: results from the FACE-BD cohort. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1009-1015.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14(5), 256-263.
- Bengtsson-Tops, A. (2004). Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 298-304.

- Bianchi, S., Bianchini, E., & Scanavacca, P. (2011). Use of antipsychotic and antidepressant within the Psychiatric Disease Centre, Regional Health Service of Ferrara. *BMC Clinical Pharmacology*, 11, 21.
- Biancosino, B., Vanni, A., Marmai, L., Zotos, S., Peron, L., Marangoni, C., et al. (2009). Factors related to admission of psychiatric patients to medical wards from the general hospital emergency department: a 3-year study of urgent psychiatric consultations. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(2), 133-146.
- Björkman, T., & Hansson, L. (2002). Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *European Psychiatry*, 17(1), 33-40.
- Bjørngaard, J. H., Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric Services*, 58(8), 1102-1107.
- Bodén, R., Brandt, L., Kieler, H., Andersen, M., & Reutfors, J. (2011). Early non-adherence to medication and other risk factors for rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 36-41.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456-468.
- Botega, N. J. (1997a). Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: II. Internações psiquiátricas em enfermarias de clínica médica. *Revista ABP-APAL*, 19(3), 87-90.
- Botega, N. J. (1997b). Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais: III. Perfil das internações. *Revista ABP-APAL*, 19(3), 91-96.
- Brasil - Ministério da Saúde. (2003). *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF. Recuperado em: 12.02.2015 de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>.

- Brasil - Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. 15 anos depois de Caracas*. OPAS, Brasília: 56p. Recuperado em: 13.09.2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil - Departamento de DST. (2010). *Vulnerabilidade social e aids*. Recuperado em: 12.02.2015 de <http://www.aids.gov.br/noticia/vulnerabilidade-social-e-aids>.
- Brasil - Ministério da Saúde. (2012). *Saúde mental em dados 11*. Brasília, DF., Recuperado em: 21.04.2015 de <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>.
- Bruce, M., Gwaspari, M., Cobb, D., & Ndegwa, D. (2012). Ethnic differences in reported unmet needs among male inpatients with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 830-838.
- Burda, C., Haack, M., Duarte, A. C., & Alemi, F. (2012). Medication adherence among homeless patients: a pilot study of cell phone effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(11), 675-681.
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H., Saeed, H., McCreary, B., Paquette, D., & Sim, F. (2002). Acute psychiatric inpatient care for people with a dual diagnosis: patient profiles and lengths of stay. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 243-249.
- Campos, D. T., & Gieser, M. T. (1985). The psychiatric emergency/crisis disposition and community networks. *Emergency Health Service Review*, 3(1), 117-128.
- Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. (2009). Evaluation of the network of psychosocial care centers: between collective and mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl 1), 16-22.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. (2009). Mental patients and their profile of compliance with psychopharmacological treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 161-167.

- Cavalcanti, M. T., Dahl, C. M., Carvalho, M. C., & Valencia, E. (2009). Criteria for admission and continuity of health care in psychosocial healthcare services, City of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl 1), 23-28.
- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2007). Formal and informal help during the year after a suicide attempt: a one-year follow-up. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 419-429.
- Chakrabarti, S. (2014). What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World Journal of Psychiatry*, 4(2), 30-36.
- Chan, T. C., Chang, W. C., Hui, C. L., Chan, S. K., Lee, E. H., & Chen, E. Y. (2014). Rate and predictors of disengagement from a 2-year early intervention program for psychosis in Hong Kong. *Schizophrenia Research*, 153(1-3), 204-208.
- Chapman, S. C., & Horne, R. (2013). Medication nonadherence and psychiatry. *Current Opinion of Psychiatry*, 26(5), 446-452.
- Chilcoat, H. D., Breslau, N., & Anthony, J. C. (1996). Potential barriers to parent monitoring: social disadvantage, marital status, and maternal psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1673-1682.
- Coid, J., N., Kahtan, Cook, A., Gault, S., & Jarman, B. (2001). Predicting admission rates to secure forensic psychiatry services. *Psychological Medicine*, 31(3), 531-539.
- Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- CREMESP (Conselho Reginal de Medicina do Estado de São Paulo) (2010). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo - 104p. Recuperado em: 13.09.2014 de http://www.cremesp.org.br/pdfs/livro_caps.pdf.

- Dalgarrondo, P., & Gattaz, W. F. (1992). A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(3), 147-150.
- Dalgarrondo, P., Banzato, C. E., & Botega, N. J. (2003a). Psychiatric admissions in a Brazilian general hospital: a review of outcomes. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 139-140.
- Dalgarrondo, P., Botega, N. J., & Banzato, C. E. (2003b). Patients who benefit from psychiatric admission in the general hospital. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 629-634.
- de Castro, S. A., Furegato, A. R., & Santos, J. L. (2010). Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric re-hospitalizations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 800-808.
- de Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2012). Design of the general population study NEMESIS-2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(1), 17-26.
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2014). To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. *Acta Neuropsychiatrica*, 26(6), 372-381.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & de Rivera, L. (2014). Psychiatric patients' preferences and experiences in clinical decision-making: examining concordance and correlates of patients' preferences. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 222-228.
- Del-Ben, C. M., Marques, J. M., Sponholz, A., & Zuardi, A. W. (1999). Mental health policies and changes in emergency service demand. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 470-476.
- Del-Ben, C. M., & Teng, C. T. (2010). Psychiatric emergencies: challenges and vicissitudes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Suppl 2), S67-68.

- DeMarce, J. M., Lash, S. J., Stephens, R. S., Grambow, S. C., & Burden, J. L. (2008). Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1104-1112.
- Department of Health (2008). *Emergency readmission rates*. London, UK., Department of Health.
- Desai, A. S., & Stevenson, L. W. (2012). Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation*, 126(4), 501-506.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., et al. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946-952.
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale*, 29(5), 430-437.
- Drukker, M., van Dillen, K., Bak, M., Mengelers, R., van Os, J., & Delespaul, P. (2008). The use of the Camberwell Assessment of Need in treatment: what unmet needs can be met? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(5), 410-417.
- Druss, B. G., Zhao, L., Von Esenwein, S., Morrato, E. H., & Marcus, S. C. (2011). Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Medicine Care*, 49(6), 599-604.
- Duncan, J. M., Short, A., Lewis, J. S., & Barrett, P. T. (2002). Re-admissions to the State Hospital at Carstairs, 1992-1997. *Health Bulletin (Edinb)*, 60(1), 70-82.
- Dunn, J., & Laranjeira, R. (1999). Cocaine-profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Substance Use Misuse*, 34(11), 1527-1548.
- Durbin, J., Lin, E., Layne, C., & Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 137-150.

- Ernest, S., Nagarajan, G., & Jacob, K. S. (2013). Assessment of need of patients with schizophrenia: a study in Vellore, India. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(8), 752-756.
- Fakhoury, W. K. H., & Priebe, S. (2002). Subejctive quality of life: it's association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 219-224.
- Farooq, S., & Naeem, F. (2014). Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1069-1077.
- Fekadu, A., Medhin, G., Kebede, D., Alem, A., Cleare, A. J., Prince, M., et al. (2015). Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *British Journal of Psychiatry*, 206(4), 289-96.
- Ferreira, A. B. H. (1988). Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Fischer, C., Anema, H. A., & Klazinga, N. S. (2012). The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *European Journal of Public Health*, 22(4), 484-491.
- Fischer, C., Lingsma, H. F., Marang-van de Mheen, P. J., Kringos, D. S., Klazinga, N. S., & Steyerberg, E. W. (2014). Is the readmission rate a valid quality indicator? A review of the evidence. *PLoS One*, 9(11), e112282.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Caron, J., & Lesage, A. (2008). Patients' report of help provided by relatives and services to meet their needs. *Community Mental Health Journal*, 44(4), 271-281.
- Fortes, S. L., & Infante, R. G. G. (1986). A questão da saúde mental - a redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral para além da psicossomática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35(5), 273-278.
- Forthofer, M. S., Kessler, R. C., Story, A. L., & Gotlib, I. H. (1996). The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(2), 121-132.

