UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA

Régis Eric Maia Barros

**“CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA-DEMOGRÁFICA DAS
INTERAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA REGIÃO DE
RIBEIRÃO PRETO-SP ENTRE 1998 E 2004”**

Ribeirão Preto
2008

RÉGIS ERIC MAIA BARROS

**“CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA-DEMOGRÁFICA DAS
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA REGIÃO DE
RIBEIRÃO PRETO-SP ENTRE 1998 E 2004”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre. Área de concentração: Saúde Mental.

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

Ribeirão Preto-SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Barros, Régis Eric Maia

Caracterização Clínica-demográfica das Internações Psiquiátricas na Região de Ribeirão Preto-SP entre 1998 e 2004.

120 p.: il.; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben

1. internação psiquiátrica 2. tempo de permanência 3. saúde mental
4. emergência psiquiátrica

À Mamãe, Papai, Assande e Alessandra,
pelo amor incondicional e
por terem acreditado
em mim, em todos os momentos.
Sem vocês nada disto seria possível.

À minha amada Veca,
pelo amor, companheirismo,
carinho e atenção
nestes 13 anos de história.

Aos meus amigos,
Vinícius, Luciana, Guilherme,
Gyl, Raquel, Igor, Isabel, Fernanda, César e Juliana,
que constituíram uma grande
família em Ribeirão Preto.

Especialmente à Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben,
pelo carinho, disponibilidade e paciência
na orientação deste projeto.
Agradeço, sobretudo,
pelo estímulo a superar limites.

Agradeço a Deus, por me guiar e me iluminar nos
momentos de dificuldades.

Ao Gilmar, pelo seu conhecimento em análise de sistemas.
Sem dúvidas, foi de extrema importância para este projeto.

Ao Dr. João Marques, pela disponibilidade em somar
esforços para efetivação do projeto.

Ao Prof. Dr. Antônio Waldo Zuardi, pela imensurável
contribuição para elaboração e realização
desta pesquisa. Agradeço, pelo aprendizado
gradativo com as suas palavras.

À querida Simone Lespinasse por ter me acolhido de maneira
afetuosa em Brasília. Sem você o sucesso
nessa cidade não seria possível.

À Profa. Dra. Amábilis pelo estímulo, carinho
e ajuda na construção do projeto.

À Cristina Francelin, pelo valioso conhecimento
da rede de saúde mental, que facilitou
o encaminhamento desta pesquisa.

Ao Dr. Trivellato, por ter lançado a idéia desta pesquisa.

A Isabella pela importante ajuda na coleta de dados.

Aos amigos do CAPS ad, por dividir comigo,
momentos de alegria e de tristeza,
durante minha estadia em Ribeirão Preto.

Aos amigos do Departamento de Psiquiatria do
Centro Médico de Ribeirão Preto,
pelo carinho e apoio na busca de
uma psiquiatria cada vez melhor.

Aos amigos da Clínica Olimpo,
por estarem comigo em Brasília.

Aos funcionários dos Serviços de Arquivo Médico do
Hospital Santa Teresa e do HCFMRP,
os quais possibilitaram a coleta de dados da pesquisa.

Agradeço a fundação Waldemar Barnsley Pessoa
pelo apoio financeiro

“Tudo posso Naquele que me fortalece”

(Filipenses 4:13)

De tudo, ficaram três coisas:

A certeza de que estava sempre começando...

A certeza de que era preciso continuar...

A certeza de que seria interrompido antes de terminar...

Fazer da interrupção um caminho novo...

Fazer da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

Fernando Sabino

Este trabalho contou com apoio financeiro da

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

(FAPESP- Processo 2006/51738-6)

RESUMO

No início de 1990, as internações psiquiátricas no Brasil constituíam-se a segunda fonte de despesas com internações hospitalares. A partir de 1992, com as diretrizes do Ministério da Saúde, houve mudanças na caracterização das internações. Os hospitais psiquiátricos, progressivamente, deixaram de constituir a base do sistema assistencial, com o aumento da rede de serviços extra-hospitalares. A XIII Diretoria Regional de Saúde (DRS XIII), com sede em Ribeirão Preto, foi submetida a estas diretrizes, levando à reorganização do atendimento de saúde mental. De modo que, no início da década de 1990, a DRS XIII dispunha de 685 leitos psiquiátricos para internações agudas. As taxas de ocupação chegavam a 96% e o tempo de permanência era elevado com grande número de re-internações. Com as diretrizes, houve redução para 114 leitos para internações agudas e, concomitantemente, houve uma ampliação dos serviços extra-hospitalares de saúde mental. Essas medidas levaram a uma diminuição do número de internações e na taxa de ocupação para 60 a 70%. No entanto, a partir de 2003, passaram a ocorrer dificuldades para internação integral devido à falta de vagas. Esta pesquisa objetiva avaliar essas mudanças caracterizando as internações. Foi criado um banco de dados único utilizando dados armazenados nos bancos de dados de cada hospital envolvido no estudo. Todas as internações entre os anos de 1998 a 2004 foram contabilizadas. Foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, ocupação, diagnósticos, procedência, distrito sanitário para pacientes que residiam em Ribeirão Preto, tempo de permanência, re-internações, giro leito e taxa de ocupação. Foram internados 5362 pacientes correspondendo a 11.208 internações com as seguintes proporções de distribuição: Hospital Psiquiátrico (47,8%), Hospital Geral (14,1%) e Emergência Psiquiátrica (38,1%). As taxas de ocupação nos serviços de internação integral tiveram aumento nos últimos anos da pesquisa apesar do giro leito permanecer relativamente elevado. Não existiram marcantes diferenças entre os serviços em relação às características demográficas das internações, mantendo-se um padrão de predominância de pacientes do sexo masculino, adultos jovens, sem vínculos conjugais estáveis, inativos profissionalmente e provenientes da própria região de Ribeirão Preto. As internações mais curtas predominaram nos serviços, havendo maior proporção de internações prolongadas no Hospital Geral, provavelmente pela gravidade dos casos. A maior proporção das internações é proveniente de Ribeirão Preto, com predomínio daquelas oriundas do distrito atendido pelo Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola. Os diagnósticos mais encontrados em todos os serviços foram os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, transtornos do humor, transtornos psicóticos e transtornos de personalidades, havendo algumas diferenças nas proporções entre os serviços. O número de re-internações aproxima-se de um quarto (1/4) das internações em cada ano. O aumento das internações pode estar relacionado às limitações da rede de serviços extra-hospitalares. A emergência psiquiátrica foi responsável por cerca de 40% das internações no período do trabalho. Novos serviços extra-hospitalares podem determinar melhorias na rede de atendimento.

ABSTRACT

At the beginning of the 1990s, psychiatric hospitalization costs were the second-largest source of all hospitalization costs in Brazil. Since 1992, as a result of the Ministry of Health guidelines, there have been changes in the characteristics of these hospitalizations. Psychiatric hospitals have progressively ceased to be a part of the core health care system, and there has been an increase in the outpatient service network. The 13th Regional Health Authority (DRS XIII), headquartered in Ribeirão Preto, followed these guidelines, which led it to reorganize its mental health care. At the beginning of the 1990s, DRS XIII had 685 beds for the treatment of acute psychiatric patients: their occupancy rate was as high as 96%, the length of stay was high and there was a high number of readmissions. The guidelines, however, resulted in a reduction in the number of beds for acute patients to 114, whilst there was a simultaneous expansion in the mental health care outpatient services. These measures led to a drop in the number of hospital admissions, and the occupancy rate fell to 60 - 70%. Nevertheless, since 2003, it has been more difficult to provide full-time hospitalization due to lack of beds. The aim of this project is to evaluate these changes in the hospitalization policy. A central database was created using the data stored in the databases of each of the hospitals involved in the study. All hospitalizations between 1998 and 2004 were taken into account. The following variables were analyzed: age, gender, marital status, occupation, diagnosis, origin, health district (for patients that live in Ribeirão Preto), length of stay, readmissions, bed turnover rate and occupancy rate. 5,362 patients were hospitalized a total of 11,208 times according to the following breakdown: Psychiatric Hospital (47.8%), General Hospital (14.1%) and Emergency Psychiatric Unit (38.1%). The occupancy rate for full-time hospitalization services has increased over the last few years in spite of the bed turnover rate remaining relatively high. There are no significant differences between services as far as the demographic characteristics of the hospitalized patients are concerned: patients are still predominantly young unemployed males, who are not in stable partnerships, and come from the Ribeirão Preto region. Short-stay hospitalizations are predominant, with a higher proportion of longer hospitalizations in the General Hospital, which was probably due to the serious nature of these cases. The largest proportion of hospitalizations comes from Ribeirão Preto, especially from the district served by the Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (Mental Health Unit of the Learning Health Center). The most common diagnoses were disorders brought on by psychoactive substance abuse, mood disorders, psychotic disorders and personality disorders, with there being some differences in the proportions from one service to another. Around 1/4 of the hospitalizations each year are readmissions. The psychiatric hospitalization increasing may be dual to the outpatient service network deficient. The emergency psychiatry unit was answerable for 40% of psychiatric hospitalization reported in this study. The outpatient service development may be improve the health care system.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Hospícios criados durante o Segundo Reinado	19
Tabela 2	Mudanças na rede pública de saúde mental da região de Ribeirão Preto entre 1990 a 1996.....	37
Tabela 3	Parâmetros de funcionamento dos serviços de saúde mental da DRS XIII entre os anos de 1990 a 1997	39
Tabela 4	Distribuição das internações psiquiátricas realizadas nos serviços hospitalares da região de Ribeirão Preto entre os anos de 1998 a 2004	65
Tabela 5	Total do giro leito por serviços das internações entre 1 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004.....	66
Tabela 6	Caracterização demográfica dos pacientes com internação psiquiátrica na Região de Ribeirão Preto entre os anos de 1998 e 2004	68
Tabela 7	Distribuição das internações psiquiátricas realizadas nos serviços hospitalares da região de Ribeirão Preto, por sexo e faixa etária, entre os anos de 1998 e 2004	70
Tabela 8	Distribuição das internações psiquiátricas realizadas na região de Ribeirão Preto entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, segundo o tempo de permanência e o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva.	72
Tabela 9	Mediana do tempo médio de permanência das internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto, entre 1998 e 2004, segundo o serviço de alta definitiva do paciente.....	74
Tabela 10	Razão das internações pela população de cada cidade multiplicada por 1000 na Região de Ribeirão Preto entre 1998 e 2004.....	75
Tabela 11	Distribuição das internações psiquiátricas por distritos da cidade de Ribeirão Preto entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004.	78
Tabela 12	Distribuição das re-internações em cada ano entre 01 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2004.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Razão das internações psiquiátricas realizadas entre 01 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, segundo o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva	64
Figura 2	Distribuição da ocupação dos leitos psiquiátricos disponíveis na região de Ribeirão Preto entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, segundo o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva	67
Figura 3	Distribuição das internações psiquiátricas realizadas na região de Ribeirão Preto entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, segundo o tempo de permanência e o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva	72
Figura 4	Razão das internações psiquiátricas com duração de até 10 dias realizadas entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, segundo o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva	73
Figura 5	Razão das internações psiquiátricas por distritos de Ribeirão Preto realizadas entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004 em relação ao ano índice (1998)	77
Figura 6	Razão das internações psiquiátricas realizadas entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, segundo o diagnóstico principal.	80
Figura 7	Proporção dos diagnósticos relacionados a substâncias psicoativas por serviço, das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004	81
Figura 8	Proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos psicóticos por serviço, das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004	82
Figura 9	Proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos do humor por serviço, das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004	83
Figura 10	Proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos de personalidade por serviço, das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004	84

LISTA DE SIGLAS

UIPHG	Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral
HG	Hospital geral (enfermaria psiquiátrica)
EP	Serviços de emergências psiquiátricas
HP	Hospital psiquiátrico
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HSTRP	Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
NSMCSE	Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
DRS XIII	13º Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo
EP-HCRP	Setor de psiquiatria da unidade de emergência
EPQU	Enfermaria Psiquiátrica de internação prolongada
EPIB	Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve
CVP	Central de vagas psiquiátricas
GAIS	Gerência de Assistência Integrada a Saúde
ECT	Eletroconvulsoterapia

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Internação psiquiátrica.....	16
1.1.1 Internação Psiquiátrica em Hospital Psiquiátrico Tradicional	16
1.1.2 Internação Psiquiátrica em Hospital Geral	20
1.1.3 Internação psiquiátrica em setores de emergências	30
1.2 Organização da Saúde Mental da região de Ribeirão Preto.....	35
1.3 Rede de Saúde Mental extra-hospitalar de Ribeirão Preto.....	40
1.3.1 Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad)	40
1.3.2 Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM)	41
1.3.3 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).....	42
1.3.4 Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (NSMCSE).....	44
2 JUSTIFICATIVA DO PRESENTE ESTUDO	45
3 OBJETIVOS.....	47
4 MATERIAL E MÉTODOS	48
4.1 Situação do Estudo.....	48
4.2 Participantes do estudo	55
4.3 Definição das variáveis do estudo	55
4.4 Procedimentos	55
4.4.1 Estudo piloto	55
4.4.2 Compilação dos dados referentes às internações efetuadas no HSTRP:..	56
4.4.3 Compilação dos dados referentes às internações efetuadas no HCFMRP ...	57
4.4.4 Construção de banco de dados único	57
4.4.5 Organização das variáveis do banco de dados único	59
4.5 Análise dos dados	62
5 RESULTADOS.....	63
5.1 Total de internações efetuadas a cada ano, por serviço	63
5.2 Giro Leito	66
5.3 Taxa de ocupação	66
5.4 Características demográficas	67
5.5 Tempo de permanência	71

5.6 Referenciamento municipal das internações	74
5.7 Distribuição das internações por distritos em Ribeirão Preto.....	76
5.8 Diagnósticos	79
5.8.1 Transtornos relacionados a substâncias psicoativas	80
5.8.2 Transtornos psicóticos	81
5.8.3 Transtornos do humor	82
5.8.4 Transtornos de personalidade.....	83
5.9 Re-internações	84
6 DISCUSSÃO	86
7 CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

1 INTRODUÇÃO

1.1 Internação psiquiátrica

1.1.1 Internação Psiquiátrica em Hospital Psiquiátrico Tradicional

A doença mental é um evento presente na história da humanidade, desde a antiguidade, e a associação entre insanidade e preceitos religiosos era uma prática recorrente. O tratamento dos pacientes com doenças mentais ficou, inicialmente, a cargo de instituições religiosas, as quais forneciam a terapêutica existente sob a ótica da ciência da época. Gradativamente, essas afecções foram percebidas como doenças, levando a uma redução na associação entre alterações comportamentais e questões religiosas, permitindo a criação e a ampliação de espaços médicos destinados aos doentes mentais (ALVES BRASIL, 1982).

O doente mental da Idade Média e do Renascimento era ignorado, ligado a uma rede rigorosa de significações religiosas. Sem um olhar médico e científico, a doença mental tinha um enfoque de um evento sobrenatural. Os indivíduos com alterações comportamentais ligadas a doenças mentais eram vistos com temática religiosa e mística e desse modo tratados. O doente era considerado como possuído, e era avaliado de acordo com essa ótica. Em meados do século XVII, o mundo da insanidade mental tornou-se, bruscamente, o mundo da exclusão. Em toda a Europa, foram criados estabelecimentos que não eram destinados simplesmente a receber doentes mentais, mas todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, davam mostras de alteração. Esses estabelecimentos não eram destinados ao tratamento, mas à exclusão pura e

simples dos indivíduos. Ao longo dos séculos, inúmeras “reformas” foram realizadas para que os doentes mentais fossem humanizados e tratados. Nesse contexto e evolução histórica, surgem os hospitais psiquiátricos (BRENNER et al., 1999).

Percebe-se o surgimento destes serviços tanto no ocidente como no oriente. Isto foi evidenciado por Alexander e Selesnick (1968), que descreveram atendimentos a doentes mentais em Bagdá, no século IX. Outros relatos foram realizados por Allderidge (1979), que descreveu atendimentos a essa parcela de enfermos nos séculos XIII e XV na Espanha.

No Brasil, a preocupação com os chamados “alienados” data da época do império. No século XIX, a Academia Imperial de Medicina já demonstrava uma preocupação com os chamados pedintes, lázaros e bebedores incorrigíveis, dos quais a maioria apresentava algum comprometimento mental (ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA, 1836). Alguns membros da Sociedade de Medicina defendiam a idéia da necessidade da criação de manicômios ou estabelecimentos especiais para receber os “alienados” (DE-SIMONI, 1839). Anteriormente, esses indivíduos eram frequentemente recolhidos às Cadeias Públicas ou às Enfermarias das Santas Casas de Misericórdia. Ambos os locais não ofereciam condições adequadas para receber essa clientela, tanto em nível de estrutura física quanto no tratamento oferecido (JOBIM, 1831). Seguindo uma herança da colonização portuguesa, a “Irmandade da Misericórdia”, responsável pelas Santas Casas, estava presente nas principais cidades brasileiras desde o século XVI. Uma das principais funções dessas instituições era o chamado “cuidado curativo dos pobres”, que se estendeu para os “alienados” a partir da segunda metade do século XIX (MESGRAVIS, 1976).

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Corte no Brasil Imperial foi a principal responsável, tanto pelas articulações políticas que levaram ao decreto da fundação, datado de 1841, quanto pela mobilização social em torno da construção do Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro. Inaugurada em 1852, essa instituição é considerada o primeiro hospital psiquiátrico na história brasileira (MACHADO et al., 1978).

Fora da capital imperial, durante o Segundo Império (1841-1889), também ocorreram movimentos semelhantes de institucionalização dos alienados (TEIXEIRA, 1997). Esses muitas vezes funcionavam como abrigo para aqueles que dependiam de caridade: órfãos, abandonados, mendigos e os “loucos”. A assistência médica era eventual, não sendo, portanto, freqüente e sistemática. Desse modo, as Santas Casas de Misericórdia e posteriormente os hospícios geralmente respondiam por ser um local para abrigo, alimentação e cuidados religiosos. Esses hospícios surgiram e cresceram numa base estrutural asilar das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a Psiquiatria existisse como prática médica especializada (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Durante o Segundo Império, além do Hospício de Alienados Dom Pedro II, outras instituições “exclusivas para alienados” foram criadas em outros estados, como mostra tabela 1.

