**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Régis Eric Maia Barros

“Re-internações Psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento”

Ribeirão Preto-SP

2012

RÉGIS ERIC MAIA BARROS

**“Re-internações Psiquiátricas – influência de
variáveis sócio-demográficas, clínicas e de
modalidades de tratamento”**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto, para obtenção
do título de Doutor pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Mental, inserida na
linha de pesquisa de Instrumentos de
Avaliação e Indicadores em Saúde Mental.

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

Ribeirão Preto-SP

2012

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Barros, Régis Eric Maia

Re-internações Psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento.

191 p.: il.; 30 cm

Tese de doutorado 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. re-internação psiquiátrica
3. saúde mental, 4. emergência psiquiátrica

FOLHA DE APROVAÇÃO

Régis Eric Maia Barros

Re-internações Psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, inserida na linha de pesquisa de Instrumentos de Avaliação e Indicadores em Saúde Mental.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Dedicatória

*À amada Heveline (Veca), minha esposa, pelo companheirismo diário,
pelo amor constante e pela compreensão
e paciência durante a árdua jornada deste trabalho.*

*Ao Leozinho (Little Léo), meu adorável filho, por ter me aberto às
cortinas da vida e ter me apresentado a real razão de viver e existir.*

Agradecimentos

À Profa. Dra. Cristina Marta Del-Ben, minha querida orientadora, pelos ensinamentos, paciência e amizade que foram instrumentos necessários para a finalização deste trabalho.

À Sônia Hueb, pela ajuda na difícil tarefa de efetivar meu crescimento emocional.

Aos meus pais, pela doação inesgotável de carinho e pela abdicação de muitos de seus sonhos, simplesmente, pelo desejo de investir na minha história.

Aos meus irmãos (Assande e Alessandra), pelas inúmeras conversas e momentos afetuosos juntos.

Aos meus sobrinhos (Luísa, Clara e Eric) por aumentar o nosso amor familiar.

Ao Gilmar, pela competência e ajuda ímpar na construção dos bancos de dados que foram necessários a esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos pelo apoio constante e pela sua incrível disponibilidade em ajudar.

Ao Vinícius, Luciana, Cybelli Labate, Gyl Eanes e Raquel por terem me acolhido em suas casas como se eu fosse membro de suas famílias nas várias viagens a Ribeirão Preto durante a pesquisa.

A todos os colegas e professores da Pós-Graduação em Saúde Mental, pelo estímulo constante a pesquisa.

Aos amigos e meus chefes do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, pelo apoio e ajuda nesta difícil tarefa de ser pesquisador, profissional liberal e servidor público federal.

A todos meus amigos, pela certeza de que sem vocês a vida perderia muito da sua graça.

*“Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!”*

(Mário Quintana)

RESUMO

BARROS, R.E.M. **Re-internações Psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento**. 2012. 191f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

As re-internações psiquiátricas são consequência de uma complexa combinação de situações que vão além da severidade do próprio transtorno mental. Vários fatores relacionados ao paciente, comunidade e ao sistema de saúde têm sido associados com admissões psiquiátricas recorrentes. A Reforma Psiquiátrica determinou uma mudança da base assistencial fortalecendo modalidades de tratamento comunitário. Neste contexto, a análise das readmissões assumiu um papel de destaque para a organização das redes de saúde mental, pois a dinâmica das re-internações poderá ser um indicador de qualidade dos serviços hospitalares e comunitários possibilitando a compreensão das relações entre estes serviços. Como a região de Ribeirão Preto passou a enfrentar problemas pelo aumento do número de internações e pela falta de leitos psiquiátricos disponíveis para admissão de novos pacientes, organizamos esta pesquisa objetivando verificar eventuais mudanças nas características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes admitidos pela primeira vez além de analisar possíveis fatores preditores de re-internações psiquiátricas. Nesse estudo, todos os pacientes admitidos nos serviços de internação entre os anos de 2000 e 2007 foram analisados utilizando banco de dados único criado para a pesquisa de modo que todas as admissões e readmissões do período pudessem ser estudadas. A análise dos pacientes internados no decorrer dos anos foi realizada utilizando a razão dos pacientes em relação ao ano índice para cada variável e com análise bivariada utilizando o teste do qui-quadrado. Para analisar o risco de readmissão, foi utilizada regressão logística para estimar as razões de risco relativo com seus respectivos intervalos de confiança. A análise do tempo entre a primeira e a segunda internação (readmissão) foi executada com curvas de sobrevivência. Durante o período estudado, 6.261 pacientes foram admitidos sendo verificado aumento na proporção de pacientes com algumas características sócio-demográficas (jovens, idosos e inativos profissionalmente) e clínicas (internações breves e com diagnósticos de transtornos depressivos, transtornos de personalidade e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas). Cerca de 1/3 dos pacientes admitidos sofreram readmissões durante o estudo e os principais preditores para re-internação foram faixas etárias menores, internações prolongadas e diagnósticos transtornos psicóticos e afetivos bipolares. O risco de re-internação precoce esteve relacionado com fatores de desproteção social (menor faixa etária e ausência de vínculos conjugais e ocupacionais) e de gravidade clínica (diagnósticos mais severos, tempo de permanência prolongado e internação nas enfermarias do hospital geral e do hospital psiquiátrico). Nossos dados alcançaram os objetivos propostos e novas pesquisas são necessárias para definição de preditores para re-internações, pois usuários frequentes do sistema hospitalar geram custos para a rede de saúde. Portanto, as políticas de saúde mental devem priorizar estes pacientes.

Palavras chaves: Re-internações psiquiátricas. Fatores preditores. Rede de Saúde Mental. Emergência Psiquiátrica.

ABSTRACT

BARROS, R.E.M. **Psychiatric re-admissions – influence of socio-demographic and clinics variables and modalities of treatment.** 2012. 191f. Thesis (Doctorate) – University of São Paulo at Ribeirão Preto Faculty of Medicine, Ribeirão Preto, 2012

Psychiatric re-admissions are mainly due to a complex combination of factors which go beyond the mental illness itself. Several factors associated to the patient, community and health care system have been associated to recurrent psychiatric admissions. The Psychiatric Reform has determined a shift in the basic services strengthening community treatment modalities. In this context, re-admission analyses have taken a major role in organizing mental health networks, because the dynamics of re-admissions could be an indicator of the quality of the hospital and community-based services offered allowing a better understanding of the relations between these services. As the Ribeirão Preto region has suffered from the increase of admissions and the lack of beds in psychiatric wards, we organized this research aiming at verifying possible changes in the socio-demographic and clinical characteristics of patients admitted for the first time besides analyzing possible factors for re-admissions. In this study, all patients admitted to psychiatric wards between 2000 and 2007 were analyzed using a single data base created for this research so that all admissions and re-admissions during the period could be studied. The hospitalized patients analysis along the years was accomplished using the ratio patient/index year for each variable and through a bivariate analysis using the chi-square test. In order to analyze the re-admission risk, logistic regression was used to evaluate the relative risk reasons with their respective confidence interval. Analysis of the time between first and second admission (re-admission) was made according to survival curves. During the time under study, 6.261 patients were admitted. It occurred an increase in the proportion of patients with some socio-demographic (young and elderly people clinically affected as well as professionally inactive) and clinical characteristics (short stays due to depressive, personality and psychoactive substance abuse diagnostics). About 1/3 of admitted patients went through a re-admission during the research and the main predictors for re-admission were: younger age group, prolonged length of stay in hospitals and psychotic or bipolar affective disorder diagnoses. Precocious re-admission risk was related to a lack of social protection (younger age group and absence of occupational and marital bonds) as well as the clinical seriousness (more severe diagnoses, longer stay in hospital (general or psychiatric)). Our data has reached the proposed goals but new researches are needed in order to define better the re-admission predictors, because frequent users of the health care system entail higher costs. Therefore, mental health policies must prioritize these patients.

Keywords : Re-admission. Predictor factors. Mental health networks. Psychiatric emergency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das principais instituições asilares brasileiras no final do século XIX e começo do século XX	19
Tabela 2: Principais normatizações brasileiras com suas deliberações relacionadas com a Reforma Psiquiátrica	37
Tabela 3: Proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral nas regiões administrativas do estado de São Paulo durante o ano de 2005	56
Tabela 4: Valor pago pelo Sistema Único de Saúde por paciente internado em leito psiquiátrico no ano de 2004.....	69
Tabela 5: Trecho do banco de dados HCST9807 baseado nas internações psiquiátricas	91
Tabela 6: Trecho do banco de dados HCST_PAC9807 baseado nos pacientes.....	92
Tabela 7: Caracterização clínica e demográfica dos pacientes admitidos na Região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007 de acordo com o sexo	98
Tabela 8: Caracterização demográfica dos pacientes admitidos na Região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007	100
Tabela 9: Caracterização clínica dos pacientes admitidos na Região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007	101
Tabela 10: Coeficiente de primeira internação psiquiátrica, segundo os municípios pertencentes à DRS-XIII, em 2000 e 2007.....	109
Tabela 11: Características clínicas e demográficas dos pacientes admitidos de acordo com o ano de admissão	114
Tabela 12: Relação das variáveis sócio-demográficas com a ocorrência de reinternações psiquiátricas.....	116
Tabela 13: Relação das variáveis clínicas com a ocorrência de reinternações psiquiátricas	117
Tabela 14: Relação do número de reinternações psiquiátricas dos pacientes com as variáveis clínicas e demográficas	118
Tabela 15: Regressão logística e riscos para reinternações psiquiátricas.....	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Total de CAPS no Brasil distribuídos por ano entre 1998 e 2004	47
Figura 2: Comparativo entre alguns países sobre a proporção de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes entre os anos de 2000 a 2010	49
Figura 3: Total de leitos psiquiátricos no Brasil, por ano, desde 2003	50
Figura 4: Proporção dos leitos psiquiátricos brasileiros localizados em hospital geral, desde o ano de 2006.....	57
Figura 5: Proporção de gastos brasileiros em saúde mental (hospitalar e extra-hospitalar) desde o ano de 2002	68
Figura 6: Distribuição dos pacientes internados, por serviços de internação, na região de Ribeirão Preto, entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2007 ..	96
Figura 7: Razão dos pacientes em primeira internação entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2007, em relação ao ano índice (2000)	102
Figura 8: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o sexo utilizando razões em relação ao ano índice (2000)	103
Figura 9: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com a situação ocupacional utilizando razões em relação ao ano índice (2000).....	104
Figura 10: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o estado civil utilizando razões em relação ao ano índice (2000)	105
Figura 11: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com a faixa etária utilizando razões em relação ao ano índice (2000).....	106
Figura 12: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o porte do município (procedência) utilizando razões em relação ao ano índice (2000).....	107
Figura 13: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com a procedência utilizando razões em relação ao ano índice (2000).....	108
Figura 14: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o serviço de internação utilizando razões em relação ao ano índice (2000).....	111
Figura 15: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o diagnóstico utilizando razões em relação ao ano índice (2000).....	112

Figura 16: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o tempo de permanência utilizando razões em relação ao ano índice (2000)	113
Figura 17: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para faixa etária.....	122
Figura 18: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para diagnóstico	122
Figura 19: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para procedência.....	123
Figura 20: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para local de internação	123
Figura 21: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para tempo de permanência.....	124
Figura 22: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para sexo.....	124
Figura 23: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para estado cível	125
Figura 24: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para ocupação.....	125

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CPDH	Centro de Processamento de Dados Hospitalares
CVP	Central de vagas psiquiátricas
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRS XIII	XIII Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo
ECT	Eletroconvulsoterapia
EP	Emergência Psiquiátrica
EP-HCRP	Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência
EPIB	Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve
EPQU	Enfermaria Psiquiátrica de internação prolongada
GAIS	Gerência de Assistência Integrada a Saúde
GM/MS	Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde
HC0507	Banco de dados do HCFMRP baseado nas internações de 2005 a 2007
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCST_PAC9807	Banco de dados baseado nos pacientes entre 1998 a 2007
HCST0507	Banco de dados baseado nas internações de 2005 a 2007
HCST9804	Banco de dados baseado nas internações de 1998 a 2004
HCST9807	Banco de dados baseado nas internações de 1998 a 2007
HG	Enfermarias psiquiátricas em hospital geral
HP	Hospitais psiquiátricos
HSTRP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NSMCSE	Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PI	Portaria Interministerial
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAS	Portaria do Secretário de Assistência à Saúde
SEP	Serviços de emergência psiquiátrica
SNAS	Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
ST0507	Banco de dados do HSTRP baseado nas internações de 2005 a 2007
SUS	Sistema Único de Saúde
UIPHG	Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral
USP	Universidade de São Paulo

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Internações Psiquiátricas: aspectos históricos	16
1.1.1 A estrutura hospitalar (“manicomial”) no Brasil	18
1.2 O “Movimento Antimanicomial”, a “Antipsiquiatria” e a “Reforma Psiquiátrica”	20
1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	25
1.4 A reavaliação da Reforma Psiquiátrica no Brasil	28
1.5 Legislação em Saúde Mental.....	31
1.5.1 Leis e períodos históricos.....	31
1.5.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma garantia do Estado	36
1.5.3 A Lei 10.216/2001 e suas repercussões na saúde mental brasileira	41
1.6 Organização da Rede de Saúde Mental Brasileira	42
1.6.1 Rede primária.....	42
1.6.2 Rede secundária	44
1.6.3 Rede terciária.....	47
1.6.3.1 Hospitais psiquiátricos	47
1.6.3.2 Hospitais gerais	51
1.6.3.3 Serviços de Emergência Psiquiátrica	58
1.7 Organização da Saúde Mental da região de Ribeirão Preto.....	63
1.8 Financiamento em saúde mental.....	66
1.9 Internações e re-internações psiquiátricas	69
1.9.1 Indicação de internação psiquiátrica	69
1.9.2 Modalidades de internação psiquiátrica	71
1.9.3 Preditores das readmissões psiquiátricas	73
2 JUSTIFICATIVA DO PRESENTE ESTUDO	76
3 OBJETIVOS.....	78
4 HIPÓTESES.....	79
5 MATERIAL E MÉTODOS	80
5.1 Situação do Estudo.....	80
5.2 Participantes do estudo	85

5.3 Definição das variáveis do estudo	86
5.4 Procedimentos	87
5.4.1 Construção dos bancos de dados	87
5.4.1.1 Banco de dados baseado nas internações de 1998 a 2007 (HCST9807)	88
5.4.1.1.1 Utilização do banco de dados prévio (HCST9804)	88
5.4.1.1.2 Criação do Banco HCST0507	88
5.4.1.1.3 Criação do banco HCST9807	90
5.4.1.1.4 Criação do banco HCST_PAC9807	92
5.5 Análise dos dados	93
6 RESULTADOS.....	96
6.1 Caracterização demográfica e clínica	97
6.2 Mudanças no perfil dos pacientes em sua primeira admissão.....	102
6.2.1 Variáveis sócio-demográficas	103
6.2.1.1 Sexo	103
6.2.1.2 Ocupação	104
6.2.1.3 Estado Civil.....	105
6.2.1.4 Faixa Etária.....	105
6.2.1.5 Procedência.....	106
6.2.2 Variáveis clínicas.....	110
6.2.2.1 Serviço de internação	110
6.2.2.2 Diagnóstico	111
6.2.2.3 Tempo de permanência	112
6.3 Caracterização das reinternações psiquiátricas	115
6.4 Fatores preditores para readmissões psiquiátricas	119
7 DISCUSSÃO	126
8 CONCLUSÃO	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156

1 INTRODUÇÃO

1.1 Internações Psiquiátricas: aspectos históricos

A inserção da medicina no seguimento dos pacientes acometidos por doenças mentais ocorreu, sobretudo a partir do século XIX. A “loucura” nos séculos anteriores carecia de olhar médico bem como de propostas sistematizadas no diagnóstico, seguimento e tratamento. Os ensaios científicos incipientes e as ideias técnicas, por mais que fossem raras, eram sucumbidas pelo enfoque religioso e inquisidor de modo que as teorias e dogmas místico-religiosos controlavam o conhecimento da época (KOSKY, 1986). Neste período, as instituições que abrigavam os pacientes com doenças mentais eram administradas e conduzidas por religiosos. Consequentemente, estas instituições funcionavam de maneira asilar, mesmo antes do surgimento dos chamados manicômios, a partir do século XIX. A enfermidade mental frequentemente se misturava com a preocupação em relação a outras mazelas sociais. O doente mental chamado de “alienado” era excluído da sociedade da mesma forma que os pedintes, lázaros, alcoólatras e todos aqueles que podiam ferir a razão e os bons costumes. Os “alienados” de classes sociais menos favorecidas e que escapavam da reclusão perambulavam pelas ruas, enquanto aqueles provenientes de famílias mais abastadas eram manejados nas suas próprias residências, mesmo que as abordagens terapêuticas fossem escassas. Estes asilos eram destinados à caridade, cuja principal proposta consistia em fornecer abrigo e alimento aos desfavorecidos (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Gradativamente, a relação entre doença mental e religião em suas expressões maniqueístas (demoníaca e milagrosa) começou a ser reavaliada com a concepção moral da loucura (GRASSET, 1889) que tinha como principal expoente o psiquiatra *Philippe Pinel*. O enfoque moral na análise da alienação surgiu como modelo inovador pela percepção de que a “loucura” é consequência de desarranjos das funções mentais (PINEL, 1809). Esta mudança teórica redimensionou as funções dos asilos que anteriormente tinham um propósito de abrigo daqueles com situações sociais desfavoráveis. Estas instituições assumiram um novo papel na busca de instrumentos terapêuticos e curativos para loucura, determinando o surgimento dos manicômios com princípios teóricos de Pinel: observação cuidadosa dos pacientes sem preconceitos e dogmas religiosos; comunicação respeitosa com os doentes; realização de entrevistas demoradas e repetidas em locais apropriados (PESSOTI, 1996). Esta nova proposta de tratamento com internação de doentes mentais em espaços que respeitassem outras causas não organicistas da “loucura” foi inovadora e permitiu a difusão de ideias de liberdade pautadas na Revolução Francesa e no Iluminismo (ESQUIROL, 1838).

Embora fossem inovadores para a realidade do século XIX, os manicômios passaram a sofrer críticas da comunidade científica e da sociedade civil. Os principais questionamentos em relação a estas instituições estavam associados à superpopulação de doentes mentais em suas estruturas. Isto influenciou a qualidade do tratamento moral proposto pela “*Reforma Pineliana*”, gerando custos elevados para as administrações públicas e situações sociais de descuido aos pacientes internados nos manicômios (FALTRET, 1890).

1.1.1 A estrutura hospitalar (“manicomial”) no Brasil

As primeiras instituições asilares no Brasil destinava-se ao abrigo e a caridade dos chamados “desfavorecidos” e “expostos”. Desse modo, nestes espaços poder-se-ia encontrar mendigos, lázaros, pedintes, alcoólatras e os chamados “loucos”. O foco principal destas instituições não era o tratamento médico do doente mental, mas a oferta de cuidados religiosos, alimentação e abrigo (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Como a colonização brasileira foi de origem portuguesa, a confraria católica “Irmandade de Misericórdia” destacou-se na criação dos primeiros asilos. A ação estratégica da Igreja Católica de difundir sua atuação em todo território brasileiro permitiu que os espaços asilares fossem criados em todas as províncias da época (RUSSEL-WOOD, 1981). As Santas Casas de Misericórdia representavam estes espaços de abrigo onde se realizavam os “cuidados curativos dos desfavorecidos”. Gradativamente, mudanças na prática assistencial destas instituições ocorreram permitindo o surgimento dos hospitais de caridade os quais atendiam muitos pacientes mantendo uma característica asilar (MESGRAVIS, 1976).

Durante o século XIX, os asilos ficaram sob a égide administrativa do clero local e somente no início do século XX a administração destas instituições começou a ficar a cargo de profissionais médicos, determinando o surgimento dos manicômios no território brasileiro (TEIXEIRA, 1997).

No final do século XIX, surgiram vários asilos distribuídos em todo território nacional, conforme os movimentos religiosos da Irmandade de Misericórdia e a participação da sociedade civil e científica da época (ODA; DALGALARRONDO, 2005). A tabela 1 demonstra o surgimento das principais instituições asilares (manicômios) no território brasileiro.

Tabela 1: Distribuição das principais Instituições asilares brasileiras no final do século XIX e começo do século XX

Ano	Província/Estado	Hospital
1852	Rio de Janeiro	Hospício de Pedro II (Rio de Janeiro)
1852	São Paulo	Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João)
1864	Pernambuco	Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel)
1864	São Paulo	Hospício de Alienados de São Paulo (Chácara da Tabatingüera)
1873	Pará	Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos Lázaros)
1874	Bahia	Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador)
1878	Rio de Janeiro	Enfermaria de Alienados anexa ao Hospital São João Batista (Niterói)
1883	Pernambuco	Hospício da Tamarineira (Recife)
1884	Rio Grande do Sul	Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre)
1886	Ceará	Asilo de Alienados São Vicente de Paula (Fortaleza)
1890	Paraíba	Asilo de Alienados do Hospital Santa Ana (João Pessoa)
1890	Rio de Janeiro	Colônias de São Bento e Conde de Mesquita (Ilha do Governador)
1891	Alagoas	Asilo de Santa Leopoldina (Maceió)
1892	Pará	Hospício do Marco da Légua (Belém)
1894	Amazonas	Hospício Eduardo Ribeiro (Manaus)
1895	São Paulo	Hospício-colônia provisório de Sorocaba
1898	São Paulo	Hospício-colônia de Juqueri (atual Franco da Rocha)
1903	Paraná	Hospício Nossa Senhora da Luz (Curitiba)
1905	Maranhão	Hospício de Alienados (São Luis do Maranhão)

Fonte: ODA; DALGALARRONDO, 2005

1.2 O “Movimento Antimanicomial”, a “Antipsiquiatria” e a “Reforma Psiquiátrica”

A difusão de ideias sobre possíveis tratamentos fora do espaço manicomial surgiu décadas após a implantação dos manicômios no continente europeu. Portanto, a proposta, mesmo que incipiente, de retirar dos manicômios o maior número possível de pacientes ganhava adeptos e defensores. A visão de que a melhora estava centrada na intervenção médica dentro dos manicômios já não era defendida unanimemente (KIRSHNER; JOHNSTON, 1982).

Embora não se soubesse a maneira de evitar recaídas e readmissões, ampliava-se o desejo de reintegração dos alienados à vida fora dos manicômios. Esta proposta de “desinstitucionalização” é um dos primeiros passos históricos de questionamentos contrários as macroestruturas que abrigavam doentes mentais (EGHIGIAN, 2011). Como o conhecimento psiquiátrico sobre os tratamentos das doenças mentais ainda não era cristalizado, muitas propostas alternativas à internação psiquiátrica, principalmente de pacientes não muito violentos, foram defendidas. Por mais que fossem desprovidas de bases científicas, todas buscavam alternativa a manutenção do “alienado” nos manicômios. Dentre as propostas, mereceu destaque: a) a permanência do doente junto à sua família; b) a distribuição de doentes em casas junto com famílias estranhas; c) a criação de aldeias de alienados; d) a criação de colônias agrícolas anexas aos manicômios (PESSOTI, 1996).

Mesmo que o enfoque moral trouxesse mudanças importantes na prática psiquiátrica da época, a superlotação não permitia que os princípios defendidos por Pinel e seus seguidores fossem aplicados. Os custos elevados para manutenção das estruturas manicomiais impulsionaram os ataques e os questionamentos sobre o real benefício dos manicômios (HENCKES, 2011). Ideias de reinserção dos

chamados alienados no seio familiar começaram a florescer, embora as próprias famílias de doentes mentais graves questionassem esta possibilidade. Portanto, a perspectiva de reinserção social aparecia inicialmente com propostas localizadas na vizinhança de manicômios. Provavelmente, esta organização representava uma medida preventiva para aqueles casos que fatalmente não conseguiriam viver em comunidade. O modelo teórico para o tratamento da loucura passou a ter uma ambivalência de modo que os defensores da permanência exclusiva dos manicômios acreditavam que o doente curável deveria ser internado rapidamente para que o tratamento tivesse eficácia, haja vista que o ambiente comunitário não apresentaria os recursos terapêuticos dos manicômios. De forma opositora, outros teóricos defendiam que o progresso do tratamento aconteceria de maneira mais eficaz se o médico pudesse atuar no seio familiar. Independente da análise de mérito, o manicômio passou a ser questionado por representantes da sociedade civil e nas universidades. Consequentemente, a crítica sobre o número de leitos e no total de pacientes internados nos manicômios cresceu, afetando o pensamento hegemônico da época (BURTI; BENSON, 1996).

As críticas sobre o modelo manicomial passaram a ser direcionadas ao psiquiatra que assumiu o papel de algoz deste sistema, embora a análise histórica da criação dos manicômios mostrasse o contrário. Este movimento chamado de antipsiquiatria ganhou defensores que buscavam uma mudança na terapêutica dos doentes mentais com maior liberdade no tratamento o que poderia ser alcançado com o fim dos manicômios e descentralização do tratamento psiquiátrico (SZASZ, 1973). Em meados de 1950, a antipsiquiatria ganhou espaço em virtude da profunda divisão estabelecida entre psiquiatria biológica e enfoques de tratamento psicanalíticos. A psiquiatria psicanalítica exerceu controle incontestado por décadas,

com defesa da proposta de tratamento psicodinâmico envolvido em psicoterapia prolongada. Esta dicotomia trazia críticas bidirecionais, pois os defensores da psiquiatria biológica consideravam as abordagens psicanalíticas ineficazes e não científicas enquanto a psiquiatria psicodinâmica questionava o olhar reducionista e superficial da psiquiatria biológica (DAIN, 1994). Desse modo, o olhar opositor contra a prática psiquiátrica da internação em instituições públicas ou privadas floresceu e conseguiu se estabelecer por várias décadas. Os severos questionamentos sobre a necessidade de internação, tratamento farmacológico, eletroconvulsoterapia e a psicocirurgia firmaram-se como ideias dominantes do período. O Movimento da Antipsiquiatria tinha como principais expoentes os grupos de psicanalistas e profissionais de áreas afins, sobretudo aqueles que compunham esferas acadêmicas. Este movimento foi contemporâneo a realidade mundial da década de 1960 com posturas opositoras às formas de política e de injustiça prevalentes num cenário mundial pouco harmônico (RISSMILLER; RISSMILLER, 2006). A terminologia Antipsiquiatria foi utilizada pela primeira vez pelo psicanalista Sul-Africano David Cooper, embora o movimento ideológico já existisse. O conceito e as propostas deste movimento foram difundidos internacionalmente pelos seus quatro principais representantes: Michel Foucault (França), Laing (Grã-Bretanha), Thomas Szasz (Estados Unidos) e Franco Basaglia (Itália). Estes pensadores defenderam o conceito de que a realidade pessoal de cada paciente acontecia independentemente de qualquer definição hegemônica de normalidade imposta pela psiquiatria (COOPER, 1967).

No século XIX, já existiam olhares críticos à prática psiquiátrica, mas, na segunda metade do século XX, o Movimento da Antipsiquiatria impulsionou as críticas e ganhou adeptos das mais diversas áreas do conhecimento, sobretudo das

áreas afins à psiquiatria (CROSSLEY, 1998). Neste contexto, a Antipsiquiatria questionava a centralização dos tratamentos dos doentes mentais na figura do psiquiatra, mas também a crescente “medicalização” da loucura. Em formas mais extremadas, os seguidores deste movimento questionavam, inclusive a real existência da doença mental. Alguns conceitos teóricos da Antipsiquiatria modificaram-se no decorrer dos anos em oposição aos avanços da psiquiatria e da neurociência com enfoque de ataque aos estabelecimentos psiquiátricos e ao sistema de tratamento no qual o psiquiatra estava inserido (TANTAM, 1991). Impulsionado pelos movimentos sociais das décadas de 1960 e 1970, o Movimento da Antipsiquiatria ficou fortalecido e acabou por levar os psiquiatras a assumirem uma posição defensiva (DAIN, 1989). A Antipsiquiatria extrapolava suas convicções além do olhar crítico para o cerceamento de liberdade do doente mental nas instituições psiquiátricas, pois defendia a necessidade do olhar “psicológico” o qual neste conceito teórico deveria prevalecer (SHORTER, 1997). Uma singularidade deste movimento foi a postura radical frente às suas convicções. Seus ideólogos traziam fortes críticas à sociedade moderna e escalonavam a doença mental numa posição secundária, pois, segundo eles, o modelo social imposto objetivava reprimir potencialidades em favor dos objetivos sociais dominantes. Desse modo, a psiquiatria e os hospitais acabavam por representar uma forma de restringir as potencialidades humanas mesmo que a discussão sobre o adoecer mental fosse trazida na discussão dos modelos de tratamento (BERLIM; FLECK; SHORTER, 2003). O aspecto mais temerário destas posturas radicais foi a oposição aos conceitos centrais da prática psiquiátrica (propósitos, diagnósticos, nosologias, prognóstico e tratamentos). Portanto, a proposição de abandonar toda a propedêutica psiquiátrica demonstrava uma rejeição ao modelo médico no qual a

psiquiatria se baseava (VAN PRAAG, 1978). A percepção equivocada de que a doença mental constituía nada mais do que um rótulo social era um princípio defendido pela Antipsiquiatria, logo, ao aceitar esta lógica, seus teóricos aceitavam que os diagnósticos psiquiátricos representavam uma reação da sociedade a um comportamento inaceitável às normas sociais (SCHEFF, 1966). O enfoque psicanalítico estrito fortalecia a negação das proposições médicas e científicas sobre as doenças mentais (HOBSON; LEONARD, 2001).