- Freeman, A., Malone, J., & Hunt, G. E. (2004). A statewide survey of high-support services for people with chronic mental illness: assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 811-818.
- Fukumitsu, K. O., Provedel, A., Kovács, M. J., & Loureiro, A. C. T. (2015). Suicide: an analysis of the brasilian scientific production from 2004 to 2013. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(1), 5-14.
- Galileu, D., Rocha, F. F., Nicolato, R., Teixeira, A. L., Romano-Silva, M. A., & Correa, H. (2006). ,Brazilian production in psychiatric journals with high impact factor in 2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2): 120-124.
- Gerolamo, A. M. (2004). State of the science: outcomes of acute inpatient psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nurse*, 18(6), 203-214.
- Greenhill, M. H. (1979). "Psychiatric units in general hospitals." *Hosp Community Psychiatry*, 30(3), 169-182.
- Grinshpoon, A., & Ponizovsky, A. M. (2008). The relationships between need profiles, clinical symptoms, functioning and the well-being of inpatients with severe mental disorders. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(2), 218-225.
- Guzzetta, F., Miglio, R., Santone, G., Picardi, A., Norcio, B., Bracco, R., et al. (2010). First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey. *Psychiatry Research*, 176(1), 62-68.
- Hansson, L., Persson, K. B., & Borgquist, L. (1997). Patients with mental illness in primary health care. A long-term follow-up of health care utilization and contact patterns with psychiatric care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15(3), 129-133.
- Hansson, L., & Björkman, T. (2007). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time?--A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 16(1), 9-16.

- Hayward, M., Slade, M., & Moran, P. A. (2006). Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 57(4), 538-543.
- Hildebrandt, L. M., & Alencastre, M. B. (2001). The inclusion of psychiatry in general hospitals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(1), 19.
- Hodgson, R. E., Lewis, M., & Boardman, A. P. (2001). Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 304-309.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo. (2010). Recuperado em: 13.09.2014 de <http://censo2010.ibge.gov.br/pt/>.
- Indexmundi (2011). *Brasil - Taxa de mortalidade*. Recuperado em: 21.04.2015 de http://www.indexmundi.com/pt/brasil/taxa_de_mortalidade.html
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428.
- Joska, J. A., & Flisher, A. J. (2007). Needs and services at an in-patient psychotherapy unit. *African Journal of Psychiatry (Johannesbg)*, 10(3), 149-2156.
- Julius, R. J., Novitsky, M. A., & Dubin, W. R. (2009). Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34-44.
- Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., et al. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*, 378(9803), 1654-1663.
- Kammerling, R. M., & O'Connor, S. (1993). Unemployment rate as predictor of rate of psychiatric admission. *BMJ*, 307(6918), 1536-1539.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. A. R., Wetzel, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M., et al. (2009). User satisfaction with psychosocial healthcare services, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl 1), 29-35.

- Kates, N., Eaman, S., Santone, J., Didemus, C., Steiner, M., & Craven, M. (1996). An integrated regional emergency psychiatry service. *General Hospital Psychiatry*, 18(4), 251-256.
- Kilsztajn, S., Lopes, E. S., Lima, L. Z., Rocha, P. A. F., & Carmo, M. S. N. (2008). Hospital beds and mental health reform in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2354-2362.
- King's-College. (n.d.). Research into recovery/Camberwell assessment of needs. Recuperado em 17.05.2015, de <http://www.researchintorecovery.com/CAN>.
- Koppel, S., & McGuffin, P. (1999). Socio-economic factors that predict psychiatric admissions at a local level. *Psychological Medicine*, 29(5), 1235-1241.
- Kropp, S., Andreis, C., te Wildt, B., Reulbach, U., Ohlmeier, M., Auffarth, I., et al. (2005). Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 27.
- Kulhara, P., Avasthi, A., Grover, S., Sharan, P., Sharma, P., Malhotra S., et al. (2010). Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(8), 809-818.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lambri, M., Chakraborty, A., Leavey, G., & King, M. (2012). Quality of life and unmet need in people with psychosis in the London Borough of Haringey, UK. *Scientific World Journal* 2012, 836067.
- Lasalvia, A., Stefani, B., & Ruggeri, M. (2000). Therapeutic needs in psychiatric patients: a systematic review of the literature. I. General concepts and assessment measures. Needs for services. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(3), 190-213.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Malchiodi, F., Salvi, G., Parabiaghi, A., Tansella, M., et al. (2005). Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychological Medicine*, 35(11), 1655-1665.

- Lasalvia, A., Bonetto, C., Salvi, G., Bissoli, S., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2007). Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 437, 31-41.
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*, 346, f2539.
- Lay, B., Nordt, C., & Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 229-236.
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 247-252.
- Ledoux, Y., & Minner, P. (2006). Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 115-121.
- Leff, J., Trieman, N., & Gooch, C. (1996). Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1318-1324.
- Lerner, Y., Zilber, N., Barasch, M., & Wittman, L. (1993). Utilization patterns of community mental health services by newly referred patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(1), 17-22.
- Lewis, G. & A. Sloggett (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 317(7168), 1283-1286.
- Lim, L. C., Sim, L. P., & Chiam, P. C. (1993). Mortality of public mental health patients: a Singapore experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(1), 36-41.
- Lin, C. H., Chen, W. L., Lin, C. M., Lee, M. D., Ko, M. C., & Li, C. Y. (2010). Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics (Sao Paulo)*, 65(5), 481-489.

- Lloyd, C., King, R., & Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229.
- Low, L. F., & Draper, B. (2009). Hospitalization patterns for psychiatric disorders across the lifespan in Australia from July 1998 to June 2005. *Psychiatric Services*, 60(1), 113-116.
- Macena, R. F., & Capocci, P. O. (2004). Unidade psiquiátrica em hospitais gerais. *Revista de Enfermagem UNISA*, 5, 28-32.
- Magura, S., Cleland, C. M., & Tonigan, J. S. (2013). Evaluating Alcoholics Anonymous's effect on drinking in Project MATCH using cross-lagged regression panel analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(3), 378-385.
- Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric Services*, 53(3), 310-316.
- Magura, S., Mateu, P. F., Rosenblum, A., Matusow, H., & Fong, C. (2014). Risk factors for medication non-adherence among psychiatric patients with substance misuse histories. *Mental Health and Substance Use*, 7(4), 381-390.
- Mari, J. E. J., Bressan, R. A., Almeida-Filho, N., Gerolin, J., Sharan, P., & Saxena, S. (2006). Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 161-169.
- Martínez-Martín, N., Fraguas, D., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Bascarán, M. T., Arango, C., et al. (2011). Self-perceived needs are related to violent behavior among schizophrenia outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 666-671.
- Mateus, M. D., Mari, J. J., Delgado, P. G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., et al. (2008). The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(1), 12.
- Mateus, M. D. (2013). *Políticas de Saúde Mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental*, do CAPS. Cerqueira, L. R.. São Paulo: Instituto de Saúde.