Tabela 1: Hospícios criados durante o Segundo Reinado

província	ano	estabelecimento
São Paulo	1852	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo
Pernambuco	1864	Hospício de Alienados de Recife-Olinda
Pará	1873	Hospício Provisório de Alienados
Bahia	1874	Asilo de Alienados São João de Deus
Rio Grande do Sul	1884	Hospício de Alienados São Pedro
Ceará	1886	Hospício de Alienados São Vicente de Paula

fonte: Oda et al, 2005

No estado de São Paulo, o Hospício Provisório dos Alienados foi criado na capital, em 1852, inicialmente com poucas vagas e internos. Em 1864, foi transferido de local, aumentando assim sua capacidade. As instalações dessas instituições eram precárias, tanto no número reduzido de profissionais, como nas condições físicas, incluindo-se limitação de espaço e aglomeração de pacientes. A intervenção médica somente passaria a ser visível no hospício da capital paulista após 40 anos de sua fundação, com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo clínico (MOREIRA, 1905). Há relatos de que, em 1869, havia um médico, dois enfermeiros, três guardas, um cozinheiro, dois serventes, um escrivão e um administrador para responder pelos cuidados de cerca de 80 pacientes, nos três turnos (ROCHA, 1870). Em 1885, o número de pacientes era de 190 e permanecia a mesma quantidade de funcionários na equipe técnica. Em 1887, o hospício passou a contar com 2 médicos e 27 funcionários, dos quais 19 respondiam pela assistência, nos três turnos, aos quase 300 pacientes internados. Em 1898, foi inaugurado o Hospital-Colônia de Juquery. Em 1903, o Complexo Hospitalar Juquery recebeu os pacientes do

Hospício Provisório dos Alienados que fechou suas instalações. As estatísticas do Hospital eram motivos de críticas, sobretudo pela alta frequência de óbitos e por poucos pacientes saírem melhorados (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

1.1.2 Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

A assistência em saúde mental foi modificada em diversos países no decorrer da história. Houve mudanças no paradigma do tratamento, sobretudo ligadas à internação psiquiátrica. Dentre os pontos de mudança, o surgimento da modalidade de internações psiquiátricas em hospitais gerais merece destaque (HALLAK, 1998).

A Inglaterra, desde 1728, tem uma enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral. Essa enfermaria se localiza no Guy's Hospital, na cidade de Londres. Nesse país, o movimento centrado na desinstitucionalização do paciente psiquiátrico cresceu com o psiquiatra Maxwell Jones, a partir das propostas de comunidades terapêuticas e com o *Mental Health Act of England and Wales*, gerando a filosofia de priorizar a instalação e o desenvolvimento de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais (MAYOU, 1989).

Nos Estados Unidos (EUA), enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais datam do século XVII. Em 1755, já havia descrição de leitos psiquiátricos no *Pennsylvania Hospital*, destinados ao tratamento de enfermos mentais. Em 1834, o *Philadelphia General Hospital* inaugurava sua enfermaria psiquiátrica. Apesar de descrições de surgimentos dessas enfermarias, essas iniciativas eram isoladas e pontuais, dentro de uma assistência que mantinha tendência ao tratamento manicomial aos pacientes psiquiátricos. No início do século XIX, foi inaugurado o

Albany Medical Center, uma das primeiras unidades psiquiátricas autônomas em um hospital geral com objetivos e características próprias (GREENHILL, 1979).

Utilizando incentivos da *Rockefeller Foundation*, a Psiquiatria americana ganhou força, levando à criação de departamentos de Psiquiatria em alguns hospitais universitários e, conseqüentemente, à instalação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Os eventos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial foram importantes para o desenvolvimento de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. O atendimento aos soldados e combatentes feridos tinha como premissa uma rápida melhora, objetivando o retorno o mais rápido possível aos combates. Desse modo, novas técnicas de atendimento ao paciente psiquiátrico surgiram dentro dos hospitais gerais, demonstrando a viabilidade dessa categoria de internação. Os profissionais treinados nas poucas unidades psiquiátricas existentes em hospitais gerais na época respondiam por difundir essa prática, ressaltando seus benefícios, de modo que tais idéias e projetos passaram a circular nos meios clínicos da época (GREENHILL, 1979).

O crescente movimento para surgimento dessas unidades reverberou também no meio científico. Em 1961, a Associação Americana de Psiquiatria pronunciou-se através da *Joint Comission on Mental Illness and Health*, informando que os hospitais gerais só estariam completos quando possuísem áreas destinadas ao atendimento psiquiátrico (FLAMM, 1979). Ao final da década de 1950, emergiram idéias e movimentos que objetivavam reduzir as internações psiquiátricas e estimular o tratamento dos pacientes com enfermidades mentais em centros comunitários de saúde mental. Esse processo passa a ser chamado de desinstitucionalização (LIMA; TEIXEIRA, 1995). Esse conjunto de fatores, associado a um maior apoio político, como o do presidente J.F. Kennedy, culminou em um

importante aumento no número de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Na década de 1960, os EUA já contabilizavam aproximadamente 500 enfermarias psiquiátricas nos 5400 hospitais gerais existentes. No início de 1970, já existiam cerca de 750 enfermarias psiquiátricas nesses hospitais, além de outros programas ambulatoriais (FLAMM, 1979).

Atualmente, a Psiquiatria é mais aceita em hospitais gerais em relação às décadas anteriores, apesar da persistência de grandes preconceitos e resistências. Nas décadas de 1950 e 1960, o foco terapêutico em Psiquiatria era o psicanalítico, mesmo com o crescimento do movimento da psiquiatria comunitária. Posteriormente, o psiquiatra se reaproximou do modelo médico e iniciou um processo de reconquista de seu papel nos hospitais gerais, inicialmente com serviços de interconsulta psiquiátrica, mas também com as unidades psiquiátricas de internação integral. O psiquiatra assumiu novamente o papel médico e não se constituiu mais como uma figura isolada, à parte da medicina e da relação com as outras especialidades médicas (SANDERS, 1979; NUÑEZ LÓPEZ, 1986), de modo que alguns autores reconhecem que as unidades psiquiátricas em hospitais gerais e a integração dos psiquiatras a essas unidades significam a volta da Psiquiatria à Medicina (JONES, 1979).

A tendência de unidades psiquiátricas em hospital geral já era uma conquista e uma prática freqüente nos EUA em meados da década de 1970. Neste período, alguns dados apontavam que cerca de 2/3 dos pacientes psiquiátricos internados eram tratados em hospitais gerais, e que em 1978 havia, nos Estados Unidos, 2244 enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, contra cerca de 500 hospitais psiquiátricos (HP) (JONES, 1979; BACHRACH, 1981a; BACHRACH, 1981b).

O crescimento no número de unidades de internação psiquiátrica em hospital geral (UIPHG) foi estimulado por vários fatores, dentre os quais podemos enumerar: maior facilidade para o acesso dos pacientes; oferecimento de uma atenção à saúde mais integral, abrangendo as esferas física e mental; estímulo ao envolvimento familiar; redução de preconceitos quanto a esta prática e menor estigma social (FLAMM, 1979).

Ao longo dos séculos, várias reformas foram realizadas para que ocorresse humanização do atendimento aos doentes mentais e que houvesse tratamento adequado. Desse modo, surgiram movimentos sociais e científicos preocupados com melhores condições de vida e direitos civis dos portadores de doenças mentais. A lei italiana 180, aprovada em 1978, fez crescer em todo o mundo um movimento político-social, denominado antimanicomial, que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos (MOSHER, 1982).

Na Itália, o movimento chamado de reforma psiquiátrica surgiu sendo difundido, sobretudo, com as idéias da “Psiquiatria Democrática”. Esse movimento, cujo principal expoente fora Franco Basaglia, influenciou movimentos políticos e culturais italianos, além do movimento intitulado Antipsiquiatria (DALGALARRONDO, 1990; GOMES; SILVA FILHO, 1991). Esse modelo italiano foi uma referência na reforma psiquiátrica brasileira (MORGADO; LIMA, 1994).

As primeiras unidades de Psiquiatria em hospital geral surgiram no Brasil na década de 1950. No entanto, seu desenvolvimento foi contido, em grande parte, por um modelo hegemônico de assistência psiquiátrica ativo nas duas décadas seguintes, fortemente centrado no hospital psiquiátrico tradicional. No final da década de 1970, documentos oficiais passaram a preconizar a necessidade de diminuir as internações desnecessárias e de organizar ambulatorios, centros

comunitários de saúde mental, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais (BOTEGA; DALGALARRONDO 1997).

Em meados da década de 1980, cresce no Brasil o movimento social e institucional conhecido como Reforma Psiquiátrica. Uma de suas diretrizes, calcada na ética dos direitos humanos, é a desospitalização progressiva e maior possível do paciente psiquiátrico, partindo-se da premissa de que esse procedimento apresenta baixa eficácia e fere os direitos humanos, além de consumir 81,7% dos recursos gastos anualmente com saúde mental no país (ALVES, 1996; OPAS, 1991).

Do total de gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os 10% da psiquiatria só perdiam, em 1996, para as doenças respiratórias (15%), complicações da gravidez, parto e puerpério (13%) e doenças coronarianas (12%). As internações em UIPHG eram mais bem pagas pelo SUS do que as que se davam em hospitais psiquiátricos. O SUS repassava R\$ 27,40 por dia para internação em hospital geral, enquanto o repasse para hospital psiquiátrico era de R\$ 16,60 por dia. Ainda assim, devido ao fato de a duração de muitas internações em hospitais gerais ser menor, os gastos finais com a internação de alguns grupos diagnósticos acabam saindo, comparativamente, mais baixos (BOTEGA, 1997).

A década de 1980 trouxe a intensificação da discussão em torno da assistência ao doente mental em nosso país. Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, unindo diversos segmentos da sociedade, onde foram difundidas idéias para reverter a tendência de crescimento do número de leitos dos hospitais psiquiátricos (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003). Consequentemente, no início da década de 1990, houve uma redução de 25% dos hospitais psiquiátricos, se comparados à década anterior (ALVES, 1996). Desse modo, os hospitais psiquiátricos, progressivamente, têm deixado de constituir a base

do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades. Contudo, a internação psiquiátrica, a despeito das múltiplas controvérsias que a cerca, continua sendo um recurso terapêutico indispensável (embora pontual) para muitos pacientes, sobretudo os mais graves. Portanto, as UIPHG constituem uma alternativa recomendável a essa demanda (BOTEGA, 2002).

A mentalidade que predominava no sistema de saúde nacional e os problemas de financiamento no setor público limitavam o aumento de unidades psiquiátricas em hospital geral. Todavia, novas políticas e movimentos sociais recentes impulsionaram a criação de UIPHG. Cerca de um terço dessas unidades foram instaladas durante a primeira metade da década de 1990. Fenômeno semelhante ocorreu em outros países. Portanto, existe uma tendência ao crescimento e organização da assistência psiquiátrica em hospitais gerais (BOTEGA, 2002).

A redução de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais pode ser definida como uma característica dos serviços de saúde mental da segunda metade do século XX. O processo de desinstitucionalização tem sido determinado por uma variedade de forças. Essas incluem efeitos danosos de macro-hospitais para internação psiquiátrica (WING; BROWN, 1970); escândalos envolvendo o atendimento a pacientes com doenças mentais (MARTIN, 1984); movimento para aumentar a liberdade e qualidade de vida dos pacientes (PEELE; CHODOFF, 1999); melhora nas possibilidades de tratamentos oferecidos – drogas, métodos de reabilitação e alternativas para os cuidados de pacientes em crise – reduzindo custos em saúde que são onerosos para pacientes internados (KLUITER, 1997); movimentos sociais gerais, que enfatizam a comunidade como um recurso positivo

para ajudar as pessoas (HAWKS, 1975). As reduções de leitos psiquiátricos em hospitais tradicionais ocorreram durante estes anos em diversos países (DAVIDGE; ELIAS; HAYES, 1993; LAMB; SHANER, 1993; FIORITTI; LO; MELEGA, 1997; TANSELLA et al., 1998; KORKEILA et al., 1998; ROSSLER; SALIZE, 1994; OLDEHINKEL, 1998; COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES, 1998).

A década de 1990 foi marcada pela tendência política de mudanças na assistência à saúde mental. Neste período, emergiu a discussão dos direitos do paciente com doença mental. Essas discussões corroboravam as determinações e recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação à atenção psiquiátrica (WHO, 1984; OPAS 1990). Neste contexto, cresceu a filosofia do estabelecimento de uma rede extra-hospitalar de atenção, bem como o estabelecimento de serviços de saúde mental vinculados a hospitais gerais, com propostas de pronto-socorros ou unidades de emergências, serviços de interconsulta, hospitais-dias, ambulatórios, unidades de atendimento integrado, além de enfermarias psiquiátricas especializadas.

No Brasil, esse movimento culminou com a apresentação do Projeto de Lei No 3.657/89, que estabelece como prioridade a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, restrições para internação compulsória e substituição de internação psiquiátrica por outras formas de tratamento (BANDEIRA; LESAGE; MORISETTE, 1994). Essa política sofre tanto críticas positivas como negativas e desencadeia idéias e propostas que visam também à manutenção do paciente na comunidade, porém sem a proposta drástica do fechamento dos hospitais psiquiátricos (PORTELA, 1996). Fenômeno semelhante ocorreu em outros países (SHINFUKU; SUGAWARA; YANAKA, 1998).

Na década de 1990, Sampaio (1994) avaliou a oferta de leitos psiquiátricos no Brasil em 40 anos, numa perspectiva econômica. Foram contabilizados, apesar das limitações desse estudo em função da desinformação, cerca de 75 unidades psiquiátricas em hospital geral, distribuídas com equidade entre setores públicos e filantrópicos, com grande predominância nas regiões Sul e Sudeste (63%). Observou-se a mesma tendência evidenciada por Alves Brasil (1982), que demonstrou que uma minoria das escolas de medicina do país tinha unidades psiquiátricas em hospital geral. Botega (1991), em estudo que avalia programas credenciados de residência médica, mostrou que somente 35% contavam com unidade psiquiátrica em hospital geral. Em 1996, os levantamentos do Ministério da Saúde mostravam que o país dispunha de 69.237 leitos para internações psiquiátricas. No entanto, os hospitais gerais tinham somente 2,5% deste total, ou seja, cerca de 1.765 leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Novamente, foi evidenciado predomínio nas regiões mais desenvolvidas, sobretudo nas capitais, demonstrando uma distribuição desigual nos leitos.

Embora, em 1996, tenham-se internado em UIPHG 17% a mais do que em anos anteriores, as cifras não garantiam continuidade de crescimento. Houve uma estagnação na média de 3% do total de internações psiquiátricas no país, inclusive ocorrendo pequeno decréscimo nas internações em hospitais gerais entre 1995 e 1996. Conforme censo realizado em 1995, foram registradas 935.336 internações em psiquiatria. Dessas, 27.266 deram-se em hospitais gerais (2,9%). A consolidação dos serviços já existentes e a criação de novas unidades aguardavam superação das resistências encontradas dentro do próprio hospital geral, bem como o equacionamento dos problemas relativos ao seu funcionamento. Apesar das diretrizes estabelecidas pelo governo federal, muito pouco se sabe, além de um

círculo restrito de instituições acadêmicas, a respeito das características dos serviços de psiquiatria instalados em hospitais gerais do país. Esse conhecimento é fundamental para orientar estratégias de consolidação e de ampliação desses serviços, colocando-os como uma alternativa na rede de assistência em saúde mental (BOTEGA; SCHECHTMAN, 1997).

As diferentes práticas assistenciais alternativas ao modelo asilar, ainda hoje predominante no Brasil, podem ser caracterizadas a partir de diversos parâmetros que as compõem, tais como: 1) o tipo de espaço assistencial: fechado, semi-fechado, aberto ou semi-aberto; 2) a técnica de tratamento; 3) os profissionais envolvidos; 4) a dinâmica assistencial; 5) a perspectiva terapêutica (RIBEIRO et al., 2000). Gradativamente, uma grande ênfase tem sido dada na utilização de espaços não institucionais para tratar transtornos psiquiátricos. Conseqüentemente, as UIPHG se fortalecem como opção para possíveis internações de pacientes com transtornos psiquiátricos (HALLAK et al., 2003). A internação nessas unidades tem crescente ação na redução dos sintomas psiquiátricos e contribui para a melhora no desempenho de atividades socialmente esperadas após a alta hospitalar (MOREIRA; CRIPPA; ZUARDI, 2002).

Os leitos em hospitais gerais para internação psiquiátrica se localizam, em sua grande maioria, em unidades psiquiátricas. Há uma proporção pequena de leitos “reservados” em enfermarias de clínica médica para casos psiquiátricos, e leitos clínicos de algumas instituições podem ser utilizados para internações psiquiátricas, mesmo que não estejam “reservados” para isto. Dentre as atividades e os recursos terapêuticos destinados ao paciente psiquiátrico internado em hospitais gerais, observa-se, em ordem decrescente de disponibilidade: psicoterapia individual (78%); recreação em espaço externo à enfermaria (78%); grupos operativos com pacientes

(75%); terapia ocupacional (75%); reunião com grupo de familiares (72%); psicodiagnóstico (50%); grupo operativo com funcionários (47%) e eletroconvulsioterapia (34%) (BOTEGA; SCHECHTMAN,1997).

No Brasil, as unidades têm, em média, 20 leitos, com um psiquiatra para cada oito pacientes e uma enfermeira para cada dois pacientes. As unidades estão geralmente bem estruturadas para atender aos pacientes com psicose aguda, bem como àqueles que sofrem de transtornos do humor, porém não estão adequadamente equipadas para atender aos pacientes agressivos e com importante agitação psicomotora, além de pacientes idosos e aqueles que necessitem de total cuidado de enfermagem (BOTEGA, 2002).

Gradativamente, existem benefícios que a psiquiatria oferece as outras especialidades médicas. Dentre eles, destacam-se: uma visão mais profunda da multicausalidade e multifatorialidade, um conceito mais amplo de doença; a progressiva conscientização por parte dos médicos a respeito da importância dos fatores psíquicos; o reconhecimento de pacientes com comorbidade de doenças clínicas e psiquiátricas; a introdução de novos medicamentos e técnicas terapêuticas, e, por fim, a melhora na disposição dos médicos para ouvirem problemas pessoais e familiares (ALVES BRASIL, 1982).

Em contrapartida, há também os benefícios oferecidos pelas especialidades médicas à psiquiatria. Entre outros, os benefícios de relevância significativa são: a oferta de tipos e modelos de experiências clínicas diversas do hospital psiquiátrico tradicional; estudos demonstrando a correlação entre as emoções e o cérebro; a necessidade de avaliar minuciosa e criteriosamente suas experiências, seus sistemas teóricos e suas práticas; e a importância de registrar suas informações e experiências. Esses benefícios são descritos por uma série de outros autores, tanto

na literatura nacional como internacional (FORTES; INFANTE, 1986; BOTEGA, 1991).