As ideias da Antipsiquiatria foram ao encontro das propostas reformadoras do início das décadas de 1970 e 1980. A Itália representou o berço do movimento social conhecido como “Reforma Psiquiátrica” que, posteriormente, foi difundido pelo mundo. Embora as ideias reformadoras já circulassem nos anos anteriores, o movimento reformador passou a assumir um caráter político-social com a aprovação Lei Italiana 180 em 1978. (FUSAR-POLI; BRUNO; MACHADO DE SOUSA, 2011). O expoente deste movimento reformador foi o psiquiatra italiano Franco Basaglia, idealizador da Psiquiatria Democrática, a qual analisava criticamente a realidade do tratamento centrado nos macro-hospitais predominantes neste período (PYCHA et al., 2011). A Lei Italiana 180 tinha como objetivos principais o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, a limitação das internações psiquiátricas, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a criação de serviços comunitários de saúde mental que atendessem áreas geográficas específicas e a regulamentação para as admissões compulsórias (BERSANI, 2009). O princípio básico da Reforma Psiquiátrica estava numa substituição do modelo hospitalar para um modelo comunitário o que levava sistematicamente uma redução de leitos e fechamentos de hospitais psiquiátricos (GIROLAMO; COZZA, 2000).

1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

As ideias reformadoras europeias ressoaram e estimularam movimentos semelhantes na América Latina, inclusive no Brasil. Os mesmos princípios de limitação das internações, desinstitucionalização e criação de uma rede de atendimento comunitário nortearam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (MORGADO; LIMA, 1994).

No Brasil, o período histórico vivenciado no final da década de 1970 era um momento fértil para ampliação de movimentos sociais compostos por vários estratos sociais e categorias profissionais. Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica surgiu e passou a ganhar notoriedade (AMARANTE, 1995; GASTAL et al., 2007).

A unificação dos Institutos de Aposentadorias, em meados da década de 1960, centralizou os recursos destinados à saúde com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e determinou aumento das internações psiquiátricas num modelo já predominantemente macro-hospitalar. Este modelo foi mantido após a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O crescente aumento das internações ocorreu, sobretudo por instituições conveniadas e contratadas pelo poder público (PAULIN; TURATO, 2004). A rede de saúde deste período permitia que o aumento nas internações fosse uma realidade gradativa, pois o sistema de saúde se caracterizava por (TRALDI, 2006):

- a) Política de saúde centralizada no governo federal por intermédio do INAMPS o qual administrava os gastos públicos da saúde direcionando os investimentos para serviços médicos hospitalares;

- b) Estrutura gerencial fragmentada trazendo pouca organização entre os atores do Sistema de Saúde (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, INAMPS e prestadores de serviços conveniados;
- c) Ausência de controle público (definição de formas de financiamento, prioridades e distribuição geográfica dos serviços) e social (controle da qualidade e tipo de serviço prestado aos usuários);
- d) Atendimentos em saúde concentrados em unidades hospitalares terciárias ou ambulatoriais de nível secundário gerando altos custos, pouca hierarquização e regionalização dos atendimentos além da ausência de integração e coordenação na assistência em saúde.

O número crescente das internações psiquiátricas e a falta de controle por parte do poder público sobre os elevados gastos com admissões na rede privada e conveniada determinaram que seguimentos da sociedade (profissionais da saúde, usuários, familiares, associações, militantes dos direitos humanos, associações e sindicatos) questionassem este modelo. Uma sequência de encontros e congressos, promovidos pela sociedade civil e trabalhadores de saúde mental, foi organizada neste período histórico e sempre traziam como temática principal o modelo de tratamento baseado nos macro-hospitais com internações prolongadas (PITTA, 2011). Dentre os principais eventos em que as ideias reformadoras foram difundidas, mereceu destaque: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (1978), o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas (1983), o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo (1985), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987). Um marco histórico para o setor de saúde mental que possibilitou mudanças ao nível do Ministério da Saúde foi a

Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (OMS/OPAS, 1990; HIRDES, 2009).

Neste contexto histórico, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou o embrião para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a Reforma Psiquiátrica brasileira, pois seu relatório final tinha como principal proposta a reformulação do modelo assistencial a partir da reorganização da rede de serviços e de modificações da legislação vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A evolução política das discussões levou à elaboração do projeto de Lei 3657/89 pelo então deputado Paulo Delgado, o qual propunha a extinção progressiva dos macro-hospitais, com garantias dos direitos do doente mental numa base assistencial comunitária (BRASIL, 1989).

O sistema de saúde brasileiro prévio à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a manutenção do modelo de atendimento macro-hospitalar, todavia a efetivação do SUS e de seus princípios – universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização, hierarquização e participação popular, fortaleceu as propostas de liberdade e, por conseguinte, as ideias de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1990).

A década de 1990 foi caracterizada pela publicação de muitas normatizações oficiais, sobretudo portarias do Ministério da Saúde que buscavam regulamentar as

diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica. As portarias reafirmavam os princípios de reorientação do modelo de atenção estabelecendo regras de funcionamento e financiamento dos serviços extra-hospitalares, além de conduzir fiscalizações mais rígidas aos hospitais psiquiátricos. Dentre as propostas encaminhadas, destacou-se a implantação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que foram os serviços representativos da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2004). O ambiente político permaneceu favorável permitindo que, no ano de 2001, fosse aprovada a Lei Federal 10.216, cuja base ideológica estava no projeto de Lei 3657/89. Esta nova legislação representou um avanço na construção da Reforma Psiquiátrica pela amplitude desta nova normatização. A Lei 10.216/2001 dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e propunha um redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental. Desse modo, normativamente, a Reforma Psiquiátrica se concretizou, passando a ser encaminhada oficialmente em todas as esferas governamentais. A partir deste momento, todos os outros dispositivos ministeriais criados fortaleciam as proposições e a execução da referida lei federal (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

1.4 A reavaliação da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Alguns questionamentos e críticas surgiram desde o início da Reforma Psiquiátrica, pois algumas demandas não foram alcançadas e algumas consequências negativas do processo reformador aconteceram. Embora avanços tenham ocorrido na mudança do modelo asilar para o modelo comunitário, várias dificuldades são percebidas atualmente na organização da atenção à saúde mental brasileira (WHO, 2007).

O combate à doença mental extrapola a organização das redes de saúde mental, necessitando de políticas de inclusão social e de geração de renda. Desse modo, os aspectos sociais são muito importantes no sucesso de qualquer política de saúde pública. As propostas preventivas com inserção de políticas para acesso à cultura, lazer, emprego e renda estão intimamente ligadas ao sucesso das políticas de saúde mental (PEREIRA LIMA et al., 2007; IVO DE CARVALHO; WESTPHAL; PEREIRA LIMA, 2007).

Portanto, a simples retirada do doente mental do macro-hospital para ambientes comunitários, sem a real proteção social, não determinou de maneira absoluta, melhores condições de tratamento (PITTA, 2011). As políticas públicas em saúde mental no Brasil visaram, desde a década de 1990, a mudança da base assistencial hospitalar com criação de serviços comunitários, todavia a inclusão social dos portadores de doença mental não foi o foco das normatizações oficiais deste período (MATEUS et al., 2008).

A acessibilidade ao tratamento é outro fator crítico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois o serviço representativo deste movimento no país foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que surgiu com a proposta de substituir os leitos psiquiátricos, os quais estavam em processo acelerado de descredenciamento (BARROS; TUNG; MARI, 2010). Desse modo, uma população elevada de pacientes não podia recorrer ao tratamento na rede hospitalar como se fazia no período anterior à Reforma Psiquiátrica. Este modelo substitutivo isolado não garantiu o acesso ao tratamento, pois a garantia de vagas para o tratamento não foi efetivada em face da falta de vagas para internação psiquiátrica (BEZERRA JUNIOR, 2011). A criação dos serviços comunitários em muitas regiões não teve a mesma velocidade do descredenciamento e fechamento dos leitos psiquiátricos gerando problemas de

acessibilidade, haja vista, que o fechamento de hospitais psiquiátricos em uma área específica só deveria acontecer após a solidificação da rede comunitária (THORNICROFT et al., 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi construída em um período de discussões sobre modelos de tratamento cujos atores representavam categorias profissionais diferentes. O enfrentamento ao modelo médico-hospitalar hegemônico determinou um cenário apropriado para conflitos entre categorias de profissionais de saúde mental que em muitos momentos ultrapassaram a questão técnica. Alguns serviços comunitários apresentaram uma fragmentação entre as categorias profissionais com dificuldades no estabelecimento de papéis, o que permitiu alguns confrontos. Nesta perspectiva, a qualidade do atendimento tinha algum prejuízo e o usuário do sistema de saúde mental ficava prejudicado (BARROS, 2008).

As Políticas de Saúde Mental principalmente nos países em desenvolvimento devem se adequar às necessidades da saúde pública local, portanto as medições dos indicadores de impacto devem nortear as propostas a serem executadas (MARI; THORNICROFT, 2010). Este princípio de saúde pública permite escalonar as reais necessidades deixando a rede de saúde mental mais efetiva e eficaz (RAZZOUK et al., 2010). No entanto, as publicações sobre o principal serviço da Reforma Psiquiátrica Brasileira – CAPS – não trouxeram delineamentos capazes de fornecer estas respostas, permitindo que críticas surjam sobre o modelo de organização de serviços estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica (BALLARIN; MIRANDA; FUENTES, 2010).

1.5 Legislação em Saúde Mental

1.5.1 Leis e períodos históricos

Embora a maior divulgação da legislação ligada à saúde mental tenha acontecido posteriormente à Reforma Psiquiátrica, algumas normatizações existiam desde o Império. Neste período histórico, a legislação em saúde mental era bem restrita com algumas poucas referências, sobretudo na esfera criminal já que o Código Criminal do Império versava sobre a imputabilidade do doente mental em situações em que ele estivesse sintomático e indicava o recolhimento do mesmo a instituições apropriadas. Pela raridade destes espaços, a maioria dos alienados delituosos era recolhida às Casas de Correção (KOERNER, 2006). Durante a república, houve uma ampliação das legislações sobre esta matéria, portanto é possível descrever três períodos históricos republicanos que precederam a Reforma Psiquiátrica (MESSAS, 2008): período inicial (1890-1910), período de ampliação da ação estatal (1911-1945) e período do desenvolvimentismo brasileiro (1946-1982).

O período inicial caracterizou-se pela produção de propostas oficiais relativas à assistência do doente mental e pelas primeiras tentativas de organização institucional (LUZ, 1982). Inicialmente, o Decreto 142/1890 determinou um afastamento das instituições psiquiátricas hospitalares daquelas de caridade, em geral, com enfoque religioso. Isto representou um afastamento do modelo imperial e uma aproximação do Estado nos cuidados com a doença mental (CAPONI, 2000). Como a organização dos “hospícios” no Império ficava sob a égide das Instituições Religiosas, não havia controle de modelos para o funcionamento dos macro-hospitais. O Decreto 206/1890 trazia instruções para o funcionamento de algumas instituições asilares e constituiu um marco no processo de envolvimento

governamental com a prática hospitalar, pois propunha o estabelecimento de uma ampla assistência médica e legal aos alienados. As dificuldades neste período histórico sobre a definição concreta do processo saúde – doença, sobretudo da doença mental, levou a uma carência de textos constitucionais com foco na saúde mental, pois as preocupações sanitárias centravam-se nas endemias e epidemias (SILVA, 1998). A mudança administrativa dos “hospícios” com a gerência administrativa pelo psiquiatra e não mais pelo clero foi conduzida pelos Decretos 508/1890 e 896/1892. Embora o psiquiatra tenha assumido um papel de destaque na organização gerencial dos hospitais, a percepção da necessidade de trabalho conjunto com outras categorias profissionais nascia no Decreto 791/1890 com a criação a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras dentro do Hospício Nacional de Alienados (BRASIL, 1890; BRASIL, 1892). A aproximação entre as grades curriculares de enfermeiros e médicos refletia também a preocupação com o tratamento. De um assistencialismo beneficente, característico do período imperial, passava-se a uma atenção terapêutica, princípio orientador da especificidade profissional sendo necessária a comprovação de competência (MESSAS, 2008). Os Decretos 508/1890 e 896/1892 definiram também a atuação profissional do período com preceitos hierárquicos e atribuições bem estabelecidas entre as categorias profissionais. Desse modo, buscava-se uma melhor organização das práticas assistenciais em saúde mental (CASTEL, 1978). No início do período republicano, a base assistencial estava centrada no manicômio, todavia o Decreto 1.132/1903 evidenciava a possibilidade de tratamento domiciliar desde que o paciente recebesse os cuidados necessários podendo haver internação caso esta proposta não tivesse seus objetivos alcançados (BRASIL, 1903).

No período de ampliação da ação estatal, o Estado passou a centralizar ações e intervenções na saúde com atos normativos que ampliavam a ação governamental sobre a saúde mental da população. O conceito de saúde mental se ampliava passando a reunir, além dos alienados, um amplo grupo de indivíduos chamados imprecisamente de psicopatas. Estes incluíam alcoolistas, sífilíticos e epiléticos, diagnosticados não mais pela alteração da vivência de realidade, mas com base em desvios comportamentais aferidos em relação a uma norma média. Portanto, este novo sistema de assistência não se restringia somente ao espaço asilar, mas se estendia a outras instâncias da sociedade (CANGUILHEM, 1990; PORTOCARRERO, 2002). A preocupação social do Estado com os doentes mentais e mais especificamente com os ébrios habituais, abusadores de drogas e epiléticos começou a aparecer com os Decretos 8.834/1911 e 2.861/1914 (BRASIL, 1911; BRASIL, 1914). A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) pelo Decreto 3.927/1920 evidenciou o maior papel estatal na temática de saúde mental. O DNSP fundamentava-se por uma intervenção com ação policial sobre o espaço coletivo e individual. A partir de então, os objetivos de higiene e profilaxia estatais passaram a sobrepor-se, oficialmente, aos direitos individuais. A fiscalização policial era de amplo espectro, compreendendo desde a intimidade das habitações aos espaços industriais e comerciais. Em substituição ao liberalismo do início da República no país, começava-se a desenhar um intervencionismo ditatorial, inclusive na saúde mental (PEREIRA NETO, 2001). O tratamento, por vezes, se mesclava com punibilidade principalmente nos casos de alcoolismo e consumo de drogas. Em função disto, não foram raros dispositivos jurídicos, tais como o Decreto 4.294/1921, que penalizava ora os contraventores pela venda de substâncias psicoativas ora os usuários pela obrigatoriedade imposta ao tratamento. Portanto, é da lógica da

punibilidade que surgiu o tema do tratamento (BRASIL, 1921). O controle estatal alcançou um ponto cujo viés político incorporava conceitos de hereditariedade e de eugenia como pode ser percebido nos Decretos 4.665/1923 e 4.778/1923 (COSTA, 1989). A participação governamental cresceu com a percepção de que a necessidade de controle e tratamento extrapolava os casos de ataques à ordem e moral pública. Esta ampliação de entendimento estava demonstrada no Decreto 5.148/1927 com a inclusão da auto e hetero-agressividade entre os motivos para internação. De modo algum o legislador deixava de se preocupar com a ordem pública, porém a inclusão das tentativas de suicídio e homicídios de origem psicopatológica no rol dos casos sujeitos ao tratamento podia ser visto como uma ação progressista, uma vez que se incorporava ao campo da saúde mental o que antes era circunscrito ao direito penal (MESSAS, 2008). O último ato legislativo de relevância deste período foi o Decreto 24.559/1934 com o objetivo de amplo tratamento e amparo para a população com transtorno mental. Este decreto destacava-se pela proposição de mecanismos de proteção ao doente mental em relação aos bens, direitos civis e amparo social, como também as condições de credenciamento de profissionais de saúde e instituições atinentes à saúde mental, além das formalidades a serem cumpridas na internação (BRASIL, 1934).

O período desenvolvimentista brasileira foi influenciado pelo momento pós-guerra com uma descontinuidade em relação aos dois períodos anteriores e incorporação de outro paradigma para a interpretação da saúde mental e, consequentemente, para a elaboração de leis que lhe serviram de apoio. Neste contexto, conforme expressado no Decreto 28.096/1950, a psicanálise tornou-se a vertente de conhecimentos ligados à saúde mental que mais teve a oferecer neste período (BRASIL, 1950). Esta nova ótica psicanalítica determinou que os hospícios

não fossem visualizados como bons instrumentos para o tratamento de doentes mentais por mais que eles representassem a principal instituição de tratamento da época. Uma tentativa de instituir Centros de Saúde com propostas de higiene mental e medidas educativas e profiláticas nascia no pós-guerra (YAHN, 1955). Embora com uma menor autonomia jurídica em face do menor totalitarismo comparado aos períodos anteriores, a progressão da saúde mental não foi paralisada, no que tange à busca por melhores modelos para a sua construção e manutenção na sociedade, como atesta o Decreto 49.974/1961 que regulamentou o Código Nacional de Saúde. Este decreto formalizava que as atividades em saúde mental ficavam sobre a tutela do Ministério da Saúde com objetivos de prevenção das doenças mentais e da redução, ao mínimo possível, das internações psiquiátricas em manicômios. No entanto, pela carência de outras propostas de tratamento, isto não ocorreu na prática (MESSAS, 2008). Esta norma estimulava investigações epidemiológicas e a criação de centros de atendimento com regime de hospital dia para o tratamento de alguns doentes mentais bem como a inserção de alas psiquiátricas em hospitais gerais, embora o sucesso destes encaminhamentos não tenha sido alcançado (BRASIL, 1961). Durante o período de ditadura militar (1964-1985), as políticas de saúde, inclusive em saúde mental, foram caracterizadas pela ligação da rede de saúde com a medicina privada. Esta privatização da saúde foi permitida por um totalitarismo governamental que centralizava as normatizações neste sentido. A ideologia presente para as ações de saúde visava o individual e o especializado em detrimento de ações preventivas e que beneficiassem a coletividade. As propostas sanitárias estimulavam a criação de complexos médicos hospitalares que recebiam grandes repasses de capital e tinham certa independência para realizar suas internações. Este modelo gerou digressões ao sistema de saúde, pois algumas

internações foram efetivadas sem a real necessidade técnica. Desse modo, a prática de saúde até meados de 1980 foi contaminada pelo foco lucrativo dos procedimentos hospitalares (ESCOREL, 2008).

1.5.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma garantia do Estado

As Políticas de Saúde Mental só conseguem ser efetivadas quando o Estado estabelece dispositivos normativos para este fim. A garantia de recursos financeiros e de estruturação da rede de saúde mental é consequência, dentre outros fatores, da legislação do país. As principais normatizações da Saúde Mental Brasileira associada à Reforma Psiquiátrica foram leis (atos normativos de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo), decretos (atos administrativos da competência exclusiva do chefe do Executivo para atender situações previstas em leis), portarias GM/MS, SNAS/MS e SAS/MS (são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento de serviços) além das resoluções e deliberações (diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como os Conselhos de Saúde) (BRASIL, 2004).

No início da década de 1990, a Declaração de Caracas encaminhou discussões sobre o tratamento psiquiátrico convencional nos chamados “manicômios” concluindo que esta modalidade terapêutica não permitia alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo (OMS/OPAS, 1990). Este documento foi de extrema importância para a Reforma Psiquiátrica no Brasil estimulando as normatizações a partir do início da década de 1990. As principais normatizações relacionadas à Reforma Psiquiátrica bem como suas deliberações são descritas na tabela 2.

Tabela 2: Principais normatizações brasileiras com suas deliberações relacionadas com a Reforma Psiquiátrica**Lei 9.867/1999***Criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos***Lei 10.216/2001***Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental em saúde mental e redireciona o modelo assistencial***Decreto 28/05/2003***Institui Grupo de Trabalho Interministerial para apresentar propostas de atenção aos usuários de álcool***Lei 10.708/2003***Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações***PI 628/2002***Estabelece mecanismos para extensão da assistência em saúde mental para detentos do sistema penitenciário***GM/MS 1.720/1994***Estabelece a adesão do Brasil ao Dia Mundial da Saúde Mental e reafirma este compromisso na área de saúde***GM/MS 1.077/1999***Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica***GM/MS 106/2000***Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos"***GM/MS 799/2000***Auditoria especial nos serviços de saúde mental***GM/MS 1.220/2000***Regulamenta a Portaria/GM/MS no 106, de 11 de fevereiro de 2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS***GM/MS 175/2001***Define a equipe mínima que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos*

GM/MS 251/2002

Institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria

GM/MS 336/2002

Acrescenta novos parâmetros para a área ambulatorial e direcionando novos serviços específicos (álcool/drogas e infantil)

GM/MS 626/2002

Dispõe sobre custeio dos CAPS e um plano de expansão destes serviços

GM/MS 816/2002

Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas

GM/MS 817/2002

Incluem na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos referentes à internação por uso de álcool e drogas

GM/MS 1.467/2002

Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação da rede hospitalar (PNASH)

GM/MS 1.635/2002

Estabelece regras para assistência terapêutica de portadoras de deficiência mental e de autismo

GM/MS 2.391/2002

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias

GM/MS 457/2003

Cria grupo de trabalho intraministerial para estabelecimento de uma política de saúde em álcool e outras drogas

GM/MS 1.455/2003

Define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para todos os CAPS

GM/MS 1.946/2003

Elabora a proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

GM/MS 1.947/2003

Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos CAPS para a Infância e Adolescência

GM/MS 2.077/2003

Regulamenta a Lei 10.708 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa “De Volta Para Casa”

GM/MS 2.078/2003

Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”

GM/MS 52/2004

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004

GM/MS 53/2004

Estabelece novos procedimentos no SIH-SUS referentes a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

SNAS/MS 189/1991

Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental

SNAS/MS 224/1992

Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental

SAS/MS 407/1992

Cria código de procedimento transitório para hospitais psiquiátricos definindo exigências mínimas

SNAS/MS 408/1992

Relaciona todos os códigos de procedimento da assistência psiquiátrica e regulamenta o cadastramento dos serviços

SAS/MS 88/1993

Prorroga o prazo de validade do código de procedimento Internação

SAS/MS 145/1994

Constituição de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP)

SAS/MS 147/1994

Exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da Instituição Psiquiátrica

SAS/MS 111/2001

Altera a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

SAS/MS 189/2002

Insere novos procedimentos ambulatoriais em saúde mental na tabela do SIA-SUS

SAS/MS 305/2002

Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS ad

SAS/MS 1.001/2002

Define a classificação e remuneração dos hospitais psiquiátricos do SUS

SAS/MS 150/2003

Homologa os resultados das revistorias realizadas nos hospitais psiquiátricos

Resolução 93/1993

Constitui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica

Resolução 298/1999

Constitui a Comissão de Saúde Mental

Recomendação 008/2003

Aprova o Programa “De Volta Para Casa”

PI: Portaria Interministerial; GM/MS: Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde; MS: Ministério da Saúde;
SNAS: Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; SAS: Portaria do Secretário de Assistência à Saúde
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

1.5.3 A Lei 10.216/2001 e suas repercussões na saúde mental brasileira

A Lei 10.216/2001 significou, com algumas mudanças no texto original, a aprovação histórica do projeto de Lei (PL) 3657/89. Em virtude da demora na tramitação desta PL, muitos estados brasileiros aprovaram legislações baseadas neste Projeto de Lei encaminhado pelo deputado Paulo Delgado.

Originalmente, o movimento social para a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, de acordo com o projeto do deputado Paulo Delgado, tinha como objetivo central a extinção progressiva dos manicômios, entendidos como instituições de internação psiquiátrica especializada. No entanto, no decorrer do processo, as negociações legislativas juntamente com o jogo de interesses e as forças políticas acabaram fazendo com que houvesse mudanças fundamentais no texto final da lei. A principal mudança diz respeito ao ponto central do PL (a extinção dos manicômios) que não foi mencionada no substitutivo do Senador Sebastião Rocha (BRITTO, 2004). A Lei 10.216/2001 dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Esta legislação apresentou uma proposta de proteção à pessoa portadora de transtorno mental estabelecendo direitos e redirecionando o modelo de assistência em saúde mental. O texto do Projeto de Lei 3.657/89 dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória, apresentando como proposta central a substituição do modelo manicomial. Esta marcante diferença entre as propostas do PL e do texto final da lei demonstrou o poder dos diversos interesses presentes na elaboração deste regimento legislativo (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216/2011 representou a afirmação jurídica da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O Estado aproximou-se destas propostas com um papel protagonista na mudança do modelo assistencial. O entendimento da criação de uma rede de saúde mental redirecionando os atendimentos inseriu uma nova lógica de financiamento em saúde mental com repasses, gradativamente, maiores aos serviços não hospitalares. Portanto, ocorreu um forte estímulo para criação de Centros de Atenção Psicossociais cujo surgimento estava vinculado, basicamente, ao respeito dos tópicos regulamentadores das portarias ministeriais. Esta inversão de investimento reduziu a rede hospitalar com limitações de leitos sem compensação adequada nos hospitais gerais (BARROS et al., 2010).

1.6 Organização da Rede de Saúde Mental Brasileira

Como o Brasil é um país de dimensões continentais, quaisquer políticas de saúde devem levar em consideração o escalonamento da atenção em níveis de complexidade sob pena de serem onerosas e ineficazes. Em relação à saúde mental, este princípio também precisaria ser observado para garantir a integralidade e universalidade do atendimento. A rede de saúde mental deve apresentar uma integração entre os diversos níveis de atenção com atuação harmônica e complementar sendo constituída por vários dispositivos assistenciais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios.

1.6.1 Rede primária

Em meados da década de 1970, a rede primária de atenção à saúde apareceu como uma estratégia prioritária para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos. Portanto, o sistema de saúde cuja rede primária é

fortalecida apresenta bons resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema. A atuação da rede primária está baseada num conjunto integrado de ações com baixa complexidade e que permitem um cuidado mais integral à saúde de populações com indicadores socioeconômicos desfavoráveis. Este nível de atenção organiza e racionaliza o uso de todos os recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Desse modo, a rede primária representa o primeiro nível de atenção do sistema de saúde assumindo uma importante função na organização deste sistema ao qual está inserido (STARFIELD, 1992). Apesar do grande investimento nos serviços mais especializados em saúde mental, uma parcela significativa de pacientes com transtornos psiquiátricos frequenta a atenção primária (VERHAAK, 1993), portanto a participação efetiva da atenção primária determina uma menor sobrecarga da rede de saúde como um todo, bem como um escalonamento dos atendimentos por gravidade dos casos. A rede primária maneja e evita o agravamento de casos leves permitindo o acesso direto de casos mais graves à rede secundária e, assim, diminuindo internações desnecessárias (GRISWOLD et al., 2005).

No Brasil, a Atenção Primária em saúde mental pode ser representada por equipes mínimas em saúde mental com atendimentos em unidades básicas de saúde, portanto permitindo um atendimento descentralizado em serviços de saúde geral (REINALDO, 2008) e por equipes de matriciamento as quais interagem mais dinamicamente com as equipes de atenção primária (TÓFOLI; FORTES, 2007). O modelo de apoio matricial é organizado através de equipes especializadas que interagem com as equipes de saúde da família. Dentre as ações executadas pelas equipes de apoio matricial estão às consultorias técnicas e pedagógicas, os atendimentos conjuntos e as ações assistenciais específicas, que devem ser sempre

dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, ter enfoque coletivo. A responsabilização compartilhada dos casos reduz a lógica do simples encaminhamento ao serviço especializado de psiquiatria, pois aumenta a capacidade resolutiva nos problemas de saúde mental pelas equipes básicas de saúde. Desse modo, a interdisciplinaridade e a ampliação da capacidade clínica das equipes são efetivadas de forma gradativa (BRASIL, 2003). O aumento da resolutividade da rede primária para os casos de transtornos psiquiátricos permite uma organização do fluxo de pacientes dentro da rede de saúde mental. Consequentemente, os serviços podem funcionar sem sobrecargas e com maior eficiência, fazendo com que a rede de saúde mental apresente maior equilíbrio nos setores de atendimento (DIMENSTEIN et al., 2009). O matriciamento é uma estratégia apoiada oficialmente pelo Ministério da Saúde sendo uma das propostas mais importantes para organizar a rede de saúde mental. No entanto, as definições específicas sobre financiamento desta proposta ainda é uma lacuna nas políticas nacionais de saúde.