- Mattioni, T., Di Lallo, D., Roberti, R., Miceli, M., Stefani, M., Maci, C. et al., (1999). Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 425-431.
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4): 295-303.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L., et al. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 370-379.
- McGuffin, P., & Gottesman, I. I. (1999). Risk factors for schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 341(5), 370-371; author reply 372.
- Messias, Chen, E. L., C. Y. & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 323-338.
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T., & Lyons, J. S. (2005). Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56(4), 452-457.
- Nascimento, A. E. F. & Galvanese, A. T. (2009). Evaluation of psychosocial healthcare services in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl 1),: 8-15.
- Newman, S. C., & Bland, R. C. (1987). Canadian trends in mortality from mental disorders, 1965-1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(1), 1-7.
- Ochoa, S., Haro, J. M., Usall, J., Autonell, J., Vicens, E., Asensio, F., et al. (2005). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75(1), 129-134.
- ØDEGARD, Ø. (1951). Mortality in Norwegian mental hospitals 1926-1941. *Acta Genetica et Statistica Medica*, 2(2), 141-173.

- Oiesvold, T., Saarento, O., Sytema, S., Vinding, H., Göstas, G., Lönnerberg, O., et al. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(5), 367-373.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Wilk, J., & West, J. C. (2006). Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 205-211.
- Oliveira, A. M., Menezes, P. R., Busatto, G. F., McGuire, P. K., Murray, R. M., Scazufca, & M. (2010). Family context and duration of untreated psychosis (DUP): results from the Sao Paulo Study. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 124-130.
- Oyewumi, L. K., Odejide, O., & Kazarian, S. S. (1992). Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(2), 91-95.
- Paradis, M., Woogh, C., Marcotte, D., & Chaput, Y., (2009). Is psychiatric emergency service (PES) use increasing over time? *International Journal of Mental Health System*, 3(1), 3.
- Pavarini, S. C. I., Barha, E. J., Mendiando, M. S. Z., Filizola, C. L. A., Petrilli Filho, J. F., & Santos, A. A. (2009). Família e vulnerabilidade social: um estudo com octagenários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 374-379.
- Peen, J. & J. Dekker (2003). Urbanisation as a risk indicator for psychiatric admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 535-538.
- Perkins, D. O., Gu, H., Weiden, P. J., McEvoy, J. P., Hamer, R. M., Lieberman, J. A., et al. (2008). Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 106-113.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.

- Preti, A., Rucci, P., Santone, G., Picardi, A., Miglio, R., Bracco, R., et al. (2009). Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine*, 39(3), 485-496.
- Prost, E., Musisi, S., Okello, E. S., & Hopman, W. M. (2013). The role of psycho-education in improving outcome at a general hospital psychiatry clinic in Uganda. *African Journal of Psychiatry (Johannesbg)*, 16(4), 264-270.
- Razzouk, D., Gregório, G., Antunes, R., & Mari, J. D. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry*, 11(3), 191-195.
- Ribeiro, R. B., Melzer-Ribeiro, D. L., & Cordeiro, Q. (2012). Morbidity and mortality due to mental disorders in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 217-218.
- Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. (2011). Revisão das áreas de abrangência das Unidades de saúde e estimativa populacional de acordo com o censo IBGE 2010 por Unidade. Ribeirão Preto: SP. Recuperado em: 21.04.2015 de <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16indice.php>
- Rocha, F. F., Fuscaldi, T., Castro, V., Carmo, W., Amaral, D., & Correa, H. (2007). Brazilian scientific production in the 40 psychiatric journals with high impact factor in 200. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(6), 543-546.
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 744-751.
- Roza, D. L., Caccia-Bava, M. C. G. G., & Martinez, E. Z. (2012). Padrões espaço-temporais da incidência de tuberculose em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, sudeste do Brasil, e suas relações com a vulnerabilidade social: uma análise bayesiana. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 45(5), 607-615.

- Ruggeri, M., Leese, M., Slade, M., Bonizzato, P., Fontecedro, L., & Tansella, M. (2004). Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 60-68.
- Russel-Wood, A. J. R. (1981). *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília.
- Ruud, T. (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Norway. *Current Opinion of Psychiatry*, 22(6), 631-635.
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D., & Ignacio, R. (2007). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 58(6), 855-863.
- Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano, E., Cassidy, K. A., Tatsuoka, C., & Jenkins, J. H. (2011). Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 280-287.
- Santos, M. E., do Amor, J. A., Del-Ben, C. M., & Zuardi, A. W. (2000). Psychiatric emergency service in a university general hospital: a prospective study. *Revista de Saúde Pública*, 34(5), 468-474.
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370(9593), 1164-1174.
- Saxena, S. (2008). Use of clinical and service indicators to decrease the treatment gap for mental disorders: a global perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(4), 267-269.
- Saxena, S., Sharan, P., Garrido, M., & Saraceno, B. (2006). World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry*, 5(3), 179-184.

- Schlithler, A. C., Scazufca, M., Busatto, G., Coutinho, L. M., & Menezes, P. R. (2007). Reliability of the Brazilian version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) in first-episode psychosis cases in São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 160-163.
- Scivoletto, S., Silva, T. F., Cunha, P. J., & Rosenheck, R. A. (2012). The impact of psychiatric diagnosis on treatment adherence and duration among victimized children and adolescents in São Paulo, Brazil. *Clinics (Sao Paulo)*, 67(1), 3-9.
- SEADE (2010a). *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social em Ribeirão Preto*. Recuperado em: 12.02.2015 de <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/index.php?prodCod=2&selTpLoc=2&selLoc=3543402>.
- SEADE. (2010b). *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social Versão 2010*. São Paulo, Governo do Estado de São Paulo, 20p. Recuperado em: 12.02.2015 de <http://www.seade.gov.br/indice-paulista-de-vulnerabilidade-social-ipvs-versao-2010/>.
- SEADE. (2014). *Perfil Municipal de Ribeirão Preto*. Recuperado em: 12.02.2015 de <http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.
- Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2014). *Atendimentos ambulatoriais em psiquiatria no ano de 2014*. Recuperado em: 23.05.2015.
- Segal, S. P., Egley, L., Watson, M. A., Miller, L., & Goldfinger, S. M. (1995). Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 46(11), 1144-1148.
- Silva, N. C., Bassani, D. G., & Palazzo, L. S. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric Services*, 60(6), 786-791.
- Silva, L. M. V., Formigli, V. L. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91.
- Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M., & Wykes, T. (1999). *Camberwell assessment of need*. London: UK, Gaskell, 144p.

- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatic*, 73(3), 183-189.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry*, 187, 256-261.
- Smith, B., Hassett, A., Harrigan, S., & Fortune, T. (2010). A profile of inpatient admissions to an aged psychiatry service in Victoria. *Australas Psychiatry*, 18(2), 146-151.
- Sousa, R. M., Scazufca, M., Menezes, P. R., Crepaldi, A. L., & Prince, M. J. (2009). Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE): results from the São Paulo Ageing & Health Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 34-38.
- Steffen, S., Kösters, M., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 1-9.
- Stergiopoulos, V., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Latimer, E., Rabouin, D., et al. (2015). Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA*, 313(9), 905-915.
- Strejilevich, S., Chan, M., Triskier, F., & Orgambide, S. (2002). Operative data of a psychiatric internation unit in a general hospital of health public system in Buenos Aires City. *Vertex*, 13(48), 85-92.
- Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W., Wiersma, D. (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12):, 751-760.
- Sylvia, L. G., Hay, A., Ostacher, M. J., Miklowitz, D. J., Nierenberg, A. A., Thase, M. E. et al. (2013). Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(3), 343-350.