A internação em UIPHG é um procedimento efetivo com significativa melhora dos sintomas dos pacientes e com uma boa parte destes melhorando em um prazo inferior a três semanas. Pacientes internados após tentativas suicidas têm um benefício maior quando internados em hospital geral, pois além do tratamento psiquiátrico, têm a possibilidade de receber cuidados clínicos e cirúrgicos específicos (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; RAPELI; BOTEGA, 2003).

As percepções negativas do tratamento em instituições psiquiátricas podem influenciar a decisão de procurar e aceitar internação. Neste contexto, as UIPHG causam uma menor estigmatização, tendo uma maior aceitação para tratamento de transtornos psiquiátricos em mulheres, jovens e grupos sociais, étnicos e religiosos mais específicos. Este tratamento mais individualizado determina uma redução na recusa da internação psiquiátrica por parte do paciente e de sua família (HUTCHINSON; RAMCHARAN; GUANY, 2003; SABIN, 1995; TRAPPLER; GREENBERG; FRIEDMAN, 1995).

1.1.3 Internação psiquiátrica em setores de emergências

Com a deshospitalização do paciente psiquiátrico, o manejo de situações de emergência passou a ser cada vez mais freqüente na prática clínica da Psiquiatria, de modo que serviços passaram a ser organizados para o recebimento dos pacientes em situações de emergência. Com as mudanças na filosofia em saúde mental, que tendem a aproximar a Psiquiatria das outras especialidades médicas,

cresceram os números de serviços de emergência psiquiátrica em hospital geral. No entanto, muitos setores de emergência ainda são ligados à estrutura física do hospital psiquiátrico convencional. A avaliação crítica sobre a necessidade de hospitalização é frequentemente realizada em serviços de emergência psiquiátrica e, muitas vezes, essa decisão só é definida após diversas avaliações do caso em questão (SEGAL et al., 1995).

As unidades de emergência psiquiátrica fazem atendimento integral e a frequência das internações pode ser influenciada por fatores externos ao seu funcionamento, tais como: redução e pouca disponibilidade de serviços extra-hospitalares de saúde mental; identificação precoce de pacientes com quadros agudos e fatores de funcionamento da rede de saúde (SEGAL et al., 1995; CATALANO; MCCONNEL, 1999).

A internação psiquiátrica não é consequência somente da doença mental, sendo influenciada por uma série de fatores como: rede de serviços disponíveis; falta de apoio social e comunitário; gravidade dos sintomas; diagnóstico psiquiátrico; manutenção do tratamento extra-hospitalar; disponibilidade de leitos; situações sociais; história de internações prévias; formas de encaminhamento, além do comportamento dos pacientes de não procurar nem manter tratamento (MATTIONI et al., 1999; MAYLATH et al., 1999).

A internação psiquiátrica ocorre, sobretudo, em doenças que alterem o psiquismo em seu juízo crítico, sua capacidade de conter impulsos e sua capacidade de controlar condutas, na iminência de expor o indivíduo a riscos graves a si mesmo e/ou a outrem (STOBBE, 2002). Portanto, não é exclusivamente a doença que determina a indicação de internação, e sim o tipo de alteração psíquica a que o paciente está submetido. Os principais motivos para internação são: ato suicida;

risco de suicídio ou de auto-agressão; risco de homicídio ou de heteroagressão; desorganização mental e/ou psicose produtiva, com falta de cuidados mínimos e/ou agitação psicomotora e/ou exposição social; perda da autonomia psíquica, devido ao comportamento de busca e fissura por substâncias psicoativas; sofrimento mental intenso e pouco suporte familiar (PACHECO et al., 2003).

O uso do hospital psiquiátrico tem ligações com a proximidade deste e também com as características da área da população atendida por ele. Isto sugere um aumento na diferenciação dos padrões de uso do hospital psiquiátrico entre diferentes tipos de população. Condições como pobreza e viver sozinho têm significativa associação com taxas maiores de internação. Privação sócio-econômica é uma variável ligada a admissões para diferentes condições psiquiátricas. Outras questões sociais, como acesso à saúde, diferenças étnicas e raciais e isolamento social, têm influenciado taxas de internação (ALMOG et al., 2004).

As modalidades de internação possíveis são a voluntária, involuntária e a compulsória (STOBBE, 2002). A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos. A internação voluntária é aquela que se dá com o consentimento do usuário e a internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Já a internação compulsória ocorre por determinação da justiça. A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha

ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2001).

No Brasil, durante as três últimas décadas, os serviços de emergências psiquiátricas foram fortemente influenciados pelas mudanças ocorridas na política de saúde mental, com a chamada “reforma psiquiátrica” (HILLARD, 1994). Diante dessas mudanças, a emergência psiquiátrica reestruturou-se para se adaptar às novas demandas, ampliando suas funções. Além de proporcionar suporte psicossocial, passou também a realizar triagem de casos de internação e a intervir em quadros agudos, estabilizando ou iniciando o tratamento definitivo em um paciente em crise (FOSTER; KING, 1994; OYEWUMI; ODEJIDE; KAZARIAN, 1992). O aumento no número e na capacidade de serviços extra-hospitalares pode determinar redução nos atendimentos nos setores de emergência psiquiátrica, sugerindo que a rede de saúde mental, quando eficiente, modifica o perfil de atendimento das unidades de emergência (DEL BEN et al., 1999). Serviços de emergências psiquiátricas eficientes e bem conduzidos podem diminuir as internações psiquiátricas desnecessárias e promover uso mais eficiente dos leitos hospitalares. Quando bem integrados com serviços alternativos extra-hospitalares, promovem aumento da qualidade do sistema de saúde como um todo e diminuem os custos (KATES et al., 1996).

Apesar de unidades de emergências serem serviços destinados a receber pacientes em crise, independente da característica sócio-demográfica da clientela, percebe-se predominância de uma população de baixa escolaridade, jovem e sem relacionamentos estáveis (REINALDO; CONTEL, 1997). Diagnósticos realizados em unidades de emergências precisam ser avaliados com cautela, haja vista que os diagnósticos são realizados num corte transversal, pela avaliação do momento, e muitas vezes sem informações adicionais de acompanhantes. Nem sempre, pelo movimento e rotatividade do serviço, o paciente fica tempo suficiente para maior período de observação da evolução do quadro, sugerindo que alguns diagnósticos, em setores de emergência, podem não ser fidedignos (RUFINO et al., 2005). A demanda do serviço também constitui outro fator de prejuízo para avaliação diagnóstica em serviços de emergência, pois afeta a qualidade técnica do serviço e prejudica o tempo de consulta (SEGAL et al., 1995).

Para o funcionamento ideal de uma rede de saúde mental, os serviços de emergências devem estar integrados dentro desta rede de modo que os encaminhamentos feitos para os serviços que a compõem sejam dinâmicos e eficazes. Neste contexto, a regionalização constitui uma peça fundamental para a eficiência do serviço de emergência. Esta rede regionalizada garante organizações dos fluxos dos pacientes em crise e melhores encaminhamentos dos casos atendidos. Portanto, com uma rede de saúde mental regionalizada, haverá poucas portas de entrada para internação e aumento da qualidade do serviço, além de facilitar a continuidade do contato e propiciar um maior controle do fluxo de casos de internação (KATES et al., 1996).

1.2 Organização da Saúde Mental da região de Ribeirão Preto

A XIII Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo - sede Ribeirão Preto (DRS XIII) é composta por 25 municípios, com uma população aproximada de 1.110.000 habitantes (IBGE, 2000), sendo que mais de 40% desse total são moradores da cidade-sede. A partir de 1990, houve uma reorganização do atendimento de saúde mental na região de Ribeirão Preto, conforme as diretrizes e normas do Ministério da Saúde (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1992), por meio da criação de uma rede de serviços hierarquizada e descentralizada, deslocando a ênfase de um modelo de atendimento quase exclusivamente hospitalar para um modelo composto por serviços ambulatoriais a nível local, com atendimento hospitalar quando necessário.

Entre as medidas tomadas para a criação de uma rede de serviços de Saúde Mental na região de Ribeirão Preto, destacam-se: 1) a criação da Central de Vagas Psiquiátricas (CVP) e o controle e a avaliação das internações através de auditoria contínua; 2) a inserção do Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EP – HCRP) na rede pública de saúde mental, com leitos disponíveis 24 horas; 3) a criação de uma Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve (EPIB) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo; 4) o aumento de vagas e a readequação dos recursos humanos e físicos para internações agudas no Hospital Psiquiátrico Estadual (Hospital Santa Tereza – HST); 5) o credenciamento do SUS de leitos psiquiátricos de Hospitais Psiquiátricos Filantrópicos e Privados; 6) a criação de serviços ambulatoriais de saúde mental e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) nos municípios; 7) a criação

de Residências Terapêuticas para pacientes “crônicos” no município de Ribeirão Preto; 8) a organização de encontros periódicos entre representantes dos diferentes serviços públicos de saúde mental, tanto a nível regional como daqueles serviços do município de Ribeirão Preto, para estabelecer políticas de trabalho conjunto e discutir casos.

No começo da década de 1990, a região de Ribeirão Preto dispunha de 1.118 leitos psiquiátricos (sendo 685 para internações agudas e 433 de pacientes crônicos), distribuídos em um hospital público, com 448 leitos; um hospital filantrópico, com 154 leitos; um hospital privado, com 500 leitos; e uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral universitário, com 16 leitos. No hospital público, a população era composta, predominantemente, por pacientes crônicos moradores, havendo apenas 15 leitos para internações de pacientes agudos. Nos demais hospitais, os leitos eram destinados apenas para internações agudas (DEL BEN et al., 1999). As taxas de ocupação chegavam a 96% e o tempo de permanência era elevado, com grande número de re-internações. Apesar da criação da Central de Vagas Psiquiátricas (CVP), em 1990, os hospitais psiquiátricos continuaram a referenciar para si próprios pacientes para internação integral, sob alegação de emergência. Durante o primeiro semestre de 1992, 60% das admissões psiquiátricas na região foram efetuadas através dessas chamadas “internações de porta”. A partir de 1992, essa modalidade de internação passou a não ser autorizada e, conseqüentemente, passou-se ter maior controle dessa prática no decorrer dos anos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997b). No início de 1993, os hospitais psiquiátricos foram redimensionados e se iniciou a redução de leitos, tendo como critérios os índices populacionais e as normas de regionalização. No final de 1993, iniciou-se processo de reavaliação dos serviços de saúde mental, culminado, em

1995, no fechamento de um hospital psiquiátrico privado e no cancelamento dos leitos agudos de um hospital filantrópico (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997a). Essa redução de leitos estava pautada nas Diretrizes do Ministério da Saúde quanto à área física, aos recursos humanos adequados ao funcionamento de hospitais psiquiátricos e ao número de leitos por habitantes (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1992). A DRS XIII passou a contar com 114 leitos para internações de pacientes agudos, sendo 100 leitos em um hospital psiquiátrico público e 14 leitos em uma enfermaria de psiquiatria, em hospital geral universitário. Em setembro de 2000, os leitos psiquiátricos em hospital geral foram ampliados para 22 com a criação da Enfermaria de Internação Breve (EPIB), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. A tabela 2 mostra as mudanças na rede pública de saúde mental da DRS XIII.

Tabela 2: Mudanças na rede pública de saúde mental da Região de Ribeirão Preto entre 1990 e 1996.

ano	mudanças
1990	Criação da Central de Vagas Psiquiátricas Inserção da Emergência Psiquiátrica do HCFMRP na rede pública
1992	Fim das Internações Feitas Diretamente pelos Hospitais Psiquiátricos
1993	Desativação de 330 leitos psiquiátricos
1995	Descredenciamento do hospital psiquiátrico privado Descredenciamento dos leitos para internações agudas no hospital filantrópico Reorganização do ARSM para aumentar atendimentos Instalação do CAPS (atualmente CAPS II) Início da implantação de Serviços Ambulatoriais nos municípios da DRS XIII
1996	Instalação do CAPS ad Incremento de serviços ambulatoriais nos municípios da DRS XIII

adaptado de Del Ben et al, 1999

Concomitante à redução de leitos psiquiátricos, houve uma ampliação dos serviços extra-hospitalares de saúde mental da região, como a criação de serviços

ambulatoriais em diversos municípios; o aumento da capacidade dos serviços pré-existent e a criação de Núcleos de Assistência Psicossocial. Essas medidas levaram a uma diminuição no número de internações realizadas na região. Em 1991, foram feitas 3.503 internações, enquanto em 1996 foram 1.239 internações, o que representa redução de 64,6%. Nesse período, também houve redução na taxa de ocupação dos leitos, oscilando entre 60% e 70%. (DEL BEN et al., 1999). A tabela 3 resume os parâmetros de funcionamento dos serviços de saúde mental da DRS XIII entre os anos de 1990 a 1997.

Tabela 3: Parâmetros de funcionamento dos serviços de saúde mental da DRS XIII entre os anos 1990 a 1997

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Hospitais Psiquiátrico Filantópico realizando internações agudas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Número de Leitos Disponíveis em Hospital Psiquiátrico	1.102	1.102	1.102	772	772	772	448	448
Número de Leitos Disponíveis em EPHG	16	16	16	16	16	16	16	16
Número Total de Internações nos Hospitais Psiquiátricos	n.d	3.503	3.177	2.115	2.266	2.179	1.239	1.053
Número de "Internações de Porta"	n.d	1.799	1.390	1	8	66	93	12
Número de Internações de pacientes fora da DRS XIII	n.d	1.301	753	85	77	71	11	3
Número de Vagas para a Semi-internação	16	16	16	16	16	61	106	106
Número de Serviços Extra-hospitalares na Região	6	6	6	6	6	9	15	19
<u>Número de Municípios com Serviços Extra-Hospitalares</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>9</u>	<u>14</u>

adaptado de Del Ben et al, 1999. (EPHG: Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral; n.d: não divulgado)

Nos outros municípios, manteve-se, no decorrer dos anos, mesmo de maneira lenta, o surgimento de serviços de saúde mental. Todavia, em Ribeirão Preto o CAPS ad foi o último serviço extra-hospitalar criado (em 1996) e, desde então, não são organizados novos serviços extra-hospitalares de atenção à saúde mental no município de Ribeirão Preto.

1.3 Rede de Saúde Mental extra-hospitalar de Ribeirão Preto

1.3.1 Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad)

O CAPS ad é o serviço de referência na cidade de Ribeirão Preto para enfermidades psiquiátricas ligadas a álcool e drogas, sejam problemas relacionados ao uso abusivo e dependência ou problemas de comorbidades associadas com a clínica do uso de substâncias psicoativas. A instituição é ligada ao Sanatório Espírita Vicente de Paula, o qual tem contrato de prestação de serviços com a Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto. O serviço atende durante cinco dias na semana (segunda a sexta) das 08:00h às 21:00h, com exceção das sextas-feiras, quando em que o horário de fechamento se dá às 17:00h. Os pacientes são acolhidos pela instituição independente de terem sido referenciados por profissionais de saúde ou terem procurado a unidade por demanda espontânea. As portas de entrada para o tratamento são os grupos de acolhimentos. Esses ocorrem num formato de grupo operativo possibilitando a observação do paciente pelos diversos terapeutas da equipe que coordenam os grupos. Nessas atividades, os pacientes são motivados para o tratamento e encaminhados para outras propostas de tratamento dentro do serviço, caso se perceba necessário.

Dentre as atividades oferecidas pelo CAPS ad, podemos enumerar: atendimento psiquiátrico; psicoterapia individual; oficinas terapêuticas; reuniões com familiares; atendimento nuclear da família ou casais; visitas domiciliares; atividades esportivas; passeios externos; grupos terapêuticos e semi-internação parcial (4 horas/dia) e plena (8 horas/dia). A equipe é composta por várias categorias profissionais, como: médicos psiquiatras; médico clínico; psicólogos; enfermeiros; assistentes sociais; terapeutas ocupacionais; educador físico; oficineiros; auxiliares de enfermagem e escriturário. Situações de emergências são também manejadas no serviço, haja vista a existência de dois leitos na estrutura da unidade. Desse modo, os pacientes encaminhados à Unidade de Emergência são aqueles cujo manejo não foi possível no serviço. A instituição também funciona como campo de estágio para áreas de psicologia e terapia ocupacional.

1.3.2 Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM)

O ARSM é o serviço da cidade de Ribeirão Preto responsável pelo atendimento da maior proporção populacional de pacientes psiquiátricos do município. Este serviço atende os Distritos Norte, Sul e Leste da cidade, com uma população estimada de 96.761, 82.771 e 123.291 habitantes, respectivamente (IBGE, 2004). Desse modo, a população da área assistida pelo ARSM é de aproximadamente 302.823 habitantes, correspondendo a 55% do total do município. A abrangência é de cerca 150 bairros, condomínios ou logradouros. Apesar dessa unidade não realizar semi-internação, ela funciona com equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem e escriturários. Essa unidade

pode encaminhar diretamente para o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto aqueles pacientes que necessitem de internação integral. Todavia, o maior fluxo de encaminhamentos para internação da área de cobertura do ARSM é via Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Por ser um serviço com várias categorias de profissionais, existem atendimentos individuais e de grupo, além de oficinas específicas para pacientes acompanhados. Nesse ambulatório, existe farmácia para dispensação de medicamentos psicotrópicos, onde os pacientes do ARSM e CAPS ad recebem os medicamentos prescritos no seu seguimento.

O ARSM foi o primeiro serviço de saúde mental extra-hospitalar da Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, de modo que, além de atender à demanda da cidade sede, ainda respondia pelo atendimento de vários municípios da DIR XIII que não tinham serviços de saúde mental. Atualmente, com o surgimento de vários serviços de saúde mental nesses municípios, o ARSM atende somente a 2 (dois) municípios da DRS XIII, Dumont e Serra Azul. Esses atendimentos são contratados via gestões administrativas dos municípios. O ARSM também fornece campo de estágios em áreas de atuação em saúde mental para várias categorias profissionais, conforme editais e contratações da Secretaria de Saúde do município, com a supervisão dos estagiários realizada pelos técnicos da própria unidade.

1.3.3 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

O CAPS II é o serviço de Ribeirão Preto responsável pelo atendimento do Distrito Central do município. A população estimada da área de referência desse serviço é de aproximadamente 103.184 habitantes (IBGE, 2004), correspondendo a

aproximadamente 60 bairros, condomínios ou logradouros do município de Ribeirão Preto.

Esse serviço tem uma divisão interna entre ambulatório e semi-internação, inclusive com uma ocupação de instalações físicas diferentes, apesar de próximas entre si. A parte ambulatorial responde principalmente por atendimentos individuais, tanto psiquiátricos como psicoterápicos. A equipe é multidisciplinar e, pela característica do funcionamento, tem uma diversidade de atendimentos menor que a semi-internação. Muitos pacientes atendidos no serviço ambulatorial podem ser referenciados para a semi-internação, que avaliará a indicação dessa modalidade de tratamento. A semi-internação tem uma equipe multiprofissional e trabalha com a proposta de reabilitação característica dos serviços de atenção psicossocial, incluindo diversas modalidades terapêuticas, como: atendimento psiquiátrico; psicoterapia individual; oficinas terapêuticas; atendimento nuclear da família; visitas domiciliares; passeios externos; grupos terapêuticos e semi-internação parcial (4 horas/dia) e plena (8 horas/dia).