1.6.2 Rede secundária

A rede secundária é constituída, principalmente, pelos Ambulatórios de Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ambos os serviços têm composição multiprofissional, todavia a atual Política de Saúde Mental Brasileira direciona os investimentos para os Centros de Atenção Psicossocial (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

O Ambulatório de Saúde Mental é um serviço especializado que pode funcionar ligado ou não a uma unidade geral de saúde. Seus objetivos são o tratamento, a reabilitação e reinserção social, como também a promoção da saúde

mental. Nele, destaca-se o atendimento de doentes mentais não estabilizados na Atenção Primária. Este serviço deve contar com uma equipe mínima com diferentes categorias profissionais, sobretudo médico psiquiatra, psicólogo e assistente social. As atividades desempenhadas por este serviço extrapolam os simples atendimentos clínicos individuais podendo ocorrer atividades terapêuticas em grupo bem como atividades na comunidade, reuniões com a família e visitas domiciliares (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Os CAPS são serviços criados com a ideia de consolidar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Atualmente, eles podem ser classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas) e CAPS i (infantil), a depender da abrangência da população atendida, tipo de atendimento ofertado e do horário de funcionamento. A proposta dos CAPS está baseada não só no atendimento de pacientes e familiares, mas também na articulação com as redes de saúde e sociais a fim de promover a inclusão social. Embora seja o principal serviço comunitário e substitutivo da Reforma Psiquiátrica brasileira, poucos estudos existem para avaliar os indicadores de impacto destes serviços na rede de saúde mental, inclusive nos outros serviços que compõem esta rede (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil foi inaugurado em março de 1987 em São Paulo (CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira), no contexto político da redemocratização do país e reavaliação dos modelos terapêuticos em saúde mental (GOLDBERG, 1992). Após este marco histórico, foram criados, em 1989, os Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos os quais estavam sob a influência do referencial basagliano para extinção dos manicômios (LANCETTI; KINOSHITA, 1992). Diferentemente da experiência na cidade de Santos, que

consistia de todo um programa de políticas públicas, o CAPS Luiz Cerqueira foi uma unidade específica da rede pública do Estado de São Paulo. O caminho de reflexão que ele veio a trilhar situava-se mais estritamente no interior da clínica e da organização do atendimento sem utilizar, exclusivamente, de reformulações técnicas que caracterizaram a fase inicial da reforma. No CAPS Luiz Cerqueira, o questionamento dos pressupostos do saber psiquiátrico foi colocado não em uma perspectiva externa à psiquiatria, mas no sentido de, internamente ao saber médico, produzir um novo modo de fazer e conceber a doença mental, seu tratamento e a cura. A clínica do CAPS Luiz Cerqueira, portanto, não dispensava a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, porém os subordinou a uma nova apreensão do que era a problemática e o tratamento da doença mental. Estes marcos históricos foram ao encontro das ideias reformadoras que emergiam na sociedade brasileira e influenciaram diretamente o surgimento dos CAPS no território nacional que passaram a representar os principais elementos da atenção aos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (TENÓRIO, 2002).

A confirmação de que os CAPS significaram o principal serviço da Reforma Psiquiátrica Brasileira é o aumento gradativo no número destes serviços em todo o país durante os últimos 20 anos. O Ministério da Saúde estimulou o surgimento deles com fomentos e financiamentos específicos (BRASIL, 2011). A figura 1 mostra o total de CAPS existentes em cada ano entre 1998 e 2011.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011

Figura 1: Total de CAPS no Brasil distribuídos por ano entre 1998 e 2011

1.6.3 Rede terciária

A rede terciária é constituída pelos serviços de internação psiquiátrica os quais teoricamente são destinados a receber os quadros psiquiátricos mais graves e que não podem ser manejados na rede primária e secundária. No Brasil, as unidades de internação psiquiátricas estão distribuídas em: hospitais psiquiátricos (HP), enfermarias psiquiátricas em hospital geral (HG) e serviços de emergência psiquiátrica (SEP).

1.6.3.1 Hospitais psiquiátricos

Os hospitais psiquiátricos tradicionais com alas específicas para internação dos doentes mentais representavam a base do tratamento psiquiátrico nas décadas anteriores à Reforma Psiquiátrica. Embora tenha ocorrido um fechamento gradativo de leitos psiquiátricos e estímulos para criação de uma rede substitutiva comunitária,

os hospitais psiquiátricos tradicionais respondiam pela maioria das admissões psiquiátricas no território brasileiro (KILSZTAJN et al., 2008). Portanto, estas instituições exerciam uma importante atuação na rede de atendimento terciário em saúde mental. A manutenção desta predominância hospitalar foi alvo de críticas por instâncias governamentais que fiscalizavam orçamentos e outras políticas. Por mais que a velocidade de fechamento dos leitos psiquiátricos tenha sido dinâmica, existiam críticas a respeito de uma possível morosidade no processo de “desospitalização” em curso confirmando uma nova influência estimuladora ao descredenciamento adicional de leitos psiquiátricos. Embora muitos institutos não tenham competência técnica na área de saúde, emergiram muitos apontamentos deles questionando que os hospitais psiquiátricos no Brasil continuavam sendo os maiores responsáveis pelo tratamento dos transtornos mentais (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2005).

Apesar da dificuldade para definição exata do número ideal de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes, haja vista, que a organização da rede influenciaria neste cálculo (WHO, 2001), o Ministério da Saúde apregoava como padrão desejado o valor de 0,45 leitos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2002). Entre os anos de 2000 e 2010, a proporção de leitos manteve-se em torno de 0,2 leitos por 1.000 habitantes, mas, atualmente, esta proporção está em torno de 0,18 leitos por 1.000 habitantes pela redução no número total de leitos psiquiátricos em hospitais tradicionais sem a devida compensação na criação de leitos em hospitais gerais (BRASIL, 2010). Conforme demonstrado na figura 2, esta proporção está bem abaixo de muitos outros países e mesmo assim não atingiu nem o parâmetro considerado ideal pelo próprio Ministério da Saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006)

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006

Figura 2: Comparativo entre alguns países sobre a proporção de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes entre os anos de 2000 a 2010.

Desde o início da década de 1990, a rápida redução e o descredenciamento dos leitos dos hospitais psiquiátricos têm sido um dos pilares das Políticas de Saúde Mental (CREMERJ, 2007) mesmo com críticas sobre a velocidade de criação da rede de atendimento não hospitalar e a consequente capacidade de absorver a demanda de pacientes anteriormente internados (BARROS, 2008). A análise histórica da redução dos leitos psiquiátricos nesta década evidenciou a não priorização do setor hospitalar pelas políticas de saúde mental. Esta realidade está demonstrada na figura 3 com a descrição da série histórica do total de leitos psiquiátricos brasileiros credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH)

Figura 3: Total de leitos psiquiátricos no Brasil, por ano, desde 2003.

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 foi determinado por uma variedade de forças. Essas incluíram 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); possibilidades de tratamentos mais eficientes – drogas, métodos de reabilitação e alternativas para os cuidados de pacientes em crise – reduzindo custos em saúde que eram onerosos para pacientes internados (KLUITER, 1997); movimentos sociais gerais, que enfatizavam a comunidade como um recurso positivo para ajudar as pessoas (HAWKS, 1975).

1.6.3.2 Hospitais gerais

Embora a criação de Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UIPHG) no Brasil seja um fenômeno relativamente recente, a existência destas unidades em outros países foi bem mais precoce (HALLAK, 1998). A Inglaterra, desde 1728, tinha uma enfermaria psiquiátrica em Hospital Geral. Essa enfermaria estava localizada 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 existiam desde o 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). Na cidade de Toronto (Canadá), o médico David Campbell Meyers liderou um movimento para introduzir a psiquiatria no hospital geral. Em 1906, abriu a primeira unidade psiquiátrica canadense, no Toronto General Hospital (ALVES BRASIL, 1982). Ao final da década de 1950, começaram a emergir as ideias que objetivavam reduzir as internações psiquiátricas e estimular o tratamento dos pacientes com enfermidades mentais em centros comunitários de saúde mental e em UIPHG (LIMA; TEIXEIRA, 1995). Esse conjunto de fatores, associado a um maior apoio governamental culminou em um importante aumento no número de enfermarias psiquiátricas em

hospitais gerais em vários países. (JONES, 1979; BACHRACH, 1981a; BACHRACH, 1981b). Na América Latina, as primeiras unidades psiquiátricas em hospital geral surgiram na década de 1950. No primeiro Congresso Latino-Americano de Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1954, já se focalizava a necessidade de criar um espaço para atendimento de doentes mentais em hospital geral (SAMPAIO, 1956). Possivelmente, conforme relatos históricos, a primeira UIPHG na América do Sul foi criada em 1941 na cidade de Lima (Peru) (BOTEGA, DALGALARRONDO, 1997). 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 possuíssem áreas destinadas ao atendimento psiquiátrico (FLAMM, 1979).

A Segunda Guerra Mundial foi um evento que acabou por estimular a criação de UIPHG. O atendimento aos soldados e combatentes feridos tinha como premissa uma rápida melhora, objetivando o rápido retorno à frente de batalha. Desse modo, novas técnicas de atendimento ao paciente psiquiátrico surgiram dentro dos hospitais gerais, demonstrando a viabilidade dessa categoria de internação (GREENHILL, 1979). Os profissionais treinados nas poucas unidades psiquiátricas existentes em hospitais gerais na época ficaram responsáveis por difundir essa prática, ressaltando seus benefícios, de modo que tais ideias e projetos passaram a circular nos meios clínicos e científicos. Os principais fatores de estímulo ao aumento do número das UIPHG foram a tentativa de oferecer uma atenção à saúde mais integral que abrangesse a esfera física e mental, a redução de preconceitos quanto a esta prática e o menor estigma social (FLAMM, 1979).

No Brasil, atribuiu-se como primeira UIPHG a enfermaria no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia e posteriormente outras enfermarias, consideradas pioneiras, surgiram – Unidade Psiquiátrica no Hospital dos

Comerciários em São Paulo e no Hospital Pedro II da Santa Casa da Misericórdia da Universidade Federal de Pernambuco (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001). As décadas seguintes foram marcadas pelo surgimento de outras UIPHG, todavia o seu crescimento foi contido, em grande parte, por um modelo hegemônico de assistência psiquiátrica fortemente centrada no hospital psiquiátrico tradicional (ALVES BRASIL, 1982).

A partir da década de 1980, as propostas da Reforma Psiquiátrica ganharam força e se difundiram na sociedade brasileira. A política de descredenciamento dos leitos psiquiátricos, com fortalecimento do tratamento comunitário, reforçou as proposições da necessidade de criação de UIPHG, haja vista, que a despeito das múltiplas controvérsias nesta temática, a internação psiquiátrica continua sendo um recurso terapêutico indispensável para muitos pacientes, sobretudo os mais graves (BOTEGA, 2002). Desse modo, as UIPHG constituiriam uma alternativa recomendável a essa demanda. A década de 1990 trouxe uma transformação social com maior participação dos usuários e da sociedade nestas questões, além de uma maior participação política na busca de proteção dos direitos dos pacientes portadores de doença mental (WHO, 1984; OPAS 1990). O desejo de instituir uma cidadania maior ao doente mental reforçou adicionalmente a ideia de que a internação psiquiátrica, quando se faça necessária, seja realizada em hospital geral. No início do século XXI, as propostas de ampliação e de fomento de novas UIPHG cresceram, porém a realidade nacional ainda mostra uma grande carência destas unidades (BOTEGA; SCHECHTMAN, 1997).

O desejo de inserir a psiquiatria no hospital geral não devia estar pautado em interesses puramente ideológicos, pois a definição de novas políticas em saúde pública precisava de sustentáculo científico com evidências concretas. Portanto, o ingresso da psiquiatria no hospital geral não se restringia a simples presença do psiquiatra nesta unidade hospitalar, pois a verdadeira inclusão acontecia quando

uma abordagem integrada é construída no processo de tratamento dos adoecimentos clínicos e psiquiátricos (ALVES BRASIL, 1982; FORTES E INFANTE, 1986). O ganho da aproximação da psiquiatria com as especialidades clínicas em hospital geral foi bidirecional, pois os pacientes internados nas alas não psiquiátricas e que sofriam de algum sofrimento mental poderiam ser analisados e conduzidos conjuntamente. Além do contato maior com as outras clínicas, outras vantagens foram percebidas no tratamento psiquiátrico com esta associação, tais como: uma maior disponibilidade de recursos terapêuticos e diagnósticos, uma maior aceitação da internação por parte da comunidade, a ocorrência de tempo de permanência hospitalar mais reduzido, uma maior facilidade de contato com a família e uma melhor possibilidade de reinserção social (SAMPAIO, 1956; CIQUINI, 1965; CASSORLA, 1996; DALGALARRONDO; GATTAZ, 1992; DALGALARRONDO et al., 1993; SABIN, 1995; TRAPPLER; GREENBERG; FRIEDMAN, 1995). Além das vantagens clínicas descritas, esta intersecção permitiu uma melhor formação técnica e científica dos profissionais ligados à saúde mental, por que ocorreu uma maior integralidade do cuidar e o fornecimento de um campo de investigação mais amplo (GUTIÉRRE; PÉREZ, 1976).

Em virtude da maior limitação espacial das alas nas UIPHG, o tratamento de pacientes com importante agitação psicomotora pode ser dificultado pela falta de espaço para movimentação. Em consonância com esta questão, aqueles pacientes com importante grau de agressividade, por vezes, podem apresentar maiores dificuldade de manejo em espaços menores como os de enfermarias em hospital geral (SONENREICH; ESTEVÃO; SILVA FILHO, 1999).

Inúmeros preconceitos e resistências emergiram para incluir a psiquiatria na estrutura do hospital geral. A percepção equivocada de que os pacientes poderiam ser perigosos e agressivos criou resistências na tolerabilidade de ter um paciente com transtorno mental no hospital geral, mesmo que numa enfermaria psiquiátrica.

Esta resistência na criação de UIPHG também foi percebida e amplificada pela comunidade a qual estava utilizando concomitantemente os espaços de outras clínicas e mostrava-se temerária em compartilhar espaços em comuns com pacientes psiquiátricos (HILDEBRANDT; MIRON, 1998). A incorporação de princípios errôneos sobre incurabilidade, imprevisibilidade e agressividade em relação aos doentes mentais representou outro obstáculo para o surgimento de UIPHG. A ausência de crítica a estas premissas acarretou um risco de criar enfermarias psiquiátricas em hospital geral com capacidades de exclusão similares aos macro-hospitais, pois as relações utilizadas no atendimento ao doente mental podiam ser asilares (CASSORLA, 1996; BOTEGA; SCHECHTMAN, 1997).

No Brasil, o investimento e a criação de leitos psiquiátricos em hospital geral ainda estão distantes de ser o ideal. O financiamento e os estímulos para abertura de UIPHG são incipientes. Os valores das diárias repassadas por autorização de internações hospitalares não conseguem custear a complexidade dos tratamentos e das atividades desenvolvidas nestas unidades gerando pouco interesse nos gestores públicos para implantação de novas UIPHG (BOTEGA, 1997a; BOTEGA, 1997b; BORGES; BAPTISTA, 2008).

Esta falta de investimento com um número limitado de leitos psiquiátricos em hospital geral foi facilmente detectada no estado de São Paulo (ZAPPITELLI; GOLÇALVES; MOSCA, 2006). A tabela 3 mostra a proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral durante o ano de 2005 em cada região administrativa do estado de São Paulo. Como percebido, a proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral em São Paulo, que é o estado com os melhores indicadores econômicos do país, atingiu níveis irrisórios menores do que 4% do total de leitos psiquiátricos. Algumas regiões administrativas não possuíam sequer um leito psiquiátrico em hospital geral.

Tabela 3: Proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral nas regiões administrativas do estado de São Paulo durante o ano de 2005.

Regiões Administrativas	total de leitos	HP		HG	
		n	%	n	%
São Paulo (capital)	1.438	1.271	88,4%	167	11,6%
Santo André	348	320	92,0%	28	8,0%
Mogi das Cruzes	35	0	0,0%	35	100,0%
Franco da Rocha	694	694	100,0%	0	0,0%
Osasco	98	48	49,0%	50	51,0%
Araçatuba	317	317	100,0%	0	0,0%
Araraquara	440	440	100,0%	0	0,0%
Assis	136	120	88,3%	16	11,7%
Barretos	110	110	100,0%	0	0,0%
Bauru	500	500	100,0%	0	0,0%
Botucatu	180	180	100,0%	0	0,0%
Campinas	807	781	96,8%	26	3,2%
Franca	230	230	100,0%	0	0,0%
Marília	1.062	1.055	99,4%	7	0,6%
Piracicaba	893	893	100,0%	0	0,0%
Presidente Prudente	524	524	100,0%	0	0,0%
Registro	0	0	0,0%	0	0,0%
Ribeirão Preto	308	280	90,9%	28	9,1%
Santos	26	0	0,0%	26	100,0%
São João da Boa Vista	1.611	1.611	100,0%	0	0,0%
São José dos Campos	322	307	95,3%	15	4,7%
São José do Rio Preto	545	525	96,3%	20	3,7%
Sorocaba	2.988	2.984	99,9%	4	0,1%
Taubaté	10	0	0,0%	10	100,0%
TOTAL	13.622	13.190	96,8%	432	3,2%

HP: hospital psiquiátrico; HG: hospital geral

fonte: ZAPPITELLI; GONÇALVES; MOSCA, 2006

A realidade brasileira não se afastou deste cenário descrito no estado de São Paulo, conforme foi evidenciado em dados oficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SIH, 2011). A figura 4 mostra que a proporção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais está em torno de 10%. No entanto, não é possível quantificar se este aumento no percentual foi promovido em maior parte por aumento de fato dos leitos em hospitais gerais ou por redução no número total de leitos com o descredenciamento gradativo dos leitos psiquiátricos tradicionais. Contudo, fica claro que o crescimento de leitos em hospital geral está distante do ideal para o suporte da rede de saúde mental brasileira.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH)

Figura 4: Proporção dos leitos psiquiátricos brasileiros localizados em hospital geral, desde o ano de 2006.

1.6.3.3 Serviços de Emergência Psiquiátrica

Em meados da década de 1960, a importância dos SEP para rede de saúde mental já era percebida por alguns países, os quais consideravam a emergência psiquiátrica como um pilar para a estruturação da saúde mental (HILLARD, 1994). No Brasil, antes da incorporação das propostas da Reforma da Assistência à Saúde Mental nas políticas públicas de saúde, os pacientes em situações de emergência psiquiátrica recebiam atendimentos pouco estruturados, na maioria das vezes, em serviços de saúde não psiquiátricos ou nos macro-hospitais psiquiátricos existentes à época. Os poucos SEP não ligados aos hospitais psiquiátricos tradicionais concentravam-se, sobretudo, nos grandes centros urbanos e de forma geral estavam ligados às instituições de ensino (BARROS; TUNG; MARI, 2010). Desse modo, estes SEP atuavam de forma isolada e não integrada com os outros serviços hospitalares e extra-hospitalares da rede de saúde mental. A quase totalidade dos pacientes em crise era avaliada no próprio hospital psiquiátrico, determinando um número excessivo de indicações de internação integral, até por que a rede de saúde mental dispunha de poucos recursos para o encaminhamento dos casos. Esta situação gerava fortes digressões no manejo das situações de emergência abrindo espaço para marginalização daqueles acometidos por adoecimentos mentais e fortalecendo o processo de estigmatização (DEL-BEN et al., 1999). Mesmo sendo considerado um importante serviço para a organização das redes de saúde mental, os dados brasileiros sobre emergências psiquiátricas são escassos não havendo muitas informações relativas à distribuição destes SEP no território brasileiro (BARROS et al., 2010)

A modificação do modelo assistencial *per se* pode não levar a inclusão absoluta dos pacientes ao tratamento psiquiátrico adequado. O surgimento mais lento de serviços comunitários em relação à acelerada redução dos leitos

psiquiátricos gerou dificuldades para muitos pacientes na manutenção do tratamento, pois a capacidade de absorver toda a população de pacientes internados, possivelmente, não foi plena (CALDAS DE ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010). A dificuldade na acessibilidade dos pacientes aos serviços comunitários representou outro fator desorganizador das redes de saúde mental determinando também limitações no tratamento. Consequentemente, a população de pacientes acometidos por transtornos mentais, que usavam essencialmente o sistema hospitalar, não foi completamente absorvida pelos serviços comunitários. A falta de acesso ao tratamento (hospitalar e extra-hospitalar) determinou um fortalecimento dos SEP que passaram a ser essenciais para a rede de saúde mental (SEGAL et al., 1995). Os SEP cada vez mais exerciam um papel fundamental na organização das redes de saúde mental, sobretudo pela ampliação de suas funções (CAMPOS; GIESER, 1985; HOLLOWAY, 1994; KROPP et al., 2005). No Brasil, o objetivo de manejar o paciente psiquiátrico nos equipamentos extra-hospitalares norteou as propostas reformadoras e para isto era projetada a ideia de construir uma rede hierarquizada, forte e resolutiva com participação ativa dos serviços de emergência (KILSZTAJN et al., 2008). Os SEP eficientes tinham potencial de evidenciar as dificuldades da rede de saúde mental, bem como eram capazes, dentro dos limites da sua capacidade, de compensar as limitações da rede de saúde mental mantendo estável o número de internações psiquiátricas (OYEWUMI; ODEJIDE; KAZARIAN, 1992; THORNICROFT et al., 2010). Em uma rede de saúde mental dinâmica cujos serviços em todos os níveis mantinham referência e contra-referência dos casos, os SEP permitiriam a manutenção do escalonamento da assistência fazendo com que a rede tenha um funcionamento menos conturbado e com serviços não sobrecarregados (KATES et al., 1996; BARROS et al., 2010a).

Uma das dificuldades vivenciadas pelos SEP foi a carência de profissionais com perfil e formação compatível para o trabalho nestas unidades. O número limitado de serviços de emergências psiquiátricas integrados com a rede de saúde mental prejudicou a formação dos profissionais que deveriam prestar este atendimento em novas unidades a serem criadas. Além deste fator quantitativo, os SEP sofreram consequências diretas das limitações na rede de saúde mental, haja vista, que as dificuldades para realização de internações e a acessibilidade restrita dos pacientes aos serviços extra-hospitalares levaram os SEP a funcionarem de forma sobrecarregada (CATALANO; MCCONNEL, 1999). A agilidade nos atendimentos dos pacientes, que é uma característica dos SEP, ficou pressionada a aumentar o dinamismo pela necessidade de promover uma maior rotatividade na unidade e receber a demanda excessiva de pacientes. Portanto, o período de permanência dos pacientes no SEP ficou cada vez mais reduzido e os profissionais em formação tinham dificuldades em avaliar a evolução de alguns quadros podendo indicar internações precoces (RUFINO et al., 2005). A equipe médica que atendia o paciente tinha a possibilidade de realizar apenas uma avaliação transversal, perdendo o seguimento do paciente e, com isso, a possibilidade de observar a evolução do quadro e avaliar a eficácia das medidas tomadas no serviço (BARROS; TUNG, MARI, 2010).

Em geral, serviços de emergências psiquiátricas possuíam pouca disponibilidade de leitos, o que levava também a uma decisão precoce de internação integral do paciente. A estrutura dos equipamentos extra-hospitalares nem sempre oferecia a mesma agilidade encontrada na sala de emergência. Dificuldades de agendamento de consulta inicial após a alta da emergência psiquiátrica impediam uma integração efetiva nos programas terapêuticos, diminuindo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentando o risco de recidiva do quadro clínico

que justificou o atendimento na sala de emergência (LEDOUX; MINNER, 2006). Desse modo, o mecanismo da “porta giratória” recorrentemente acontecia, prejudicando a funcionalidade dos SEP (SEGAL; AKUTSU; WATSON, 2002; LAUER; BROWNSTEIN, 2008). A alta ocupação dos leitos psiquiátricos hospitalares impediam que alguns pacientes examinados nas SEP fossem encaminhados à rede hospitalar quando havia indicação de admissão psiquiátrica. Este funcionamento estático e caótico da rede impossibilitava o fluxo dos pacientes e prejudicava o funcionamento dos SEP levando a sobrecargas adicionais (BOTHÁ et al., 2010).

Outro importante fator que desorganizou a funcionalidade dos SEP foi a chamada “judicialização da saúde”. A interferência do Poder Judiciário em questões de competência dos outros poderes veio crescendo gradativamente (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; VENTURA et al., 2010). No campo específico das políticas de saúde, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio de ações judiciais (MARQUES; DALLARI, 2007; BARATA; CHIEFFI, 2009). Com o aumento exponencial das ações e a impossibilidade de previsão orçamentária e de mudanças de recursos por elas acarretadas, os gestores do sistema e a rede de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, vêm tentando resolver de diversas maneiras os impasses criados (VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Na saúde mental, as internações psiquiátricas representaram a questão mais envolvida nas ações judiciais. As internações em SEP, sobretudo por menores e usuários de substâncias psicoativas representaram a maior parte das liminares judiciais (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008). As questões que envolveram as ordens judiciais foram a garantia de acesso ao tratamento e a necessidade de proteção dos direitos constitucionais fundamentais (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). No entanto, as internações compulsórias em SEP levaram a dificuldades estruturais nestes setores, pela redução

na rotatividade dos leitos e, em alguns casos, pela necessidade de manutenção das internações mesmo sem uma indicação técnica precisa. Esta problemática foi refletida em toda rede de saúde mental, pois o número restrito de leitos para internação nos SEP ficou ainda mais reduzido (FORTES, 2010).

Os SEP assumiram um novo papel na estruturação e funcionamento das redes de saúde mental fomentando uma melhor relação entre os serviços que a compõem, pois além de atuarem como principal porta de entrada no sistema e organizarem o fluxo das internações também contribuíram para a redução de admissões hospitalares desnecessárias e possibilitaram uma melhor comunicação entre as diversas unidades do sistema de saúde (BARROS et al., 2010).

Os SEP ampliaram seu foco de atuação, pois além de realizarem triagem de casos para internação, passaram também a estabilizar e instituir o tratamento de casos agudos, além de proporcionar suporte psicossocial. Nesta nova conjuntura, os SEP teriam como objetivo um atendimento rápido e ágil, buscando caracterizar aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente, viabilizando seu tratamento em curto prazo e definindo o tipo de tratamento ao qual o paciente seria mais bem cuidado em médio e longo prazo (KROPP et al., 2005).

Uma nova função assumida pelos SEP nas redes de saúde mental foi a autorregulação da própria rede em que estão inseridos. Os SEP ficaram extremamente sensíveis à dinâmica da rede de serviços de saúde mental da qual faziam parte, sendo os primeiros serviços capazes de alertar um funcionamento precário dos equipamentos de saúde. Portanto, a pouca disponibilidade de leitos para internações psiquiátricas e a inexistência e/ou inoperância de serviços extra-hospitalares aumentaram a demanda nos SEP, fazendo com que estas mudanças nos *settings* de emergência fossem percebidas como fatores de falência do próprio

sistema de saúde. A demanda excessiva levou a uma maior rotatividade de pacientes nos SEP, provocando erros diagnósticos, excesso de encaminhamento para internação integral, além de aumento de re-internações (WOO; SEVILLA; OBROCEA, 2006; BRUFFAERTS; SABBE; DEMYTTENAERE, 2008).

1.7 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), no período do estudo, era composta por 26 municípios, com uma população aproximada de 1.200.000 habitantes (IBGE, 2010), sendo que mais de 40% desse total eram moradores da cidade-sede. A partir de 1990, houve uma reorganização do atendimento em saúde mental na região de Ribeirão Preto, conforme as diretrizes e normas do Ministério da Saúde, 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 (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1992).

Entre as medidas tomadas para a criação de uma rede de serviços de Saúde Mental na região de Ribeirão Preto, destacaram-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); 5) o descredenciamento 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 (BARROS, 2008).