- Tansella, M., Bisoffi, G., & Thornicroft, G. (1993). Are social deprivation and psychiatric service utilisation associated in neurotic disorders? A case register study in south Verona. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 225-230.
- Teixeira, M. O. (1997). Nascimento da psiquiatria no Brasil. *Cadernos IPUB*, 8, 42-78.
- Thornicroft, G., Bisoffi, G., De Salvia, D., & Tansella, M. (1993). Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy. *Psychological Medicine*, 23(2), 487-496.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1(2), 84-90.
- Thornicroft, G., & Rose, D. (2005). Mental health in Europe. *BMJ*, 330(7492), 613-614.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri, SP, Editora Manole.
- Thorup, A., Albert, N. Bertelsen, M., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., et al. (2014). Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up--two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up. *European Psychiatry*, 29(1), 44-51.
- Trauer, T. (2010). Outcome measurement in chronic mental illness. *International Review of Psychiatry*, 22(2):, 99-113.
- Tófoli, L. F., & Fortes, S. (2007). Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE*, 6(2), 34-42.
- van Walraven, C., C. Bennett, A. Jennings, P. C. Austin & A. J. Forster (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), E391-402.

- Vasudeva, S., Narendra Kumar, M. S., & Sekhar, K. C. (2009). Duration of first admission and its relation to the readmission rate in a psychiatric hospital. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(4), 280-284.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., et al. (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(Suppl 4), 1-46; quiz 47-48.
- Verdoux, H., Lengronne, J., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., Abalan, F. et al. (2000). Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 203-210.
- Verhaak, P. F. (1993). Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 43(370), 203-208.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458.
- Weber, N. S., Cowan, D. N., Bedno, S. A., & Niebuhr, D. W. (2010). Descriptive epidemiology of bipolar I disorder among United States military personnel. *Military Medicine*, 175(4), 247-251.
- Wennström, E., Berglund, L., Lindbäck, J., & Wiesel, F. A. (2008). Deconstructing the 'black box' of the Camberwell assessment of need score in mental health services evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 714-719.
- Wennström, E., & Wiesel, F. A. (2006). The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9): 728-733.
- Wheeler, A., Moyle, S., Jansen, C., Robinson, E., & Vanderpyl, J. (2011). Five-year follow-up of an acute psychiatric admission cohort in Auckland, New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 124(1336), 30-38.
- WHO, W. H. O. (2005). Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO.

- Wiersma, D., & van Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(5), 239-246.
- Wiersma, D., van den Brink, R., Wolters, K., McCabe, R., Bullenkamp, J. Hansson, L. et al. (2009). "Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions?" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 317-324.
- Wing, J. K., & Brown, G. (1970). Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge.
- Woo, B. K., Chan, V. T., Ghobrial, N. & Sevilla, C. C. (2007). Comparison of two models for delivery of services in psychiatric emergencies. *General Hospital Psychiatry*, 29(6), 489-491.
- Yeh, H. S., Luh, R. L., Liu, H. J., Lee, Y. C., & Slade, M. (2006). Reliability of the Camberwell assessment of need (Chinese version) for patients with schizophrenia at a daycare center of Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 75-80.
- Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2013). Clinical and psychosocial factors associated with needs for care: an Arab experience with a sample of treated community-dwelling persons with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 313-323.
- Zhang, J., Harvey, C., & Andrew, C. (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 578-585.
- Zúñiga, A., Navarro, J. B., Lago, P., Olivas, F. Muray,, E., & Crespo, M. (2013). Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 115-121.

10. Apêndices

APÊNDICE A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2009

Ofício nº 3739/2009
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM RIBEIRÃO PRETO - SP”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 298ª Reunião Ordinária realizada em 09/11/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 10184/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

MARIA EUGÊNIA DE SIMONE BRITO DOS SANTOS
PROFª DRª CRISTINA MARTA DEL-BEN (Colaboradora)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “Avaliação de serviços de assistência à saúde mental em Ribeirão Preto-SP”.

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS:

Cristina Marta Del-Ben

CREMESP: 63.638

Maria Eugênia de S. Brito dos Santos

CREMESP: 84.815

1. Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa

Estamos interessados em avaliar os serviços públicos de atendimento ambulatorial de psiquiatria (de consultas) da cidade de Ribeirão Preto. Encontramos seu nome no banco de dados do Santa Tereza ou do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, onde esteve internado em 2003/2004. Gostaríamos de convidá-lo(a) a responder dois questionários com dados da sua pessoa, sua doença, seu tratamento, suas necessidades e sobre os serviços em que já foi atendido (a). A sua participação neste estudo consistirá em responder aos 2 questionários mencionados. Essa conversa durará cerca de 1 hora.

2. Desconfortos e possíveis riscos

Não há.

3. Benefícios esperados

Essas informações serão úteis para avaliarmos se o atendimento que está recebendo é efetivo para o seu problema, e também para corrigir eventuais falhas neste atendimento, caso elas sejam percebidas, a partir dos resultados obtidos no estudo.

4. Os métodos alternativos existentes

Não se aplica.

5. A forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis

Se responder ou não à pesquisa, o paciente terá o mesmo atendimento que receberia se não estivesse no estudo.

6 A garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo

Nós nos comprometemos a fornecer informações atualizadas sobre o estudo e a esclarecer qualquer dúvida que surja no transcorrer da entrevista, ainda que isso possa afetar sua vontade de continuar participando.

7. A liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado

Se você não quiser participar da pesquisa, tal decisão não lhe trará nenhum tipo de prejuízo. Caso você decida participar e desista, você terá total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento e tratamento.

8. A garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa

As informações fornecidas pelo(a) sr./sra. serão mantidas em absoluto sigilo e, em hipótese alguma, o sr./sra. será identificado.

9. As formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa

Não há.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Nome do paciente: _____

Responsável legal pelo paciente: _____

Grau de parentesco: _____ Assinatura: _____

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben
CREMESP: 63638 Fone: 16 3602-2607

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DO PACIENTE

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTENCIA À SAÚDE MENTAL EXTRA- HOSPITALAR EM RIBEIRÃO PRETO - SP CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Registro ou Iniciais:	
Sexo: ☐ feminino ☐ masculino	
Idade:	
Estado civil ☐ solteiro ☐ casado/amasiado ☐ separado ☐ viúvo ☐ outro	
Raça referida: ☐ branco ☐ pardo ☐ negro ☐ amarelo ☐ outro	
Município de nascimento : UF:	
Município de procedência: UF:	
Escolaridade em anos:	
Profissão:	
Inativo: ☐ não ☐ sim	
Reside com: ☐ pais ☐ companheira(o) ☐ outros familiares ☐ rua ☐ sozinho ☐ amigos ☐ instituição ☐ outros	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data da internação:	
Data da alta:	
Dias de internação:	
Unidade: ☐ EPIB ☐ Enfermaria ☐ UE ☐ HST ☐ Outros	
HD:	

Foi encaminhado para seguimento após a alta?

Se sim, Para onde?	
Se não, Como conseguiu seguimento medico?	

Lembra-se de quanto tempo demorou após a alta para ter sua 1ª consulta com o psiquiatra?

Se sim, Quanto tempo?	
Não lembra.	

Você está em tratamento atualmente?

Se sim , Em que serviço?	
Sempre foi atendido neste serviço? ☐ Sim.	
☐ Não. Qual serviço estava anteriormente?	
Há quanto tempo?	
Por que mudou?	
E antes deste, houve outros? ☐ Não.	
☐ Sim. Há quanto tempo?	
Por que mudou?	
Se não , Por quê?	