Esse serviço também tem autonomia para internação direta no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, todavia o principal fluxo de internação dos pacientes da área de cobertura dessa unidade ocorre pela Unidade de Emergência do HCFMRP. Também possui farmácia própria, de modo que os pacientes atendidos tanto no ambulatório como na semi-internação, recebem seus medicamentos psicotrópicos nessa farmácia. Apesar dessa divisão interna, o serviço é gerenciado pelo mesmo técnico, a fim de que as questões e os encaminhamentos no trabalho sejam o mais uniformizado possível.

Essa unidade de atendimento também oferece vagas para estágios supervisionados para várias categorias profissionais na área de saúde mental.

1.3.4 Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (NSMCSE)

O NSMCSE é um serviço de saúde mental ligado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Desse modo, apesar de estar integrado à rede de saúde mental extra-hospitalar de Ribeirão Preto, não está sob tutela da Secretaria de Saúde do Município. Por estar ligado à instituição de ensino, esse serviço mescla a função de assistência com aprendizagem. Portanto, de maneira recorrente e sistemática, a unidade é um campo de estágio e formação para alunos e profissionais da área de saúde mental.

Essa unidade atende ao distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto, sendo responsável pelo atendimento de uma população estimada de 136.906 habitantes (IBGE, 2004). Esse serviço é referência para cerca de 45 bairros, condomínios ou logradouros. A equipe dessa unidade não é tão diversificada em relação aos outros serviços de Ribeirão Preto, com predominância de psiquiatras, tendo outras categorias como psicólogos e enfermeiros. Desse modo, a maioria dos atendimentos é individual, com certa limitação das atividades em grupo. Apesar de um menor número de categorias profissionais, algumas atividades são realizadas além dos atendimentos individuais, tais como: visitas domiciliares; grupos terapêuticos; orientação e acolhimento de familiares e algumas oficinas terapêuticas.

Muitas atividades têm a participação dos estagiários dos cursos de saúde da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, com supervisão dos docentes de graduação dos cursos em questão. Os psicotrópicos prescritos no seguimento desses pacientes são fornecidos pela farmácia do Centro de Saúde Escola. Esse serviço também pode referenciar diretamente para o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto aqueles pacientes que necessitem de internação integral. No entanto, como nos outros serviços, o maior fluxo de internação dos pacientes da área assistida pelo NSMCSE ocorre pela Unidade de Emergência do HCFMRP.

2 JUSTIFICATIVA DO PRESENTE ESTUDO

A rede de saúde mental da DRS XIII e mais especificamente da cidade de Ribeirão Preto, até a realização desse estudo, passou por muitas alterações estruturais, de recursos humanos e de filosofia de trabalho. São alguns exemplos dessas alterações: mudanças dos profissionais que prestam assistência nas unidades; mudanças de gestores e políticas de saúde; redução de leitos de internação psiquiátrica; alterações na organização da rede de saúde mental; surgimento de serviços extra-hospitalares de saúde mental e falta de leitos para internações psiquiátricas. As mudanças ocorridas no funcionamento dessa rede podem ser refletidas pela limitação nos números de leitos de internação psiquiátrica disponíveis para a região.

No início da década de 1990, a região disponibilizava mais de 600 leitos para internação de casos agudos. Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), ocorreu redução maciça de leitos psiquiátricos. Apesar disso, a taxa de ocupação oscilava entre 60 e 70 % e a rede de saúde mental da região não tinha problemas relacionados à falta de vagas para internação.

Em meados de 2003, a saúde mental da DRS XIII passou a apresentar dificuldades para internações, pois a taxa de ocupação aumentou em momentos em que não havia disponibilidade de leitos para internação. Esse movimento deixou a rede conturbada, pois o fluxo para internação era interrompido pela falta de vagas hospitalares. Desse modo, os pacientes, por vezes, necessitavam aguardar a liberação de vaga para internação em unidades que não apresentavam estrutura adequada, como unidades básicas de saúde e unidades distritais de saúde. Em virtude dessa inércia na dinâmica da internação psiquiátrica por falta de vagas, a

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina não tinha como receber toda a demanda de emergência psiquiátrica existente na rede de saúde nesse período. Portanto, surgiam “filas de espera” para o acesso à internação, com riscos associados a esta prática. Apesar da rede de Internação psiquiátrica na região não ser recente, poucos estudos foram realizados no intuito de caracterizá-la e procurar evidenciar falhas ou questões que possam contribuir para o seu mau funcionamento.

Como a situação de falta de vagas para internação reflete diretamente nos 25 municípios que compõem a DRS XIII, a avaliação dos componentes envolvidos na internação psiquiátrica da região determinará importante instrumento de mudanças na organização da rede de saúde mental dos municípios envolvidos, bem como na estruturação das internações psiquiátricas da DRS XIII.

Diante disso, decidiu-se realizar um estudo retrospectivo e descritivo, com possibilidade de se fazer correlações e examinar a evolução da população internada nas diferentes modalidades de internação da região de Ribeirão Preto – São Paulo, num período de 7 anos. Esse estudo permitiria realizar a caracterização clínica e demográfica do público internado e avaliar o funcionamento das unidades envolvidas no estudo.

3 OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivos:

- a) Caracterizar as internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2004, de acordo com algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas;
- b) Verificar a ocorrência de mudanças no perfil das internações psiquiátricas durante os anos envolvidos na pesquisa;
- c) Comparar as diferentes modalidades de internações psiquiátricas, que ocorrem na Região de Ribeirão Preto - Emergências Psiquiátricas, Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico Tradicional;
- d) Avaliar a distribuição das internações de acordo com a procedência (municípios da DRS XIII e distritos da cidade de Ribeirão Preto).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Situação do Estudo

No presente estudo, foram utilizados dados dos registros de pacientes internados nas enfermarias para pacientes agudos do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP) e nas enfermarias de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), que se dividem em três modalidades – Enfermaria Psiquiátrica (EPQU), Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve (EPIB) e Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência (EP-HCRP), descritos a seguir:

Enfermaria de Psiquiatria do HCFMRP (EPQU): a enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi inaugurada em meados da década de 1970. Desde então, essa unidade passou por mudanças estruturais e de recursos humanos, mantendo-se, todavia, algumas características básicas. Essa unidade de internação localiza-se no 3º andar do HCFMRP, situado no Campus da Universidade de São Paulo (USP). A estrutura física pode ser resumida da seguinte forma:

- 3 quartos com 4 leitos cada.
- 2 quartos com 1 leito cada.
- 1 sala de atividades para terapia ocupacional reunião com familiares e atividades de lazer (TV, música, jogos, etc).
- 1 sala de música.

- 1 refeitório.
- 2 consultórios.
- 1 sala de prescrição.
- 1 sala de terapia de grupo com espelho unidirecional.
- 2 quartos para internações particulares.
- 1 posto de enfermagem.
- 1 sala de serviço social.

A equipe dessa unidade é multidisciplinar, sendo composta por uma equipe denominada como fixa e caracterizada pelos profissionais com vínculo empregatício com a instituição, e uma equipe móvel ou transitória, composta pelos alunos de graduação e médicos residentes de psiquiatria que cumprem estágios no serviço. Os membros constituintes de cada equipe estão descritos a seguir:

- Equipe fixa: 1 docente responsável pelo serviço, 3 médicos assistentes, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 5 enfermeiros, 12 auxiliares de enfermagem, 1 técnico de enfermagem e 1 atendente de enfermagem.
- Equipe móvel: 1 médico residente do 2º ano (por estágio), 2 ou 3 médicos residentes do 1º ano (por estágio), 1 aprimorando de psicologia, 1 aprimorando de serviço social e 1 aprimorando de terapia ocupacional.

A EPQU constitui uma enfermaria psiquiátrica terciária, na qual são internados pacientes com transtornos psiquiátricos graves ou refratários, além de

pacientes com enfermidades clínicas importantes que necessitem de cuidados clínicos melhor ofertados em hospital geral. São oferecidos, além das abordagens farmacológicas, tratamentos outros, como: psicoterapia individual; psicoterapia de grupo; atividades com familiares; atividades de terapia ocupacional; musicoterapia; oficinas terapêuticas; passeios externos com os pacientes; psicodiagnósticos e suporte clínico para comorbidades clínicas dos pacientes internados. Nessa unidade de internação, são encaminhados e realizados todos os exames laboratoriais e de imagem necessários para uma avaliação diagnóstica diferencial dos pacientes. Os pacientes que apresentem doenças clínicas associadas são acompanhados pelas clínicas específicas, de acordo com a necessidade de cada caso. Para pacientes com indicação clínica é realizado ECT (eletroconvulsoterapia), sendo respeitados todos os procedimentos técnicos e éticos, na sua indicação e realização do procedimento, bem como no seguimento.

Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve do HCFMRP (EPIB): a Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve (EPIB) foi inaugurada em setembro de 2000. Essa unidade surgiu com uma proposta de internação psiquiátrica breve objetivando rápida estabilização de quadros psiquiátricos agudos, com posterior seguimento na rede de saúde mental da região. A internação nessa unidade geralmente não ultrapassa os 15 dias. Desse modo, a EPIB dá suporte para a Unidade de Emergência do HCFMRP para aqueles casos que, provavelmente, necessitarão de uma internação mais curta. A EPIB também se localiza no 3º andar do HCFMRP. Essa unidade tem 8 leitos disponíveis para internação distribuídos em 3 quartos. Um quarto é individual e destinado àquele paciente que necessite de acompanhamento mais individualizado. Também existe um quarto com 1 leito

destinado à internação particular. A enfermaria possui 1 refeitório, 1 sala de atividades, 1 posto de enfermagem e 1 consultório. A equipe é composta por:

- 1 docente responsável pelo serviço.
- 2 médicos assistentes.
- 1 residente de psiquiatria do 2º ano (por estágio).
- 6 enfermeiras.
- 13 auxiliares de enfermagem.

A EPIB é uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral e, conseqüentemente, uma grande parcela de pacientes internados nessa unidade é composta por aqueles que apresentam condições clínicas associadas ou que necessitem de abordagens, ou exames mais facilmente manejados em hospitais gerais do que em hospitais psiquiátricos tradicionais. Quando necessário, os pacientes internados nessa enfermaria são submetidos à realização de diversos exames laboratoriais e/ou de imagem para seguimento das comorbidades clínicas ou para avaliação do diagnóstico diferencial em psiquiatria. Apesar de a maioria das internações ter tempo de permanência menor do que 15 dias, quando necessário, os pacientes são mantidos por um período de tempo maior ou transferidos para a EPQU, ou para o Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP).

Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP): O HSTRP é um hospital psiquiátrico que teve seu decreto de criação datado de 1937, tendo sido definida a sua inauguração para 1938. Todavia, nos anos seguintes foi revogado o decreto de criação, de modo que o hospital começou a funcionar oficialmente

apenas em 1944, sobre a definição de Hospital Regional de Insanos de Ribeirão Preto. O hospital surgiu ligado à filosofia de descentralização dos macro-hospitais das capitais para hospitais psiquiátricos regionais. Desse modo, o HSTRP recebeu vários pacientes de outros hospitais, como o Juquery. Atualmente, o HSTRP tem disponíveis 80 leitos para internações agudas (30 leitos no setor agudos feminino, 30 leitos no setor agudos masculino e 20 leitos no setor de dependentes químicos masculino). Existem ainda 200 leitos cadastrados para pacientes chamados “crônicos”, mas existem aproximadamente 150 pacientes nessa categoria internados no hospital. Esses pacientes têm grande tempo de internação, sendo moradores do hospital. Os motivos para essa condição são diversos, mas o principal seria a falta de suporte familiar, quer seja por falta de aceitação por parte dos familiares ou por perda de contato devido às freqüentes transferências desses pacientes para outros hospitais estaduais. Atualmente, o HSTRP é o único hospital regional psiquiátrico da DRS XIII, recebendo pacientes provenientes de todos os municípios dessa região. O hospital tem uma divisão funcional em GAIS (Gerência de Assistência Integrada à Saúde) para facilitar a assistência da instituição. A organização dos serviços em cada GAIS pode ser resumida abaixo:

- GAIS I: Setor Agudo Feminino e SAME.
- GAIS II: Setor Agudo Masculino e Setor Farmacodependentes.
- GAIS III: Vivenda I, Vivenda II e Vivenda III.
- GAIS IV: Reabilitação I e Reabilitação II.
- GAIS V: República, Vila Terapêutica e Núcleo de Convívio.

O hospital tem setores destinados à assistência de pacientes de longa permanência e setores para pacientes com internação aguda. Os objetivos do tratamento dessas unidades são diferentes. Nos setores para internação aguda, objetiva-se principalmente controle rápido da sintomatologia psiquiátrica para retorno à sociedade da maneira mais dinâmica possível. Nos setores para pacientes com internação de longa duração, a reinserção social é o objetivo principal, com proposta de reintegração social na própria família do paciente ou em pensões protegidas e residências assistidas. Aqueles pacientes não inseridos na sociedade são submetidos a intervenções que buscam a reabilitação psicossocial dentro do próprio hospital. As equipes de todas as GAIS são multidisciplinares e compostas por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. O hospital tem cobertura 24 horas de médico-psiquiatra e clínico geral em seus turnos de plantões. Todas as internações nos setores agudos se dão mediante emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e com regulação dos serviços que encaminham diretamente pacientes para internação integral (EP-HCRP, EPIB, ARSM, NSMCSE, CAPS II, Ambulatório de Saúde Mental de Sertãozinho e Ambulatório de Saúde Mental de Jaboticabal).

Unidade de Emergência do HCFMRP (EP-HCRP): Este serviço é o único de emergência psiquiátrica da DRS XIII, sendo referência para emergências em psiquiatria para os 25 municípios da região e para uma população estimada de 1.100.000 habitantes. Essa unidade funciona 24 horas por dia, durante toda a semana, e tem 6 leitos de observação para ambos os sexos. As internações são, em sua grande maioria, menores do que 48 horas, pois os pacientes são encaminhados para internação integral, para seguimentos ambulatoriais e semi-internações ou de

alta para casa. Desse modo, há uma grande rotatividade de pacientes no serviço.

Os atendimentos são realizados pela equipe que é composta por:

- Um docente responsável.
- 3 médicos contratados.
- 2 residentes de psiquiatria do 2º ano (por estágio).
- Residentes de psiquiatria do 1º e 2º ano (plantões noturnos e finais de semana).
- Docentes (plantões noturnos e finais de semana).
- 2 residentes de medicina de família (por estágio).
- 1 residente de clínica médica (por estágio).
- 2 a 3 doutorandos do 6º ano do curso de medicina (por estágio).
- 5 enfermeiros.
- 8 auxiliares de enfermagem.

O EP-HCRP está localizado no prédio da Unidade de Emergência do HCFMRP e possui 2 quartos, com 3 leitos cada, 2 consultórios para atendimento, 1 sala de prescrição e discussão de casos, 1 posto de enfermagem e 1 sala de espera. Todos os atendimentos e encaminhamentos são supervisionados pelos médicos assistentes e docentes responsáveis. No EP-HCRP, é realizada a avaliação do quadro emergencial, bem como avaliada a condição clínica do paciente, tanto por avaliação médica especializada como por avaliação laboratorial, de imagem e toxicológica. Essa avaliação aprofundada visa detectar, no diagnóstico diferencial, quadros capazes de mimetizar situações psiquiátricas de urgência, além de avaliar a condição clínica do paciente. Quando indicado, os pacientes são manejados por

outras especialidades médicas em avaliações de interconsulta. Pacientes internados em outras especialidades e que apresentem transtornos mentais associados são seguidos pela equipe da Psiquiatria, em sistema de interconsulta. Pelo exposto, o EP-HCRP tem papel central na organização do fluxo da rede de saúde mental da região de Ribeirão Preto.

4.2 Participantes do estudo

Para a composição da amostra, foram consideradas todas as internações psiquiátricas ocorridas de 1 de janeiro de 1998 até 31 de dezembro de 2004, nos serviços de internações hospitalares psiquiátricos (EPQU, EPIB e HSTRP) e internações psiquiátricas maior ou igual a 12 horas na EP-HCRP.

4.3 Definição das variáveis do estudo

Inicialmente, foram definidas as seguintes variáveis a serem avaliadas nesse estudo: sexo; faixa etária; estado civil; ocupação; diagnóstico principal e secundário; procedência e distrito sanitário de procedência para os pacientes residentes em Ribeirão Preto.

4.4 Procedimentos

4.4.1 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto para avaliar a confiabilidade das informações provenientes dos bancos de dados de internações de ambas as instituições envolvidas: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e

Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto . Em ambos os hospitais, foram comparados os dados de 100 prontuários com os dados descritos nos bancos de dados. Foram percebidas concordâncias das informações de mais de 90% das variáveis em ambos os bancos de dados, com aquelas constantes nos respectivos prontuários médicos.

Apesar da fidedignidade de informações provenientes dos bancos de dados, a partir do estudo piloto foram percebidas algumas limitações não previstas na fase de delineamento, que poderiam comprometer, de maneira significativa, o agrupamento dos dados de ambos os serviços e o cruzamento das variáveis.

Dentre essas dificuldades, pode-se citar, inicialmente, o fato de que o banco de dados do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto estava incompleto, pois só estavam cadastradas as internações dos anos de 2002, 2003 e 2004. Além disso, o banco de dados do HCFMRP-USP também apresentava limitações. Apesar de ter cadastradas todas as internações efetuadas no período em estudo, não havia uniformidade na definição e configuração das mesmas variáveis entre anos. Mais importante, no entanto, foi a constatação de que os bancos adotavam linguagens diferentes, que impossibilitavam o cruzamento das informações provenientes de ambos.

As medidas tomadas para se contornar as limitações nos bancos de dados serão descritas posteriormente.

4.4.2 Compilação dos dados referentes às internações efetuadas no HSTRP:

Os dados das internações do HSTRP foram colhidos do Serviço de Arquivo Médico (SAME), em banco de dados do próprio hospital. No entanto, conforme

descrito anteriormente, o banco de dados dessa instituição só contemplava as internações ocorridas nos anos de 2002, 2003 e 2004. Desse modo, foi necessário o cadastramento de todas as internações psiquiátricas ocorridas no HSTRP nos anos de 1998, 1999, 2000 e 2001, por meio de digitação das informações no banco de dados do próprio HSTRP, por pesquisador envolvido nesse estudo com colaboração de um estagiário de pesquisa.