No começo da década de 1990, a região de Ribeirão Preto possuía 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, 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 praticamente todas as internações integrais, sob a alegação de que os casos constituíam emergências psiquiátricas. Durante o primeiro semestre de 1992, 60% das admissões psiquiátricas na região foram efetuadas através das chamadas “internações de porta”. A partir de 1992, essa modalidade de internação passou a não ser autorizada e, conseqüentemente, ocorreu um maior controle dessa prática nos anos seguintes (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997b). No início

de 1993, os hospitais psiquiátricos foram redimensionados com a redução de leitos, tendo como critérios os índices populacionais e as normas de regionalização. No final de 1993, iniciou-se o 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 com 100 leitos no hospital psiquiátrico público e 14 leitos em uma enfermaria de psiquiatria no hospital geral universitário. Em meados do ano 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. Concomitantemente à redução de leitos psiquiátricos, houve uma ampliação dos serviços extra-hospitalares de saúde mental da região com a criação de serviços ambulatoriais em diversos municípios, o aumento da capacidade dos serviços pré-existentes e a criação de Núcleos de Assistência Psicossocial. Essas medidas levaram a uma diminuição no número de internações realizadas na região. Em 1991, foram executadas 3.503 internações, enquanto, em 1996, ocorreram 1.239 internações, o que representou uma redução de 64,6%. Nesse período, também houve redução na taxa de ocupação dos leitos, oscilando entre 60% e 70% (BARROS et al., 2010).

No período deste estudo, a rede de saúde mental extra-hospitalar era composta por ambulatorios municipais de saúde mental e por CAPS que começaram a surgir no início da década 1990. O atendimento prestado pelas redes de saúde

municipais respeitava critérios territoriais na regionalização da assistência da DRS XIII. A cidade de Ribeirão Preto possuía 04 serviços comunitários onde os pacientes eram seguidos. Os pacientes eram referenciados a estes serviços de acordo com a territorialidade do seu domicílio, portanto o Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM) atendia os pacientes residentes nos distritos Norte, Sul e Leste; o CAPS II respondia pelo tratamento dos pacientes moradores do distrito Central enquanto o Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (NSMCSE) daqueles provenientes do distrito Oeste (BARROS, 2008).

1.8 Financiamento em saúde mental

As políticas e a prestação de serviços em saúde mental ocorreram no contexto geral dos sistemas de saúde e esquemas de financiamento. Nos últimos 30 anos, os sistemas de saúde em geral evoluíram de um modelo altamente centralizado para um sistema descentralizado, em que a responsabilidade pela implantação de políticas e prestação de serviços foi transferida das estruturas centrais para as locais. Em regra, observaram-se dois aspectos principais com a descentralização: reformas orientadas para a contenção de custos com eficiência e contratos com prestadores de serviços públicos e privados. O financiamento coerente em saúde mental seguiu três premissas (OMS, 2001):

- a) O setor público precisava ser protegido contra riscos financeiros com garantias de investimentos orçamentárias;
- b) As pessoas saudáveis deviam subsidiar as doentes;
- c) A existência de um sistema fiscal com proteção tendendo ao universal.

No Brasil, o financiamento do sistema de saúde ocorreu principalmente com recursos federais. Atualmente, a previsão de gasto anual com saúde pelo governo brasileiro é o equivalente do ano anterior ajustado pelo produto interno bruto (DATASUS, 2006). Os governos estaduais e municipais são obrigados, conforme legislação vigente, a gastar 12% e 15% dos seus respectivos orçamentos em saúde (BRASIL, 2000). O Fundo Nacional de Saúde transfere recursos por pagamento direto para serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sejam eles ambulatoriais ou hospitalares além de uma quantidade *per capita* fixada para programas de saúde pública (ANDREOLI et al., 2007). A maioria da população brasileira (aproximadamente 75%) é atendida e coberta pelo SUS, sobretudo a parcela da sociedade representada pela classe trabalhadora e pelos segmentos mais pobres (BOTEGA, 2002). O sistema de saúde tem dificuldades pelo financiamento insuficiente e o controle de custos não efetivos. Consequentemente, as classes sociais com níveis econômicos mais elevados buscam assistência de saúde complementar através de seguros de saúde e da medicina privada. Este cuidado de saúde ofertado pela medicina privada e pelos seguros protege uma pequena parcela da população a qual mantém o direito constitucional de ser socorrida pelo SUS em todos os tratamentos ofertados, embora a busca ocorra, sobretudo para tratamentos mais dispendiosos e situações de emergência médica (ELIAS; COHN, 2003). O Sistema de Saúde Mental brasileiro está completamente integrado a rede pública mantendo os mesmos princípios de universalidade e livre acesso ao tratamento, todavia a população das classes média e alta também recorre à medicina suplementar (rede privada e convênios de saúde). Em 2005, os recursos federais para o SUS foram de aproximadamente US\$ 15 bilhões (US\$ 82.7 per capita) dos quais US\$ 358 milhões (US\$ 1.95 per capita) foram direcionados para os cuidados com saúde mental. As despesas com saúde mental

foram US\$ 2.66 per capita em 1995 e US\$ 1.95 per capita em 2005, portanto ocorreu um decréscimo de 26,7%. A proporção de despesas com saúde mental em relação às despesas de saúde foi reduzida de 5,8% para 2,3%. A distribuição dos gastos em saúde mental vem apresentando um constante declínio no financiamento das internações psiquiátricas com um padrão inverso de investimento nos CAPS, medicações e outros gastos em saúde mental. A maior parte das despesas em saúde mental ainda é representada por admissões psiquiátricas em hospitais, embora este orçamento hospitalar venha sofrendo considerável redução (aproximadamente 50%) nos últimos 15 anos. Estes recursos retirados da rede hospitalar foram alocados para serviços comunitários, medicações (antipsicóticos de segunda geração) e outros tipos de cuidados com saúde mental (crianças/adolescentes, transtornos relacionados com álcool e tabaco, psicoterapia de grupo e interconsulta psiquiátrica) (ANDREOLI et al., 2007). A figura 5 compara o financiamento em saúde mental, desde o ano de 2002, tomando-se como base os serviços hospitalares e extra-hospitalares.

Figura 5: Proporção de gastos brasileiros em saúde mental (hospitalar e extra-hospitalar) desde o ano de 2002.

Embora a inversão das políticas de financiamento seja clara, isto não determinou uma proteção de recursos para os leitos hospitalares restantes da rede de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Conforme demonstrado na tabela 4, o custeio das internações psiquiátricas para as principais doenças mentais não era capaz de garantir um tratamento eficiente e de qualidade.

Tabela 4: Valor pago pelo Sistema Único de Saúde por paciente internado em leito psiquiátrico no ano de 2004.

Transtornos Mentais (CID 10)	valor por paciente/mês (R\$)			
	serviços hospitalares	serviços profissionais	SADT	total
orgânicos (F00-F09)	766,48	77,71	79,20	923,39
substâncias psicoativas (F10-F19)	769,99	77,08	74,30	921,38
transtornos psicóticos (F20-F29)	746,86	74,50	73,76	895,13
transtornos do humor (F30-F39)	750,47	72,95	71,58	895,00
retardo mental (F70-F79)	695,54	73,04	73,39	841,96

CID 10: Classificação Internacional de Doenças (10^o Revisão)

SADT: serviços auxiliares de diagnose e terapia

Fonte: KILSZTAJN et al., 2008

1.9 Internações e re-internações psiquiátricas

1.9.1 Indicação de internação psiquiátrica

A definição exata sobre as condições psiquiátricas que necessitariam de internação não é uma tarefa simples e de fácil entendimento. Não existe um protocolo estabelecido para definição de todas as situações que possam ser

individualizadas como indicações de internação. Neste contexto, a categorização dos sinais e sintomas psiquiátricos que poderiam ser indicativos de internação não é tão uniforme como nas outras especialidades médicas. Alguns fatores ligados à doença, ao indivíduo e ao ambiente podem, por vezes, relativizar a definição de uma internação psiquiátrica (BOARDMAN et al., 1997). A consequência desta falta de homogeneização pode refletir na estrutura e nas especificações dos serviços de internação psiquiátrica, portanto a forma exata de como estas unidades deveria ser projetada não está bem estabelecida. Outra questão problemática é a diferenciação entre urgência e emergência médica. De forma geral, a urgência pode ser definida como um agravo à saúde de ocorrência imprevista que pode surgir com ou sem risco potencial de morte enquanto a emergência é um agravo à saúde com constatação médica implicando em risco iminente de morte ou sofrimento intenso. Como é possível perceber, o limite desta diferenciação é tênue, pouco prático e nas situações agudas em psiquiatria fica praticamente impossível diferenciar claramente ambas as situações (MUNIZZA; FURLAN; D'ELIA, 1993). As internações psiquiátricas, geralmente, são indicadas quando o paciente apresenta um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros. As indicações de internação psiquiátricas podem acontecer tanto em indivíduos que possuam história de um transtorno psiquiátrico crônico, que se apresentam num momento de recaída, como em pacientes sem história psiquiátrica pregressa, apresentando uma crise aguda (DUNCAN et al., 2002). A indicação de internação também pode ocorrer quando a alteração de comportamento não foi adequadamente manejada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes

na comunidade. Esta definição sugere que as admissões psiquiátricas não são função exclusiva de uma determinada alteração psicopatológica, mas também do sistema de saúde e da rede de serviços oferecidos por uma determinada região, na qual o indivíduo está inserido (MATTIONI et al., 1999).

1.9.2 Modalidades de internação psiquiátrica

A caracterização das formas de internação psiquiátrica está relacionada à aceitação do doente mental e a forma de encaminhamento. A interpretação jurídica sobre a capacidade cível do doente mental gera uma nova vertente interpretativa sobre a internação, pois os critérios de internação clínica são pautados nos sintomas e nos potenciais riscos do quadro clínico enquanto o referencial jurídico leva em conta a capacidade, o risco de perigo e as garantias constitucionais (BRASIL, 2007). Existem legislações específicas sobre o tema em diversos países, porém a homogeneização dos procedimentos, critérios, situações clínicas e doenças relacionadas aos tipos de internação ainda é inexistente (SEGAL; BURGESS, 2006). Outro ponto polêmico é a falta de definição exata da incapacidade de um doente mental em decidir sobre a submissão ou não de um tratamento específico, inclusive a internação (BYATT, PINALS, ARIKAN, 2006).

No Brasil, a Lei 10.216/2011 trouxe conteúdos relacionados à proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais e redirecionou o modelo de assistencial em saúde mental. Esta legislação também definiu as modalidades de internação psiquiátrica estabelecendo a obrigatoriedade de autorização médica para sua execução (BARROS; SERAFIM, 2009). São consideradas 03 (três) tipos de internação psiquiátrica:

- I. Internação voluntária: procedimento realizado com o consentimento do paciente;
- II. Internação involuntária: procedimento realizado sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros (familiar e/ou médico);
- III. Internação compulsória: procedimento determinado pela justiça.

Atualmente, está definido que a internação voluntária necessita do consentimento formal do paciente, portanto aquele que se submete a este procedimento hospitalar deverá assinar, no momento da admissão, uma declaração confirmando que optou por aquele regime de internação. Desse modo, o término da internação acontecerá com pedido escrito do paciente ou por determinação do médico que o assiste, salvo as exceções de mudança de categorização no decorrer da internação, ou seja, acontecer modificação, por questões clínicas, para o modelo de internação involuntária. A modalidade involuntária de internação psiquiátrica acontece principalmente quando o doente mental perde sua autonomia, em função dos sintomas da doença, mostrando-se incapaz de compreender seus atos o que poderá ser evidenciado por riscos a si e aos outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1983; CRAW; COMPTON, 2006; BARROS; SERAFIM, 2009). A perda da capacidade do paciente em definir sua internação psiquiátrica gera um conflito ético sobre as liberdades individuais constitucionalmente garantidas, portanto, em um prazo de 72 horas, o Ministério Público Estadual deverá ser comunicado sobre a internação involuntária e o mesmo procedimento deverá ser conduzido na alta do paciente. Diferente da internação voluntária, o paciente na modalidade involuntária não poderá arbitrar sobre o término da internação que acontecerá por solicitação escrita de familiar ou responsável legal bem como por determinação do profissional médico responsável pelo tratamento sendo esta última

situação a forma mais comum de finalização da internação involuntária (BRASIL, 2001). A não aceitação médica para o término da internação involuntária, sob o pedido de familiar ou responsável legal, poderá acontecer em caráter de exceção nos casos de risco iminente à vida representando a justa causa da negação conforme definido no Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011). A última modalidade de internação psiquiátrica é a chamada compulsória que ocorre por ordem judicial. Embora seja o modelo menos comum de admissão psiquiátrica, observa-se, gradativamente, um aumento desta modalidade com a chamada “judicialização” da saúde que também encontra reverberação nas internações psiquiátricas (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008). Nesta forma de internação, a execução da admissão é determinada pelo juiz competente, que deverá levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. A lógica jurídica desta modalidade de internação está na garantia de proteção individual do paciente e social da comunidade pelos riscos de não acontecer um tratamento especializado (FORTES, 2010).

1.9.3 Preditores das readmissões psiquiátricas

As readmissões psiquiátricas são consequência de uma complexa combinação de fatores que vão além da severidade da doença psiquiátrica e incluem a disponibilidade de serviços psiquiátricos, qualidade e continuidade do tratamento, suporte social e familiar, fatores socioeconômicos, funcionalidade da rede de saúde mental e a caracterização das internações psiquiátricas anteriores (SILVA; BASSANI; PALAZZO, 2009).

O fenômeno da desinstitucionalização também influencia o processo das readmissões psiquiátricas pela mudança nas indicações de internações e as modificações da rede de saúde mental. As dificuldades no acesso à rede de tratamento podem determinar dificuldades na manutenção da estabilidade clínica fomentando uma necessidade maior de internação psiquiátrica (LAMB; BACHRACH, 2001). No Brasil, ainda não está clara a eficiência e eficácia dos CAPS bem como sua capacidade de capilaridade, sobretudo em cidades de maior porte. Desse modo, se houver dificuldade na acessibilidade ao tratamento psiquiátrico nestes serviços, o número de readmissões poderá crescer (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011).

Maiores taxas de readmissões psiquiátricas estão associadas com transtornos psicóticos (esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo), transtornos de humor (depressão e transtorno afetivo bipolar) e transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (HAYWOOD et al., 1995; RABINOWITZ et al., 1995; MCCARTY et al., 2000; VASUDEVA; NARENDRA KUMAR; SEKHAR, 2009). Os pacientes que apresentam um padrão severo e persistente de sintomas mantendo sintomatologia residual mesmo com o tratamento têm um padrão de readmissão mais proeminente (LYONS et al., 1997). Os prejuízos gradativos ocasionados por doenças crônicas com maior severidade sintomática contribuem para a pouca adaptação social dos pacientes gerando uma proporção maior de readmissões (LEDOUX; MINNER, 2006).

Alguns fatores sócio-demográficos e econômicos estão diretamente ligados a um risco maior de readmissão psiquiátrica. Situações sociais desfavoráveis estabelecem riscos no processo saúde-doença e em psiquiatria esta associação é bem significativa pelas dificuldades inerentes da doença mental e pelas limitações impostas por algumas enfermidades ao doente (ROICK et al., 2004).

As readmissões psiquiátricas podem se relacionar com as características das internações anteriores. A existência de um grande número de admissões psiquiátricas prévias contribui diretamente para um risco aumentado de readmissões (GEROLAMO, 2004). Fatores intrínsecos das internações psiquiátricas anteriores influenciam futuras admissões, portanto a modalidade e o local de internação (HEGGESTAD, 2001), o tempo de permanência (HERZ; ENDICOTT; SPITZER, 1977; APPLEBY et al., 1993) e a qualidade do tratamento ofertado (LANG; ROHRER; RIOUX, 2009) poderão determinar riscos para futuras internações psiquiátricas.

2 JUSTIFICATIVA DO PRESENTE ESTUDO

A rede de saúde mental da DRS XIII e mais especificamente da cidade de Ribeirão Preto passou por muitas alterações estruturais e de recursos humanos. As mudanças ocorridas no funcionamento dessa rede foram refletidas na dinâmica das internações e reinternações psiquiátricas.

No início da década de 1990, a região disponibilizava mais de 600 leitos para internações psiquiátricas de casos agudos. Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), ocorreu redução no número disponível 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 DRS XIII passou a apresentar dificuldades de funcionamento, pois a taxa de ocupação aumentou com períodos em que não havia disponibilidade de leitos para internação. Esse movimento deixou a rede conturbada, pois o fluxo das internações era interrompido pela falta de vagas hospitalares.

Conforme demonstrado em estudo anterior (BARROS, 2008; BARROS et al., 2010) as dificuldades da rede extra-hospitalar de saúde mental na DRS XIII determinaram aumentos no número das internações e reinternações psiquiátricas. Apesar desta rede de saúde mental não ser recente, poucos estudos foram realizados no intuito de caracterizá-la ou evidenciar as variáveis que contribuem com as internações e reinternações psiquiátricas.

Como a dinâmica das admissões psiquiátricas reflete diretamente nos 26 municípios pertencentes à DRS XIII, a avaliação dos seus componentes possibilitará mudanças na organização da rede de saúde mental dos municípios envolvidos, bem

como um melhor entendimento dos fatores relacionados às readmissões hospitalares os quais não são bem conhecidos em termos locais e nacionais.

Desse modo, decidiu-se realizar um estudo observacional e retrospectivo com componentes descritivos e analíticos para analisar os fatores associados às internações e reinternações psiquiátricas ocorridas na DRS XIII num período de 10 anos.

3 OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo descrever as características demográficas e clínicas de todos os pacientes psiquiátricos que tiveram sua primeira admissão hospitalar na cidade de Ribeirão Preto, SP, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2007.

Especificamente, pretendeu-se:

- a) Verificar a ocorrência de mudanças no perfil demográfico e/ou clínico dos pacientes em primeira admissão psiquiátrica, durante o período em estudo;
- b) Caracterizar a ocorrência de reinternações psiquiátricas, de acordo com algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas e características da internação índice e compará-las com as internações únicas;
- c) Verificar a ocorrência de fatores preditores para readmissão psiquiátrica.

4 HIPÓTESES

- a) As admissões psiquiátricas em uma macrorregião no decorrer dos anos estarão relacionadas com variáveis clínicas, demográficas e com as modalidades de tratamento hospitalar ofertados na rede de saúde mental;
- b) Características sócio-demográficas desfavoráveis (inatividade profissional e ausência de vínculos) serão fatores riscos para reinternações psiquiátricas;
- c) Diagnósticos psiquiátricos com padrão de recorrência de sintomas e que levam a prejuízos funcionais aos pacientes serão determinantes para reinternações psiquiátricas;
- d) Variáveis clínicas (diagnóstico, tempo de permanência hospitalar, serviço de internação, número de internações e tempo entre as internações psiquiátricas) e sócio-demográficas (indicadores econômicos da região, procedência, faixa etária, ocupação, estado civil e sexo) poderão ser preditores para precocidade de reinternações psiquiátricas.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 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 dividiam 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, todavia algumas características básicas foram mantidas no decorrer dos anos. Essa unidade de internação localizava-se no 3º andar do HCFMRP, situado no Campus da Universidade de São Paulo (USP). A estrutura física da unidade continha 3 quartos com 4 leitos, 2 quartos com 1 leito, 1 sala de atividades para terapia ocupacional, reunião com familiares e atividades de lazer (TV, música e atividades lúdicas), 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 e 1 sala do serviço social.

A equipe dessa unidade era multidisciplinar sendo composta por uma equipe denominada como fixa e constituída por profissionais com vínculo empregatício com a instituição (servidores públicos) além de uma equipe móvel ou transitória composta

pelos alunos de graduação, aprimorandos em saúde mental (psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) e médicos residentes de psiquiatria que cumpriam estágios neste serviço.

A EPQU era uma enfermaria psiquiátrica terciária, na qual se realizavam admissões de pacientes com transtornos psiquiátricos graves ou refratários, além de pacientes com comorbidades importantes que necessitavam de cuidados clínicos e cirúrgicos. Além das abordagens farmacológicas, outras propostas terapêuticas eram ofertadas, tais como: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, reuniões e orientações aos familiares, grupos operativos, oficinas com terapeutas ocupacionais, atividades de musicoterapia, oficinas terapêuticas, discussões de casos em equipe, passeios externos com os pacientes, psicodiagnóstico e programa de educação continuada entre os membros da equipe. Nessa unidade de internação, eram encaminhados e executados todos os exames laboratoriais e de imagem necessários para uma avaliação diagnóstica diferencial dos pacientes. Os pacientes que apresentavam doenças clínicas e cirúrgicas associadas tinham acompanhamento em interconsulta, pelas especialidades específicas, de acordo com a necessidade de cada caso. Para pacientes com indicação clínica era realizado ECT (eletroconvulsoterapia), sendo respeitados todos os procedimentos técnicos e éticos, na indicação, realização do procedimento e seguimento do paciente submetido a esta modalidade de tratamento.

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 e posterior

encaminhamento para a rede de saúde mental extra-hospitalar da região. A internação nessa unidade geralmente não ultrapassava os 15 dias. Desse modo, a EPIB dava suporte direto para a Unidade de Emergência do HCFMRP, sobretudo aqueles casos que, provavelmente, necessitariam de uma internação mais curta. A EPIB também se localizava no 3º andar do HCFMRP. Essa unidade tinha 8 leitos disponíveis para internação distribuídos em 3 quartos. Um quarto era individual e destinado àquele paciente que necessitasse de acompanhamento mais individualizado. Também existia um quarto com 1 leito destinado à internação particular. A enfermaria possuía 1 refeitório, 1 sala de atividades, 1 posto de enfermagem e 1 consultório. A equipe era composta por um docente responsável pela unidade, médicos psiquiatras assistentes e médicos residentes de psiquiatria em estágio curricular além de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A EPIB era uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral e, conseqüentemente, uma grande parcela dos pacientes internados nessa unidade apresentava condições clínicas ou cirúrgicas associadas ou necessitavam, urgentemente, de abordagens específicas, exames laboratoriais e de imagem cujo manejo em hospitais gerais é mais dinâmico do que em hospitais psiquiátricos tradicionais. Quando necessário, os pacientes internados nessa enfermaria eram submetidos a estes procedimentos para seguimento das comorbidades e avaliação do diagnóstico diferencial. Apesar do tempo de internação, geralmente, serem menores do que 15 dias, os pacientes podiam, excepcionalmente, ter internações mais prolongadas a depender dos motivadores para esta conduta. Em situações clínicas em que ocorresse necessidade de internações mais prolongadas, os pacientes podiam ser transferidos para outras unidades (EPQU ou Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto).

Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP): O HSTRP é um hospital psiquiátrico cujo decreto de criação foi publicado em 1937 sendo a inauguração no ano consecutivo. No entanto, o referido decreto foi revogado e o hospital começou a desempenhar suas funções de forma oficial apenas em 1944, sobre a definição de Hospital Regional de Insanos de Ribeirão Preto. O HSTRP surgiu com a proposta de descentralização dos macro-hospitais das capitais para hospitais psiquiátricos regionais. Desse modo, o HSTRP recebeu vários pacientes de outros macro-hospitais, sobretudo daqueles localizados na capital paulista. O HSTRP tinha disponibilidade de 80 leitos para internações de quadros psiquiátricos agudos (30 leitos no setor de agudos feminino, 30 leitos no setor de agudos masculino e 20 leitos no setor de dependentes químicos). O hospital apresentava em sua estrutura cerca de 200 leitos cadastrados para pacientes chamados “crônicos”, todavia aproximadamente 130 pacientes estavam internados nessa categoria. Esses pacientes tinham um longo tempo de permanência hospitalar, portanto eles estavam numa condição asilar sendo considerados moradores do hospital. Os motivos para essa condição eram diversos, mas o principal seria a falta de suporte familiar que, geralmente, era provocada pela não aceitação dos familiares em receber o paciente no processo de reintegração social ou pela ausência de contatos secundária ao falecimento dos familiares e carência de informações devido às frequentes transferências hospitalares ocorridas na história de vida dos pacientes.

No período do estudo, o HSTRP era o único hospital regional psiquiátrico da DRS XIII, recebendo pacientes provenientes dos 26 municípios dessa região. A estrutura hospitalar estava dividida em setores destinados à assistência de pacientes de longa permanência e setores para pacientes com internações agudas. Portanto, os objetivos do tratamento nos setores eram diferentes. Nos setores para

internações agudas, objetivava-se, principalmente, o controle rápido da sintomatologia psiquiátrica para o posterior encaminhamento do paciente à rede de tratamento não hospitalar. Nos setores para pacientes com internação de longa duração, a reinserção social era o objetivo principal com proposta de reintegração social na própria família do paciente ou em pensões protegidas e residências terapêuticas assistidas. Os pacientes não inseridos na sociedade eram submetidos a intervenções que buscavam a reabilitação psicossocial dentro do próprio hospital. As equipes de todos os setores eram multidisciplinares e compostas por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. O hospital tinha cobertura 24 horas de médicos (psiquiatras e clínicos gerais) em seus turnos de plantões. Todas as internações nos setores agudos ocorriam mediante emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e com regulação entre os plantonistas do HSTRP e os serviços que encaminhavam diretamente pacientes para internação integral (Serviço de Emergência Psiquiátrica do HCFMRP, Enfermarias Psiquiátricas do HCFMRP e Serviços Psiquiátricos não hospitalares de Ribeirão Preto e de alguns municípios da DRS XIII).

Unidade de Emergência do HCFMRP (EP-HCRP): Era o único serviço de emergência psiquiátrica localizado na DRS XIII sendo referência em emergências em psiquiatria para os 26 municípios da região e para uma população estimada de 1.200.000 habitantes. A EP-HCRP funcionava 24 horas por dia durante toda a semana e tinha 6 leitos de observação para ambos os sexos. As internações eram, em sua grande maioria, menores do que 48 horas, pois os pacientes, caso fosse necessário, eram encaminhados para internação integral, seguimento em serviços comunitários ou recebiam alta hospitalar. Desse modo, havia uma grande rotatividade de pacientes no

serviço. A equipe da unidade era bem diversificada e composta por um docente responsável, médicos psiquiatras assistentes, médicos residentes (psiquiatria, medicina de família e clínica médica), enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

A EP-HCRP estava localizada no prédio da Unidade de Emergência do HCFMRP e possuía 2 quartos com 3 leitos, 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 eram supervisionados pelos médicos assistentes e docentes responsáveis. Na EP-HCRP, era realizada a avaliação do quadro psiquiátrico emergencial bem como de possíveis condições clínicas do paciente, tanto por avaliação médica especializada como por avaliação laboratorial, de imagem e toxicológica. Essa avaliação aprofundada visava detectar, no diagnóstico diferencial, quadros capazes de mimetizar situações psiquiátricas de urgência, além de avaliar a condição clínica do paciente. Quando indicado, os pacientes internados na EP-HCRP eram manejados por outras especialidades médicas em avaliações de interconsulta. Da mesma forma, pacientes internados em outras especialidades e que apresentavam transtornos mentais associados eram seguidos pela equipe da Psiquiatria em sistema de interconsulta.

5.2 Participantes do estudo

Foram incorporadas nos bancos de dados elaborados para este estudo todas as internações psiquiátricas ocorridas de 1 de janeiro de 1998 até 31 de dezembro de 2007, nos serviços de internações hospitalares psiquiátricos (EPQU, EPIB e HSTRP) e internações psiquiátricas maior ou igual a 12 horas na EP-HCRP, mas foram considerados para composição da amostra os pacientes internados entre 1 de janeiro de 2000 até 31 de dezembro de 2007.

A exclusão das internações ocorridas nos anos de 1998 e 1999 ocorreu para eliminar a contaminação pelo efeito de intrusão, cuja definição está relacionada a erros de medição nas variáveis a serem estudadas pela avaliação transversal e nova do evento sem haver parâmetros ecológicos anteriores na amostra em estudo (HADDOW, 1954; FORRATINI et al., 1986).

5.3 Definição das variáveis do estudo

As variáveis de interesse foram definidas e categorizadas da seguinte forma:

- a) Ano da internação hospitalar: 2000 (ano índice), 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007.
- b) Procedência: Ribeirão Preto – distrito Oeste, Ribeirão Preto – distrito Central, Ribeirão Preto – distrito Norte/Sul/Leste; Outros municípios da DRS XIII (Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho).
- c) Serviço hospitalar de admissão: Emergência Psiquiátrica (EP), Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (HG) e Hospital Psiquiátrico (HP).
- d) Tempo de permanência: até 2 dias; 3 a 10 dias; 11 a 30 dias; maior ou igual a 31 dias.
- e) Sexo: masculino, feminino.
- f) Faixa etária: < 20 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; > 60 anos.
- g) Estado civil: com vínculo (casado e amasiado); sem vínculo (desquitado, divorciado, separado, solteiro e viúvo).
- h) Ocupação: ativo (todas as atividades em que o paciente esteja exercendo funções laborais); inativo (desempregado, aposentado, inativo e inválido).

- i) Diagnósticos (de acordo com a Seção V da décima edição da Classificação Internacional de Doenças): transtornos psicóticos (F20 a F29), transtorno afetivo bipolar (F30 a F31), transtornos depressivos (F32, F33, F34, F38 e F39), transtornos relacionados ao uso de álcool (F10), transtornos relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas (F11 a F19), transtornos de personalidade (F60-F69), transtornos não psicóticos (F40 a F48, F50 a F59, F80 a F89; F90-F99) e outros diagnósticos (F00 a F09 e F70 a F79).