Já houve algum período que você ficou sem medicação?

Se sim , Quanto tempo ficou sem? (considerar o último período sem, se houver mais de um) Meses	
Isso faz quanto tempo?	
Como isso se resolveu?	
Houve outros intervalos sem medicação? ☐ Sim. Quantos?	
☐ Não.	
Não.	

Você já precisou procurar seu médico fora do dia de sua consulta?

Se sim , Por quê? (considerar a última vez, se houver mais de uma)	
Foi atendido? ☐ Sim	
☐ Não. Explicaram por quê?	
Como isso se resolveu?	
Não.	

Você acha que é bem atendido por este serviço no que você precisa? (resposta espontânea, não dar exemplos)

Se sim.	
Se não? Por quê?	
O que falta?	

Você foi internado novamente depois da internação de ____/____/____, que foi sua primeira?

Se sim , Quantas vezes? (responder as abaixo para cada uma das internações que teve)	
Por quê? 1)	
2)	
3)	
Seu médico psiquiatra lhe avaliou antes desta internação?	
1)	
2)	
3)	
Não.	

Você sabe o nome do seu médico?

Sim.	Não.
-------------	-------------

Desde a primeira internação, quantos médicos você já teve?

Não sei.	
No serviço _____ Dr.	
de ____/20__ a ____ de 20__	Dr.
	Dr.
	Mais de 3 doutores.
No serviço _____ Dr.	
de ____/20__ a ____ de 20__	Dr.
	Dr.
	Mais de 3 doutores.
No serviço _____ Dr.	
de ____/20__ a ____ de 20__	Dr.
	Dr.
	Mais de 3 doutores.

A cada vez que houve mudança de médico, houve mudança da medicação?

Se sim, quantas vezes isso ocorreu?
Não.

Você sabe qual a medicação que está em uso?

Se sim, qual (is)?
Não.

Obrigada (o) pelas informações fornecidas.

Escala *Camberwell* de Avaliação de Necessidades e Cuidados
Camberwell Assessment of Needs - CAN

NOME DO SUJEITO _____ {CAN} _____

PESQUISADOR _____ {CANPESQ} _____

HORA INÍCIO ____:____ {CANHI} ____:____

HORA TÉRMINO ____:____ {CANHT} ____:____

Data entrevista ____/____/____ {candata} ____/____/____

Conteúdo

1. Acomodação
2. Alimentação
3. Cuidando da casa
4. Autocuidado
5. Atividades diárias
6. Saúde física
7. Sintomas psicóticos
8. Informações sobre seu problema e tratamento (sobre saúde mental)
9. Sofrimento psicológico
10. Segurança para si mesmo
11. Segurança para com os outros
12. Álcool
13. Drogas
14. Companhias
15. Relacionamentos íntimos
16. Expressão sexual
17. Cuidados com filhos
18. Educação básica
19. Telefone
20. Transporte
21. Dinheiro
22. Benefícios

1. Acomodação

Que tipo de lugar você vive?

Como é esse lugar?

O sujeito tem um lugar para morar?

{CAN011} _____

notas	significado	Exemplo
0	sem problemas	Sujeito tem um lar adequado (mesmo internado atualmente), mora com a família
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Sujeito vive em lar abrigado, albergue ou moradia assistida
2	problemas sérios	Sujeito é morador de rua, com acomodações precárias ou não apresenta instalações básicas como água ou eletricidade. Mora em cortiços, barracos ou cômodo impróprio, por exemplo dorme num colchão na cozinha ou divide lugar de dormir com mais de 5 pessoas.
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação à acomodação, quanta ajuda o sujeito recebe de

{CAN012}

amigos e parentes?

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Ocasionalmente recebe alguns móveis, objetos decoração
2	ajuda moderada	Ajuda substancial para melhorar acomodações, com manutenção da moradia
3	muita ajuda	Vive com parente porque suas acomodações própria são insatisfatórias ou não tem acomodação própria
9	não se sabe	

Com relação à acomodação, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN013} _____

Com relação à acomodação, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN014} _____

notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Pequena ajuda para móveis, objetos ou decoração, endereço para procurar acomodação (imóvel, pensão)
2	ajuda moderada	Melhorias importantes, encaminhado à secretaria de assistência social (por ex. albergue, casa de convivência)
3	muita ajuda	Sendo re-alocada, vivendo em moradia assistida, albergue
9	não se sabe	

Com relação à acomodação, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN015} _____

No geral, o sujeito está satisfeito com a quantidade de ajuda que recebe para sua acomodação?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN016} _____

2. Alimentação

Como é a sua alimentação (tipo de comida)? Quantas refeições por dia você costuma fazer?

Você é capaz de preparar suas próprias refeições e fazer suas próprias compras?

O sujeito tem dificuldade para conseguir o suficiente para comer? {CAN021}____

Notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Capaz de comprar e preparar refeições
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	É incapaz de preparar alimentos (mesmo se precisasse) e recebe refeições
2	problemas sérios	Dieta muito restrita, alimentação culturalmente inapropriada
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação à alimentação, quanta ajuda o sujeito recebe de {CAN022}____

amigos e parentes?

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Recebe refeições semanalmente ou menos
2	ajuda moderada	Ajuda semanal com compras ou recebe refeições mais que uma vez por semana, mas não diariamente
3	muita ajuda	Recebe refeições diariamente
9	não se sabe	

Com relação à alimentação, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais? {CAN023}____

Com relação à alimentação, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais? {CAN024}____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe uma a quatro refeições por semana ou assistido (por ex. ajuda para comprar ou preparar) uma refeição por dia
2	ajuda moderada	Recebe mais do que quatro refeições por semana ou assistido (por ex. ajuda para comprar ou preparar) em todas as refeições
3	muita ajuda	Recebe todas as refeições
9	não se sabe	

Com relação à alimentação, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda? {CAN025}____

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a quantidade de ajuda que recebe para sua alimentação? {CAN026}____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

3. Cuidando da casa

Você é capaz de cuidar da sua casa? Se mora com a família, é capaz de cuidar de seu próprio quarto?

Recebe a ajuda de alguém?

O sujeito tem dificuldade para cuidar da casa?

{CAN031}_____

Notas	Significado	exemplo
0	Sem problemas	Casa pode estar em desordem, mas a pessoa a mantém basicamente limpa
1	Sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Incapaz de cuidar da casa e recebe ajuda doméstica regularmente
2	Problemas sérios	Casa está suja e apresenta perigo potencial à saúde
9	Não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação ao cuidado da casa, quanta ajuda o sujeito recebe

{CAN032}_____

de amigos e parentes?

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Recebe ocasionalmente estímulo ou ajuda para limpeza ou arrumação
2	ajuda moderada	Recebe estímulo ou ajuda para limpeza pelo menos uma vez por semana
3	muita ajuda	Recebe supervisão mais que uma vez por semana, para lavar toda roupa e limpar a casa
9	não se sabe	

Com relação ao cuidado da casa, quanta ajuda o sujeito recebe

{CAN033}_____

dos serviços locais?

Com relação ao cuidado da casa, quanta ajuda o sujeito precisa

{CAN034}_____

dos serviços locais?

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe estímulo da equipe
2	ajuda moderada	Recebe alguma assistência com tarefas domésticas

Com relação ao cuidado da casa, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

{CAN035}_____

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe no cuidado da casa?