4.4.3 Compilação dos dados referentes às internações efetuadas no HCFMRP

Os dados das internações ocorridas na EPQU, EPIB e EP-HCRP, durante os anos de 1998 a 2004, foram inicialmente obtidos através da PRODESP (Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo) e fornecidos para esse estudo pelo arquivo médico do HCFMRP.

4.4.4 Construção de banco de dados único

De posse dos dados referentes às internações no HSTRP e HCFMRP, foram dado início à fusão dos bancos de ambos os hospitais, de maneira que as informações provenientes das suas internações pudessem ser cruzadas e analisadas de maneira única e padronizada. A confecção do banco de dados da pesquisa foi realizada por analista de sistemas experiente na tarefa, com conhecimento aprofundado na elaboração de programas e sistemas que propiciaram a construção desse banco. Um psiquiatra familiarizado com as rotinas dos serviços em estudo e com o fluxo de pacientes dentro da rede de serviços de saúde mental acompanhou, sistematicamente, a construção do banco de dados, de maneira a

garantir a descrição consistente da dinâmica das internações. No decorrer da elaboração do banco de dados, diversos problemas foram sendo percebidos e corrigidos. As dificuldades e as soluções propostas são detalhadas a seguir:

Inicialmente, a maior dificuldade consistia na linguagem e descrição heterogêneas dos dados entre os bancos dos diferentes hospitais e também dentro do banco de dados do HCFMRP-USP, haja vista que os dados estavam organizados de maneira diferente entre os anos, além de serem descritos com nomenclaturas e codificações diferentes. Muitos dados solicitados estavam ausentes ou incompletos em alguns dos anos. Existiam incompatibilidades que impossibilitavam a união dos dados entre os anos de cada banco e entre os bancos.

Foi percebido que os dados armazenados no banco de dados do HSTRP foram organizados de maneira retrospectiva, refletindo a caracterização do paciente em sua última internação. Portanto, as variáveis não poderiam ser projetadas para anos anteriores sob pena de serem falsas ou equivocadas. Essa caracterização de disposição dos dados não pode ser notada no estudo piloto, pois somente após análise do sistema desse banco de dados, pelo analista de sistema, tal situação se mostrou evidente.

Vários dados incompletos ou comprometidos foram novamente solicitados, com o cuidado de fiscalizar e checar a coleta de dados pelos serviços responsáveis do HCFMRP-USP e do HSTRP. As diferenças na codificação das variáveis, entre os anos de um mesmo banco de dados, ou entre os bancos dos dois hospitais, foram corrigidas com a homogeneização da linguagem de cada variável.

Visando sanar a limitação de o HSTRP registrar as variáveis somente da última internação, foi utilizado outro banco de dados, desenvolvido pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina

Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Esse último possuía os dados que estavam comprometidos ou ausentes no banco do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Foi criada pelo analista de sistema da pesquisa uma identificação única de cada paciente, permitindo que se pudessem ter dados de cada paciente independente do hospital ou ano da internação. Portanto, foi possível a construção do banco de dados único que permitisse a avaliação fidedigna de todas as internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto, no período em questão.

4.4.5 Organização das variáveis do banco de dados único

As altas-licenças e transferências tiveram especial atenção dos pesquisadores, no intuito de evitar que uma única internação pudesse ser contada mais de uma vez.

A chamada alta-licença é uma prática muito freqüente, especialmente em casos graves, em que o processo de readaptação social e familiar após uma internação mais prolongada pode ser lento e exigir períodos de transição para uma readaptação progressiva, antes da alta definitiva. Do ponto de vista administrativo e/ou estatístico, muitas vezes a alta-licença pode ser registrada como uma alta definitiva seguida de uma readmissão, o que levaria a uma visão distorcida do que realmente ocorre na dinâmica das internações, reduzindo artificialmente o tempo médio das internações, bem como aumentando o total de internações ocorridas em cada período.

Com relação às transferências entre os serviços em estudo, sabe-se que uma parcela significativa dos pacientes encaminhados para internação integral, quer seja

nas enfermarias psiquiátricas do HCFMRP-USP, quer seja no HSTRP, passa por uma avaliação inicial no Serviço de Psiquiatria da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. Objetivando-se evitar duplicações de informações a respeito de um mesmo paciente, optou-se por caracterizar as internações de acordo com o seu desfecho, sendo consideradas internações no serviço de emergência apenas aqueles pacientes que, no momento da alta do serviço de emergência, foram encaminhados para serviços extra-hospitalares. Os dados de pacientes que permaneceram no serviço de emergência por um período superior a 12 horas (o que caracterizaria uma internação), mas que foram encaminhados para as enfermarias do HCFMRP-Campus ou para o HSTRP, foram compilados apenas nos agrupamentos relativos aos serviços hospitalares dos quais receberam alta definitiva.

O banco de dados foi construído tendo como base a ocorrência de internações efetuadas no período em estudo, independentemente do indivíduo internado. No entanto, cada paciente recebeu um código único nos registros do banco de dados, de maneira que eventuais reinternações pudessem ser computadas para cada indivíduo, independentemente do serviço hospitalar utilizado.

Em função de limitações dos registros do HCFMRP-USP, não foi possível discriminar as internações que ocorreram nas duas enfermarias psiquiátricas descritas anteriormente (EPIB e EPQU), uma vez que essa divisão de atividade clínica não existiria para fins estatísticos. O código de registro é o mesmo para os dois serviços.

Os diagnósticos principais e secundários foram mantidos e avaliados quando codificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10), que contém a classificação para doenças psiquiátricas.

As variáveis definidas nas fases iniciais do delineamento da pesquisa foram redimensionadas e sub-classificadas conforme demonstrado abaixo:

- Total de internações por serviço, por ano.
- Giro leito e taxa de ocupação dos leitos disponíveis a cada ano.
- Faixa etária: < 20 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; > 60 anos.
- Estado civil: estável (casado e amasiado) e não estável (desquitado, divorciado, separado, solteiro e viúvo).
- Ocupação: não ativo (desempregado, aposentado, inativo e inválido) e ativo (todas atividades em que o paciente esteja exercendo funções laborais).
- Diagnósticos (de acordo com a Seção V da décima edição da Classificação Internacional de Doenças): F00 a F09; F10 a F19; F20 a F29; F30 a F39; F40 a F48; F50 a F59; F60 a F69; F70 a F79; F80 a F89 e F90 a F98 e F99.
- Procedência: DRS XIII (Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho); Outra DIR (outros municípios do estado de São Paulo) e outro estado.
- Distrito Sanitário (residentes em Ribeirão Preto): Norte, Sul, Leste, Oeste e Central.
- Tempo de permanência: 2 dias; 2 a 9 dias; 10 a 19 dias; 20 a 29 dias e maior ou igual a 30 dias.
- Re-internações dentro do mesmo ano (1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados no banco de dados de modo que fosse possível levantar os números e proporções de cada variável nos diferentes serviços. Os dados foram analisados e organizados utilizando-se razões com relação ao ano índice do estudo (1998) ou freqüências em cada ano.

O giro leito foi calculado dividindo-se o total de internações pelo número de leitos disponíveis, para cada ano, em cada serviço. A taxa de ocupação foi calculada dividindo-se a somatória do tempo de permanência de cada internação pelo número de leitos disponíveis multiplicado por 365 dias, para cada ano, em cada serviço.

5 RESULTADOS

5.1 Total de internações efetuadas a cada ano, por serviço

No período de janeiro de 1998 a dezembro de 2004, foram internados 5.362 pacientes, que equivalem a 11.208 internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto, sendo 5.362 (47,8%) no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (hospital psiquiátrico, HP), 1.577 (14,1%) nas enfermarias psiquiátricas do HCFMRP-USP (hospital geral, HG) e 4.269 (38,1%) no Serviço de Psiquiatria da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP (emergência psiquiátrica, EP).

A tabela 4 apresenta a proporção das internações efetuadas a cada ano, em cada serviço e a figura 1 apresenta a razão das internações, em cada serviço, com relação ao ano índice (1998). Observa-se que até o ano de 2003, o total de internações ocorridas a cada ano manteve-se estável, mas, no ano de 2004, houve um aumento de cerca de 30%, em relação ao ano anterior.

As internações no hospital psiquiátrico (HP) tenderam a aumentar no decorrer dos anos, com exceção do ano de 2001, respondendo, a partir desse ano, pela maior proporção de internações na região, com um percentual acima de 40% do total de internações.

As internações psiquiátricas no hospital geral (HG) tiveram um aumento significativo a partir de 2000, chegando a atingir nos dois anos consecutivos um número de internações 2,5 vezes maior do que no ano índice. Embora tenha havido uma queda nas internações efetuadas no hospital geral nos anos mais recentes, o número total de internações ainda foi o dobro do efetuado no ano índice.

O Serviço de Emergências Psiquiátricas (EP) foi responsável pelo maior número de internações nos anos iniciais. Todavia, houve uma redução progressiva das internações ocorridas nesse serviço, concomitantemente ao aumento das internações no hospital geral e no hospital psiquiátrico. No ano de 2004, com o aumento no total de internações ocorridas na região, houve um aumento nas internações efetuadas no serviço de emergência, equiparando-se ao número de internações efetuadas no ano índice.

Figura 1: Razão das internações psiquiátricas realizadas entre 01 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, segundo o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva. A razão do total de internações ocorridas em cada ano foi calculada com relação ao ano índice (1998).

Tabela 4: Distribuição das internações psiquiátricas realizadas nos serviços hospitalares da região de Ribeirão Preto, entre os anos de 1998 a 2004.

	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EP	826	54,9	751	48,6	568	37,7	522	36,3	382	25,5	403	25,0	817	38,9	4.269	38,1
HG	122	8,1	104	6,7	186	12,3	304	21,1	323	21,6	280	17,4	258	12,3	1.577	14,1
HP	558	37,1	689	44,6	753	50,0	612	42,6	794	53,0	930	57,7	1026	47,1	5.362	47,8
total	1.506	100,0	1.544	100,0	1.507	100,0	1.438	100,0	1.499	100,0	1.613	100,0	2.101	100,0	11.208	100,0

EP: Emergência Psiquiátrica; HG: Hospital Geral; HP: Hospital Psiquiátrico

5.2 Giro Leito

Conforme apresentado na tabela 5, os leitos disponíveis para internação no serviço de emergências psiquiátricas tiveram o maior giro leito em todos os anos em estudo, apresentando variações entres os anos. Desse modo, o giro leito foi sendo reduzido, a partir de 2000, com retomada de aumento no último ano. Foi percebido o inverso no giro leito nas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, com aumento a partir de 2000. No hospital psiquiátrico, também se observa um aumento do giro leito no decorrer dos anos, especialmente nos anos de 2003 e 2004, quando os números se aproximam do giro leito observado nas enfermarias em hospital geral.

Tabela 5: Total do giro leito por serviços das internações entre 1 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto.

serviços de internação	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
EP	137,7	125,2	94,7	87,0	63,7	67,2	136,2
HG	8,7	7,4	11,6	13,8	14,7	12,7	11,7
HP	7,0	8,6	9,4	7,7	9,9	11,6	12,8

EP: Emergência Psiquiátrica; HG: Hospital Geral; HP: Hospital Psiquiátrico

5.3 Taxa de ocupação

A figura 2 mostra a taxa de ocupação nos três serviços em estudo a cada ano. Os leitos das enfermarias psiquiátricas em hospital geral sempre mantiveram taxa de ocupação maior que 80% em todos os anos da pesquisa. A taxa de ocupação do hospital psiquiátrico teve aumento crescente no decorrer dos anos e equiparou-se à

taxa de ocupação do hospital geral nos anos de 2003 e 2004. Observou-se redução da taxa de ocupação dos leitos da emergência psiquiátrica a partir de 1999, havendo, no entanto, um incremento da taxa de ocupação no ano de 2004.

Figura 2: Distribuição da ocupação dos leitos psiquiátricos disponíveis na região de Ribeirão Preto entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, segundo o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva.

5.4 Características demográficas

A tabela 6 mostra que a maioria das internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto entre os anos de 1998 a 2004 era composta por pacientes do sexo masculino e adultos, sem união estável ou vínculo conjugal estabelecido. Em sua grande maioria, os pacientes eram inativos profissionalmente e provenientes de municípios da DIR XIII.

Tabela 6: Caracterização demográfica dos pacientes com internação psiquiátrica na Região de Ribeirão Preto entre os anos de 1998 e 2004.

Características demográficas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	total
Pacientes do sexo masculino	58,9%	59,3%	57,0%	55,4%	54,6%	53,9%	53,5%	56,0%
Faixa etária entre 30 e 39 anos	31,1%	30,4%	29,3%	29,1%	26,8%	25,2%	25,7%	28,1%
Sem vínculos conjugais	71,2%	70,3%	68,1%	67,2%	65,6%	61,5%	61,2%	66,1%
Inativos profissionalmente	54,1%	54,0%	62,8%	63,3%	76,0%	71,9%	66,9%	64,3%
Procedentes da DIR XVIII	96,4%	97,3%	97,5%	97,5%	97,8%	98,5%	98,4%	97,7%

A tabela 7 mostra a distribuição das internações nos serviços envolvidos no estudo, organizadas em função do sexo e faixa etária. Existem diferenças em relação ao sexo dos pacientes nos diferentes serviços de internação. Percebe-se uma maior proporção de pacientes do sexo feminino nas enfermarias psiquiátricas do hospital geral, enquanto há predomínio de pacientes do sexo masculino na emergência psiquiátrica e, principalmente, no hospital psiquiátrico.

Em relação à faixa etária, evidencia-se que a maioria dos pacientes internados na região no período do estudo é de adultos jovens com idades entre 20 a 39 anos. No hospital geral, ocorre um destaque nas internações de pacientes mais jovens, com idades inferiores a 20 anos, e mais idosos, com idades superiores a 60 anos. Este padrão bimodal não foi visto no hospital psiquiátrico e na emergência psiquiátrica.

Tabela 7: Distribuição das internações psiquiátricas realizadas nos serviços hospitalares da região de Ribeirão Preto, por sexo e faixa etária, entre os anos de 1998 e 2004.

Faixa Etária	HG				HP				EP			
	F		M		F		M		F		M	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 20 anos	122	13,8	121	17,6	100	4,6	162	5,1	261	14,1	210	8,9
20 - 29 anos	232	26,2	163	23,7	474	21,8	932	29,3	495	26,7	572	24,2
30 - 39 anos	165	18,6	142	20,6	695	31,9	933	29,3	480	25,9	729	30,8
40 - 49 anos	168	19,0	110	16,0	597	27,4	713	22,4	384	20,7	522	22,0
50 - 59 anos	107	12,1	73	10,6	237	10,9	335	10,5	139	7,5	204	8,6
> 60 anos	92	10,4	80	11,6	75	3,4	109	3,4	95	5,1	131	5,5
TOTAL	886	100,0	689	100,0	2178	100,0	3184	100,0	1854	100,0	2368	100,0

HG: Hospital Geral; HP: Hospital Psiquiátrico; EP: Emergência Psiquiátrica

5.5 Tempo de permanência

Ao se analisar a distribuição das internações, de acordo com o tempo de permanência, observou-se que das 11.208 internações nesse período, 4.217 (37,62%) tiveram até 2 dias de duração, enquanto 2.855 (25,47%) se estenderam de 3 a 10 dias, 1.902 (16,97%) entre 11 e 20 dias, 963 (8,59%) entre 21 e 30 dias e 1.271 (11,34%) foram maiores do que 30 dias. Ao se analisar separadamente os serviços de internação hospitalar, são percebidas diferenças entre essas unidades. Mais de 90% das internações no serviço de emergências psiquiátricas duraram menos do que dois dias e quase a totalidade das internações nesse setor foi inferior a 10 dias. Em relação às internações psiquiátricas em hospital geral, mais de 50% das internações duraram menos que 20 dias, embora 26,89% perduraram mais que 30 dias. No hospital psiquiátrico, houve predomínio das internações de curta (3 a 10 dias, 35,7%) e média duração (11 a 20 dias; 30,1%), sendo que a permanência superior a 30 dias foi observada em 15,8% das admissões. As diferenças entre os serviços de internação psiquiátrica de acordo com o tempo de permanência podem ser resumidas na tabela 8 e na figura 3.

Tabela 8: Distribuição das internações psiquiátricas realizadas na região de Ribeirão Preto entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, segundo o tempo de permanência e o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva.

tempo de permanência	EP		HG		HP		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
01 - 02 dias	3.970	93,0	77	4,9	170	3,2	4.217	37,6
03 - 10 dias	284	6,7	655	41,5	1916	35,7	2.855	25,5
11 - 20 dias	12	0,3	275	17,4	1615	30,1	1.902	17,0
21 - 30 dias	2	0,1	146	9,3	815	15,2	963	8,6
maior que 30 dias	1	0,0	424	26,9	846	15,8	1.271	11,3
total	4.269	100,0	1.577	100,0	5.362	100,0	11.208	100,0

EP: Emergência Psiquiátrica; HG: Hospital Geral; HP: Hospital Psiquiátrico

Figura 3: Distribuição das internações psiquiátricas realizadas na Região de Ribeirão Preto entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, segundo o tempo de permanência e o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva.

A figura 4 mostra a razão de internações de curta duração (até 10 dias) por serviço em relação ao ano índice (1998). Observa-se que houve um aumento das internações breves nas enfermarias em hospital geral a partir do ano de 2000, acompanhado por uma diminuição de internações breves no serviço de emergências psiquiátricas. Embora no ano de 2004 tenha ocorrido uma inversão nessa tendência, com aumento da ocorrência de internações breves no serviço de emergências e diminuição no hospital geral, verifica-se que no hospital geral esses números ainda são 8 vezes maiores do que no ano de 1998.

Figura 4: Razão das internações psiquiátricas com duração de até 10 dias realizadas entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, segundo o serviço hospitalar do qual o paciente recebeu alta definitiva. A razão do total de internações ocorridas em cada ano foi calculada com relação ao ano índice (1998).

Conforme demonstrado na tabela 9, a mediana do tempo de permanência das internações na emergência psiquiátrica não ultrapassa 48 horas, em todos os anos

da pesquisa. O tempo de internação nas enfermarias psiquiátricas em hospital geral é relativamente elevado nos anos iniciais da pesquisa, havendo uma queda a partir 2000, mas com aumentos nos anos seguintes. Ocorre uma queda no tempo de permanência no hospital geral a partir do ano 2000, com incrementos nesse nos dois últimos anos da pesquisa. No hospital psiquiátrico, houve uma tendência a aumento nos últimos anos da pesquisa.