A divisão relacionada aos distritos de saúde da cidade de Ribeirão Preto (distrito Oeste, distrito Central e distrito Norte/Sul/Leste) obedeceu à regionalização do município em relação ao atendimento extra-hospitalar. Desse modo, a assistência psiquiátrica destas regiões é executada especificamente pelos seguintes serviços comunitários da cidade: Ambulatório Regional de Saúde Mental (distrito Norte/Sul/Leste), Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (distrito Oeste) e CAPS II (distrito Central).

5.4 Procedimentos

5.4.1 Construção dos bancos de dados

A confecção dos bancos de dados do estudo foi realizada por analista de sistema experiente e com conhecimento técnico apropriado para execução da tarefa. Um psiquiatra familiarizado com as rotinas dos serviços em estudo e com o fluxo dos pacientes acompanhou, sistematicamente, a construção dos bancos de dados, de maneira a garantir a descrição consistente da dinâmica das internações e readmissões dos pacientes.

5.4.1.1 Banco de dados baseado nas internações de 1998 a 2007 (HCST9807)

A primeira etapa na organização dos dados foi construir um banco de dados único em que todas as admissões psiquiátricas do período (1998 a 2007) fossem organizadas e registradas.

5.4.1.1.1 Utilização do banco de dados prévio (HCST9804)

Em pesquisa anterior (BARROS et al., 2010), foi confeccionado um banco de dados estruturado em que todas as internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto entre 1 de janeiro de 1998 até 31 de dezembro de 2004 foram catalogadas. A metodologia para construção deste banco foi incorporada no delineamento do estudo a fim de estruturar a coleta, organização e análise das variáveis ligadas às internações e reinternações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007.

5.4.1.1.2 Criação do Banco HCST0507

Os dados das internações do HSTRP, durante os anos de 2005 a 2007 (ST0507), foram colhidos do Serviço de Arquivo Médico (SAME) em banco de dados do próprio hospital. No entanto, este banco de dados apresentava falhas estruturais em sua configuração de programa limitando a qualidade de algumas informações. A forma de alimentação dos dados neste banco ocorria, exclusivamente, com o ato de digitação por parte dos funcionários do setor responsável e as variáveis a serem analisadas não eram organizadas em categorias com codificações específicas. Desse modo, as variáveis estavam dispostas de maneira heterogênea além de representarem, por falha estrutural do banco, somente a última internação de cada paciente.

Os dados das internações ocorridas na EPQU, EPIB e EP-HCRP, durante os anos de 2005 a 2007 (HC0507), foram obtidos através do Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP. Em virtude de mudanças estruturais do setor no decorrer dos anos do

estudo, a formatação na organização das variáveis e nas planilhas de dados era diferente entre os anos e dentro de cada ano.

De posse dos dados referentes às internações no HSTRP e HCFMRP entre 2005 e 2007, foi 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 forma única e padronizada. No decorrer da elaboração deste banco de dados, diversos problemas foram sendo percebidos e corrigidos.

Inicialmente, uma importante dificuldade consistia na linguagem e descrição heterogênea dos dados entre os bancos de dados (HC0507 e ST0507), bem como dentro de cada banco no decorrer dos anos. As variáveis estavam organizadas de maneira diferente entre os anos, além de serem descritas com nomenclaturas e codificações não uniformes. Muitos dados solicitados estavam ausentes ou incompletos em alguns dos anos. Existiam incompatibilidades estruturais 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 pelo risco de serem falsas.

Vários dados incompletos ou comprometidos foram novamente solicitados, com o cuidado de fiscalizar e checar a coleta de dados pelos serviços responsáveis do HCFMRP e do HSTRP. As diferenças na codificação das variáveis foram corrigidas com a homogeneização da linguagem de cada variável.

Visando sanar a limitação do banco do HSTRP que registrava somente as variáveis da última internação bem como corrigir falhas estruturais de ambos os bancos hospitalares, 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. Este banco de dados possuía

os dados que estavam comprometidos ou ausentes nos bancos do HSTRP e HCFMRP. Foi criada pelo analista de sistema da pesquisa uma identificação única para cada paciente, permitindo a análise de todos os dados das internações hospitalares de cada paciente independente do hospital ou ano da internação.

As altas-licenças e as transferências entre os hospitais tiveram especial atenção dos pesquisadores, no intuito de evitar que uma única internação pudesse ser contabilizada mais de uma vez. As internações foram contabilizadas a partir do desfecho, portanto do serviço que o paciente teve alta hospitalar. Em função de limitações nos registros dos dados no HCFMRP, não foi possível discriminar as internações que ocorreram nas duas enfermarias psiquiátricas do hospital geral descritas anteriormente (EPIB e EPQU), uma vez que no período analisado essa divisão de atividade clínica não existia para fins estatísticos.

5.4.1.1.3 Criação do banco HCST9807

Os bancos de dados HCST9804 e HCST0507 foram construídos utilizando a mesma metodologia e organização das variáveis. Apesar disto, novas homogeneizações foram necessárias, pois algumas variáveis foram reclassificadas de maneira diferente no decorrer dos anos.

Foi dada especial atenção no período de transição entre os bancos, ou seja, entre os anos de 2004 e 2005 para correção de possíveis equívocos associados às altas licenças e transferências hospitalares.

Após estas correções e ajustes, foi possível realizar a união dos bancos e criar um banco de dados único baseado nas internações. Um trecho deste banco de dados está demonstrado na tabela 5.

Tabela 5: trecho do banco de dados HCST9807 baseado nas internações psiquiátricas

DIA	MES	ANO	LO	RU	REGIS	PAC	SX	DT_NASC	ID	F ET	CL OCUP	E CIV	C CIVIL	BAIRRO	DISTRITO	PROC	DSC_PROCED	CLAS_PROCE	DT_ENTRA	DT_SAIDA	TEMPO_P	FAIXATPE	AFECCAO	NOVACSAIDA
7	5	2001	CA	1	0080569D		F	7/12/1943	57	50-59A	N ATIVO	CAS	EST	MONTE ALEGRE	OESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	20/3/2001	7/5/2001	48	>=31d	F32	ORDEM MEDICA
26	8	2001	UE	2	0575964E		M		21	20-29A	N ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	671	SERRANA	DRS XII	25/8/2001	26/8/2001	1	01-02d		TRANSFERIDO
7	1	2000	UE	3	0500472C		M	29/8/1978	21	20-29A	ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	623	DUMONT	DRS XII	7/1/2000	7/1/2000	1	01-02d	F10	ORDEM MEDICA
5	11	2000	CA	4	0301585B		F	10/6/1925	75	> 60A	N ATIVO	VIU	N EST	JARDIM PIRATININGA	SUL	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	27/10/2000	5/11/2000	9	03-10d	F31	ORDEM MEDICA
13	11	2003	CA	5	0181783F		F	8/12/1955	47	40-49A	N ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	618	CRAVINHOS	DRS XII	2/11/2003	13/11/2003	11	11-20d	F32	ORDEM MEDICA
5	9	2000	ST	6	00021467		M	20/9/1982	17	< 20A	N ATIVO	SOL	N EST	PARQUE SAO SEBASTIAO	LESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	31/8/2000	5/9/2000	5	03-10d	F19	ORDEM MEDICA
13	9	2000	ST	6	00021467		M	20/9/1982	17	< 20A	N ATIVO	SOL	N EST	PARQUE SAO SEBASTIAO	LESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	12/9/2000	13/9/2000	1	01-02d	F19	ORDEM MEDICA
13	9	2000	UE	6	0445667F		M	20/9/1982	17	< 20A	N ATIVO	SOL	N EST	PARQUE SAO SEBASTIAO	LESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	12/9/2000	13/9/2000	1	01-02d	F14	ORDEM MEDICA
29	4	2002	CA	7	0197777B		M	14/4/1962	39	30-39A	ATIVO	CAS	EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	666	STO ANT DA AL	DRS XII	1/3/2002	29/4/2002	59	>=31d	F32	ORDEM MEDICA
18	10	2005	ST	8	00023139		M	16/4/1978	27	20-29A	N ATIVO	SOL	N EST	CAMPOS ELISEOS	CENTRAL	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	21/9/2005	18/10/2005	27	21-30d	F20	ORDEM MEDICA
3	6	2006	UE	9	0776404B		M	8/12/1937	68	> 60A	N ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	638	JARDINOPOLIS	DRS XII	2/6/2006	3/6/2006	1	01-02d	F29	ORDEM MEDICA
31	7	2004	UE	10	0703227C		M	12/8/1929	74	> 60A	N ATIVO	VIU	N EST	ALTO DO IPIRANGA	OESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	31/7/2004	31/7/2004	1	01-02d	F03	ORDEM MEDICA
6	9	1999	ST	11	00017928		F	15/9/1949	49	40-49A	N ATIVO	IGN	IGN	GERALDO CARVALHO	NORTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	29/8/1999	6/9/1999	8	03-10d	F23	ORDEM MEDICA
30	7	2007	ST	11	00017928		M	15/9/1949	57	50-59A	N ATIVO	IGN	IGN	IPIRANGA	OESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	13/7/2007	30/7/2007	17	11-20d	F25	ORDEM MEDICA
29	11	2007	CA	11	0069469H		M	15/9/1949	57	50-59A	N ATIVO	CAS	EST	IPIRANGA	OESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	8/8/2007	29/11/2007	113	>=31d	F20	ORDEM MEDICA
22	5	1998	UE	12	0118228B		M	7/1/1960	38	30-39A	N ATIVO	SOL	N EST	IPIRANGA	OESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	22/5/1998	22/5/1998	1	01-02d	F14	ORDEM MEDICA
14	10	2005	ST	12	00016094		M	7/1/1960	45	40-49A	N ATIVO	SOL	N EST	VILA ALBERTINA	OESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	8/9/2005	14/10/2005	36	>=31d	F20	ORDEM MEDICA
30	8	2002	CA	13	0317020I		M	3/10/1984	17	< 20A	N ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	510	BROTAS	OUTRA DRS	28/8/2002	30/8/2002	2	01-02d	F31	ORDEM MEDICA
5	2	2001	UE	14	0551040F		M	14/9/1974	26	20-29A	N ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	671	SERRANA	DRS XII	3/2/2001	5/2/2001	2	01-02d	F20	ORDEM MEDICA
27	10	2006	ST	15	00023549		M	22/5/1973	33	30-39A	N ATIVO	SOL	N EST	OUTROS MUNICIPIOS	OUTROS MUNICIPIOS	961	BAHIA	OUTRO ESTADO	19/10/2006	27/10/2006	8	03-10d	F10	ORDEM MEDICA
8	8	2003	UE	16	0073236H		M	2/9/1974	28	20-29A	ATIVO	AMA	EST	JARDIM INDEPENDENCIA	CENTRAL	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	8/8/2003	8/8/2003	1	01-02d	F41	ORDEM MEDICA
7	5	2004	UE	17	0417185H		M	16/4/1953	51	50-59A	N ATIVO	CAS	EST	JARDIM JOAO ROSSI	CENTRAL	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	6/5/2004	7/5/2004	1	01-02d	F32	ORDEM MEDICA
24	5	2004	ST	17	00022672		M	16/4/1953	51	50-59A	ATIVO	CAS	EST	JARDIM JOAO ROSSI	CENTRAL	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	11/5/2004	24/5/2004	13	11-20d	F32	ORDEM MEDICA
7	10	2004	UE	18	0421718D		M	27/1/1957	47	40-49A	ATIVO	CAS	EST	VALENTINA FIGUEIREDO	NORTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	7/10/2004	7/10/2004	1	01-02d	F32	ORDEM MEDICA
9	4	1998	ST	19	00020564		M	28/9/1940	57	50-59A	N ATIVO	SOL	N EST	JARDIM IRAJA	LESTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	24/3/1998	9/4/1998	16	11-20d	F20	ORDEM MEDICA
21	5	1998	ST	20	00020634		F	20/3/1978	20	20-29A	N ATIVO	SOL	N EST	ADELINO SIMIONI	NORTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	16/5/1998	21/5/1998	5	03-10d	F30	ORDEM MEDICA
14	8	2000	ST	20	00020634		F	20/3/1978	22	20-29A	N ATIVO	SOL	N EST	ADELINO SIMIONI	NORTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	11/8/2000	14/8/2000	3	03-10d	F20	A PEDIDO
18	2	2003	UE	20	0464975H		F	20/3/1978	24	20-29A	N ATIVO	SOL	N EST	ADELINO SIMIONI	NORTE	658	RIBEIRAO PRETO	DRS XII	18/2/2003	18/2/2003	1	01-02d	F25	ORDEM MEDICA

5.4.1.1.4 Criação do banco HCST_PAC9807

O banco de dados HCST9807 baseado nas internações não permitia analisar os fatores associados às reinternações psiquiátricas. Desse modo, foi necessário construir um novo banco de dados com estrutura baseada nos pacientes.

Houve mudanças no formato e distribuição das variáveis no banco de modo que todas as internações de cada paciente fossem descritas de maneira conjugada e agrupada.

Após as mudanças de formato e reorganização dos dados, foi possível construir o banco HCST_PAC9807 baseados nos pacientes e voltado para análise das readmissões psiquiátricas. Um trecho deste banco pode ser evidenciado na tabela 6.

Tabela 6: trecho do banco de dados HCST_PAC9807 baseado nos pacientes internados

REG_UNICO	SEXO	INT_01	ANO_01	LOCAL_01	FETAR_01	OCUPA_01	CIVIL_01	DISTR_01	PROCE_01	CPROC_01	TPERM_01	AFEC1_01
1	F	1	01	CA	50-59A	N ATIVO	ESTAVEL	OESTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	>=31d	F32
2	M	1	01	UE	20-29A	N ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	SERRANA	DIR XVIII	01-02d	
3	M	1	00	UE	20-29A	ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	DUMONT	DIR XVIII	01-02d	F10
4	F	1	00	CA	> 60A	N ATIVO	N ESTAVEL	SUL	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	03-10d	F31
5	F	1	03	CA	40-49A	N ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	CRAVINHOS	DIR XVIII	11-20d	F32
6	M	1	00	ST	< 20A	N ATIVO	N ESTAVEL	LESTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	03-10d	F19
7	M	1	02	CA	30-39A	ATIVO	ESTAVEL	OUTROS MUNIC	SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	DIR XVIII	>=31d	F32
8	M	1	05	ST	20-29A	N ATIVO	N ESTAVEL	CENTRAL	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	21-30d	F20
9	M	1	06	UE	> 60A	N ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	JARDINOPOLIS	DIR XVIII	01-02d	F29
10	M	1	04	UE	> 60A	N ATIVO	N ESTAVEL	OESTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	01-02d	F03
11	F	1	99	ST	40-49A	N ATIVO	IGN	NORTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	03-10d	F23
12	M	1	98	UE	30-39A	N ATIVO	N ESTAVEL	OESTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	01-02d	F14
13	M	1	02	CA	< 20A	N ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	BROTAS	OUTRA DIR	01-02d	F31
14	M	1	01	UE	20-29A	N ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	SERRANA	DIR XVIII	01-02d	F20
15	M	1	06	ST	30-39A	N ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	BAHIA	OUTRO EST	03-10d	F10
16	M	1	03	UE	20-29A	ATIVO	ESTAVEL	CENTRAL	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	01-02d	F41
17	M	1	04	UE	50-59A	N ATIVO	ESTAVEL	CENTRAL	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	01-02d	F32
18	M	1	04	UE	40-49A	ATIVO	ESTAVEL	NORTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	01-02d	F32
19	M	1	98	ST	50-59A	N ATIVO	N ESTAVEL	LESTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	11-20d	F20
20	F	1	98	ST	20-29A	N ATIVO	N ESTAVEL	NORTE	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	03-10d	F30
21	M	1	99	ST	30-39A	ATIVO	N ESTAVEL	OUTROS MUNIC	CAJURU	DIR XVIII	03-10d	F10
22	M	1	04	ST	40-49A	N ATIVO	N ESTAVEL	CENTRAL	RIBEIRAO PRETO	DIR XVIII	03-10d	F10
23	M	1	99	UE	20-29A	ATIVO	ESTAVEL	OUTROS MUNIC	GUARIBA	DIR XVIII	01-02d	F31
24	M	1	03	ST	30-39A	N ATIVO	ESTAVEL	OUTROS MUNIC	GUARIBA	DIR XVIII	03-10d	F10
25	M	1	06	ST	30-39A	N ATIVO	ESTAVEL	OUTROS MUNIC	PITANGUEIRAS	DIR XVIII	11-20d	F32

5.5 Análise dos dados

Inicialmente, foram extraídas frequências e razões em relação ao ano índice (2000) das variáveis de interesse para as análises descritivas. A análise estatística foi realizada nos programas STATA 6.0 e SPSS 19.0 for Windows.

Análises por porte municipal foram realizadas utilizando os critérios adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), os municípios que compõem a DRS XIII podem ser distribuídos em municípios de grande porte (população acima de 100.000 habitantes), municípios de médio porte (população entre 50.000 e 100.000 habitantes) e municípios de pequeno porte (população abaixo de 50.000 habitantes). A comparação entre as proporções de primeiras internações nos municípios da DRS XIII foi executada com um coeficiente criado para este fim (Coeficiente das primeiras admissões) cujo cálculo representava a razão das primeiras internações psiquiátricas de cada município com a população estimada para o período.

Foi realizada a análise descritiva dos dados e, para a verificação de presença de associações significativas ($p < 0,05$), utilizou-se a análise bivariada entre a variável dependente (reinternação psiquiátrica) e os possíveis fatores preditivos (variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento) por intermédio do teste exato de Fisher e do teste de χ^2 Pearson, comparando proporções não pareadas. As variáveis que se mostraram significativas nestas análises foram analisadas através de regressão logística, a fim de acessar seu efeito de forma independente.

A análise com regressão logística multivariada foi utilizada, calculando-se o Risco Relativo (RR) e intervalos de confiança a 95%. Na análise das variáveis pela regressão logística multivariada, foi utilizado o método de entrada sequencial das

variáveis (*Foward Stepwise*). Este método selecionou as variáveis uma a uma, introduzindo a variável que apresentava um valor de significância possivelmente menor em cada análise. Para a análise multivariada formaram-se vários grupos com as diferentes categorizações das variáveis (diagnóstico, tempo de permanência, procedência, faixa etária, estado civil, sexo, ocupação e serviço de internação) criando várias estimativas de coeficientes. Cada grupo foi composto com as categorias descritas abaixo e aquela em negrito foi escolhida conforme modelo *Foward Stepwise*.

- Diagnóstico (**transtornos não psicóticos**, transtornos psicóticos, transtorno afetivo bipolar, transtorno depressivo, transtornos relacionados ao consumo de álcool, transtornos relacionados ao consumo de outras drogas, transtornos de personalidade e demais transtornos mentais).
- Tempo de permanência (**até 2 dias**, 3 a 10 dias, 11 a 30 dias, ≥ 31 dias).
- Procedência: (**Ribeirão Preto – distrito Oeste**, Ribeirão Preto – distrito Central, Ribeirão Preto – distrito Norte/Sul/Leste e outros municípios da DRS XIII).
- Faixa etária: (< 20 anos, **20 a 39 anos**, 40 a 59 anos e ≥ 60 anos).
- Estado civil (**com vínculo** e sem vínculo).
- Ocupação: (**ativo** e não ativo).
- Sexo: (**feminino** e masculino)
- Serviço (**Emergência Psiquiátrica**, Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico).

Para avaliar o tempo para primeira readmissão (2º internação) foi utilizada a análise de sobrevivência que leva em consideração as diferenças no tamanho do tempo de seguimento entre todas as internações de cada paciente. As curvas de sobrevivência foram estimadas pela fórmula produto-limite de Kaplan-Meier. O procedimento de Kaplan-Meier para análise é apropriado, pois a medida de tempo até o evento crítico é precisa. A variável *tempo para reinternação* foi utilizada como referência ao tempo entre a alta da *internação index* até a ocorrência do evento crítico, no caso a reinternação (2º internação). A maioria de perdas de dados de reinternação ocorreu por problemas estruturais no cadastro das datas de poucas internações (0,8%) no banco de dados utilizados no estudo. As diferenças de significância entre os grupos foram medidas pelo teste de diferença de incidências. Para avaliar a diferença estatística entre as curvas de cada variável, foi empregado o teste “logrank” de Mantel – Cox para as funções de sobrevida comparando o número de eventos críticos (reinternações) observados com o número esperado de eventos em cada momento em que ocorre um evento.

6 RESULTADOS

De primeiro de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2007, 6.261 indivíduos tiveram internação psiquiátrica na DRS XIII, sendo 2.834 (45,3%) no Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (06 leitos), 1.128 (18,0%) nas Enfermarias Psiquiátricas no Campus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (22 leitos) e 2.299 (36,7%) no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (80 leitos). A figura 6 mostra a distribuição dos pacientes admitidos em cada um dos serviços hospitalares disponíveis na região, considerando a primeira admissão dentro do período em estudo (1 janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2007).

Figura 6: Distribuição dos pacientes internados, por serviços de internação, na região de Ribeirão Preto, entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2007.

O princípio da regionalização no estado de São Paulo com as regiões de saúde foi obedecido, pois, durante o período em estudo, somente 212 (3,4%) pacientes eram provenientes de municípios não pertencentes à DRS XIII sendo 170

(2,7%) provenientes de outras DRS e 42 (0,7%) de outros estados. Praticamente, a maioria deles (170 pacientes) foi admitida no Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

6.1 Caracterização demográfica e clínica

A análise das características sócio-demográficas de acordo com o sexo dos pacientes internados evidenciou que a inatividade profissional foi detectada principalmente em pacientes do sexo feminino enquanto a ausência de vínculos conjugais nos pacientes do sexo masculino. Em relação à caracterização clínica, foi possível perceber que as pacientes do sexo feminino tiveram uma maior proporção de internações muito breves (1 a 2 dias), internações no hospital geral (emergência psiquiátrica e enfermarias), diagnósticos de transtornos afetivos (transtorno afetivo bipolar e transtornos depressivos) e de personalidade enquanto os pacientes de sexo do masculino apresentaram mais prevalentemente internações breves (3 a 10 dias), internações no hospital psiquiátrico além de diagnósticos relacionados a transtornos psicóticos e ao uso de substâncias psicoativas. As descrições supracitadas podem ser evidenciadas na tabela 7.

Tabela 7: Caracterização clínica e demográfica dos pacientes admitidos na Região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007 de acordo com o sexo.

Variáveis	sexo feminino		sexo masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Características demográficas						
20 a 49 anos	1.325	48,9	1.804	51,1	3.129	50,2
Profissionalmente inativo	2.151	79,1	2.148	60,6	4.299	68,7
Sem vínculo conjugal	1.537	56,5	2.243	63,3	3.780	60,4
Local de internação						
Emergência psiquiátrica	1.339	49,3	1.495	42,2	2.834	45,3
Hospital geral	595	21,9	533	15	1.128	18
Hospital psiquiátrico	784	28,8	1.515	42,8	2.299	36,7
Tempo de permanência						
≤ 2 dias	1.324	49,4	1.416	40	2.758	44,1
3 a 10 dias	606	22,3	1.105	31,2	1.711	27,3
11 a 20 dias	339	12,5	570	16,1	909	14,5
21 a 30 dias	157	5,8	205	5,8	362	5,8
≥ 31 dias	274	10,1	247	7,0	521	8,3
Diagnósticos						
Transtornos psicóticos	571	21	815	23	1.386	22,1
Transtorno afetivo bipolar	459	16,9	299	8,4	758	12,1
Transtornos depressivos	709	26,1	323	9,1	1.032	16,5
Transtornos 2 ^{ario} álcool	125	4,6	1088	30,7	1.213	19,4
Transtornos 2 ^{ario} outras drogas	78	2,9	440	12,4	518	8,3
Transtornos de personalidade	369	13,6	127	3,6	469	7,9
Transtornos não psicóticos	197	7,2	106	3,0	303	4,8
Outros	210	7,7	345	9,7	555	8,9
Ano de admissão						
2000	297	10,9	450	12,7	747	11,9
2001	289	10,6	413	11,7	702	11,2
2002	300	11	376	10,6	676	10,8
2003	313	11,5	425	12	738	11,8
2004	409	15	483	13,6	892	14,2
2005	392	14,4	438	12,4	830	13,3
2006	358	13,2	483	13,6	841	13,4
2007	360	13,2	475	13,4	835	13,3

A tabela 8 descreve as características demográficas de todos os pacientes internados no período estudado. Embora tenha ocorrido uma predominância de pacientes internados do sexo masculino, não foi evidenciada significância estatística nesta diferença ($p = 0.374$). Aproximadamente 2/3 dos pacientes internados tinha idade menor do que 40 anos, havendo predominância de pacientes adultos jovens com faixa etária de 20 a 39 anos (50,2%). A proporção de pacientes idosos (≥ 60 anos) mostrou-se baixa (6,7%). A relação conjugal predominante foi aquela cujos vínculos demonstravam uma relação não estável (65,3%). Em termos ocupacionais, a grande maioria dos pacientes (70%) não possuía vínculos laborais estáveis com renda mensal sequenciada. Os pacientes admitidos eram provenientes, em sua grande maioria, da cidade de Ribeirão Preto (54,4%) com distribuição crescente das internações entre os distritos Norte, Sul e Leste (25,3%), distrito Oeste (17,1%) e distrito Central (12%).

Tabela 8: Caracterização demográfica dos pacientes admitidos na Região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007.

características demográficas	n	%	P
sexo			0.374
Feminino	2.718	43,4	
Masculino	3.543	56,6	
faixa etária			< 0.001
< 20 anos	634	10,2	
20 a 39 anos	3.129	50,2	
40 a 59 anos	2.056	32,9	
≥ 60 anos	420	6,7	
estado civil			0.013
Estável	2.008	34,7	
não estável	3.780	65,3	
Ocupação			
Ativo	1.837	30	0.002
Inativo	4.290	70	
Procedência			0.025
RP (distrito Oeste)	1.010	17,1	
RP (distrito Central)	711	12,0	
RP(distritos Norte/Sul/Leste)	1.499	25,3	
Outros Municípios da DRS XIII	2.700	45,6	

RP: Ribeirão Preto; DRS: Diretoria Regional de Saúde

A tabela 9 evidencia a caracterização clínica da população estudada. Os principais diagnósticos encontrados na amostra foram os transtornos psicóticos (22,1%) e os transtornos afetivos (28,6%) com subclassificação em transtorno depressivo (16,5%) e transtorno afetivo bipolar (12,1%). Os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas também tiveram uma representatividade importante na amostra (27,7%) merecendo destaque os transtornos relacionados ao uso de álcool (19,4%). Outros diagnósticos descritos no estudo foram os de transtornos de personalidade (7,9%) e transtornos não psicóticos (4,8%)

representados pelos transtornos neuróticos, ansiosos, somatoformes e relacionados com o “stress” (CID 10: F40 a F59). Os demais diagnósticos (8,9%) com destaque para os transtornos mentais orgânicos (F00 a F09) e os retardos mentais (F70-F79) também foram encontrados no estudo.

A grande maioria dos pacientes admitidos no período apresentou internações breves menores do que 10 dias (71,4%) com marcante destaque para as internações muito breves (≤ 2 dias) as quais representaram quase a metade de todas as admissões. Os pacientes com internações mais prolongadas (≥ 31 dias) não tiveram uma proporção elevada (8,3%) reforçando a evidencia de que no estudo as internações resolviam-se em intervalos curtos de tempo.

Tabela 9: Caracterização clínica dos pacientes admitidos na Região de Ribeirão Preto entre 2000 e 2007.

características clínicas	n	%	p
Diagnóstico			< 0.001
transtornos psicóticos	1.386	22,1	
transtorno afetivo bipolar	758	12,1	
transtorno depressivo	1.032	16,5	
transtorno 2 ^{ário} ao álcool	1.213	19,4	
transtorno 2 ^{ário} a outras drogas	518	8,3	
transtornos de personalidade	496	7,9	
transtornos não psicóticos	303	4,8	
Outros	555	8,9	
tempo de permanência			< 0.001
≤ 2 dias	2.758	44,1	
3 a 10 dias	1.711	27,3	
11 a 30 dias	1.271	20,3	
≥ 31 dias	521	8,3	

EP-HCRP: Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

HCFMRP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HSTRP: Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto

6.2 Mudanças no perfil dos pacientes em sua primeira admissão

A análise da série histórica (2000 a 2007) mostrou diferenças nas variáveis demográficas e clínicas relacionadas aos pacientes internados. Ao se utilizar razões em relação ao ano índice (2000), foi possível caracterizar as variáveis no decorrer dos anos bem como entender as variações de cada uma delas.

Conforme demonstrado na figura 7, o total das primeiras admissões psiquiátricas cresceu a partir do ano de 2003 com ênfase no ano de 2004. Embora nos anos seguintes tenha ocorrido discreta queda, a razão das admissões ainda se manteve maior do que no ano índice.