{CAN036}_____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

4. Auto-cuidado

Você tem dificuldade com o seu auto-cuidado? Como você costuma se cuidar quanto ao banho, barba, cabelo, etc.?

Você precisa ser lembrado, por quem?

O sujeito tem dificuldade com o auto-cuidado?

{CAN041}_____

notas	significado	Exemplo
0	sem problemas	Aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas basicamente limpa
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Precisa e recebe ajuda com o auto-cuidado
2	problemas sérios	Higiene pessoal pobre, cheira mal.
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação ao auto-cuidado, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN042}_____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Pessoa recebe estímulo ocasional para mudar de roupa
2	ajuda moderada	Alguém precisa ligar o chuveiro ou banheira e insistir no seu uso, estímulo diário
3	muita ajuda	Recebe assistência diária em vários aspectos de cuidado
9	não se sabe	

Com relação ao auto-cuidado, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN043}_____

Com relação ao auto-cuidado, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN044}_____

notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Estímulo ocasional
2	ajuda moderada	Supervisionado para se lavar ocasionalmente
3	muita ajuda	Supervisionado em vários aspectos do auto-cuidado, frequenta programas de habilidades do auto-cuidado
9	não se sabe	

Com relação ao auto-cuidado, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN045}_____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para seu auto-cuidado?

{CAN046}_____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

5. Atividades diárias

Como você passa seu dia?

O que você faz?

O sujeito tem dificuldades com atividades diárias regulares e apropriadas?

{CAN051}_____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	emprego em tempo integral, parcial, bico ou adequadamente ocupada com atividades domésticas/sociais, estudante
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	incapaz de se ocupar, então frequenta centro de convivência, hospital dia, trabalho protegido
2	problemas sérios	Sem qualquer tipo de emprego e não adequadamente ocupada com atividades domésticas/sociais
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação às atividades diárias, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN052}_____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Ocasionalmente é orientado sobre atividades diárias
2	ajuda moderada	Conseguiu atividades diárias como programa de educação para adultos ou centro de convivência. Ocasionalmente é acompanhado nestas atividades.
3	muita ajuda	Ajuda diária com atividades. Sempre necessita ser acompanhado nas atividades.
9	não se sabe	

Com relação às atividades diárias, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN053}_____

Com relação às atividades diárias, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN054}_____

notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	treinamento para trabalho/programa de educação para adultos
2	ajuda moderada	Trabalho protegido diariamente. Centro de convivência 2- 4 vezes por semana
3	muita ajuda	Frequenta hospital-dia ou centro de convivência diariamente
9	não se sabe	

Com relação às atividades diárias, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

{CAN055}_____

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe nas suas atividades diárias?

{CAN056}_____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

6. Saúde física

Como você se sente fisicamente?

Você está recebendo algum tratamento médico para problemas físicos?

O sujeito tem algum problema físico ou doença?

{CAN061}_____

notas	Significado	exemplo
0	sem problemas	Fisicamente bem
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Problemas físicos como hipertensão arterial, diabetes, recebendo tratamento apropriado
2	problemas sérios	Problemas físicos não tratados, inclusive efeitos colaterais
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação à saúde física, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN062}_____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Estimulado a ir ao médico
2	ajuda moderada	Acompanhado ao médico
3	muita ajuda	Ajuda diária para ir ao banheiro, comer ou se locomover
9	não se sabe	

Com relação à saúde física, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN063}_____

Com relação à saúde física, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN064}_____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe orientação dietética ou sobre planejamento familiar
2	ajuda moderada	Medicação prescrita. Visto regularmente por clínico ou enfermeira
3	muita ajuda	Visitas frequentes ao hospital. Adaptação da casa.
9	não se sabe	

Para problemas físicos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda? (0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN065}_____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para seus problemas físicos?

{CAN066}_____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

7. Sintomas psicóticos

Você ouve vozes ou tem problemas com seu pensamento?

Você toma alguma medicação? Para que?

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Sem sintomas positivos, sem risco de sintomas e não está usando medicação
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Sintomas melhoram com medicação ou outro tipo de auxílio
2	problemas sérios	Atualmente com sintomas ou sob risco
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

{CAN071}____

Com relação aos sintomas psicóticos, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes? {CAN072}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Algum apoio
2	ajuda moderada	Cuidadores estimulam ou lembram o indivíduo a tomar a medicação
3	muita ajuda	Oferece ou administra a medicação e supervisiona a ingestão
9	não se sabe	

Com relação aos sintomas psicóticos, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais {CAN073}____

Com relação aos sintomas psicóticos, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais? {CAN074}____

Notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe medicação até três vezes por mês ou menos, participa de grupos de apoio
2	ajuda moderada	Medicação revista mais que três vezes por mês, terapia psicológica estruturada
3	muita ajuda	Medicação e cuidados hospitalares 24 horas ou cuidado de crise em casa
9	não se sabe	

Com relação aos sintomas psicóticos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda? {CAN075}____
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para os sintomas psicóticos? {CAN076}____
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

8. Informação sobre seu problema e tratamento (sobre saúde mental)

Você recebeu informação clara sobre sua medicação ou outros tratamentos?

Quão útil foi esta informação?

O sujeito recebeu informação verbal ou escrita sobre seu Problema e tratamento mental? {CAN081}____

notas	Significado	exemplo
0	sem problemas	Recebeu e entendeu a informação adequada de forma clara
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Não recebeu ou não entendeu toda informação
2	problemas sérios	Não recebeu nenhuma informação
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Para obter tal informação, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes? {CAN082}____

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	Tem algum tipo de orientação de amigos e parentes
1	pouca ajuda	
2	ajuda moderada	Recebe folhetos ou colocado em contato com grupos de auto-ajuda por amigos e parentes
3	muita ajuda	Ligação regular com médicos ou grupos (exemplo: psicóticos anônimos) por intermédio de amigos e parentes
9	não se sabe	

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais para obter tal informação? {CAN083}____

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais para obter tal informação? {CAN084}____

Notas	Significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	Informação verbal ou escrita breve sobre a doença, problemas ou tratamento
1	pouca ajuda	
2	ajuda moderada	Recebe detalhes sobre grupos de auto-ajuda, orientações completas sobre medicações e tratamentos alternativos
3	muita ajuda	Recebeu informação detalhada por escrito ou recebeu instrução pessoal específica
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para obter informações? {CAN085}____
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para obter informações? {CAN086}____
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

9. Sofrimento psicológico

Você se sentiu recentemente muito triste ou para baixo?

Você já se sentiu exageradamente ansioso ou amedrontado?

{CAN091}_____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Sofrimento ocasional ou leve
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Precisa e recebe apoio contínuo
2	problemas sérios	Apresentou ideação suicida no último mês ou se expôs a um perigo sério
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Para este sofrimento, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN092}_____

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Algum apoio
2	ajuda moderada	Tem a oportunidade de conversar sobre o sofrimento com amigo ou parente pelo menos uma vez por semana
3	muita ajuda	Apoio e supervisão constantes
9	não se sabe	

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais para este sofrimento?

{CAN093}_____

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais para este sofrimento?

{CAN094}_____

Notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Avaliação do estado mental ou apoio ocasional
2	ajuda moderada	Tratamento social ou psicológico específico para ansiedade, recebe atendimento da equipe pelo menos uma vez por semana
3	muita ajuda	Cuidados hospitalares por 24h ou controle de crise
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para este sofrimento?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN095}_____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para este sofrimento?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN096}_____

10. Segurança para si mesmo

Você tem pensamentos de se machucar ou realmente tem esta intenção?