Tabela 9: Mediana do tempo médio de permanência das internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto, entre 1998 e 2004, segundo o serviço de alta definitiva do paciente.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hospital Geral	33	36	14	9	9	10	11
Hospital Psiquiátrico	12	12	14	15	13	13	13
Emergências Psiquiátricas	1	1	1	1	1	1	1

5.6 Referenciamento municipal das internações

Os municípios mais populosos da DIR XIII são Ribeirão Preto, Sertãozinho e Jaboticabal. Esses respondem em números absolutos, pela maior parte das internações da região. A cidade de Ribeirão Preto responde pela maior quantidade de internações psiquiátricas e tem a maior relação de internações por 1.000 habitantes em praticamente todos os anos seguidos do estudo, respondendo por mais de 55% do total das internações psiquiátricas realizadas entre 1998 e 2004. Do total das 10.945 internações psiquiátricas da DRS XIII, 6.542 (59,77%) foram provenientes de Ribeirão Preto, seguidos de 896 (8,19%), provenientes de Sertãozinho, e de 386 (3,53%), provenientes de Jaboticabal, enquanto todos os outros 23 municípios responderam por 3.121 (28,51%) internações. É percebido

aumento no número total de internações no ano de 2004, sobretudo à custa das internações provenientes de Ribeirão Preto.

Não foi observado um padrão característico das internações nos municípios da DRS XIII, havendo variações em cada município no decorrer dos anos. A maioria dos municípios teve uma tendência de aumentar o número de internações psiquiátricas nos anos de 2003 e 2004. A tabela 10 demonstra a razão das internações pela população de cada cidade multiplicada por 1000.

Tabela 10: Razão das internações pela população de cada cidade multiplicada por 1000 na Região de Ribeirão Preto entre 1998 e 2004.

<i>CIDADES DA DRS XIII</i>	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Altinópolis	0,47	0,40	0,19	0,45	0,38	0,74	2,45
Barrinha	1,64	1,14	2,13	0,95	1,08	1,12	1,65
Batatais	0,68	0,63	0,59	0,62	0,46	0,90	0,94
Brodowski	0,63	1,42	0,90	0,87	1,02	1,65	1,77
Cajuru	1,23	1,45	1,24	0,99	0,88	2,03	1,23
Cássia dos Coqueiros	0,36	0,35	1,05	1,00	0,34	3,08	0,00
Cravinhos	1,39	1,46	0,79	1,26	0,81	0,99	1,67
Dumont	0,87	0,50	0,32	1,42	1,69	1,34	1,30
Guariba	0,69	0,72	0,74	0,61	0,44	1,10	1,90
Guataporã	0,16	1,29	0,47	0,78	1,70	1,83	2,11
Jaboticabal	0,47	0,56	0,92	0,51	0,96	0,94	1,29
Jardinópolis	1,00	0,41	1,10	0,94	0,82	1,00	1,60
Luis Antônio	0,60	0,73	1,57	1,53	1,22	1,58	1,03
Monte Alto	0,47	0,35	0,69	0,75	0,45	0,76	0,39
Pitangueiras	0,82	0,93	0,91	1,09	0,75	1,14	1,18
Pontal	0,97	0,94	1,53	0,97	0,97	0,91	1,68
Pradópolis	0,86	0,75	0,72	1,08	0,74	0,36	0,63
Ribeirão Preto	1,99	2,04	1,72	1,65	1,68	1,66	2,00
Santa Cruz da Esperança	1,13	0,00	0,56	0,00	0,55	0,00	1,64
Santa Rosa de Viterbo	1,32	1,49	0,80	1,12	0,59	1,26	1,15
Santo Antônio da Alegria	0,72	0,71	1,23	1,38	1,02	0,67	1,49
São Simão	0,38	1,59	1,26	1,02	1,07	0,84	1,10
Serra Azul	1,01	0,99	1,65	1,74	1,96	2,40	2,12
Serrana	1,13	0,89	1,08	1,10	1,50	1,41	1,76
Sertãozinho	1,22	1,09	1,42	1,22	1,60	1,22	1,45

5.7 Distribuição das internações por distritos em Ribeirão Preto

Ao se analisar as internações da cidade de Ribeirão Preto, é possível perceber diferenças entre os distritos sanitários da cidade. O distrito Oeste responde pelo maior número de internações psiquiátricas, seguido pelos distritos Central, Norte, Sul e Leste. O distrito mais populoso de Ribeirão Preto é o distrito Oeste, seguido pelos distritos Leste, Central, Norte e Sul. Ao se considerar a população estimada de cada distrito, observou-se que a seqüência dos distritos que internam proporcionalmente mais é: Oeste, Central, Sul, Norte e Leste. O Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM) responde pelo atendimento dos pacientes provenientes dos Distritos Norte, Sul e Leste, enquanto o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) atende aos pacientes do Distrito Central, e o Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (NSMCSE) atende aos pacientes do Distrito Oeste. A figura 5 mostra a razão de internações psiquiátricas por distritos de Ribeirão Preto em relação ao ano índice (1998). É possível evidenciar que os números de internações aumentam em todos os distritos, sobretudo em 2004. No entanto, o distrito Oeste já se destaca no incremento do número de internações a partir de 2002.

Figura 5: Razão das internações psiquiátricas por distritos de Ribeirão Preto realizadas entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004 em relação ao ano índice (1998).

A tabela 11 mostra o total das internações em cada distrito no decorrer dos anos da pesquisa, podendo ser evidenciado o aumento das internações em todos os distritos, nos dois últimos anos, com um incremento das internações mais precocemente no distrito Oeste.

Tabela 11: Distribuição das internações psiquiátricas por distritos da cidade de Ribeirão Preto entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004.

DISTRITO	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Central	186	21,5	195	21,8	187	23,3	173	22,2	189	23,1	178	20,9	253	22,1	1361	22,1
Leste	111	12,8	102	11,5	97	12,2	109	14,1	114	14,1	106	12,5	149	13,0	788	12,8
Norte	189	21,8	176	19,7	155	19,3	154	19,8	145	17,7	151	17,7	170	14,9	1140	18,5
Oeste	236	27,3	250	27,9	240	30,0	222	28,5	252	30,8	297	34,9	397	34,7	1894	30,8
Sul	144	16,6	171	19,1	122	15,2	120	15,4	117	14,3	119	14,0	175	15,3	968	15,7
Total	866	100,0	894	100,0	801	100,0	778	100,0	817	100,0	851	100,0	1144	100,0	6151	100,0

Percebe-se que o distrito Oeste, cujo ambulatório de referência é o NSMCSE, teve maior aumento no número de internações no decorrer dos anos, com um aumento nessas de maneira mais precoce que os outros distritos. O distrito Central, cujo ambulatório de referência é o CAPS II, teve aumento no número de internações no último ano, mas numa proporção menor que o do Oeste. Tanto os distritos Norte, Sul e Leste, cujo ambulatório de referência é o ARSM, tiveram aumentos no número de internações no último ano da pesquisa, porém com menor proporção de aumento quando comparado com os distritos Oeste e Central.

5.8 Diagnósticos

Em todos os serviços de internação hospitalar e em todos os anos envolvidos na pesquisa, os diagnósticos que predominaram foram, de acordo com a 10ª da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, transtornos psicóticos não afetivos, transtornos afetivos e transtornos de personalidade. A figura 6 mostra a razão de internações durante os anos da pesquisa envolvendo os principais diagnósticos realizados. Observa-se que estes diagnósticos tiveram aumento na proporção de suas internações, principalmente, nos dois últimos anos da pesquisa. O aumento na proporção das internações de transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos de personalidade ocorre mais precocemente, enquanto os transtornos psicóticos e de humor predomina nos últimos anos.

Figura 6: Razão das internações psiquiátricas realizadas entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, segundo o diagnóstico principal. A razão do total de internações ocorridas em cada ano foi calculada com relação ao ano índice (1998).

5.8.1 Transtornos relacionados a substâncias psicoativas

A figura 7 mostra a proporção dos diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em cada serviço, nos anos da pesquisa. A Emergência Psiquiátrica foi responsável pela maior proporção de internações desses diagnósticos praticamente em todos os anos, com exceção do último, quando o Hospital Psiquiátrico ultrapassou a proporção de internações com esse diagnóstico. O Hospital Geral foi responsável pela menor proporção de internações desse diagnóstico em todos os anos da pesquisa.

Figura 7: Proporção dos diagnósticos relacionados a substâncias psicoativas por serviço das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004. (HG = Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. EP = Serviço de Emergências Psiquiátricas; HP = Hospital Psiquiátrico)

5.8.2 Transtornos psicóticos

A figura 8 mostra a proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos psicóticos, em cada serviço, nos anos da pesquisa. Conforme evidenciado, o hospital psiquiátrico foi responsável pela maior proporção de internação de pacientes com diagnósticos de transtornos psicóticos, praticamente em todos os anos, havendo equiparação das internações com o hospital geral no último ano da pesquisa. A emergência psiquiátrica manteve a menor proporção desse diagnóstico em todos os anos da pesquisa.

Figura 8: Proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos psicóticos por serviço das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004. (HG = Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. EP = Serviço de Emergências Psiquiátricas; HP = Hospital Psiquiátrico)

5.8.3 Transtornos do humor

A figura 9 mostra a proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos do humor, em cada serviço, nos anos da pesquisa. Conforme demonstrado, o hospital geral foi responsável pela maior proporção de internações com esse diagnóstico em todos os anos da pesquisa, seguido do hospital psiquiátrico e emergência psiquiátrica, a qual se iguala a esse último no ano final da pesquisa.

Figura 9: Proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos do humor por serviço das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004. (HG = Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. EP = Serviço de Emergências Psiquiátricas; HP = Hospital Psiquiátrico)

5.8.4 Transtornos de personalidade

A figura 10 mostra a proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos de personalidade, em cada serviço, nos anos da pesquisa. Conforme mostrado, a partir de 1999, a emergência psiquiátrica passou a ter a maior proporção de internações com esse diagnóstico, o qual, anteriormente, era mais encontrado no hospital geral. No entanto, a partir de 2000, o hospital psiquiátrico passou a ter maior proporção deste diagnóstico quando comparado com o hospital geral.

Figura 10: Proporção dos diagnósticos relacionados a transtornos de personalidade por serviço das internações entre 01 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2004. (HG = Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral. EP = Serviço de Emergências Psiquiátricas; HP = Hospital Psiquiátrico)

5.9 Re-internações

Ao se analisar as re-internações dentro do mesmo ano em que ocorreu a primeira internação, percebe-se que, na maioria dos anos, com exceção de 2000, praticamente 1/4 das internações eram devido a re-internações, havendo um aumento dessa proporção em 2004. Em 2000, houve redução na proporção de re-internações, todavia, a partir de 2001, houve incremento gradual, com a maior proporção em 2004. A tabela 12 evidencia estas descrições.

Tabela 12: Distribuição das re-internações em cada ano entre 01 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
total de internações	1.506	1.544	1.507	1.438	1.499	1.613	2.101
total de re-internações	364	436	398	353	398	444	667
% de re-internações	24,2%	28,2%	19,8%	24,5%	26,6%	27,5%	31,7%

6 DISCUSSÃO

Nesse estudo foram levantadas e armazenadas em banco de dados informações referentes a todas as internações psiquiátricas (num total de 11.208) ocorridas na XIII Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2004, incluindo-se diferentes modalidades de internação: enfermarias psiquiátricas em hospital geral (HG); hospital psiquiátrico tradicional (HP) e serviços de emergências psiquiátricas (EP). Além de propiciar uma avaliação global do funcionamento de serviços hospitalares de saúde mental de uma região específica, esse estudo permite a caracterização e a comparação de três modalidades distintas de tratamento hospitalar do paciente psiquiátrico. Embora existam vários estudos descritivos de serviços de internação psiquiátrica (BRENNER et al., 1999; RIBEIRO et al., 2003; STREJILEVICH; CHAN; TRISKIER, 2002; HICKLING et al., 2000; HUTCHINSON; HAMCHARAN; GUANY, 2003; PACHECO et al., 2003), estudos com amostras maiores e/ou representativas de grandes regiões, e envolvendo mais de um serviço de internação, são limitados na literatura (RABELO et al., 2003).

O maior número de internações no período do estudo ocorreu no hospital psiquiátrico (47,8%), seguido pelo serviço de emergências psiquiátricas (38,1%) e pelas enfermarias psiquiátricas em hospital geral (14,1%). Essa diferença no total de internações entre os serviços seria esperada, tendo em vista o número de leitos entre os serviços. O HP tem disponibilidade de 80 leitos psiquiátricos para internação de pacientes agudos e o HG tem apenas 22 leitos psiquiátricos.

Surpreendente, no entanto, é o fato de que o serviço de emergências psiquiátricas, com apenas 6 leitos, tenha sido responsável por quase 40% do total

de internações ocorridas na região entre 1998 e 2004. Como a definição de internação neste projeto ocorreu pelo desfecho, é possível perceber que o serviço de emergência promoveu a estabilização de praticamente 40% de todas as internações na região no período em estudo, evitando-se encaminhamentos a serviços de internação mais prolongados. Vale enfatizar que o serviço de emergências psiquiátricas é o principal responsável pelos encaminhamentos para internação integral no Hospital Santa Tereza, sendo que cerca de 70% das admissões feitas no hospital psiquiátrico são de pacientes avaliados inicialmente no serviço de emergências psiquiátricas (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2007).

A proposta de restringir a indicação de internação psiquiátrica para aqueles que realmente necessitam de ambiente protegido facilita a organização da rede de serviços, bem como o fluxo de pacientes dentro da mesma. Visitas a serviços de emergência psiquiátrica são associadas a uma menor proporção de internações psiquiátricas (OYEWUMI; ODEJIDE; KAZARIAN, 1992). Por outro lado, internações breves podem estar relacionadas a um aumento nas taxas de re-internação (OLDHAM; LIN; BRESLIN, 1990), mas, infelizmente, os dados disponíveis nesse estudo não permitem a verificação dessa hipótese.

Até o ano de 2002, o total de internações realizadas manteve-se relativamente estável, em torno de 1.500 admissões por ano. Houve, no entanto, um aumento das internações, a partir do ano de 2003. Esse aumento foi percebido principalmente no serviço de emergência psiquiátrica e no hospital psiquiátrico, especialmente no ano de 2004. Durante o período de 1998 a 2004, praticamente não foram instituídos novos serviços extra-hospitalares de saúde mental na região. Pode-se supor, portanto, que a carência de serviços extra-hospitalares e comunitários possa ter levado a um aumento no número de internações e re-

internações, uma vez que a existência dessas modalidades de tratamento tem efeito positivo na redução das internações psiquiátricas (LEHMAN et al., 1997).

É importante ressaltar que o aumento do número de internações psiquiátricas não pode ser melhor explicado por questões populacionais como migrações, aumento populacional ou catástrofes naturais, uma vez que o aumento populacional na região foi, em média, de 0,8% a cada ano (IBGE, 2004).

Outro dado que reforça a hipótese de sobrecarga da rede de saúde mental da região é o aumento das internações no serviço de emergências psiquiátricas no ano de 2004, quando comparado ao ano anterior. Serviços de emergências eficientes podem determinar redução das internações, mas também são sensíveis às mudanças da rede de saúde da qual fazem parte (KATES et al., 1993), passando a funcionar como principal porta de entrada no sistema quando há redução do acesso a serviços comunitários e ambulatoriais de atendimento (SLADE; PHELAN; THORNICROFT, 1994).

Essa hipótese também é apoiada pelo elevado giro leito do EP e as altas taxas de ocupação dos demais serviços de internação integral, com maiores taxas de ocupação nos anos de 2003 e 2004, associados com o aumento das taxas de ocupação no EP. Isto aponta para uma mudança na dinâmica de funcionamento da rede de saúde mental da DRS VIII que, por volta de 1996, tinha cerca de 60 a 70% de ocupação dos leitos no hospital psiquiátrico (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997), e passou nos anos de 2003 e 2004 a apresentar valores de taxa de ocupação bem mais elevados, tendo momentos de ocupação máxima. Esse padrão foi mantido nos anos seguintes após o período do estudo (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2005).

As taxas de ocupação nas enfermarias em hospital geral se mantiveram estáveis durante os anos e em níveis altos, apontando para uma ocupação máxima da capacidade dos leitos psiquiátricos disponíveis em hospital geral. Por outro lado, as taxas de ocupação dos leitos em hospital psiquiátrico sofreram um aumento significativo nos anos de 2003 e 2004. Em comparação com as taxas de ocupação dos leitos de emergência, observa-se que o aumento de ocupação dos leitos em hospital psiquiátrico, em 2003, não foi acompanhado por um aumento da ocupação dos leitos de emergência, o que sugere que o sistema hospitalar disponível foi capaz de absorver o aumento da demanda para internação integral. No ano seguinte, no entanto, a taxa de ocupação do hospital psiquiátrico se manteve estável, sugerindo que o serviço atingiu sua capacidade máxima, enquanto que a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos na EP apresentou um aumento significativo. Esses dados apontam para um aumento na demanda por internação, que pode ser explicada por uma incapacidade dos serviços extra-hospitalares absorverem a demanda.

Embora tenha havido uma certa estabilidade no número total de internações até o ano de 2003, notam-se migrações das internações entre os serviços, de modo que os pacientes distribuíram-se entre as unidades. Como as internações foram classificadas pelo desfecho, a redução no total das internações da emergência psiquiátrica, nos anos iniciais da pesquisa, poderia ser explicada pelo maior número de encaminhamentos para o hospital geral e hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, nas enfermarias psiquiátricas no hospital geral, ocorreu um aumento importante na razão de internações a partir de 2000, com uma concomitante redução nos atendimentos no EP, que se manteve até o 2004. Esse aumento é explicado pela criação e efetivação da EPIB (Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve), cujos leitos são destinados a pacientes que efetivamente se

beneficiariam de uma internação mais curta, o que determinou um incremento no número de admissões no hospital geral. A EPIB é uma enfermaria que serve de suporte ao EP, estando diretamente ligada ao serviço de emergências, do ponto de vista administrativo. Isto reforça que a organização da rede de saúde pode modificar o padrão de atendimento de setores que já compõem essa rede (HOLLOWAY, 1994). Desse modo, além da proposta de criação e melhora dos aparatos de atendimentos extra-hospitalares, a criação de serviços de internação breve ligados a hospitais gerais pode ajudar na organização da rede, desafogando serviços de emergências e de internação integral prolongadas.

Uma das possibilidades para a redução no total de internações psiquiátricas no hospital geral em 2004 poderia ser a internação de pacientes com sintomatologia mais grave, o que levaria a um aumento do tempo de permanência hospitalar e, conseqüentemente, a uma redução no número de internações.