Figura 7: Razão dos pacientes em primeira internação entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2007 em relação ao ano índice (2000).

6.2.1 Variáveis sócio-demográficas

6.2.1.1 Sexo

Embora os pacientes do sexo masculino tenham predominado na amostra, foi observado em todos os anos do estudo um maior aumento na proporção de pacientes do sexo feminino quando comparados com aqueles do sexo masculino. Em ambos os sexos, os aumentos mais pronunciados ocorreram no ano de 2004 mantendo-se, nos anos subsequentes, numa proporção maior ao ano índice. A figura 8 demonstra a razão por sexo das primeiras internações dos pacientes em relação ao ano índice (2000).

Figura 8: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o sexo utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

6.2.1.2 Ocupação

A análise da situação ocupacional dos pacientes nas suas primeiras admissões hospitalares mostrou um aumento gradativo na proporção de pacientes sem vínculos empregatícios em todos os anos da série histórica estudada. O aumento na razão dos pacientes internados sempre foi maior para os pacientes inativos profissionalmente quando comparado com aqueles que tinham renda ativa. De maneira oposta, a razão dos pacientes internados com ocupação ativa reduziu no decorrer dos anos havendo um pequeno retorno em 2004 para o padrão do ano índice (2000), mas com quedas nos anos subsequentes. A figura 9 demonstra a razão das primeiras internações dos pacientes de acordo com a situação ocupacional em relação ao ano índice (2000).

Figura 9: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com a situação ocupacional utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

6.2.1.3 Estado Civil

Conforme evidenciado na figura 10, as diferenças nas razões das primeiras admissões, em relação ao ano índice e de acordo com estado civil, mostraram diferenças entre os anos de 2002 e 2006. Neste período, a proporção de pacientes com vínculos conjugais estáveis teve um aumento mais pronunciado do que aqueles sem vínculos estabelecidos, embora esta diferença não tenha ultrapassado o percentual de 20% em todos os anos.

Figura 10: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o estado civil utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

6.2.1.4 Faixa Etária

A comparação entre as razões das primeiras admissões dos pacientes de acordo com as faixas etárias (< 20 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e $\geq$ 60 anos) demonstrou uma estabilidade na distribuição das internações para aqueles com idades inferiores de 60 anos. A proporção do aumento nas admissões de pacientes mais idosos foi consideravelmente maior do que as outras faixas etárias, principalmente, entre os anos

de 2002 a 2005. A figura 11 demonstra a razão das primeiras internações dos pacientes de acordo com a faixa etária em relação ao ano índice (2000).

Figura 11: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com a faixa etária utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

6.2.1.5 Procedência

Conforme definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), os municípios que compõem a DRS XIII podem ser distribuídos em municípios de grande porte (população acima de 100.000 habitantes), municípios de médio porte (população entre 50.000 e 100.000 habitantes) e municípios de pequeno porte (população abaixo de 50.000 habitantes). A análise das novas admissões dos pacientes no período demonstrou diferenças de acordo com o porte do município. Os municípios de grande porte e de pequeno porte tiveram um aumento nas internações psiquiátricas a partir do ano de 2003, sobretudo nos municípios menos populosos. Os municípios de médio porte mantiveram estável a proporção de pacientes admitidos pela primeira vez até o ano de 2006 quando

ocorreu um aumento nesta proporção. A figura 12 demonstra as relações entre as proporções das novas internações psiquiátricas no período do estudo e a procedência do paciente pelo porte municipal.

Figura 12: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o porte do município (procedência) utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

A análise dos pacientes admitidos segundo a procedência mostrou um aumento na proporção das internações psiquiátricas entre os anos de 2002 e 2004, independente do local de procedência (Ribeirão Preto – Distrito Central, Distrito Oeste e Distritos Norte/Sul/Leste – e outros municípios da DRS XIII). A razão das primeiras admissões dos pacientes provenientes do Distrito Central teve um aumento mais precoce chegando ao máximo no ano de 2004 com queda nos anos posteriores. Este mesmo padrão ocorreu com os pacientes provenientes de outras cidades da DRS XIII. Em relação ao distrito Oeste, foi percebido que a partir do ano de 2003 ocorreu um aumento na razão dos pacientes internados com crescimentos graduais no decorrer dos anos. A proporção dos pacientes provenientes das áreas de abrangência dos distritos Norte, Sul e Leste não demonstraram importantes diferenças no decorrer dos

anos. A figura 13 demonstra a razão das primeiras internações dos pacientes de acordo com a procedência em relação ao ano índice (2000).

Figura 13: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com a procedência utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

Os coeficientes das primeiras internações nos municípios da DRS XIII não demonstraram uma tendência única de 2000 para 2007. Houve uma proporção aproximadamente igual de municípios com aumento e diminuição nos coeficientes de primeira internação. Alguns municípios (Sertãozinho, Batatais, Guariba, Pontal, Cravinhos, Brodowski, Altinópolis, Pradópolis, Guataporá, Dumont, Santo Antônio da Alegria e Cássia dos Coqueiros) tiveram aumentos enquanto outros (Jaboticabal, Pitangueiras, Jardinópolis, Santa Rosa de Viterbo, Cajuru, São Simão, Serra Azul e Luis Antônio) apresentaram reduções neste coeficiente. Poucos municípios (Ribeirão Preto, Monte Alto, Serrana, Barrinha e Santa Cruz da Esperança) apresentaram coeficientes semelhantes nos anos de 2000 e 2007. Esta distribuição determinou que, em termos gerais, não houvesse alteração do coeficiente de primeira internação na DRS XIII de 2000 para 2007. A tabela 10 demonstra os coeficientes de primeira internação, nos municípios da DRS XIII, nos anos de 2000 e 2007.

Tabela 10: Coeficiente de primeira internação psiquiátrica, segundo os municípios pertencentes à DRS-XIII, em 2000 e 2007.

Municípios	população*		primeiras admissões**		Variações
	2000	2007	2000	2007	
Ribeirão Preto	504.923	547.417	0,82	0,77	≈
Sertãozinho	94.664	103.558	0,54	0,79	↑
Jaboticabal	67.408	69.624	0,59	0,33	↓
Batatais	51.112	53.525	0,39	0,52	↑
Monte Alto	43.613	44.085	0,44	0,41	≈
Serrana	32.603	36.596	0,58	0,57	≈
Pitangueiras	31.156	33.329	0,51	0,45	↓
Guariba	31.085	32.664	0,32	0,83	↑
Jardinópolis	30.729	34.611	0,49	0,38	↓
Pontal	29.681	35.560	0,44	0,56	↑
Cravinhos	28.411	29.377	0,28	0,58	↑
Barrinha	24.207	25.642	0,7	0,7	≈
Santa Rosa de Viterbo	21.435	22.699	0,42	0,13	↓
Cajuru	20.777	22.695	0,53	0,44	↓
Brodowski	17.139	19.018	0,35	0,95	↑
Altinópolis	15.481	15.139	0,19	0,73	↑
São Simão	13.675	13.781	0,8	0,51	↓
Pradópolis	12.912	15.148	0,39	0,92	↑
Serra Azul	7.446	9.107	1,07	0,55	↓
Luis Antonio	7.160	10.272	1,12	0,97	↓
Guataporá	6.371	6.217	0,47	0,64	↑
Dumont	6.307	7.557	0,32	1,32	↑
Santo Antonio da Alegria	5.764	6.020	0,87	1,16	↑
Cássia dos Coqueiros	2.871	2.706	0,7	1,11	↑
Santa Cruz da Esperança	1.796	1.707	0,56	0,59	≈
Total	1.108.726	1.198.054	0,65	0,68	≈

≈ taxas semelhantes em 2000 e 2007; ↑ aumento em 2007, em relação ao ano de 2000

↓ diminuição em 2007, em relação ao ano de 2000

** IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

**Coeficiente das primeiras admissões por 1000 habitantes

6.2.2 Variáveis clínicas

6.2.2.1 Serviço de internação

A comparação entre os serviços de internação utilizando-se a razão das primeiras admissões dos pacientes demonstrou uma relação inversamente proporcional entre a emergência psiquiátrica (EP-HCRP) e as enfermarias do hospital geral (HCFMRP). Entre 2000 e 2004 ocorreu um aumento na razão dos pacientes internados no hospital geral com concomitante redução na razão daqueles internados na emergência psiquiátrica. Houve uma estabilidade nas razões em ambos os serviços nos anos de 2004 e 2005 enquanto nos anos subsequentes houve retorno de aumento nas razões de pacientes internados no hospital geral com posterior queda sempre com padrão opositor nas razões na emergência psiquiátrica. Embora tenham ocorrido reduções nas proporções de admissões na emergência psiquiátrica em alguns anos do estudo, o número de admissões neste serviço desde o ano 2004 manteve-se acima das ocorridas no ano índice. A razão dos pacientes internados no hospital psiquiátrico (HSTRP) não mostrou grandes modificações no decorrer dos anos. A figura 14 descreve a razão das primeiras internações dos pacientes nos serviços de internação em relação ao ano índice.

Figura 14: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o serviço de internação utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

6.2.2.2 Diagnóstico

Em relação aos diagnósticos dos pacientes nas primeiras internações, as razões em relação ao ano índice demonstraram uma estabilidade na maioria dos diagnósticos avaliados (transtornos psicóticos, transtornos afetivos bipolares, transtornos não psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool). Alguns diagnósticos (transtornos depressivos, transtornos de personalidades e transtornos secundários ao uso de outras drogas) tiveram aumentos na razão dos pacientes acometidos por estes transtornos no decorrer dos anos em estudo. A proporção de pacientes acometidos por transtornos depressivos cresceu atingindo um aumento de até três vezes em relação ao ano índice, enquanto os diagnósticos de transtorno de personalidade e transtornos relacionados a outras drogas aumentaram gradativamente, a partir do ano de 2004, atingindo um valor aproximado de 2 vezes em relação ao ano índice. A figura 15 descreve a razão dos diagnósticos nas primeiras internações dos pacientes em relação ao ano índice.

Figura 15: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o diagnóstico utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

6.2.2.3 Tempo de permanência

O aumento das internações muito breves (≤ 2 dias) e breves (3 a 10 dias) destacou-se, conforme evidenciado na análise das primeiras internações dos pacientes. A partir de 2004, ocorreu considerável aumento na razão de pacientes com internações muito breves com manutenção desta proporção até o final do estudo. Em relação às internações breves (3 a 10 dias), observou-se uma maior proporção delas em todos os anos quando comparado ao ano índice. A comparação entre as internações muito breves e breves evidenciou um padrão oposto entre estas categorias, sendo demonstrado que o aumento das internações muito breves coincide com a redução das internações breves. A razão dos pacientes com internações de 11 a 30 dias teve tendência de redução em relação ao ano índice com exceção dos anos de 2003 e 2004 cujo valor assemelhou-se ao ano de 2000. A razão dos pacientes com internações mais prolongadas (≥ 31 dias) evoluiu com

certa estabilidade no decorrer dos anos apresentando uma redução pontual em 2005 coincidindo com a razão máxima de pacientes com internações muito breves (≤ 2 dias). A figura 16 descreve a razão dos pacientes internados de acordo com o tempo de permanência em relação ao ano índice.

Figura 16: Distribuição dos pacientes em primeira internação de acordo com o tempo de permanência utilizando razões em relação ao ano índice (2000).

As relações evidenciadas na razão das internações de cada variável em relação ao ano índice estão descritas detalhadamente na tabela 11 com os respectivos valores de significância para cada variável.

Tabela 11: Características clínicas e demográficas dos pacientes admitidos de acordo com o ano de admissão

	2000 (n = 747) %	2001 (n = 702) %	2002 (n = 676) %	2003 (n = 738) %	2004 (n = 892) %	2005 (n = 830) %	2006 (n = 841) %	2007 (n = 835) %	p
Características Gerais									
Sexo masculino	60,2	58,8	55,6	57,6	54,1	52,8	57,4	56,9	0,063
Inativo profissionalmente	59,0	62,7	71,8	68,3	64,4	76,2	77,3	79,0	<0,001
Sem vínculo conjugal	67,6	67,9	67,1	63,9	62,6	62,4	67,4	64,2	0,090
Faixa etária									
< 20 anos	10,0	9,3	10,2	10,6	9,6	10,4	11,5	9,7	0,277
20 a 39 anos	50,9	54,7	48,0	48,9	48,5	48,2	50,4	52,0	0,001
40 a 59 anos	33,9	31,1	36,1	31,0	33,3	34,0	31,6	32,8	0,009
≥ 60 anos	5,2	5,0	5,6	9,5	8,6	7,4	6,6	5,5	<0,001
Serviço de internação									
Emergência psiquiátrica	47,4	45,4	31,8	32,2	49,1	56,5	43,9	51,7	<0,001
Hospital geral	13,3	24,5	29,3	23,3	14,2	14,8	20,0	8,3	<0,001
Hospital Psiquiátrico	39,4	30,1	38,9	44,4	36,7	28,7	36,1	40,0	<0,001
Tempo de permanência									
≤ 2 dias	45,2	44,0	32,2	34,0	47,2	53,9	44,5	47,9	<0,001
3 a 10 dias	21,8	27,8	36,5	30,4	24,3	22,8	30,3	26,5	<0,001
11 a 20 dias	16,2	14,0	15,1	18,6	14,3	12,5	13,3	12,8	0,112
21 a 30 dias	8,0	5,7	6,5	6,6	5,6	4,8	4,8	4,7	0,303
≥ 31 dias	8,7	8,5	9,6	10,4	8,5	6,0	7,1	8,1	0,296
Diagnósticos									
transtornos psicóticos	26,5	28,1	22,9	23,4	21,5	17,8	19,4	19,2	0,025
transtorno afetivo bipolar	13,1	14,5	13,3	13,8	10,2	11,1	10,7	11,1	0,965
transtornos depressivos	7,9	9,8	16,6	16,8	21,9	19,5	19,4	17,7	<0,001
transtornos de personalidade	5,8	5,8	6,5	8,7	8,4	8,8	9,0	9,6	<0,001
transtornos não psicóticos	5,0	3,4	4,3	3,3	7,0	5,9	5,2	4,1	<0,001
transtornos 2 ^º ao álcool	24,0	20,9	19,4	18,3	17,0	19,8	18,2	18,2	0,151
transtornos 2 ^º a outras drogas	6,4	6,8	6,5	4,3	7,7	8,1	11,3	13,8	<0,001

6.3 Caracterização das reinternações psiquiátricas

Aproximadamente 1/3 dos pacientes (1.970) tiveram readmissões no período em estudo. A comparação entre pacientes que sofreram reinternações psiquiátricas com aqueles com internação única não apontou para diferenças significativas entre os sexos ($\chi^2 = 0.5735$, $p = 0.233$) ou atividade profissional ($\chi^2 = 1.2864$, $p = 0.268$), mas aqueles com faixas etárias mais jovens (< 20 anos e 20-39 anos) ($\chi^2 = 39.4202$, $p = 0.000$) e sem vínculos conjugais ($\chi^2 = 6.7081$, $p = 0.005$) tiveram maiores proporções de reinternações. Houve ainda uma tendência a diferenças significativas quanto à procedência dos pacientes ($\chi^2 = 6.8702$, $p = 0.076$). Pacientes provenientes das regiões administrativas de Ribeirão Preto atendidas pelo Ambulatório Regional de Saúde Mental (Norte, Sul e Leste) e pelo Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (Oeste) tiveram mais reinternações do que os pacientes provenientes da região administrativa Central da cidade de Ribeirão Preto (CAPS II), bem como dos outros municípios da DRS XIII. Esses dados estão apresentados na tabela 12.

Tabela 12: Relação das variáveis sócio-demográficas com a ocorrência de reinternações psiquiátricas

características	readmissões						p
	não		sim		total		
	n	%	n	%	n	%	
sexo							0.233
feminino	1.849	68,03%	869	31,97%	2.718	100%	
masculino	2.442	68,92%	1.101	31,08%	3.543	100%	
faixa etária							0.000
< 20 anos	400	63,09%	234	36,91%	634	100%	
20 a 39 anos	2.082	66,54%	1.047	33,46%	3.129	100%	
40 a 59 anos	1.458	70,91%	598	29,09%	2.056	100%	
≥ 60 anos	330	78,57%	90	21,43%	420	100%	
ocupação							0.268
ativo	1.271	69,19%	566	30,81%	1.837	100%	
inativo	2.905	67,72%	1.385	32,28%	4.290	100%	
estado civil							0.005
com vínculo	1.398	69,62%	610	30,38%	2.008	100%	
sem vínculo	2.505	66,27%	1.275	33,73%	3.780	100%	
distritos^a							0.076
Oeste	672	66,53%	338	33,47%	1.010	100%	
Central	504	70,89%	207	29,11%	711	100%	
Norte/Sul/Leste	990	66,04%	509	33,96%	1.499	100%	
Municípios da DRS XIII	1.854	68,67%	846	31,33%	2.700	100%	

a: distritos dos pacientes residentes em Ribeirão Preto de acordo com o serviço extra-hospitalar de referência

Conforme apresentado na tabela 13, os pacientes internados no Serviço de Emergência Psiquiátrica ($\chi^2 = 38.1013$, $p = 0.000$) e com tempo de permanência mais breve (≤ 2 dias e de 3 a 10 dias) ($\chi^2 = 41.8628$, $p = 0.000$) tiveram menores proporções de reinternação psiquiátrica. Pacientes com diagnósticos de transtorno afetivo bipolar, transtornos psicóticos e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas tiveram maiores proporções de reinternação psiquiátrica ($\chi^2 = 98.9621$, $p = 0.000$).

Tabela 13: Relação das variáveis clínicas com a ocorrência de reinternações psiquiátricas.

Características	Readmissões						P
	não		sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
serviço de internação							0.000
emergência psiquiátrica	2.050	72,34%	784	27,66%	2.834	100%	
hospital geral	714	63,30%	414	36,70%	1.128	100%	
hospital psiquiátrico	1.527	66,42%	772	33,58%	2.299	100%	
tempo de permanência							0.000
≤ 2 dias	2.004	72,66%	754	27,34%	2.758	100%	
3 a 10 dias	1.138	66,51%	573	33,49%	1.711	100%	
11 a 30 dias	822	64,67%	449	35,33%	1.271	100%	
≥ 31 dias	327	62,76%	194	37,24%	521	100%	
diagnóstico							0.000
transtornos psicóticos	866	62,48%	520	37,52%	1.386	100%	
transtorno afetivo bipolar	455	60,03%	303	39,97%	758	100%	
transtornos depressivos	752	72,87%	280	27,13%	1.032	100%	
transtornos não psicóticos	239	78,88%	64	21,12%	303	100%	
transtornos 2 ^{ario} ao álcool	896	73,87%	317	26,13%	1.213	100%	
transtornos 2 ^{ario} a outras drogas	335	64,67%	183	35,33%	518	100%	
transtornos de personalidade	366	73,79%	130	26,21%	496	100%	
outros diagnósticos	382	68,83%	173	31,17%	555	100%	

A tabela 14 demonstra a relação do número de reinternações psiquiátricas com as variáveis clínicas e sócio-demográficas. Observou-se uma associação entre faixa etária e número de reinternações, sobretudo entre os pacientes mais jovens ($\chi^2 = 66.9145$, $p = 0.000$). Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo ($\chi^2 = 5.4099$, $p = 0.368$), vínculo conjugal ($\chi^2 = 7.7499$, $p = 0.171$), atividade profissional ($\chi^2 = 3.5657$, $p = 0.613$) e procedência ($\chi^2 = 16.1356$, $p = 0.373$). Pacientes admitidos nas enfermarias psiquiátricas do hospital geral e no hospital psiquiátrico ($\chi^2 = 65.7252$, $p = 0.000$), acometidos por transtorno afetivo bipolar e transtornos psicóticos ($\chi^2 = 158.1734$, $p = 0.000$) e com tempo de permanência mais prolongada ($\chi^2 = 76.6823$, $p = 0.000$) tiveram maiores riscos para um número mais elevado de readmissões psiquiátricas.

Tabela 14: Relação do número de reinternações psiquiátricas dos pacientes com as variáveis clínicas e demográficas

características	número de re-internações														p
	nenhuma		uma		duas		três		quatro		≥ cinco		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
sexo															0.368
feminino	1.834	67,48%	463	17,03%	174	6,40%	85	3,13%	48	1,77%	114	4,19%	2.718	100%	
masculino	2.421	68,33%	596	16,82%	225	6,35%	129	3,64%	57	1,61%	115	3,25%	3.543	100%	
faixa etária															0.000
< 20 anos	397	62,62%	99	15,62%	58	9,15%	29	4,57%	11	1,74%	40	6,31%	634	100%	
20 a 39 anos	2.064	65,96%	563	17,99%	200	6,39%	110	3,52%	65	2,08%	127	4,06%	3.129	100%	
40 a 59 anos	1.446	70,33%	342	16,63%	118	5,74%	66	3,21%	28	1,36%	56	2,72%	2.056	100%	
≥ 60 anos	327	77,86%	54	12,86%	23	5,48%	9	2,14%	1	0,24%	6	1,43%	420	100%	
estado civil															0.171
com vínculo	1.388	69,12%	325	16,19%	123	6,13%	63	3,14%	33	1,64%	76	3,78%	2.008	100%	
sem vínculo	2.481	65,63%	677	17,91%	260	6,88%	144	3,81%	69	1,83%	149	3,94%	3.780	100%	
ocupação															0.613
ativo	1.255	68,32%	315	17,15%	110	5,99%	66	3,59%	33	1,80%	58	3,16%	1.837	100%	
inativo	2.887	67,30%	727	16,95%	286	6,67%	148	3,45%	72	1,68%	170	3,96%	4.290	100%	
distritos^a															0.373
Oeste	665	65,84%	181	17,92%	65	6,44%	35	3,47%	18	1,78%	46	4,55%	1.010	100%	
Central	496	69,76%	101	14,21%	49	6,89%	32	4,50%	10	1,41%	23	3,23%	711	100%	
Norte/Sul/Leste	981	65,44%	285	19,01%	102	6,80%	50	3,34%	30	2,00%	51	3,40%	1.499	100%	
Municípios da DRS XIII	1.842	68,22%	453	16,78%	172	6,37%	90	3,33%	43	1,59%	100	3,70%	2.700	100%	
serviço de internação															0.000
emergência psiquiátrica	2.019	71,24%	492	17,36%	142	5,01%	82	2,89%	32	1,13%	67	2,36%	2.834	100%	
hospital geral	712	63,12%	203	18,00%	87	7,71%	48	4,26%	22	1,95%	56	4,96%	1.128	100%	
hospital psiquiátrico	1.524	66,29%	364	15,83%	170	7,39%	84	3,65%	51	2,22%	106	4,61%	2.299	100%	
diagnóstico															0.000
transtornos psicóticos	859	61,98%	264	19,05%	102	7,36%	66	4,76%	32	2,31%	63	4,55%	1.386	100%	
transtorno afetivo bipolar	448	59,10%	157	20,71%	69	9,10%	40	5,28%	16	2,11%	28	3,69%	758	100%	
transtornos depressivos	743	72,00%	157	15,21%	40	3,88%	28	2,71%	17	1,65%	47	4,55%	1.032	100%	
transtornos não psicóticos	239	78,88%	44	14,52%	7	2,31%	4	1,32%	2	0,66%	7	2,31%	303	100%	
transtornos 2 ^{ario} ao álcool	892	73,54%	197	16,24%	59	4,86%	35	2,89%	12	0,99%	18	1,48%	1.213	100%	
transtornos 2 ^{ario} a outras drogas	332	64,09%	88	16,99%	48	9,27%	17	3,28%	6	1,16%	27	5,21%	518	100%	
transtornos de personalidade	363	73,19%	62	12,50%	30	6,05%	9	1,81%	12	2,42%	20	4,03%	496	100%	
outros diagnósticos	379	68,29%	90	16,22%	44	7,93%	15	2,70%	8	1,44%	19	3,42%	55	100%	
tempo de permanência															0.000
≤ 2 dias	1.972	71,50%	478	17,33%	135	4,89%	75	2,72%	31	1,12%	67	2,43%	2.758	100%	
3 a 10 dias	1.134	66,28%	281	16,42%	125	7,31%	65	3,80%	33	1,93%	73	4,27%	1.711	100%	
11 a 30 dias	822	64,67%	219	17,23%	101	7,95%	49	3,86%	23	1,81%	57	4,48%	1.271	100%	
≥ 31 dias	327	62,76%	81	15,55%	38	7,29%	25	4,80%	18	3,45%	32	6,14%	521	100%	

a: distritos dos pacientes residentes em Ribeirão Preto de acordo com o serviço extra-hospitalar de referência

6.4 Fatores preditores para readmissões psiquiátricas

Foi realizada a análise por regressão logística a fim de acessar o efeito independente de cada variável no risco de reinternação. O estudo das variáveis sócio-demográficas, utilizando-se esta análise, demonstrou que o sexo ($RR=0.978$, $IC_{95\%}=0.855-1.118$), estado civil ($RR=1.033$, $IC_{95\%}=0.909-1.174$) e ocupação ($RR=1.040$, $IC_{95\%}=0.910-1.188$) não interferiram nos riscos de reinternação, mas os pacientes provenientes de outras cidades da DRS XIII apresentavam menores riscos para reinternação psiquiátrica ($RR=0.843$, $IC_{95\%}=0.716-0.993$). Também não foram encontrados efeitos dos serviços de internação para reinternação psiquiátrica – Hospital Geral ($RR=1.036$, $IC_{95\%}=0.793-1.353$) e Hospital Psiquiátrico ($RR=1.010$, $IC_{95\%}=0.776-1.315$). Houve uma tendência de maior risco para reinternação psiquiátrica para os pacientes que sofreram internações com tempo de permanência hospitalar ≥ 31 dias ($RR=1.367$, $IC_{95\%}=0.982-1.905$) e entre 3 a 10 dias ($RR=1.280$, $IC_{95\%}=0.999-1.640$).

Todos os diagnósticos associaram-se significativamente a um risco aumentado de reinternações psiquiátricas. A sequência respectiva de riscos foi: transtorno afetivo bipolar ($RR=2.552$, $IC_{95\%}=1.821-3.575$), transtornos psicóticos ($RR=2.429$, $IC_{95\%}=1.761-3.551$), transtornos secundários ao uso de outras drogas ($RR=1.983$, $IC_{95\%}=1.381-2.847$), outros diagnósticos ($RR=1.910$, $IC_{95\%}=1.340-2.723$), transtornos secundários ao uso de álcool ($RR=1.546$, $IC_{95\%}=1.106-2.159$), transtornos depressivos ($RR=1.483$, $IC_{95\%}=1.070-2.055$) e transtornos de personalidade ($OR=1.477$, $IC_{95\%}=1.033-2.110$). A tabela 15 demonstra a regressão logística realizada com os riscos para reinternações psiquiátricas atribuídas às variáveis.

Tabela 15: Regressão logística e riscos para reinternações psiquiátricas.

variáveis	Risco Relativo	erro padrão	p	IC 95%	
sexo					
feminino ^a					
masculino	0.978	0.067	0.744	0.855	1.118
faixa etária					
20 a 39 anos ^a					
< 20 anos	1.172	0.119	0.118	0.960	1.430
40 a 59 anos	0.802	0.054	0.001	0.701	0.916
≥ 60 anos	0.485	0.066	0.000	0.372	0.634
estado civil					
com vínculo ^a					
sem vínculo	1.033	0.067	0.618	0.909	1.174
ocupação					
ativo ^a					
inativo	1.040	0.070	0.564	0.910	1.188
distritos^b					
Oeste ^a					
Norte/Sul/Leste	0.997	0.090	0.971	0.835	1.190
Central	0.858	0.096	0.171	0.689	1.068
Municípios da DRS XIII	0.843	0.070	0.041	0.716	0.993
serviço de internação					
emergência psiquiátrica ^a					
hospital geral	1.036	0.141	0.796	0.793	1.353
hospital psiquiátrico	1.010	0.136	0.938	0.776	1.315
diagnóstico					
transtornos não psicóticos ^a					
transtorno afetivo bipolar	2.552	0.439	0.000	1.821	3.575
transtornos psicóticos	2.429	0.398	0.000	1.761	3.351
transtornos 2 ^{ario} a outras drogas	1.983	0.366	0.000	1.381	2.847
outros diagnósticos	1.910	0.346	0.000	1.340	2.723
transtornos 2 ^{ario} ao álcool	1.546	0.263	0.011	1.106	2.159
transtornos depressivos	1.483	0.247	0.018	1.070	2.055
transtornos de personalidade	1.477	0.269	0.032	1.033	2.110
tempo de permanência					
≤ 2 dias ^a					
≥ 31 dias	1.367	0.231	0.064	0.982	1.905
3 a 10 dias	1.280	0.162	0.051	0.999	1.640
11 a 30 dias	1.277	0.188	0.096	0.957	1.704

a: categoria de comparação

b: distritos dos pacientes residentes em Ribeirão Preto de acordo com o serviço extra-hospitalar de referência

IC: intervalo de confiança

A análise da relação das variáveis (faixa etária, sexo, estado civil, ocupação, diagnóstico, procedência, local de internação e tempo de permanência hospitalar) com o risco de reinternação utilizando o tempo para uma segunda internação como variável dependente, foi realizada utilizando Curvas de Sobrevivência de Kaplan-Meier para a 2º internação. A análise temporal das curvas de sobrevivências evidenciou maior risco de reinternação para os pacientes com: faixas etárias mais jovens ($\chi^2 (3) = 46.86$, $p = 0.0000$), diagnósticos de transtornos psicóticos e transtornos afetivos bipolares ($\chi^2 (8) = 93.82$, $p = 0.0000$), procedentes de Ribeirão Preto mais especificamente dos Distritos Oeste e Norte/Sul/Leste ($\chi^2 (3) = 9.29$, $p = 0.0256$), admitidos no hospital psiquiátrico e nas enfermarias psiquiátricas do hospital geral ($\chi^2 (2) = 32.95$, $p = 0.000$), com internações mais prolongadas ($\chi^2 (3) = 40.28$, $p = 0.000$), sem vínculos conjugais estáveis ($\chi^2 (1) = 6.14$, $p = 0.013$) e apresentando inatividade profissional ($\chi^2 (1) = 9.08$, $p = 0.002$). As figuras 17 a 24 demonstram as curvas de sobrevivência para todas as variáveis descritas.