Você se põe em perigo de outras maneiras?

{CAN101}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Sem pensamentos suicidas
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Risco de suicídio monitorado pela equipe, recebe atendimento ou orientação
2	Problemas sérios	Sufrimento afeta a vida de maneira significativa, tal como impedindo-a de sair
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes para reduzir

{CAN102}____

o risco de auto-agressão?

Notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	É capaz de contatar amigos ou parentes se se sentir inseguro
2	ajuda moderada	Amigos ou parentes estão geralmente em contato e provavelmente sabem se a pessoa se sente insegura
3	muita ajuda	Amigos ou parentes em contato regular e muito provavelmente sabem e dão ajuda se a pessoa se sente insegura
9	não se sabe	

Quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais para reduzir o

{CAN103}____

risco de auto-agressão

Quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais para reduzir o

{CAN104}____

risco de auto-agressão?

Notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Alguém para contatar quando se sente inseguro
2	ajuda moderada	Checagem pela equipe pelo menos uma vez por semana, atendimento de apoio regularmente
3	muita ajuda	Supervisão diária, internação
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para reduzir o risco de auto-agressão?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN105}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para reduzir o risco de auto-agressão?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN106}____

11. Segurança para com os outros

Você acha que poderia ser um perigo para a segurança de outras pessoas?

Você já perdeu o controle e bateu em alguém?

{CAN111}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Sem história de violência ou comportamento ameaçador
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Sob risco devido a problemas com álcool ou outros e recebendo ajuda
2	problemas sérios	Atos de violência ou ameaças recentes
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação ao risco de agressão a alguém, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN112}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Ajuda semanal ou menos para comportamento ameaçador
2	ajuda moderada	Ajuda mais do que uma vez por semana para comportamento ameaçador
3	muita ajuda	Ajuda quase constante com comportamento ameaçador persistente
9	não se sabe	

Com relação ao risco de agressão a alguém, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN113}____

Com relação ao risco de agressão a alguém, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN114}____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	É controlado quanto ao comportamento semanalmente ou menos
2	ajuda moderada	Supervisão diária
3	muita ajuda	Supervisão constante. Internação
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para reduzir o risco de agredir alguém?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN115}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para reduzir o risco de agredir alguém?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN116}____

12. Álcool

A bebida lhe causa algum problema?

Você gostaria de diminuir a quantidade de bebida?

O sujeito bebe excessivamente ou tem um problema para controlar a quantidade de bebida?

{CAN121}____

notas	significado	Exemplo
0	sem problemas	Sem problemas, com quantidade controlada
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Sob supervisão devido a risco potencial
2	problemas sérios	Hábito de bebida atual nocivo ou sem controle
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação à bebida, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos {CAN122}____

e parentes?

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Orientado a diminuir
2	ajuda moderada	Aconselhado sobre os Alcoólicos Anônimos
3	muita ajuda	Monitorado diariamente quanto ao álcool
9	não se sabe	

Com relação à bebida, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN123}____

Com relação à bebida, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN124}____

notas	Significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Orientado sobre riscos
2	ajuda moderada	Recebe detalhes sobre serviços e grupos de apoio
3	muita ajuda	Frequenta serviços de álcool, programa de retirada supervisionada
9	não se sabe	

Com relação à bebida, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda? (0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN125}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com relação a bebida? (0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN126}____

13. Drogas

Você usa alguma droga não prescrita?

Existe alguma droga que você acharia difícil de largar? Inclusive medicações não prescritas?

O sujeito tem problemas com abuso de drogas?

{CAN131}____

notas	significado	Exemplo
0	sem problemas	Sem dependência ou abuso de drogas
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Recebendo ajuda para dependência ou abuso
2	problemas sérios	Dependência ou abuso de drogas prescritas, não prescritas ou ilegais
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação ao abuso de drogas, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN132}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Aconselhamento ou apoio ocasional
2	ajuda moderada	Aconselhamento regular, posto em contato com serviços ou grupos de ajuda
3	muita ajuda	Supervisão, ligação com outros serviços ou grupos de ajuda
9	não se sabe	

Com relação ao abuso de drogas, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN133}____

Com relação ao abuso de drogas, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN134}____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Orientação do clínico
2	ajuda moderada	Ambulatório de dependência de drogas
3	muita ajuda	Programa de retirada supervisionada, internação
9	não se sabe	

Com relação ao abuso de drogas, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN135}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com relação ao abuso de drogas?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN136}____

14. Companhias

Você está feliz com sua vida social?

Você gostaria de ter mais contato com outras pessoas?

O sujeito precisa de ajuda para contato social?

{CAN141}____

notas	significado	Exemplo
0	sem problemas	Capaz de organizar contatos sociais ou tem bastante amigos
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Freqüenta hospital-dia ou centro de convivência, clubes, praças, etc.
2	problemas sérios	Freqüentemente se sente solitário e isolado
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação ao contato social, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN142}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Contato social menos que uma vez por semana
2	ajuda moderada	Contato social uma vez por semana ou mais
3	muita ajuda	Contato social pelo menos quatro vezes por semana
9	não se sabe	

Com relação a organizar contato social, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN143}____

Com relação a organizar contato social, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN144}____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe orientação sobre reuniões, eventos, centros sociais
2	ajuda moderada	Centro de convivência ou grupo comunitário até três vezes por semana
3	muita ajuda	Freqüenta hospital dia quatro vezes por semana ou mais
9	não se sabe	

Com relação a organizar contato social, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

{CAN145}____

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para organizar contato social?

{CAN146}____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

15. Relações íntimas

Você tem um parceiro(a)?

Você tem problemas no seu relacionamento/casamento?

(Satisfação com parceiro, violência doméstica, algum outro problema que esteja frequentando terapia de casal ou individual?)

O sujeito tem dificuldade em achar um parceiro ou manter um relacionamento próximo?

{CAN151}_____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Relação satisfatória ou feliz não tendo parceiro
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Freqüentando terapia de casal, que é útil
2	problemas sérios	Violência doméstica, quer parceiro
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação a fazer ou manter relacionamentos próximos, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN152}_____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Algum suporte emocional
2	ajuda moderada	Várias conversas, apoio regular
3	muita ajuda	Conversas freqüentes e apoio para lidar com sentimentos
9	não se sabe	

Com relação a fazer ou manter relacionamentos próximos, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN153}_____

Com relação a fazer ou manter relacionamentos próximos, que ajuda a pessoa precisa dos serviços locais?

{CAN154}_____

notas	Significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Algumas conversas
2	ajuda moderada	Várias conversas, terapia regular
3	muita ajuda	Terapia de casal, treinamento de habilidades sociais
9	não se sabe	

Com relação a fazer ou manter relacionamentos próximos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN155}_____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com relação a fazer ou manter relacionamentos próximos?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN156}_____

16. Expressão sexual

Como é sua vida sexual?

{CAN161}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Feliz com a vida sexual atual
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Beneficia-se com terapia sexual
2	problemas sérios	Dificuldade sexual séria como impotência ou não consegue ter parceiro
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação a problemas na vida sexual, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN162}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Algum aconselhamento
2	ajuda moderada	Várias conversas, material informativo, recebe contraceptivos, etc
3	muita ajuda	Estabelece contato com locais de orientação e pode acompanhar a pessoa no local. Sempre é acessível para falar sobre o problema
9	não se sabe	

Com relação a problemas na vida sexual, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN163}____

Com relação a problemas na vida sexual, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN164}____

notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe informação sobre contracepção, sexo seguro, impotência induzida por drogas
2	ajuda moderada	Conversas regulares sobre sexo
3	muita ajuda	Terapia sexual ou outra psicoterapia
9	não se sabe	

Com relação a problemas na vida sexual, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN165}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para problemas na vida sexual?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN166}____

17. Cuidados com filhos

Você tem filhos abaixo dos 18 anos?