O tempo de permanência, de fácil mensuração, tem-se tornado um indicador da qualidade de cuidados psiquiátricos. Os fatores relacionados ao maior tempo de permanência em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos incluem: diagnóstico, gravidade da doença, funcionamento adaptativo pobre, idade avançada, sexo feminino, gravidade de estressores psicossociais, desemprego, recursos financeiros e sociais inadequados, entre outros. Na década de 1990, a média nacional para internação psiquiátrica era de 18,6 dias e as médias, em dias, para hospitais psiquiátricos e gerais eram 24 e 14, respectivamente (RIBEIRO et al., 2000). No entanto, não está claro se a redução no tempo de permanência no hospital determina aumento nas readmissões ou se este padrão representa um novo paradigma de tratamento com internações breves orientadas para controle rápido de crise (DRUSS et al., 1998).

Com a proliferação das enfermarias em hospitais gerais, ocorreu uma grande pressão para se obterem períodos curtos de internações. Nos Estados Unidos, no início da década de 1980, a duração média das internações psiquiátricas em hospitais gerais oscilava em torno de 18 a 20 dias, e se a estadia fosse maior que 27 dias, o hospital não recebia o pagamento pelos dias excedentes (PEPPER, 1991). Em geral, o tempo de 28 dias era considerado adequado para as internações psiquiátricas em hospitais gerais (KIRSHNER, 1982).

Relatos de literatura mostram que vem ocorrendo um aumento progressivo no tempo de internação, embora a maior parte dos autores ainda considere o tempo de permanência variando entre 15 e 30 dias como adequado (HERZ; ENDICOTT; SPITZER, 1975; MARKS, 1977; COTTON; BENE KOCIE MBA; COLE, 1979; DEFRANCISCO et al., 1980; KIRSHNER, 1982; APPLEBY et al., 1993). As estadias superiores a 30 dias, no entanto, podem ser justificadas por fatores “medicamente aceitáveis” em 50% dos casos, por fatores “sociais e administrativos” além do controle do psiquiatra em 39,7% dos casos e, apenas em 10,3% dos casos, por fatores “medicamente inaceitáveis” (MAI et al., 1993).

Nesse estudo, foram observadas diferenças no tempo de internação entre os serviços, bem como variações no próprio serviço no decorrer dos anos. As internações no serviço de emergências psiquiátricas praticamente não ultrapassaram 48 horas, mostrando que este serviço tem uma grande rotatividade de paciente, o que pode ser confirmado pelo alto giro leito.

O tempo de permanência no hospital geral foi diminuído com o surgimento da EPIB. Anteriormente, as internações ocorriam na EPQU, a qual recebe pacientes com quadros psiquiátricos refratários e graves, além de comorbidades clínicas. Fatores esses sabidamente responsáveis por elevado tempo de permanência

(LYKETSOS et al., 2002). Essa condição fazia com que a média do tempo de permanência no hospital geral fosse praticamente o dobro em relação ao hospital psiquiátrico, mas, a partir de 2001, houve uma equiparação de uma média de permanência entre 20 a 25 dias para ambos os serviços hospitalares, o que é aceito na literatura como adequado (DRUSS et al., 1998). Em censo nacional das internações psiquiátricas realizadas no Brasil (BOTEGA, 1997), foi percebido que, apesar de variar com o diagnóstico, o tempo de permanência em hospitais psiquiátricos é de aproximadamente 20 dias, enquanto em hospitais gerais é mais baixa que a encontrada nesse estudo. Todavia, vale ressaltar que a característica do perfil de pacientes atendidos nas enfermarias psiquiátricas em hospital geral determina períodos mais prolongados de internação.

As pessoas submetidas à internação psiquiátrica entre os anos de 1998 a 2004 são, em quase sua totalidade, procedentes da DRS XIII, evidenciando adequação dos serviços da região às políticas de saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, quanto à regionalização dos atendimentos. As poucas internações de pacientes provenientes de outras regiões ocorreram praticamente nas enfermarias psiquiátricas em hospital geral e no serviço de emergências psiquiátricas. Por vezes, as enfermarias psiquiátricas em hospital geral assumem o tratamento terceirizado de casos mais graves e refratários (HALLAK, 1998), que podem ser provenientes de outra região de saúde, além de casos com interesses acadêmicos. Serviços de emergência psiquiátrica acabam por receber os pacientes de outras regiões que estejam em situações de urgência e, por algum motivo, encontram-se na região. Nesse caso, a situação de urgência é controlada e o paciente é posteriormente encaminhado para ao serviço de referência de sua região de saúde.

Essa regionalização garante melhor funcionamento da rede, com vantagens como: poucas portas de entrada para internação, aumentando assim a qualidade dos serviços oferecidos; continuidade de contatos dentro da rede; e melhor controle nos fluxos das internações. O sucesso da regionalização também está ligado à aproximação colaborativa das instituições, mesmo que ocasionalmente custe uma redução da autonomia, além das equipes do sistema manterem contatos pessoais freqüentes (KATES et al.,1996). Essas características de rede são evidenciadas na saúde mental da DRS XIII, com reuniões sistemáticas entre os serviços de saúde mental de Ribeirão Preto e das cidades que compõem a regional. Isto determina resolutividade de problemas emergentes e melhora na rede de saúde mental dessa região (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 1997a).

O presente estudo evidenciou que não havia diferenças quanto à caracterização demográfica das internações entre os três serviços hospitalares estudados, com exceção do sexo dos pacientes. Houve uma proporção maior de mulheres admitidas no hospital geral, enquanto que no hospital psiquiátrico, observou-se uma maior proporção de pacientes do sexo masculino.

A predominância de pacientes do sexo masculino em serviços de internação psiquiátrica pode ser associada à alta proporção de diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (GALDUROZ; CAETANO, 2004). O perfil das internações também pode ser influenciado por baixo nível educacional, desemprego, idade, presença de história forense e maior potencial de violência e agressividade em homens (HUTCHINSON; RAMCHARAN; GUANY, 2003). Serviços hospitalares onde predominam o diagnóstico de quadros afetivos podem ter predominância de pacientes do sexo feminino (ROBBINS; REGIER, 1991; KESSLER; MACGONABLE, ZHAO 1996; JENKINS; MELTZER, 1995; MASON; WILKONSON, 1996; ALMEIDA

FILHO et al., 1997). Esse padrão foi percebido nas enfermarias psiquiátricas no hospital geral, onde, em todos os anos, o diagnóstico de transtornos afetivos predominou dentre os outros. Outro fator que pode determinar um maior predomínio de internações de pacientes do sexo feminino é o fato de a EPQU ter um maior número de leitos destinados a pacientes desse sexo.

A maior proporção de adultos jovens também é vista em outros estudos (BRENNER et al., 1999; HALLAK et al., 2003), com exceção de unidades especializadas para internações psiquiátricas em pacientes geriátricos (HOLMES; BENTLEY; CAMERON, 2003; SNOWDEN et al., 2004; YAZGAN et al., 2004).

Em relação à procedência das internações de acordo com as cidades que constituem a DRS XIII, houve uma tendência ao aumento da proporção de internações, sobretudo no último ano da pesquisa. Esse dado corrobora com a idéia de sobrecarga ou mau funcionamento dos serviços extra-hospitalares, determinando, por conseguinte, aumentos no total de internações.

Ao se analisar as internações provenientes somente da cidade de Ribeirão Preto, verificou-se um aumento mais pronunciado das internações de pessoas residentes no Distrito Oeste, cujo serviço de saúde mental de referência é o NSMCSE. Uma das possibilidades para este achado poderia ser o funcionamento do serviço extra-hospitalar, pois o NSMCSE é o serviço de saúde mental de Ribeirão Preto com uma menor variedade de categorias profissionais, bem como no número de profissionais para prestar assistência. Essa hipótese é fortalecida pelo fato de não ter sido registrado variações populacionais ou migrações que pudessem justificar aumentos de internações de áreas restritas (IBGE, 2004).

Em relação às re-internações é possível perceber que cerca de 1/4 foram de pacientes que estavam se re-internando. Houve um aumento na proporção de re-

internações no ano de 2004. As re-internações podem estar associadas com características do quadro clínico, como o diagnóstico de esquizofrenia; refratariedade ao tratamento; dificuldades para a convivência na comunidade e na família em função da gravidade da sintomatologia, entre outros (CHALUB B, 1995; HOLCOMB; AHR, 1987). Por outro lado, fatores alheios a diagnóstico psiquiátrico em si, como o funcionamento da rede de serviços de saúde mental, também podem influenciar nas re-internações (BANDEIRA; LESAGE; MORISETI, 1994).

Os principais diagnósticos encontrados nesse estudo nos diferentes serviços de internação foram: transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas; transtornos psicóticos; transtornos do humor e transtornos de personalidade, o que está em congruência com dados da literatura (STREJILELEVICH; CHAN; TRISKIER, 2002). Em censo das internações psiquiátricas no Brasil, verificou-se que em vários estados e serviços de internação pelo país são esses os diagnósticos mais prevalentes, com exceção de transtornos de personalidades (BOTEGA, 1997).

Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar as diferenças dos padrões diagnósticos entre os serviços de internações, tais como: encaminhamento para internação integral realizado pela EP e maior procura nos setores de emergência de pacientes com transtornos relacionados a substâncias e de personalidade.

Na emergência psiquiátrica, existe uma elevada proporção de pacientes com diagnóstico de transtornos de personalidade. Dentre esses, merece destaque aqueles com características impulsivas com ideações suicidas recorrentes. A rápida remissão da ideação suicida nesses quadros reduz a necessidade de internação

integral em outros serviços. Isto poderia justificar a predominância dessa categoria diagnóstica no setor de emergência.

A maior proporção de pacientes com transtorno de humor no HG poderia ser resultado de uma maior seleção ou preferência de internação de pacientes com diagnóstico de transtornos afetivos bipolares nas enfermarias do HG, sobretudo na EPIB. A existência de uma unidade de internação especializada para transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas poderia justificar a predominância desses diagnósticos no HP.

Os dados aqui levantados permitem apenas inferências indiretas e novos estudos serão necessários para um melhor entendimento do padrão de distribuição das internações nos municípios e nos distritos de Ribeirão Preto e suas relações com a rede de serviços extra-hospitalares. Mesmo de maneira indireta, os dados obtidos nesse estudo confirmam que a atenção em saúde deve ser feita em níveis, de modo que os serviços especializados de referência sejam mais bem equipados do ponto de vista de recursos materiais e humanos para melhor condução dos casos. A necessidade de equipes multidisciplinares organizadas e funcionais é um ponto fundamental para o sucesso da rede de saúde. (OVRETVEIT, 2001).

O investimento dos recursos necessita avaliações a fim de se definir a melhor política em saúde mental. Estudos para avaliar grandes redes de atendimentos são escassos no Brasil. Estimular a criação de equipamentos em hospitais gerais mostra-se promissor e o apoio aos serviços extra-hospitalares parece sensato, desde que existam instrumentos de avaliações da eficácia dos mesmos.

A pesquisa tem algumas limitações a serem descritas. Primeiro, o estudo foi realizado com construção de banco de dados único de pesquisa, no qual foram alimentadas todas as internações do período. Portanto, para o armazenamento das

internações foram utilizados outros bancos de dados específicos dos próprios hospitais. Apesar de ter se testado a confiabilidade desses outros bancos de dados no estudo piloto, é possível que algumas falhas, sobretudo de digitação, possam ter ocorrido no processo.

Outro ponto que merece consideração é que os diagnósticos descritos são provenientes da avaliação clínica dos profissionais que assistiam o paciente durante sua internação. Desse modo, os diagnósticos têm sua limitação em validade pelo fato de não terem sido consequência de entrevistas estruturadas e validadas.

Também é necessário ressaltar que não foi possível diferenciar as duas enfermarias (EPIB e EPQU) de internação psiquiátrica do hospital geral nesse estudo, em função de limitações dos registros nos bancos de dados originais, que não discriminava um serviço do outro.

Outro ponto que merece destaque é que avaliação da rede de saúde mental extra-hospitalar não foi realizada nesta pesquisa e que provavelmente questões explicativas sobre alguns dados desse projeto poderão ser balizadas em estudos futuros.

7 CONCLUSÃO

O perfil demográfico e clínico dos pacientes psiquiátricos submetidos à internação hospitalar, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2004, na região de Ribeirão Preto, está em consonância com os dados descritos na literatura: a maioria era jovem, do sexo masculino, sem vínculos conjugais, inativos profissionalmente e portadores de transtornos mentais graves. O perfil demográfico e clínico manteve-se relativamente estável no decorrer dos anos.

Nos ano de 2004, houve um aumento no número de internações efetuadas, o que pode estar relacionado a limitações da rede de serviços extra-hospitalares para o manejo dos casos, uma vez que não foram criados novos serviços de saúde mental na região desde 1996, e a procedência dos pacientes internados sugere uma maior proporção de internações em regiões cobertas por serviços extra-hospitalares com menor número e menor diversidade de profissionais.

O fluxo de atendimento no serviço de emergência psiquiátrica refletiu a organização e peculiaridades dos serviços de saúde mental da região, podendo ser considerado como um parâmetro sensível da dinâmica de funcionamento da rede de saúde mental como um todo.

Além disso, a emergência psiquiátrica foi responsável por aproximadamente 40% do total de internações no período. Portanto, serviços de emergência psiquiátrica podem responder pela estabilização de uma importante parcela de pacientes, diminuindo encaminhamentos aos outros serviços e a ocorrência de internações mais prolongadas.

As diferenças nas frequências diagnósticas dos serviços hospitalares refletem possibilidade de seleções de pacientes a serem internados além de diferenças estruturais dos serviços de internação.

A possibilidade de criação de serviços extra-hospitalares qualificados que respeitem a territorialização municipal e intermunicipal poderá determinar melhorias no funcionamento da rede. A possibilidade de criação de nova unidade de internação breve em hospital geral, com os mesmos princípios de regionalização e hierarquização, também poderia determinar um melhor funcionamento da DRS XIII.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. **Sessão de instalação da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro.** Revista Médica Fluminense, ano II, n. 11, p. 23-36, fevereiro, 1836.

ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da Psiquiatria.** São Paulo, Ibrasa, 1968.

ALLDERIDGE, P. **Hospitals, madhouses and asylums : cicles in the care of the insanes.** Br. J. Psychiatry, 134 : 321-34, 1979.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANCA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.B. **Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity.** Methodological features and prevalence estimates. Br. J. Psychiatry. 171: 524-9,1997.

ALMOG, M.; CURTIS, S.; COPELAND, A.; CONGDON, P. **Geographical Variation in Acute Psychiatric Admissions within New York City 1990-2000:** Growing Inequalities in Service Use? Social Science & Medicine 59(2):361-76, 2004.

ALVES BRASIL, M.A. **A unidade psiquiátrica em hospital geral.** Tese de mestrado. Instituto de psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1982.

ALVES, D.S.N. **Reestructuración de los servicios de salud mental em Brasil.**

Psiquiatria Pública. 8: 216-224, 1996.

APPLEBY, L.; DESAI, P.N.; LUCHINS, D.J.; GIBBONS, R.D.; HEDEKER, D.R.

Lenght of stay and recidivism in schizoprenia: a study of public psychiatric hospital patients. American Journal Psychiatry 150 (1) : 72-6, 1993.

BACHRACH, L.L. **General hospital psychiatry:** Overview from a sociological perspective. Am. J. Psychiatry 138(7) : 879-87, 1981a.

BACHRACH, L.L. **The effects of deinstitutionalization on general hospital psychiatry.** Hosp. Community Psychiatry 32(11):786-90,1981b.

BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISETTE, R. **Desinstitucionalização:** importância da infra-estrutura comunitária de saúde-mental. J bras Psiq. 43: 659-66, 1994.

BELL, G.; REINSTEIN, D.Z.; RAJIYAH, G.; ROSSER, R. **Psychiatric screening of admissions to an accident and emergency ward.** British Journal of Psychiatry. 158: 544-557, 1991.

BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral:** interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; Psiquiatria no Hospital Geral: históricos e tendências, 2002.

BOTEGA, N.J. **Residência de psiquiatria no hospital geral:** uma enquete nacional. J. Bras. Psiq. 40 (8) : 419-22, 1991.

BOTEGA, N.J. **Psychiatric Units in Brazilian General Hospitals:** a growing philanthropic field. International Journal of Social Psychiatric. 48(2): 97-102, 2002.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral:** espaço para o psíquico. Hucitec, São Paulo, 1997.

BOTEGA, N.J.; SCHECHTMAN, A. **Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais:** I. Situação atual e tendências. ABP-APAL 19(3) : 79-86, 1997.

BOTEGA, N.J. **Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais:** II. Internações psiquiátricas em enfermarias de clínica médica. ABP-APAL 19 (3) : 87-90, 1997a.

BOTEGA, N.J. **Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais:** III. Perfil das internações. ABP-APAL 19 (3) : 81-96, 1997.

BRENNER, M.K.; CARDOSO, V.M.; OLIVEIRA, R.L.V.; FENSTERSEIFER, G.P.; BARRAZ, A.C.G.; BOEIRA, L.B.; BARROS, V.C. **Changes in the Hospitalized Clients in Psychiatric Hospital.** J Bras Psiq. 48(9): 415-420, 1999.

BRESLOW, R.E. **Emergency psychiatric services**. In: Thornicroft, G. e Szmukler, G (eds). Textbook community Psychiatry. Oxford University press. New York, 2001.

CATALANO, R.; McConnel W. **Psychiatric emergencies: the check effect revisited**. Journal of Health and Social Behavior. 40: 79-86, 1999.

CHALUB, M. **A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil**. Inform psiq. 14: 82-3, 1995.

COKER, M.; SHARP J.; POWELL, H.; CINELLI, P.; FRENCH, M.; COLLEY-OGDEN, T. **Implementation of Total Quality Management after Reconfiguration of Services on a General Unit**. Psychiatric Services 48(2): 231-236, 1997.

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY: **National Mental Health Report**. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Family Services, 1998.

COTTON, P.G.; BENE-KOCIEEMBA, A.; COLE, R. **The effect of deinstitutionalization on a general hospital's inpatient psychiatric service**. Hosp. Community Psychiatry 30 : 609-12, 1979.

DALGALARRONDO, P. **Repensando a internação psiquiátrica.** A proposta das unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. Dissertação de mestrado. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1990.

DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W.F. **A psychiatric unit in a general hospital in Brazil : predictors of lenght of stay.** Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 27 : 147-50, 1992.

DALGALARRONDO, P; BOTEAGA, N.J.; BANZATO, C.E.M. **Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral.** Revista de Saúde Pública. 37 (5): 629-34, 2003.

DAVIDGE, M.; ELIAS, S.; HAYES, B. **Survey of english mental illness hospitals.** Birmingham: inter-authority comparisons and consultancy, Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1993.