Figura 17: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para faixa etária

Figura 18: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para diagnóstico

Figura 19: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para procedência

Figura 20: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para local de internação

Figura 21: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para tempo de permanência

Figura 22: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para sexo

Figura 23: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para estado cível

Figura 24: Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier para ocupação

7 DISCUSSÃO

Nesse estudo foram levantadas e armazenadas em banco de dados informações referentes a todos os pacientes admitidos na XIII Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2007, em diferentes modalidades de internação (enfermarias psiquiátricas em hospital geral, hospital psiquiátrico tradicional e serviços de emergências psiquiátricas) possibilitando a caracterização de todas as internações psiquiátricas do período e a análise de fatores de riscos para as readmissões psiquiátricas. Portanto, este delineamento propiciou uma avaliação global do funcionamento dos serviços hospitalares de saúde mental de uma macrorregião comparando as internações psiquiátricas únicas e as reinternações em busca de descrever os principais fatores preditores para readmissões psiquiátricas. A importância das análises ecológicas para o planejamento de ações em saúde mental, incluindo o direcionamento de recursos e intervenções em áreas com dificuldades assistenciais, é respaldada nas contribuições das pesquisas que usaram esta metodologia (SMITH; SHELDON; MARTIN, 1996; GLOVER; ROBIN; EMAMI, 1998). Este delineamento, que também foi escolhido na nossa pesquisa, permite analisar a interação de características individuais dos pacientes e ambientes da rede saúde na busca de estabelecer políticas públicas em saúde mental (DUNCAN; JONES; MOON, 1996; CURTIS; JONES, 1998; DIEZ-ROUX, 1998).

O estudo das readmissões psiquiátricas com pesquisas utilizando grandes populações amostrais em coortes prolongadas não é comum pelas dificuldades estruturais na organização e viabilização deste desenho (HENDRYX et al., 2003). Em função disto, muitos estudos descritivos e menores foram executados

(BRENNER et al., 1999; RIBEIRO et al., 2003; STREJILEVICH; CHAN; TRISKIER, 2002; HICKLING et al., 2000; HUTCHINSON; HAMCHARAN; GUANY, 2003; PACHECO et al., 2003), todavia esta questão limitou suas conclusões além de dificultar uma análise dos fatores relacionados às internações e reinternações psiquiátricas nas redes de saúde mental mais populosas (KIKUCHI et al., 2012). Metodologias de pesquisas com largas populações amostrais no cenário nacional da saúde mental são extremamente raras (GASTAL et al., 2000) independente de o foco do estudo ser as readmissões psiquiátricas. Mesmo com as mudanças acontecidas nos últimos anos na saúde mental brasileira, pouco é sabido sobre os fatores motivadores de readmissões psiquiátricas e suas relações com a efetividade da rede de saúde mental (SILVA; BASSANI; PALLAZO, 2009; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010). A ausência de respostas para estes questionamentos poderá determinar a existência de uma rede de saúde mental onerosa e incapaz de resolver as demandas para as quais é solicitada (BARROS et al., 2010; BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Nosso delineamento possibilitou uma análise aprofundada de uma populosa região (aproximadamente 1.300.000 habitantes) num período de 8 anos com o estudo de variáveis clínicas-demográficas e de modalidades de tratamento que influenciaram as internações psiquiátricas sejam elas únicas ou recorrentes. Após as propostas de desinstitucionalização, a necessidade de compreensão dos reais fatores capazes de comprometer a funcionalidade das redes de saúde mental cresceu na psiquiatria mundial (DAVIS et al., 2012; SALVADOR-CARULLA et al., 2010), pois a nova ordem nas relações entre os serviços das redes de saúde mental vem trazendo alguns riscos de reagudização de sintomas e de admissões psiquiátricas (DURBIN et al., 2006). Desse modo, a análise da relação entre os

serviços comunitários e hospitalares permitirá um melhor entendimento do fluxo dos pacientes na rede de saúde mental e promoverá um diagnóstico dos principais pontos de estrangulamento desta rede (WANCHEK et al., 2011). Neste contexto, o estudo das internações e reinternações psiquiátricas pode dar valiosos instrumentos para organizar a rede de saúde mental e para promover políticas de saúde mental destinadas a este fim (FOSTER, 1999). Portanto, nosso estudo trouxe valiosas contribuições neste sentido, pois foi possível caracterizar as internações psiquiátricas (únicas e reinternações) sob a égide de vários fatores de funcionamento da rede de saúde mental de Ribeirão Preto no estado de São Paulo.

O maior número de pacientes admitidos ocorreu no serviço de emergência psiquiátrica (45,3%), seguido pelo hospital psiquiátrico (36,7%) e pelas enfermarias psiquiátricas em hospital geral (18,0%). Essa diferença na proporção de pacientes internados não reflete o que seria esperado, haja vista, que o serviço de emergência psiquiátrica possui o menor número de leitos disponíveis para internação. Conforme descrito, o hospital psiquiátrico tem 80 leitos disponíveis enquanto as enfermarias psiquiátricas no hospital geral possuem ao todo 22 leitos e o serviço de emergência psiquiátrica somente 06 leitos. Como a alta hospitalar dos pacientes foi considerada pelo desfecho final da internação independente de ter ocorrido transferências, significa que, praticamente, metade dos pacientes no período estudado foi admitida na emergência psiquiátrica e teve alta hospitalar com encaminhamentos para suas casas ou para os serviços comunitários de saúde mental da região. Desse modo, o serviço de emergência psiquiátrica evitou internações prolongadas que surgiriam de encaminhamentos para as outras unidades de internação (hospital psiquiátrico e enfermarias psiquiátricas do hospital geral). Ressalta-se que o serviço de emergência psiquiátrica é o principal responsável pelos encaminhamentos para

internação integral às outras unidades de internação da região sendo que cerca de 70% das admissões feitas no hospital psiquiátrico são de pacientes avaliados, inicialmente, no serviço de emergência psiquiátrica (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2007). Este controle no fluxo dos pacientes e na limitação das internações reforça a importância do serviço de emergência psiquiátrica para a DRS XIII.

Nas últimas décadas, as Reformas na Assistência à Saúde Mental direcionaram o modelo de atenção para uma crescente rede de atendimento extra-hospitalar (SEGAL et al., 1995). Esta transição e as dificuldades na organização destas redes de saúde mental (CATALANO; MCCONNEL, 1999) determinaram aumento das admissões nas emergências psiquiátricas por exacerbação de sintomas psiquiátricos (THORNICROFT; TANSELLA, 2002; BOYER et al., 2000; KLINKENBERG; CALSYN, 1996; GREEN, 1988) como foi percebido na região de Ribeirão Preto (DEL BEN et al., 1999; BARROS et al., 2010). Com esta mudança da base assistencial, os serviços de emergência psiquiátrica passaram a desempenhar um novo papel na rede de saúde mental (KEMALI et al., 1985). Inicialmente, exerciam um papel de porta de entrada na rede de atendimento em saúde mental (HOGAN; BOUKNIGHT, 2002; HAZLLET et al., 2004), pois os serviços extra-hospitalares não foram criados na mesma velocidade que ocorreu a eliminação de dos leitos psiquiátricos (LARROBLA; BOTEAGA, 2001). Posteriormente, as emergências psiquiátricas passaram a executar uma função de regulação na rede da qual faziam parte (ELLISON; WHARFF, 1985) promovendo a organização no fluxo das internações e evitando uso desnecessário dos equipamentos hospitalares (CAMPOS; GIESER, 1985; CURRIER; ALLEN, 2003) bem como a sobrecarga dos leitos psiquiátricos. (LEDOUX; MINNER, 2006; PASCUAL et al., 2008). Esta relação de autocontrole promovido pelos serviços de emergência psiquiátrica também foi

observada na rede de saúde mental da DRS XIII (BARROS, 2008) justificando a alta proporção de pacientes admitidos nesta unidade. A atuação do serviço de emergência psiquiátrica da região onde o estudo foi conduzido evidenciou que sua atividade extrapolava a simples função de triagem de casos para internação psiquiátrica o que está de acordo com a literatura que descreve funções ampliadas dos setores de emergência psiquiátrica tais como o suporte psicossocial e o início de tratamento especializado levando a uma maior estabilização dos quadros e uma redução das taxas de encaminhamentos para internação (FOSTER; KING, 1994).

Os pacientes admitidos nas unidades de internação da DRS XIII eram em sua esmagadora maioria (96,6%) provenientes desta região de saúde. Esta relação comprovou que a região onde o estudo foi executado obedeceu, adequadamente, aos princípios de regionalização do estado de São Paulo e apregoados pelo Ministério da Saúde (GUIMARÃES, 2005). A Norma Operacional da Assistência à Saúde (PORTARIA MS/GM 95, 2001) regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil. Com base nesta regulamentação, os convênios entre o Ministério da Saúde (MS) e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). Os módulos assistenciais de nível microrregional, preconizados por norma operacional do Ministério da Saúde (MS), foram organizados no âmbito de municípios-sede capazes de ofertar um conjunto de ações de média complexidade para a sua própria população e para a população dos municípios a ele adstritos (PORTARIA MS/GM 373, 2002). Tal diretriz exigiu que todas as unidades da federação elaborassem seus PDRs, explicitando-se o papel de cada município no sistema estadual de saúde. O enquadramento das cidades neste modelo

regionalizado permitiu uma melhor análise das suas dificuldades estabelecendo planos de ações para as necessidades emergentes. Associado ao plano estratégico local, a regionalização no estado de São Paulo impediu que as regiões mais desenvolvidas assumissem cuidados de saúde das outras regiões gerando graves digressões na rede de saúde estadual (SANTOS; ANDRADE, 2011). As cidades que compõem a DRS XIII incorporaram estas diretrizes e compreenderam a importância de respeitar a regionalização como instrumento de melhora da rede de saúde mental em que estão inseridas. Dentre as admissões de pacientes provenientes de cidades não pertencentes à DRS XIII, houve predomínio destas no serviço de emergência psiquiátrica, pois este setor responde pelo atendimento de pacientes em crises agudas que, por princípios constitucionais, terão acesso de atendimento nas unidades de emergência mesmo sendo moradores de outras regiões.

A análise da caracterização sócio-demográfica evidenciou que os pacientes sem proteção social tiveram maior proporção de internação psiquiátrica. Portanto, os pacientes desempregados predominaram nas internações ocorridas durante o período do estudo. Estes dados também foram reproduzidos na literatura mostrando a íntima relação entre situação social desfavorável e internação psiquiátrica (KOPPEL; MCGUFFIN, 1999; KUH et al., 2002; AGERBO; QIN; MORTENSEN, 2006). As pessoas com vínculos empregatícios estabelecidos estão menos propensas aos adoecimentos psiquiátricos e ao risco de suicídio (LEWIS; SLOGGETT, 1998; KPOSOWA, 2000). Estudos econômicos têm verificado que a desorganização familiar relacionada ao desemprego de membros destas famílias contribui para a internação daqueles que apresentam doenças psiquiátricas (SOLON; CORCORAN, 1991; BJÖRKLUND et al., 2002). Algumas pesquisas confirmaram a relação entre privação social e admissão psiquiátrica como

evidenciado no nosso estudo (THORNICROFT et al., 1993; TANSELLA; BISOFFI; THORNICROFT, 1993; HARRISON; BARROW; CREED, 1995; BOARDMAN et al., 1997; KOPPEL; MCGUFFIN, 1999). Um ponto chave nesta análise é a existência de delineamentos capazes de quantificar a associação entre taxa de internação e características sócio-demográficas dos pacientes, independente da existência de outros preditores de internação (CURTIS et al., 2006). O uso de serviços hospitalares pelos pacientes desempregados e com outras dificuldades sociais, não parece estar exclusivamente relacionado com o chamado “modelo gravitacional” que é definido como a influência no risco de internação de uma determinada população pela sua proximidade do hospital numa espécie de melhor oportunidade pelo acesso espacial (CARR-HILL et al., 1994). As explicações de como os fatores relacionados à privação social, sobretudo o desemprego, influenciariam as admissões psiquiátricas são, principalmente, os chamados “efeitos de criação” (ambientes com elevada privação social causam ou agravam as enfermidades mentais) e os “efeitos de deriva” (pacientes com doença mental são excluídos e podem se acumular em áreas cuja aceitabilidade e acessibilidade ao tratamento são maiores). Diversas pesquisas mostram a ação conjunta de ambos os fatores havendo dificuldades metodológicas para individualizá-los (SMITH; HANHAM 1981; GIGGS, 1988; DOHWENREND et al., 1992; KAMMERLING; O'CONNOR, 1993; TAKAHASHI; GABER, 1998; ALMOG et al., 2004). Outros fatores relacionados à situação socioeconômica tais como a fragmentação social e a elevada concentração local de grupos étnicos e sociais minoritários poderiam influenciar a taxa de internação de desempregados na região estudada (LAMONT et al., 2000). Infelizmente, nossos dados não foram capazes de quantificar, separadamente, estes fatores e embora a região de Ribeirão Preto apresentasse bons índices socioeconômicos, quando

comparados com outras regiões brasileiras, foi observado que no período do estudo as taxas de desemprego e de dificuldades sociais eram consideráveis no território brasileiro (IBGE, 2008). Possivelmente, este fator influenciou a maior proporção de admissões psiquiátricas em pacientes desempregados. Ressalta-se que os nossos dados estão em concordância com outras pesquisas nacionais que perceberam uma maior proporção de admissões psiquiátricas em pacientes com situações sociais desfavoráveis, por exemplo, desempregados (DALGALARRONDO; BOTECA; BANZATO, 2003; CARDOSO; GALERA, 2009; BARROS et al., 2010a).

Uma maior proporção de pacientes internados sem vínculo conjugal estabelecido, como evidenciado pelos nossos dados, está de acordo com o observado na literatura (SYTEMA, 1991; COID et al., 2001; PEEN; DEKKER, 2003). A ausência de vínculos conjugais pode representar uma dificuldade de adaptação social secundária ao adoecimento mental (FORTHOFER et al., 1996; GOTLIB; LEWINSOHN; SEELEY, 1998). Neste contexto, a inexistência de relação conjugal estável determinaria maiores riscos para novas admissões psiquiátricas (JARMAN et al., 1992) que por sua vez limitariam, cada vez mais, as chances de estabelecer relações matrimoniais fixas (MCGONAGLE; KESSLER; GOTLIB, 1993). As doenças mentais determinariam instabilidades nas relações afetivas gerando com maior facilidade a fragmentação das relações conjugais. Os principais eventos causadores de término destas relações seriam o aumento no grau de insatisfação e dos desentendimentos cotidianos (FINCHAM; BRADBURY, 1990). A inexistência de cônjuge traria uma menor possibilidade de apoio ao tratamento, portanto um fator de risco para admissão psiquiátrica devido a menor monitorização do paciente (CHILCOAT; BRESLAU; ANTHONY, 1996).

A faixa etária de adultos jovens predomina na maioria dos estudos sobre internação psiquiátrica (WALLSTEN; KJELLIN, 2004; LAY; NORDT; RÖSSLER, 2007) principalmente nos países cuja pirâmide etária tem base alargada com um menor grau de envelhecimento populacional (GOMES et al., 2002; LOVISI et al., 2003). O nosso estudo mostrou que praticamente metade dos pacientes admitidos durante esta coorte tinha faixa etária entre 20 a 39 anos. Portanto, estes dados reproduziram esta relação descrita na literatura (PRETI et al., 2009; GUZZETTA et al., 2010). Uma das principais justificativas para esta associação é a epidemiologia das doenças psiquiátricas cujos sintomas e primeiros surtos surgem, sobretudo, nesta faixa etária levando a internações psiquiátricas antes do estabelecimento de tratamentos apropriados (MESSIAS; CHEN; EATON, 2007; WEBER et al., 2010).

Ao analisar a procedência por distritos do município de Ribeirão Preto (distrito Oeste, distrito Central e distrito Norte/Sul/Leste), foi possível evidenciar uma quantidade maior de pacientes admitidos provenientes das regiões atendidas pelos serviços menos estruturados (menor diversidade de profissionais de saúde e menor número de modalidades de tratamento). Portanto, ocorreu uma maior proporção de internações provenientes do distrito Oeste cuja população é de 140.000 habitantes seguido pelo distrito Norte/Sul/Leste com população aproximada de 305.000 habitantes e do distrito Central com 105.000 habitantes. Os atendimentos dos pacientes residentes no distrito Oeste, distrito Norte/Sul/Leste e distrito Central são realizados, respectivamente, pelo Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola (NSMCSE), Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM) e pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). O NSMCSE tem uma equipe mais restrita de profissionais com poucas atividades terapêuticas enquanto o CAPS II e o ARSM têm uma equipe de tratamento mais ampla e oferecem diversas modalidades de

tratamento. Esta associação entre maior proporção de internações psiquiátricas e serviços de saúde pouco estruturados encontra respaldo na literatura, especialmente com os transtornos mentais que requerem equipes multidisciplinares e diferentes modalidades de tratamento (BINDMAN et al., 2002). Fatores intimamente associados aos serviços de saúde mental tais como a disponibilidade de vagas e a qualidade e continuidade do tratamento são importantes na redução das taxas de internação (GILL; MAINOUS, 1998). Serviços psiquiátricos comunitários que são incapazes de fornecer tratamentos amplos apresentam maiores índices de internação (SILVA; BASSANI; PALAZZO, 2009). Desse modo, unidades psiquiátricas extra-hospitalares com equipes pouco diversificadas e sem planos terapêuticos específicos não oferecem o suporte social necessário para reduzir as internações psiquiátricas (LIEN, 2002; GILL; MAINOUS; NSEREKO, 2003). As dificuldades dos serviços extra-hospitalares da região de Ribeirão Preto e as taxas de internação foram relatadas em outros estudos desenvolvidos anteriormente (BARROS, 2008; BARROS, et al., 2010), todavia nossos dados e estes estudos não analisaram diretamente os serviços extra-hospitalares da região limitando, portanto, a análise aprofundada deste dado.

Houve uma maior proporção de pacientes do sexo masculino e outros estudos também evidenciaram esta predominância de homens ao se analisar internações psiquiátricas (BRENNER et al., 1999; STREJILEVICH et al., 2002). O predomínio de mulheres sem vínculos empregatícios pode representar a dinâmica ocupacional que ainda se sobressai na sociedade brasileira (AQUILINI; COSTA, 2003). Embora os últimos anos mostrassem um aumento de mulheres no mercado de trabalho, os postos ocupacionais na atualidade ainda são dominados pelos homens (SCORZAFAVE; MENEZES-FILHO, 2001). Alguns fatores tais como

escolaridade, número de filhos, idade e renda domiciliar geram riscos de falta de acesso ao mercado de trabalho e de desemprego na população feminina (OLIVEIRA; SCORZAFAVE, 2009). Como as doenças mentais influenciam diretamente estes fatores, as mulheres com transtornos psiquiátricos e que sofreram internações psiquiátricas acabam por ter desvantagens na disputa por postos de trabalho (GASTAL, 2006). A maior proporção de mulheres admitidas no hospital geral poderia ser justificada pela existência de dois leitos a mais para pacientes do sexo feminino nesta unidade hospitalar. Outro fator importante que, possivelmente, influenciou nas diferenças do total de pacientes internados nos serviços hospitalares de acordo com o sexo foi a tendência do serviço de emergência psiquiátrica em evitar encaminhamentos de jovens e mulheres em primeiros surtos psicóticos para internação no hospital psiquiátrico. Desse modo, houve predomínio de pacientes do sexo masculino no hospital psiquiátrico. Estas diferenças nos encaminhamentos também foram verificadas em outros estudos sendo justificadas pela tendência de encaminhar pacientes mulheres e em primeiro surto da doença psiquiátrica para unidades com melhores recursos propedêuticos na condução do diagnóstico diferencial (BACHRACH, 1985; BARROS et al., 2010a).

Os principais diagnósticos dos pacientes internados no estudo seguem o padrão descritivo da literatura (DURBIN et al., 1999; ASHLEY et al., 2001; BURGE et al., 2002; WOO et al., 2006; BIANCOSINO et al., 2009; LOW; DRAPER, 2009; AGBIR et al., 2010; SMITH et al., 2010; NG; KELLY, 2012), portanto os transtornos psicóticos não afetivos, transtornos depressivos, transtornos afetivos bipolares, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os transtornos de personalidades foram os mais prevalentes nos pacientes que sofreram admissão no período. As diferenças nas proporções de pacientes do sexo feminino e masculino,

em relação aos diagnósticos, refletiram a epidemiologia dos transtornos mentais. Desse modo, a proporção praticamente igual de homens e mulheres acometidos por transtornos psicóticos com ênfase na esquizofrenia foi percebida em outros estudos (MCGRATH; SUSSER, 2009) da mesma forma que a maior proporção de mulheres com transtornos depressivos (SADEGHIRAD et al., 2010), transtornos afetivos bipolares (BENAZZI, 2007) e transtornos de personalidade (WIDIGER; WEISSMAN, 1991) bem como a predominância de pacientes do sexo masculino com diagnósticos de transtornos relacionados a substâncias psicoativas (MERIKANGAS; MCCLAIR, 2012).

Praticamente 3/4 dos pacientes admitidos durante este longo estudo, sofreram internações breves com tempo de permanência menor do que 10 dias merecendo destaque a alta proporção de internações muito breves (menores do que 2 dias). A principal justificativa para esta elevada proporção de internações muito breves foi a grande quantidade de pacientes admitidos na unidade de emergência psiquiátrica. As redes de saúde mental que possuem serviços de emergências psiquiátricas eficientes conseguem apresentar internações menos prolongadas (CHANG et al., 2011). Quando a rede de saúde mental tem conjuntamente bons serviços de emergências psiquiátricas e serviços extra-hospitalares resolutivos, o tempo de permanência hospitalar poderá ter reduções adicionais (WIERDSMA; MULDER, 2009). As internações breves passam a ser factíveis se os serviços comunitários forem capazes de acolher rapidamente os pacientes egressos de internações psiquiátricas. Desse modo, sintomas residuais podem ser manejados e remitidos permitindo a manutenção da estabilidade clínica (KROPP et al., 2005). Na região de Ribeirão Preto, onde esta pesquisa foi conduzida, estas características aconteceram e foram responsáveis pelos bons indicadores na qualidade da

assistência em saúde mental até meados do ano de 2003, inclusive na quantidade considerável de internações breves (BARROS, 2008; BARROS et al., 2010).

O tempo de permanência hospitalar, que é uma variável de fácil mensuração, tem se efetivado como um indicador importante na análise das redes de saúde mental (BLAIS et al., 2003; JIMÉNEZ et al., 2004). Os fatores relacionados ao maior tempo de permanência incluem: diagnóstico, gravidade da doença, funcionamento adaptativo pobre, idade avançada, sexo feminino, gravidade de estressores psicossociais, desemprego, recursos financeiros e sociais inadequados (MAI et al., 1993; CREED et al., 1997; LYKETSOS et al., 2002; COMPTON; CRAW; RUDISCH, 2006). Na década de 1990, a média nacional para tempo de permanência hospitalar era de 18,6 dias com diferenças entre os hospitais psiquiátricos tradicionais (24 dias) e os hospitais gerais (14 dias) (RIBEIRO et al., 2000). Portanto, nossos dados mostraram um tempo de permanência hospitalar menor do que a média nacional, mas que encontrou similaridade com outros dados da literatura (BLAIS et al., 2003; ROCCA et al., 2010; CHANG et al., 2012).

Até o ano de 2003, o número de internações realizadas manteve-se relativamente estável, todavia, em 2004, as admissões cresceram e nos anos seguintes se mantiveram em proporções maiores que o ano índice (2000). O aumento das internações pode ser explicado pela falência da rede de saúde mental extra-hospitalar. Durante o período de 2000 a 2007, não foram criados novos serviços extra-hospitalares na cidade de Ribeirão Preto e poucos serviços surgiram na região. O aumento no número de internações psiquiátricas não foi consequência de 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, 2007). Portanto, pode-se supor que a carência de serviços extra-

hospitalares e comunitários levou a um aumento no número de internações, uma vez que a existência dessas modalidades de tratamento tem efeito positivo na redução das internações psiquiátricas (LEHMAN et al., 1997; GILMER, 2010). Outros estudos mostraram que redes de saúde organizadas e com diversidade de serviços psiquiátricos apresentavam menores índices de internações psiquiátricas (HUXLEY; KERFOOT, 1993; TANSELLA, 1996; HANSSON et al., 1999).

Outro dado que reforçou a hipótese de sobrecarga da rede de saúde mental da DRS XIII é o total das internações no serviço de emergências psiquiátricas. Estes serviços, quando eficientes, podem determinar redução das internações, mas também são sensíveis às mudanças da rede de saúde da qual fazem parte (KATES et al., 1993; BARROS, 2008) passando a funcionar como principal porta de entrada no sistema quando há redução do acesso a serviços comunitários e ambulatoriais (SLADE; PHELAN; THORNICROFT, 1994; BARROS et al., 2010). Desse modo, o serviço de emergência psiquiátrica teve efeito tamponador controlando as internações por boa parte dos anos do estudo.

A série histórica demonstrou um aumento na proporção de internações dos pacientes com condições sociais desfavoráveis, sobretudo sem vínculos ocupacionais. As dificuldades socioeconômicas na década de 1990 e no início da década de 2000 contribuíram para os riscos de internações psiquiátricas nos pacientes com doenças mentais (CARDOSO; GALERA, 2009). O baixo poder aquisitivo do brasileiro, neste período, determinou que uma maior parcela populacional dependesse dos serviços públicos de saúde pela impossibilidade de contratação da medicina privada e conveniada (NERI; SOARES, 2002). Os pacientes sem atividades ocupacionais remuneradas compunham a maior parcela desta clientela com riscos de admissão pela falta de proteção estatal para o

tratamento psiquiátrico (TRAVASSOS et al., 2000; THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR, 2005). Este aumento verificado nos nossos dados vai ao encontro desta lógica social das últimas décadas no Brasil. A relação entre as dificuldades sociais e as admissões psiquiátricas foi demonstrada em outros estudos (KESSLER; TURNER; HOARE, 1989; JARMAN et al., 1992; KEOWN; HOLLOWAY; KUIPERS, 2005). Portanto, nosso estudo confirma a descrição de aumento sequenciado de internações psiquiátricas em populações com pouca proteção social. Embora nosso estudo tenha demonstrado uma maior proporção de homens nas internações, a razão das mulheres admitidas teve um maior crescimento no decorrer dos anos. Estes dados sugerem uma carga crescente de transtornos mentais em mulheres como percebido em outros estudos (ANDRADE et al., 2012). O crescimento na proporção de pacientes do sexo feminino pode ter relação estreita com os diagnósticos de transtornos depressivos que em áreas urbanizadas, como da DRS XIII, são mais prevalentes e têm padrão mais persistente quando iniciados (KOVESS-MASFETY et al., 2005). A presença de fatores de privação social tem a capacidade de influenciar o início e manutenção de transtornos mentais, principalmente, na população feminina (SEEDAT et al., 2009). Desse modo, poderá haver influência direta na caracterização das internações psiquiátricas. Este padrão de pouca proteção é evidenciado no nosso estudo ao se avaliar a proporção de pacientes do sexo feminino sem vínculos conjugais e ocupacionais estruturados.