Você tem alguma dificuldade para cuidar deles?

O sujeito tem dificuldade para cuidar de seus filhos?

{CAN171}____

notas	significado	Exemplo
0	sem problemas	Não tem filhos menores de 18 anos ou sem problemas para cuidar deles
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Dificuldades para cuidar e recebendo ajuda
2	problemas sérios	Sérias dificuldades para cuidar dos filhos, o filho está sob guarda judicial de outro parente ou vivem em casas separadas por causa da dificuldade.
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação a cuidar dos filhos, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN172}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Babá ocasional, menos que uma vez por semana
2	ajuda moderada	Ajuda na maioria dos dias
3	muita ajuda	Filhos morando com amigos ou parentes
9	não se sabe	

Com relação a cuidar dos filhos, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN173}____

Com relação a cuidar dos filhos, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN174}____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Usa creche
2	ajuda moderada	Recebe ajuda para habilidades de ser pai/mãe
3	muita ajuda	Filhos em casa adotiva ou sob tutela
9	não se sabe	

Com relação a cuidar dos filhos, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN175}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para cuidar dos filhos?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN176}____

18. Educação básica

Você tem dificuldade para ler, escrever ou entender o português?

Você consegue contar seu troco numa loja?

{CAN181}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Capaz de ler, escrever e entender português
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Dificuldade com leitura e recebe ajuda de outras pessoas
2	problemas sérios	Dificuldade com habilidades básicas de leitura, escrita e contas, falta de fluência no português
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Quanta ajuda com letras e números o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN182}____

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Ajuda ocasional para ler ou escrever
2	ajuda moderada	Colocado em contato com aulas de alfabetização
3	muita ajuda	Alguém ensina a pessoa a ler
9	não se sabe	

Quanta ajuda com letras e números o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN183}____

Quanta ajuda com letras e números o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN184}____

Notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Ajuda para preencher formulários
2	ajuda moderada	Recebe orientação sobre aulas
3	muita ajuda	Frequenta educação para adultos
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda com letras e números?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN185}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe com letras e números?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN186}____

19. Telefone

Você sabe usar o telefone?

É fácil achar um telefone que você possa usar?

{CAN191}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Tem telefone funcionando em casa ou acesso fácil a um telefone público
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Precisa pedir para usar um telefone
2	problemas sérios	Sem acesso a um telefone ou incapaz de usá-lo
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Para fazer ligações, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN192}____

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Recebe ajuda para fazer ligações, mas menos que uma vez por mês ou somente para emergências
2	ajuda moderada	Entre mensalmente e diariamente.
3	muita ajuda	Recebe ajuda sempre que necessário
9	não se sabe	

Para fazer ligações, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN193}____

Para fazer ligações, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN194}____

notas	Significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Acesso a telefone quando pedido
2	ajuda moderada	Recebe um cartão telefônico
3	muita ajuda	Consegue a instalação de um telefone em casa
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para fazer ligações?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN195}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para fazer ligações?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN196}____

20. Transporte

Você utiliza transporte público? Tem alguma dificuldade?

O que você acha de usar ônibus, metrô ou trem? Tem carro?

Você tem passe gratuito?

O sujeito tem algum problema para usar o transporte público?

{CAN201}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Capaz de usar o transporte público ou tem acesso a um carro
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Tem passe de ônibus ou outro tipo de auxílio para transporte
2	problemas sérios	Incapaz de usar transporte público ou carro próprio
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Com relação ao transporte, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN202}____

notas	Significado	Exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Encorajado a se deslocar
2	ajuda moderada	Freqüentemente acompanhado no transporte público
3	muita ajuda	É levado para todos os compromissos
9	não se sabe	

Com relação ao transporte, quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços

{CAN203}____

locais?

Com relação ao transporte, quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços

{CAN204}____

locais?

notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Recebe passe de ônibus, metrô, trem (transporte público)
2	ajuda moderada	Dinheiro para táxi

Para seu transporte, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?

(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN205}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para seu transporte?

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN206}____

21. Dinheiro

Você mesmo organiza o seu dinheiro, como pagar contas, fazer compras?

O sujeito tem problemas para fazer seu orçamento?

{CAN211}____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Capaz de comprar itens essenciais e pagar contas
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Beneficia-se de ajuda com orçamento
2	problemas sérios	Freqüentemente não tem dinheiro para itens essenciais ou contas, porque é desorganizado.
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Para gerenciar seu dinheiro, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN212}____

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	
1	pouca ajuda	Ajuda ocasional para controlar contas domésticas
2	ajuda moderada	Cálculo semanal do orçamento
3	muita ajuda	Controle completo das finanças
9	não se sabe	

Para gerenciar seu dinheiro, quanta ajuda o sujeito recebe dos serviços locais?

{CAN213}____

Para gerenciar seu dinheiro, quanta ajuda o sujeito precisa dos serviços locais?

{CAN214}____

notas	significado	Exemplo
0	nenhuma ajuda	
1	pouca ajuda	Ajuda ocasional com orçamento
2	ajuda moderada	Supervisão para pagar aluguel, recebe dinheiro para gastos semanalmente
3	muita ajuda	Recebe dinheiro diariamente, supervisão diária quanto ao orçamento
9	não se sabe	

Para gerenciar seu dinheiro, o sujeito recebe o tipo certo de ajuda?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN215}____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para Gerenciar seu dinheiro?

{CAN216}____

(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

22. Benefícios

Você recebe algum tipo de benefício?

Você deveria receber algum outro tipo de benefício?

O sujeito definitivamente recebe todos benefícios que deveria?

{CAN221}_____

notas	significado	exemplo
0	sem problemas	Recebe todos os benefícios
1	sem problemas ou problemas moderados devido a ajuda	Recebe ajuda apropriada para pedir os benefícios
2	problemas sérios	Não tem certeza/não recebe todos os benefícios
9	não se sabe	

Se nota for 0 ou 9, ir para próxima seção

Para obter todos os benefícios, quanta ajuda o sujeito recebe de amigos e parentes?

{CAN222}_____

notas	Significado	exemplo
0	Nenhuma	Ocasionalmente pergunta se o sujeito recebe algum dinheiro
1	pouca ajuda	
2	ajuda moderada	Já ajudou a preencher formulários
3	muita ajuda	Já procurou informações sobre todos os benefícios
9	não se sabe	

Para obter todos os benefícios, quanta ajuda o sujeito *recebe* dos serviços locais?

{CAN223}_____

Para obter todos os benefícios, quanta ajuda o sujeito *precisa* dos serviços locais?

{CAN224}_____

notas	significado	exemplo
0	nenhuma ajuda	Orientação ocasional sobre benefícios
1	pouca ajuda	
2	ajuda moderada	Ajuda para requerer outros benefícios
3	muita ajuda	Avaliação abrangente dos benefícios atuais
9	não se sabe	

O sujeito recebe o tipo certo de ajuda para obter todos benefícios?
(0= não; 1=sim; 9=não se sabe)

{CAN225}_____

No geral, o sujeito está satisfeito com a ajuda que recebe para obter todos benefícios?
(0=não está satisfeito; 1=satisfeito; 9=não se sabe)

{CAN226}_____