DeFRANCISCO, D.; ANDERSON, D.; PANTANO, R.; KLINE, F. **The relationship between lenght of hospital stay and rapid-readmission rates.** Hosp. Community Psychiatry 31(3):196-7,1980.

DEL BEN, C.M.; MARQUES, J.M.A.; SPONHOZ, A. Jr.; Zuardi, A. W. **Políticas de saúde mental e mudanças serviços de emergência.** Revista de Saúde Pública. 33 (5): 470-476, 1999.

DEL BEN, C.M. **Estudo da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico obtido através da entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R (SCID) em serviço ambulatorial de um hospital escola.** Dissertação de mestrado. Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

DE SIMIONI, L.V. **Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados.** Revista Médica Fluminense, v. V, n. 6, p. 241-62, setembro (Republicado em Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. VII, n.1, p. 142-59, março, 2004).

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO SEÇÃO I. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – Portaria 224 de 19 de janeiro de 1992.**

DRUSS, B.G.; BRUCE, M.L.; JACOBS, S.C.; HOFF, R.A. **Trends Over a Decade for a General Hospital Psychiatry Unit.** Administration and Policy in Mental Health. 25(4): 427-435, 1998.

FIORITTI, A.; LO, R.L.; MELEGA, V. **Reform said or done?** The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. American Journal Psychiatry. 154: 94-98, 1997.

FISHER, W.H.; DORWART, R.A.; SCHLESINGER, M.; EPSTEIN, S.; DAVIDSON, H. **The role of general hospitals in the privatization of inpatient treatment for serious mental illness.** Hosp. Community Psychiatry 43(11):1114-19, 1992.

FLAMM, G.D. **The expanding roles of general-hospital psychiatry.** Hosp. Community Psychiatry 30(3):191-2, 1979.

FLEURY, M.J.; MERCIER, C. **Integrated local networks as a model for organizing mental health services.** Administration & Policy in Mental Health. 1: 55-73, 2002.

FORTES, S.L.; INFANTE, R.G.G. **A questão da saúde mental: a redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral. Para além da psicossomática.** J. Bras. Psiq. 35(5) : 273-8, 1986.

FOSTER, P.; KING, J. **Definitive treatment o patients with serious mental disorders in an emergency service.** Part I. Hosp Community Psychiatry. 45: 867-9, 1994.

FOSTER P.; KING J. **Definitive treatment o patients with serious mental disorders in an emergency service.** Part II. Hosp Community Psychiatry. 45: 1177-8, 1994.

FRIEDMAN, L.; GOES, J. **Why integrated health networks have failed.** Fronties of health services management. 17 (4): 3-28, 51-54, 2001.

GALDUROZ, J.C.F.; CAETANO, R. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil.** Rev. Bras. Psiquiatr. 26 (supl. 1): 3-6, 2004.

GERSON, S.; BASSUK, E. **Psychiatric emergencies: an overview.** American Journal of Psychiatry. 137: 1-11, 1980.

GOMES, M.P.C.; SILVA FILHO, J.F. **Planejamento e saúde mental: o caso da organização dos serviços de saúde na Itália.** J. Bras. Psiqu. 40(8) : 399-402, 1991.

GREENHILL, M.H. **Psychiatric units in general hospitals:** 1979. Hosp. Community Psychiatry 30(3):169-82, 1979.

GUIMARÃES, J. **Sobre a criação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história.** Tese de mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

HÄFNER, H. **Changes in Health care systems and their impact on mental health care.** In: Sartorius, N.; Gaebel, W.; López-Ibor, J.J. e Maj, Mario. (eds). Psychiatry in Society. World Psychiatric Association. Switzerland, 2002.

HALLAK, J.E.C. **Adequação diagnóstica e evolução de pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral universitário.** Tese de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

HALLAK, J.E.C.; CRIPPA, J.A.S.; VANSAN, G.; ZUARDI, A.W. **Diagnostic Profile of Inpatients as a Determinant of Length of Stay in a General Hospital Psychiatric Unit.** Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 36: 1233-1240, 2003.

HAWKS, D. **Community care: an analysis of assumptions.** British Journal of Psychiatry. 127: 276-285, 1975.

HERZ, M.I.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R.L. **Brief hospitalization of patients with families:** initial results. Am. J. Psychiatry 132 : 413-8, 1975.

HICKLING, F.W.; McCALLUM, M.; NOOKS, L.; RODGERS-JOHNSON, P.
Treatment of Acute Schizophrenia in Open General Medical Wards in Jamaica. Psychiatric Services. 51(5): 659-663, 2000.

HILLARD, J.R. **The past and the future of psychiatric emergency.** Hosp Community Psychiatry. 45: 541-3, 1994.

HOLCOMB, W.R.; AHR, P.R. **Who really treats the severely impaired young adult patient?** A comparison of treatment setting. Hosp Community Psych. 38: 625-31, 1987.

HOLMES, J.; BENTLEY, K.; CAMERON, I. A UK **Survey of Psychiatric Services for Older People in General Hospitals.** Int J Geriatr Psychiatry. 18: 716-721, 2003.

HOLLOWAY, F. Need in community psychiatry: a consensus is required. Psychiatric Bulletin. 18: 321-323, 1994.

HUTCHINSON, G.; RAMCHARAN, C.; GUANY, K. **Gender and Ethnicity in First Admission to a Psychiatric Unit in Trinidad.** West Indian Med J. 52(4):300-303, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: **Censo Populacional**, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: **Censo Populacional**, 2004.

JENKINS, R.; MELTZER, H. **The national survey of psychiatric morbidity in Great Britain.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 30: 1-4, 1995.

JOBIM, J.M.C. **Relatório da Comissão de Salubridade Geral, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, apresentado e aprovado na sessão de 19 de junho (de 1830).** Semanário de Saúde Pública, n. 15, p. 77-81, abril, 1831.

JONES, R.E. **Issues facing general hospital psychiatry. Introduction:** the birth of a new subspecialty. Hosp. Community Psychiatry 30(3):183-4, 1979.

KATES, N.; EAMAN, S.; SANTONE, J.; DIDEMUS, C.; STEINER, M.; CRAVEN, M. **An integrated regional emergency psychiatric service.** Gen Hosp Psychiatry. 18: 251-6, 1996.

KESSLER, R.C.; MACGONAGLE, K.A.; ZHAO, S. **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States**. Archives of General Psychiatry. 51: 8-19, 1994.

KIRSHNER, L.A. **Length of stay of psychiatric patients: a critical review and discussion**. J N M Dis 170(1) :27-33, 1982.

KLUITER, H. **Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it – searching for an evidence-based balance**. Current Opinion in Psychiatry. 13: 333-341, 1997.

KORKEILA, J.A.; LEHTINEN, V.; TUORI, T.; HELENIUS, H. **Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 33: 218-223, 1998.

LAMB, H.R.; SHANER, R. **When there are almost no state hospital beds left**. Hosp Community Psychiatry. 44: 973-976, 1993.

LEHMAN, A.F.; DIXON, L.B.; KERNAN, E.; DEFORGE, B.R.; POSTRADO, L.T. **A randomized trial of assertive community treatment from homeless persons with severe mental illness**. Archives of General Psychiatry. 54: 1038-1043, 1997.

- LIEBERMAN, P.B.; PHETRES, E.B.M.; BINETTE ELLIOT, M.A.; EGERTER, E.; WIITALA, S. **Dimensions and Predictors of Change During Brief Psychiatric Hospitalization**. Gen Hosp Psychiatry 15: 316-24, 1993.
- LIMA, L.A.; TEIXEIRA, J.M. **Assistência à saúde mental no Brasil**: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. J. Bras. Psiqu. 44(2) : 71-6, 1995.
- LYKETSOS, C.G.; DUNN, G.; KAMINSKY, M.J.; BREakey, W.R. **Medical Comorbidity in Psychiatric Inpatients**: Relations to Clinical Outcomes and Hospital Length of Stay. Psychosomatics. 43(1): 24-30, 2002.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da Norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. p. 375-492, 1978.
- MAI, F.M.; GOSSELIN, J.; VARAN, L.; BOURGON, L.; NAVARRO, J.R. **Effects of treatment and alternative care on length of stay on a general hospital psychiatric unit** - results of an audit. Can. J. Psychiatry 38: 39-45, 1993.
- MARI, J.J.; STREINER, D.L. **An overview of family interventions and relapse on schizophrenia**: meta analysis of research findings. Psychol Med. 24: 365-78, 1994.

- MASON, P.; WILKONSON, G. **The prevalence of psychiatric morbidity.** OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. Br. J. Psychiatry. 168: 1-3, 1996.
- MARKS, F.M. **The characteristics of psychiatric patients readmitted within a month of discharge.** Psychol. Med. 7 : 245-52, 1977.
- MARTIN, J.P. **Hospitals in trouble.** Oxford: Blackwell, 1984.
- MATTIONI, T.; DI LALLO, D.; ROBERTI, R.; MICELI, M.; STEFANI, M.; MACI, C.; PERUCCI, C.A. **Determinants of Psychiatric Inpatients Admission to General Hospital Psychiatric Wards: An Epidemiological Study in a Region of Central Italy.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 34(8):425-431, 1999.
- MAYLATH, E.; SEIDEL, J.; WERNER, B.; SCHLATTMANN, P. **Geographical Analysis of the Risk of Psychiatric Hospitalization in Hamburg from 1988-1994.** Eur Psychiatry. 14(8): 414-25, 1999.
- MAYOU, R. **The history of general hospital psychiatry.** Br. J. Psychiatry 155: 764-76, 1989.
- MESGRAVIS, L. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil.** São Paulo: Conselho Estadual de Cultura. p. 195-98, 1976.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reestruturação da Atenção em Saúde Mental:** Situação Atual, Diretrizes e Estratégias. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1996.

MOREIRA, J. **Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil.** Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins. 1(1): 52-98, 1905.

MOREIRA, M.S.S.; CRIPPA, J.A.S.; ZUARDI, A.W. **Social Performance Expectations in Psychiatric Patients of General Hospital Ward.** Rev Saúde Pública 36(6): 734-42, 2002.

MORGADO, A.; LIMA, L.A. **Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional.** J.Bras.Psiq. 43(1) : 19-28, 1994.

MOSHER, L.R. **Italy's revolutionary mental health law: an assessment.** American Journal Psychiatry. 139: 199-203, 1982.

MUNIZZA, C.; FURLAN, P.; D'ELIA, A.; D'ONOFRIO, M. **Emergency psychiatry: a review of the literature.** Acta Psychiatrica Scandinavica. 885: 1-51, 1993.

NUÑEZ LOPEZ, J.A. **El psiquiatra en el hospital general.** ABP-APAL 8(4) : 135-8, 1986.

- ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 12 (3): 983-1010, 2005.
- OLDEHINKEL, A.J. **Time trends in mental health care utilization in a Dutch area, 1976-1990**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 33: 181-185, 1998.
- OLDHAM, J.M.; LIN, A.; BRESLIN, I. **Comprehensive psychiatric emergency services**. Psychiatry Q. 61: 57-67, 1990.
- OLFSON, M. **The changing organization of inpatient psychiatric care in general hospitals**. Hosp. Community Psychiatry 41(4):443-5,1990.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. OPAS e Instituto Mario Negri, Milão.
- OVRETVEIT, J. **The multi-disciplinary team**. In: Thornicroft, G. e Szmukler, G (eds). Textbook community Psychiatry. Oxford University press. New York, 2001.
- OYEWUMI, L.K.; ODEJIDE, O.; KAZARIAN, S.S. **Emergency services in a Canadian city**: prevalence and patterns of use. Can J Psychiatry. 37: 91-95, 1992.

PACHECO, M.A.; NETO, A.C.; MENEZES, F.; KRIEGER, C.A.; BERSANO, L.; GIL, A. **Functioning Aspects of a General Hospital Psychiatric Unit.** Rev Psiquiatr Rio Gd Sul: 25(supl I): 106-114, 2003.

PARK, S. H. **Managing an interorganizational network: a framework of the institutional mechanism for network control.** Organization Studies. 17 (5): 795-824, 1996.

PEELE, R.; CHODOFF, P. **The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization.** In: Bloch, S; Chodoff, P. e Green, S. (eds). Psychiatric Ethics, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, p. 423-440, 1999.

PEPPER, B. **Power and governance issues in general hospital psychiatry.** Hosp. Community Psychiatry 42(11),1991.

PORTELLA, L. **Substitutivo ao PLC-08/91.** Em defesa da saúde mental. Brasília, 1996.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Lei Nº10.216 de 04 de junho de 2001.

PROVAN, K.G. **Services integration for vulnerable populations: lessons from community mental health.** Family & Community Health. 19 (4): 19-30, 1997.

RABELO, A.R.; MODESTO, T.N.; RABELO, M.M.; RODRIGUES, B.M.; MELO, A.

Social and Morbidity Characteristics of all In-patients of the Psychiatric and General Hospital into the Public Netservices in the State of Bahia-Brazil. Rev Baiana de Saúde Públ. 27(1/2): 38-49, 2003.

RAPELI, C.B.; BOTEAGA, N.J. **Severe Suicide Attempts:** Three Different Groups

Admitted to a General Hospital. J. Bras. Psiquiatr. 52(1): 5-11, 2003.

REINALDO, M.C.; CONTEL, J.O.B. **Reinternações psiquiátricas em pronto-**

socorro geral universitário: perfil clínico e demográfico. Ver ABP-APAL. 19: 45-52, 1997.

RIBEIRO, M.S.; SIANO, A.K.; PROCÓPIO, N.A.; SANTOS, K.H.O.; ALVES, M.J.M.

Psychiatry in General Hospital versus in Psychiatric Hospital: An Initial Study of Evaluation of the Assistance Performed by the Psychiatric Residency of the HU-UFJF. HU Revista. 25/25(3): 167-179, 2000.

ROBBINS, N.; REGIER, D.A. **Psychiatric disorders in America:** the epidemiologic

catchment area study. Library of congress cataloging-in-publication data. New York, 1991.

ROCHA, A.C. **Relatório apresentado à Assembléia Legislativa Provincial de São**

Paulo no dia 02 de fevereiro de 1870. São Paulo, Typ. Americana, 1870.

- ROSSLER, W.; SALIZE, H.J. **Longitudinal statistics of mental health care in Germany**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 29: 112-118, 1994.
- RUFINO, A.C.T.B.F.; UCHIDA, R.R.; VILELA, J.A.A.; MARQUES, J.M.A.; ZUARDI, A.W.; DEL BEN, C.M. **Stability of the diagnosis of first-episode psychosis made in an emergency setting**. General Hospital Psychiatry. 27: 189-193, 2005.
- SABIN, J.E. **General Hospital Psychiatry and the Ethics of Managed Care**. General Hospital psychiatry 17(4): 293-298, 1995.
- SAMPAIO, J.J.C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Escola de Saúde Pública Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues, Fortaleza, 1994.
- SANDERS, C.A. **Reflections on psychiatry in the general-hospital setting**. Hosp. Community Psychiatry 30(3):185-9, 1979.
- SANTOS, M.E.S.B.; AMOR, J.A.; DEL BEN, C.M.; ZUARDI, A.W. **Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário**: estudo prospectivo. Revista de Saúde Pública. 34 (5) : 468-74, 2000.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. **Programa de Saúde Mental**. Ribeirão Preto-SP, 1997a.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. **Relatórios de Atividade da Central de Vagas Psiquiátricas da DRS XIII (de 1 de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 1997)**. Ribeirão Preto; 1997b.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. **Relatórios de Atividade da Central de Vagas Psiquiátricas da DRS XIII (de 1 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2005)**. Ribeirão Preto; 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: **Censo de internações no Hospital Santa Teresa Divisão Regional de Saúde**. Ribeirão Preto (DRS XIII), 2004.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: **Censo de internações no Hospital Santa Teresa Divisão Regional de Saúde**. Ribeirão Preto (DRS XIII), 2007.

SEGAL, S.P.; EGLEY, L.; WATSON, M.A.; MILLER, L.; GOLDFINGER, S.M. **Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services**. Psychiatr Serv. 46: 1144-8, 1995.

SHINFUKU, N.; SUGAWARA, S.; YANAKA, T. **Mental health in the city of Kobe, Japan**. In: Goldberg, D. e Thornicroft, G. (eds), Mental health in our future cities. Maudsley monograph 42. Hove: psychology press, p. 125-146, 1998.

SHORTELL, S.M.; GILLES, R.R.; ANDERSON, D.A. **The new world of managed care: creating organized delivery systems.** Health affairs. 13 (5): 46-64, 1994.

SLADE, M.; PHELAN, M.; THORNICROFT, G. **A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis.** Psychological Medicine. 28: 543-550.

SNOWDEN, M.B.; WALASZEK, A.; RUSSO, J.E.; COMTOIS, K.A; SREBNIK, D.S.; RIES, R.K.; ROY-BYRNE, P. **Geriatric Patients Improve as Much as Younger Patients from Hospitalization on General Psychiatric Units.** J Am Geriatr Soc 52(10): 1676-1680, 2004.

STOBBE, A.C.R. **Internação psiquiátrica involuntária: tratamento médico, cárcere privado e direito de liberdade.** Tese de mestrado. PUCRS. Porto Alegre, 2002.

STREJILEVICH, S.; CHAN, M.; TRISKIER, F. **Operative of a Psychiatric Internation Unit in a General Hospital of Health Public System in Buenos Aires City.** VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 8: 85-92, 2002.

TANSELLA, M.; AMADDEO, F.; BURTI, L.; GARZOTTO, N.; RUGGERIM, M. **Community-based mental health care in Verona, Italy.** In: Goldberg, D. e Thornicroft, G. (eds), Mental health in ou future cities. Maudsley monograph 42. Hove: psychology press, p. 239-262, 1998.

TEIXEIRA, M.O. **Nascimento da psiquiatria no Brasil.** Cadernos IPUB. 8: 42-78, 1997.

TRAPPLER B.; GREENBERG, S.; FRIEDMAN, S. **Treatment of Hassidic Jewish Patients in a General Hospital Medical-Psychiatric Unit.** Psychiatric Services. 46(8): 833-5, 1995.

YAZGAN, I.C.; GREENWALD, B.S.; KREMEN, N.J.; STRACH, J.; KRAMER-GINSBERG. **Geriatric psychiatry versus General psychiatry inpatient treatment of the elderly.** Am J Psychiatry 161: 352-355, 2004.

WEISSMAN, M.M. **The assessment of social adjustment: a review of techniques.** Arch Gen Psychiatry. 32: 357-65, 1975.

WING, J.K.; BROWN, G.W. **Institutionalism and schizophrenia.** London: Cambridge University Press, 1970.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings technical report series no 698,** WHO, Geneve, 1984.