Os resultados mostraram um aumento na proporção das internações de pacientes idosos e estão de acordo com a lógica demográfica brasileira (CARVALHO; GARCIA, 2003; WONG; CARVALHO, 2006). Como algumas doenças psiquiátricas têm evolução caracterizada por recorrências de sintomas e padrão de cronicidade, o envelhecimento populacional determinará uma maior proporção de

idosos com sintomas psiquiátricos que determinarão internações psiquiátricas (SKOOG, 2004; CHO et al., 2011). Além disso, um número gradativamente maior de pacientes com alterações neuropsiquiátricas secundárias a quadros demenciais vem necessitando de internação psiquiátrica (HORSDAL et al., 2009; ZEKRY et al., 2009; GUIJARRO et al., 2010). Estes fatores podem ter atuado conjuntamente e justificariam este aumento de internações de pacientes idosos.

O menor aumento das internações de pacientes provenientes das regiões assistidas pelo ARSM e CAPS II, sobretudo a partir do ano de 2004, evidenciou a relação direta entre capacidade de funcionamento dos serviços extra-hospitalares e taxa de internação (HENDRYX; ROHLAND, 1994). Estes serviços apresentavam as equipes mais diversificadas além de possuírem protocolos terapêuticos mais bem estabelecidos. Desse modo, o impacto sobre as admissões psiquiátricas provavelmente ocorreu pela capacidade de estabilização dos pacientes com transtornos mentais. A capacitação e a organização dos serviços psiquiátricos extra-hospitalares teriam um reflexo positivo na redução de internações (SHUMWAY et al., 2012). A existência de serviços comunitários articulados com os outros equipamentos da rede de saúde mental, tais como o ARSM e o CAPS II, constituiria um fator protetor para a internação psiquiátrica (GOLDMAN et al., 2002). Serviços com estas características são capazes de manejar intensamente casos mais graves tornando viáveis internações não prolongadas além de garantirem uma melhor adesão ao tratamento (DEKKER et al., 2000). O maior aumento na proporção das internações de pacientes provenientes de cidades de menor porte da DRS XIII também reforça esta percepção de que redes de saúde menos organizadas teriam maiores índices de admissões psiquiátricas (WIERDSMA; POODT; MULDER, 2007). As cidades de pequeno porte da DRS XIII em sua grande maioria não apresentavam

uma atenção primária bem estabelecida nem serviços comunitários estruturados. Outro fator que contribuiu diretamente para a pouca capacidade resolutive dos serviços comunitários destas cidades foi a rotatividade de profissionais de saúde com destaque para os psiquiatras. As principais causas para esta oscilação nas equipes estiveram ligadas com questões de financiamento em saúde gerando poucos atrativos para o profissional manter sua vinculação com o serviço de saúde mental das cidades com ênfase para os baixos honorários e condições de trabalho precárias. A associação destes fatores com a rotatividade dos profissionais e consequentemente com a baixa funcionalidade dos serviços comunitários já foi percebida em outros estudos (MEDEIROS et al., 2010). Portanto, a realidade imposta aos profissionais que atuavam nas cidades de menor porte da DRS XIII contribuiu para o aumento na proporção de pacientes sem estabilização clínica e que necessitaram de admissões psiquiátricas.

Uma característica importante da rede hospitalar na região de Ribeirão Preto foi a existência da EPIB que funcionou como ponto de estruturação da rede de saúde mental. As duas características centrais desta unidade (internações breves e suporte ao serviço de emergência psiquiátrica) possibilitaram uma ação de desafogar a EP-HCRP e a rede de saúde (BARROS et al., 2010). A relação inversa entre a proporção de internações das enfermarias no hospital geral e da EP-HCRP comprovaram a íntima relação destes serviços hospitalares. A mudança na estrutura hospitalar pode influenciar o número de visitas e internações nas unidades de emergências psiquiátricas, pois a ausência de leitos hospitalares de apoio impossibilita que estas unidades tenham a capacidade resolutive e a característica dinâmica necessária para uma boa funcionalidade (KALUCY; THOMAS; KING, 2005). Isto é refletido no número de internações, pois admissões psiquiátricas

efetivas tem papel protetor em futuras internações (DUNCAN et al., 2002). Como a EPIB funcionava sendo uma extensão da EP-HCRP e apresentava um padrão de funcionalidade eficiente (BARROS, 2008), foi possível demonstrar a influência desta enfermaria na redução das admissões no serviço de emergência. A existência de outros fatores intrínsecos da rede de saúde da DRS XIII e que serão discutidos posteriormente também influenciariam a proporção de internações nos serviços hospitalares da região.

Os diagnósticos que tiveram um crescimento destacado na série histórica estudada foram os transtornos relacionados a substâncias psicoativas, os transtornos de personalidade e os transtornos depressivos. Estes aumentos refletiram a lógica epidemiológica da DRS XIII. O avanço da dependência de crack no Brasil, sobretudo no estado de São Paulo, justificou o aumento deste diagnóstico entre os pacientes admitidos. A força desta dependência é representada pelas características de uso e comercialização do crack na sociedade brasileira que é estimulada pelo fácil acesso à substância bem como pela sua alta disponibilidade. Isto é consequência da lucratividade que esta dependência traz ao narcotráfico (RAUPP; ADORNO, 2010). As características farmacocinéticas e farmacodinâmicas da substância em associação com as modificações na apresentação da droga (preparações ricas em impurezas) levaram a um maior potencial de dependência e uso compulsivo (RODRIGUES et al., 2012). Estes fatores determinaram um menor custo e uma maior disseminação da substância (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Consequentemente, a proporção de pacientes acometidos por dependência de crack e que necessitaram de internações psiquiátricas cresceu na região da DRS XIII. A crescente proporção de admissões de mulheres sem vínculos empregatícios possivelmente influenciou o perfil de diagnósticos com um aumento gradativo de

diagnóstico de transtornos depressivos e de transtorno de personalidade com destaque para o transtorno de personalidade emocionalmente instável. Fatores sociais e econômicos estão relacionados com o perfil epidemiológico de diagnósticos de depressão em populações de risco (PAYKEL, 1994), portanto aumento na idade, baixo nível educacional e dificuldades para se estabelecer no mercado de trabalho são fatores capazes de influenciar a proporção de pacientes acometidos por esta patologia (USTÜN, 2000; JEFFERIS et al., 2011). Alguns destes fatores, conforme evidenciado nos nossos dados, ocorreram e foram capazes de justificar o crescente aumento de transtornos depressivos no decorrer dos anos. Da mesma forma, os transtornos de personalidade emocionalmente instável estão bem presentes nos diagnósticos realizados nos serviços de emergências psiquiátricas (PASCUAL et al., 2007). Um dos dados de destaque no nosso estudo foi a gradativa e importante proporção de admissões psiquiátricas na EP-HCRP, portanto um número considerável de diagnósticos de transtornos de personalidade provavelmente foi realizado nesta unidade. Embora pudessem ter ocorrido possíveis erros diagnósticos estimulados pela alta rotatividade dos leitos da emergência, a prevalência deste diagnóstico foi elevada pela característica de sobrecarga da rede o que levou a observações rápidas dos pacientes e encaminhamentos precoces para internação. Desse modo, sinais e sintomas agudos de outras doenças possivelmente foram incluídos em diagnósticos de transtornos de personalidade, haja vista, que a estabilidade do diagnóstico psiquiátrico realizado nas emergências psiquiátricas não é absoluta (RUFINO et al., 2005).

A proporção crescente de internações breves (3 a 10 dias) e muito breves ($\leq$ 2 dias) na DRS XIII confirmou a alta funcionalidade da rede de saúde mental desta região até o ano de 2003 quando apareceram dificuldades na estabilização dos

quadros psiquiátricos na comunidade e falta de vagas para admissões. Consequentemente, ocorreu um importante aumento das internações muito breves. Esta internação acontecia em sua quase totalidade na EP-HCRP. Como discutido anteriormente, o serviço de emergência psiquiátrica aumentou sua rotatividade de maneira compensatória às dificuldades enfrentadas pela rede e assumiu um papel prioritário e de destaque na organização da rede de saúde mental em que estava inserido. A existência da EPIB cujo princípio fundamental era realizar internações breves permitiu a ocorrência de uma parcela considerada de internações breves, pois os serviços psiquiátricos extra-hospitalares tinham a capacidade de receber com velocidade e eficiência adequada os pacientes egressos de internação (BARROS, 2008; BARROS et al., 2010a; BARROS et al., 2010b). Desse modo, as internações breves eram possíveis e aceitáveis dentro desta rede de saúde. O entendimento de que a internação breve não é viável em redes pouco estruturadas já foi demonstrada em outros estudos (LIEBERMAN et al., 1998; BARBATO et al., 2011) confirmando nossos achados.

Nossos dados trouxeram uma análise dos fatores de riscos relacionados às readmissões psiquiátricas. A compreensão de que as readmissões psiquiátricas podem atuar como indicadores de qualidade de uma rede de saúde mental já mereceu destaque por parte de outros pesquisadores (SULLIVAN et al., 1995; MONTGOMERY; KIRKPATRICK, 2002; DURBIN et al., 2007). A importância do estudo das readmissões psiquiátricas cresceu após as propostas de desinstitucionalização, pois houve uma maior necessidade de entendimento sobre a organização e o funcionamento das redes de saúde mental (MUNK-JØRGENSEN, 1999). Embora seja uma temática atual e importante, poucos estudos nesta perspectiva foram realizados na América Latina e no Brasil (ALMEIDA; HORVITZ-

LENNON, 2010; LOCH, 2012) mesmo com as diversas críticas em relação às políticas de saúde mental após as propostas da Reforma Psiquiátrica (HIRDES, 2009). Desse modo, a avaliação dos fatores preditores para readmissões psiquiátricas conduzida no nosso estudo trouxe instrumentos para entender o funcionamento da rede de saúde mental da DRS XIII possibilitando uma ampliação para a realidade brasileira.

Durante o período estudado, cerca de 1/3 dos pacientes sofreram readmissões. Esta proporção, em se tratando de uma longa coorte, teve discrepância na comparação com alguns estudos (IRMITER et al., 2007; VASUDEVA, NARENDRA KUMAR, SEKHAR, 2009; SCHMUTTE; DUNN; SLEDGE, 2010; BOWERSOX; SAUNDERS; BERGER, 2012). No entanto, a proporção de readmissão do nosso estudo esteve em sintonia com outras publicações que apresentaram delineamentos de pesquisa estruturados e adequados (THORNICROFT; GOOCH; DAYSON, 1992; PAYNE et al., 2009; LIN et al., 2010; WERNECK et al., 2011). As diferenças encontradas parecem estar relacionadas aos enquadramentos metodológicos distintos, portanto as diferenças aconteceram pela variabilidade da população estudada em termos de critérios de inclusão e exclusão além do tempo de seguimento (*follow-up*) dos pacientes nos estudos. Um dos principais fatores capaz de justificar esta proporção de readmissões durante a série histórica estudada foram as características da rede de saúde mental da DRS XIII. Conforme discutido previamente, o funcionamento da rede de saúde mental da região de Ribeirão Preto permitiu, até meados do ano de 2003, um tratamento psiquiátrico com enfoque comunitário e sem sobrecarga para os serviços (BARROS et al., 2010; BARROS; TUNG; MARI, 2010). A manutenção do tratamento extra-hospitalar determinou uma proporção não elevada de readmissões psiquiátricas. A

influência do modelo de atendimento extra-hospitalar nas re-internações já foi estabelecida (HUFF, 2000; MARSHALL et al., 2001) e permitiu concluir que a análise das readmissões torna-se um ponto importante para a compreensão do funcionamento da rede de saúde mental (HÄFNER; VAN DER HEIDEN, 1989). As taxas de re-internação são maiores quando os serviços extra-hospitais têm limitações em suas capacidades resolutivas (WALKER et al., 1996) e a rede de saúde tem sinais de inoperância (LEHMAN; STEINWACHS, 2003). A estruturação da DRS XIII na área de saúde mental gerou um obstáculo para as readmissões psiquiátricas e isto pode ser utilizado como propulsor de políticas de saúde mental.

As diferenças existentes entre os pacientes que sofreram internações únicas e readmissões estão de acordo com os dados publicados em outros estudos (SANGUINETI et al., 1996; LYONS et al., 1997; BYRNE; HOOKE; PAGE, 2010). A relação de alguns fatores de riscos sócio-demográficos (CASPER; FONALDSON, 1990; GELLER, 1993) e clínicos (LAUBER; LAY; ROSSLER, 2006; KALLERT; GLÖCKNER; SCHÜTZWOHL, 2008) para readmissões psiquiátricas configuraram a base metodológica destes estudos independente das diferenças em relação à população amostral. Dessa forma, nossos dados vão ao encontro desta lógica de pesquisa e com a ressalva da existência de poucos estudos estruturados nesta temática dentro da realidade da saúde mental brasileira (GASTAL et al., 2000; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011; LOCH, 2012). A comparação entre os grupos de pacientes (internações únicas e readmissões) evidenciou diferenças em variáveis sócio-demográficas (faixa etária e estado civil) e clínicas (serviço de internação, tempo de permanência hospitalar e diagnóstico). A maior proporção de pacientes reinternados aconteceu naqueles com faixas etárias menores, sem vínculos conjugais, internados nas enfermarias psiquiátricas e que apresentaram tempo de internação mais prolongado além de

diagnósticos de transtornos psicóticos, transtornos afetivos bipolares e transtornos relacionados a uso de substâncias psicoativas. A caracterização dos pacientes que sofreram readmissões no nosso estudo tem similaridade com vários estudos (CLEMENTS et al., 2006; CALLALY et al., 2010; WHEELER et al., 2011).

A relação da idade com a proporção de pacientes readmitidos numa avaliação longitudinal mostrou que aqueles pacientes com sintomas psiquiátricos precoces poderão sofrer maiores incidências de readmissões no decorrer das suas vidas (OIESVOLD et al., 2000), visto que, as chances de reagudização dos quadros psiquiátricos são maiores pelos riscos da baixa adesão aos tratamentos propostos nas faixas etárias mais jovens (MGUTSHINI, 2010).

A ausência de vínculos conjugais estabelecidos aconteceu com maior predominância nos pacientes readmitidos permitindo o estabelecimento da relação entre baixo suporte familiar e readmissões psiquiátricas. O papel da família no suporte de pacientes com doenças mentais é um fator protetor para readmissões psiquiátricas (MAGLIANO et al., 2002). Esta proteção é evidenciada no cuidado diário ofertado pelos vínculos conjugais, inclusive na ajuda para supervisão do uso das medicações (FLANNIGAN et al., 1994). Portanto, nossos dados confirmaram este efeito positivo das vinculações familiares e conjugais no controle de readmissões (OSTMAN, 2004).

A ação protetora do serviço de emergência psiquiátrica foi demonstrada pela menor proporção de pacientes com readmissão neste setor quando comparado às outras unidades de internação, todavia uma série de outras variáveis podem influenciar esta proporção e dificultar a análise deste dado isoladamente. De fato, é possível encontrar estudos que demonstraram o papel fundamental do serviço de emergência para o controle das admissões e readmissões psiquiátricas (BARROS et al., 2010a;

BARROS; TUNG; MARI, 2010; UNICK et al., 2011), todavia outros fatores externos ao próprio serviço de emergência como a caracterização clínica dos pacientes (IRMITER et al., 2007) e a organização externa da rede (MATTIONI et al., 1999) podem estar relacionados com a maior proporção das readmissões na EPQU e HSTRP.

A maior proporção de pacientes reinternados portadores de patologias graves está de acordo com a lógica de maior dificuldade de estabilização e controle de sintomas (JAKUBASCHK; WALDVOGEL; WURMLE, 1993). Consequentemente, o risco de recorrência de crises agudas promoverá uma maior probabilidade de readmissões. Isto está bem descrito na literatura, inclusive há destaque para o número de internações prévias como um dos principais fatores de risco para as re-internações psiquiátricas (BOBO et al., 2004; GEROLAMO 2004; SCHMUTTE; DUNN; SLEDGE, 2010). Os principais transtornos psicóticos (esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos), o transtorno afetivo bipolar e a dependência de substâncias psicoativas apresentam riscos de reagudizações com necessidades recorrentes de internação psiquiátrica (FIGUERIDO et al., 1997; MOORE et al., 2007; SAGMAN et al., 2010). A maior proporção de pacientes com readmissões psiquiátricas com tempos de permanências hospitalares mais prolongados pode ser resultado direto dos diagnósticos, visto que, existe uma relação direta de gravidade clínica com internações prolongadas (TULLOCH; FEARON; DAVID, 2008). Desse modo, nossos dados evidenciaram a relação próxima entre proporção de pacientes readmitidos com quadros psiquiátricos graves e que necessitaram de internações psiquiátricas mais prolongadas. Um maior número de readmissões também ocorreu com os pacientes mais jovens e que apresentavam as características clínicas analisadas acima (serviço de internação, tempo de permanência hospitalar e diagnóstico) reforçando a hipótese destes fatores nos riscos de re-internações psiquiátricas.

Nosso delineamento de pesquisa permitiu analisar os preditores de readmissão psiquiátrica estimando os riscos das variáveis para re-internação. Utilizamos uma metodologia com regressão logística objetivando descrever a relação entre a variável dependente (readmissão psiquiátrica) e as variáveis explicativas e preditoras de riscos. Nosso modelo tinha um bom ajuste e apresentava plausibilidade além de obedecer aos critérios da literatura (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Utilizamos a análise estratificada com o propósito de estudar as relações uma a uma e controlamos o conjunto das demais variáveis. Embora haja dificuldades para controlar o nível global de significâncias e de interação entre as variáveis (DEAN et al., 1990), mantivemos a análise estratificada pela sua relativa simplicidade de execução, a facilidade de entendimento e maior proximidade que propicia entre o pesquisador e os dados (GIMENO; SOUZA, 1995). Complementamos a pesquisa com a análise de sobrevida com enfoque para o tempo para readmissão psiquiátrica o possibilitou a complementação da análise de riscos (KLEINBAUM, 1995). Desse modo, nossos dados trouxeram informações precisas sobre estes riscos para DRS XIII com possibilidades de ampliação para o território brasileiro.

Os fatores de riscos encontrados para readmissão psiquiátrica foram faixa etária mais jovem e os diagnósticos, embora outros resultados, mesmo sem valor estatístico significativo, tenham tido destaque pela representação deles para a pesquisa e pelas contribuições em possíveis políticas públicas em saúde mental. Os pacientes que tiveram internações breves (< 10 dias) e que foram admitidos na EP-HCRP não mostraram risco aumentado para readmissões. Esta relação entre internação breve e readmissões psiquiátricas tem enfoque contraditório na literatura, pois alguns estudos descreveram um risco aumentado (De FRANCISCO et al., 1980;

APPLEBY et al., 1993) e outros não o descreveu e até consideraram um fator protetor (HERZ; ENDICOTT; SPITZER, 1975; LYONS et al., 1997). A maioria destes estudos não analisaram grandes regiões geográficas nem grandes amostras, portanto a homogeneização dos resultados para esta variável não se configurou uma tarefa fácil. Nossos resultados mostraram uma menor tendência de readmissões quando o paciente tem internações prévias breves, sobretudo muito breves (≤ 2 dias) na EP_HCRP. Consequentemente, existiu uma proteção às readmissões para os pacientes que se internaram na emergência psiquiátrica ou que tiveram internações pouco prolongadas. As internações breves acompanharam a proposta de fornecer tratamento psiquiátrico especializado na comunidade, todavia a má funcionalidade da rede de saúde mental poderá inviabilizar esta proposta determinando que um padrão mais curto de internação representasse um risco para readmissão psiquiátrica (LEE; ROTHBARD; NOLL, 2012). Alguns estudos mostraram a relação direta entre organização deficitária da rede de saúde e internações prolongadas como um fator de proteção para re-internações, pois o longo período de seguimento hospitalar forneceria um plano de tratamento adequado capaz de estabilizar o quadro, visto que, as características da rede impossibilitaria isto no ambiente comunitário (VASUDEVA; NARENDRA KUMAR; SEKHAR, 2009). É importante ressaltar que esta análise de organização da rede de saúde mental se aplicava à DRS XIII que possuía uma rede organizada (BARROS et al., 2010) com um serviço de emergência psiquiátrica bem funcional conforme discutido anteriormente. Esta intersecção entre uma rede de saúde mental estruturada e a presença de um serviço de emergência resolutivo pode ter influenciado as proporções de readmissão dos pacientes admitidos no EP-HCRP. A discussão sobre os fatores de riscos para readmissão no nosso estudo (faixa etária

e o diagnóstico) segue a mesma lógica encontrada para justificar as diferenças entre as proporções de pacientes com internações únicas e readmissões. Portanto, a presença de doenças graves e com riscos de recorrência de sintomas que se iniciaram precocemente na vida dos pacientes determinariam riscos aumentados de readmissão conforme demonstrado em outros estudos (BERGER et al., 1998; LERNER; ZILBER, 2010). As doenças psicóticas, afetivas e relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas representaram os principais diagnósticos relacionados às readmissões e esta relação foi replicada na literatura (ODES et al., 2011). A epidemiologia das principais doenças psiquiátricas com distribuição das prevalências em adultos jovens bem como a possibilidade de evolução clínica desfavorável de algumas patologias nos pacientes mais jovens justificariam os maiores riscos de readmissões nestas faixas etárias (YUSSUF et al., 2008). Fatores como baixa adesão ao tratamento e pouco desempenho social também poderiam contribuir para as re-internações nesta faixa etária (SAJATOVIC et al., 2011).

A análise de sobrevivência confirmou os fatores de riscos para readmissão psiquiátrica discutidos previamente, portanto foi observado que o tempo para a ocorrência da 2ª internação utilizando as variáveis dos pacientes em suas primeiras internações foi menor para aqueles mais jovens e sem vínculos conjugais e ocupacionais, acometidos por transtornos psicóticos e afetivos, admitidos no hospital psiquiátrico e nas enfermarias do hospital geral e que necessitaram de internações mais prolongadas. Portanto, estas variáveis contribuíram para o risco de readmissão psiquiátrica. Conforme descrito anteriormente, os fatores de desproteção social e de gravidade clínica podem contribuir para as re-internações. A modalidade de internação no serviço de emergência psiquiátrica representou um fator de proteção às readmissões. A importância na caracterização do tempo até acontecer uma

readmissão está representada em alguns estudos na busca de abordagens efetivas para redução deste fenômeno estimulando novas políticas de saúde pública (SLEDGE; DUNN; SCHMUTTE, 2008).

Nosso estudo tem algumas limitações, pois não incluímos na análise dados relacionados aos serviços comunitários de saúde mental da DRS XIII ou qualquer avaliação direta da assistência prestada pelos serviços de internação hospitalar participantes do estudo. Além disso, somente os pacientes internados foram avaliados, visto que, não dispúnhamos de informações sobre os pacientes que não necessitaram de uma internação psiquiátrica. A análise foi conduzida utilizando banco de dados único criado na pesquisa e, embora tenha sido realizado um estudo piloto para controlar possíveis erros, pequenos erros podem ter acontecido. Os diagnósticos utilizados no estudo foram determinados por critérios clínicos dos profissionais de saúde mental que trabalhavam nas unidades de internação. Portanto, não foram executadas entrevistas diagnósticas estruturadas capazes de validar os referidos diagnósticos. Também é necessário ressaltar que não foi possível diferenciar as duas enfermarias do hospital geral (EPIB e EPQU), em função de limitações dos registros nos bancos de dados originais, que não discriminavam um serviço do outro. No entanto, poucos estudos utilizaram representativas amostras em grandes áreas geográficas envolvendo mais de uma unidade de internação. Isto permitiu uma ampla análise das admissões e readmissões psiquiátricas por vários anos consecutivos. Novas pesquisas são necessárias para investigar a relação das readmissões psiquiátricas com variáveis clínicas e sócio-demográficas de internações prévias possibilitando o entendimento das redes de saúde mental e o fomento de políticas de saúde pública.

8 CONCLUSÃO

Foi evidenciado um aumento das primeiras admissões a partir do ano de 2004, particularmente internações breves (3 a 10 dias) e muito breves (≤ 2 dias) de pacientes com faixas etárias maiores e sem vínculos ocupacionais e que apresentavam diagnósticos de transtornos depressivos, transtornos de personalidade e transtornos relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas diferentes de álcool. Estas mudanças não foram secundárias a fatores demográficos na região e representaram de fato a caracterização das primeiras admissões durante a série histórica estudada.

As principais diferenças entre os pacientes que tiveram internações únicas e readmissões estavam associadas a faixa etária, serviços de internação, diagnóstico e tempo de permanência. Portanto, algumas características clínicas e sócio-demográficas (faixa etária mais jovem, ausência de vínculos conjugais, internação nos serviços hospitalares, tempo de permanência mais prolongado e diagnóstico de doenças psiquiátricas graves – transtornos psicóticos, afetivos bipolares e relacionados ao uso de substâncias psicoativas) predominaram nos pacientes com readmissões psiquiátricas.

As internações breves não estiveram associadas a riscos de readmissões e os melhores preditores para readmissão foram os diagnósticos e as faixas etárias mais jovens enquanto os fatores de desproteção social (menor faixa etária e ausência de vínculos conjugais e ocupacionais) e de gravidade clínica (diagnósticos mais severos, tempo de permanência prolongado e internação nas enfermarias do hospital geral e do hospital psiquiátrico) determinaram riscos para readmissões precoces.

Os pacientes readmitidos, especialmente os usuários frequentes do sistema hospitalar, geram custos para a rede de saúde. Portanto, as políticas de saúde mental devem priorizar estes pacientes. É necessário conhecer os preditores de riscos para readmissões psiquiátricas, pois esta informação permitirá a identificação de pacientes com tais riscos evitando o fenômeno de porta giratória nos serviços hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGBIR, T.M.; OYIGEYA, M.; AUDU, M.; DAPAP, D.D.; GOAR, S.G. **Gender and psychiatric diagnosis: a 5-year retrospective study in a Nigerian Federal Medical Centre.** Niger J Med. 19 (4): 455-448, 2010.
- AGERBO, E.; QIN, P.; MORTENSEN, P.B. **Psychiatric illness, socioeconomic status, and marital status in people committing suicide: a matched case-sibling-control study.** J Epidemiol Community Health. 60 (9): 776-781, 2006.
- ALMEIDA, J.M.C.; HORVITZ-LENNON, M. **An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean.** Psychiatr Serv. 61 (3): 218-221, 2010.
- 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?** Soc Sci Med. 59 (2): 361-376, 2004.
- AQUILINI, G.H.; COSTA, P.L. **O sobre-desemprego e a inatividade das mulheres na metrópole paulista.** Estud. av. 17 (49): 17-34, 2003.
- ALVES BRASIL, M.A. **A unidade psiquiátrica no hospital geral.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 1982.
- AMARANTE P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Cad Saude Publica. 11 (3): 249-263, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Guidelines for legislation on the psychiatric hospitalization of adults.** Am J Psychiatry. 140 (5): 672-9, 1983.
- ANDRADE, L.H.; WANG, Y.P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C.M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; SIU, E.R.; NISHIMURA, R.; ANTHONY, J.C.; GATTAZ, W.F.; KESSLER, R.C.; VIANA, M.C. **Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil.** PLoS One. 7 (2): e31879, 2012.
- ANDREOLI, S.B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M.D.; MARI, J.J. **Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil.** Rev Bras Psiquiatr. 29 (1): 43-46, 2007.

- APPLEBY, L.; DESAI, P.N.; LUCHINS, D.J.; GIBBONS, R.D.; HEDEKER, D.R. **Length of stay and recidivism in Schizophrenia: A study of public psychiatric hospital.** Am J Psychiatry. 150: 72-76, 1993.
- ASHLEY, R.V.; GLADSJO, A.; OLSON, R.; JUDD, L.L.; SEWELL, D.D.; ROCKWELL, E.; JESTE, D.V. **Changes in psychiatric diagnoses from admission to discharge: review of the charts of 159 patients consecutively admitted to a geriatric psychiatry inpatient unit.** Gen Hosp Psychiatry. 23 (1): 3-7, 2001.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil,** 2006.
- BACHRACH, L.L. **General hospital psychiatry: Overview from a sociological perspective.** Am. J. Psychiatry. 138 (7): 879-887, 1981a.
- BACHRACH, L.L. **The effects of deinstitutionalization on general hospital psychiatry.** Hosp. Community Psychiatry. 32 (11): 786-90, 1981b.
- BACHRACH, L.L. **General hospital psychiatry and deinstitutionalization: a systems view.** Gen Hosp Psychiatry. 7 (3): 239-248, 1985.
- BALLARIN, M.L.G.S.; MIRANDA, I.M.S.; FUENTES, A.C.R.C. **Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008.** Psicologia, Ciência e Profissão. 30 (4): 726-737, 2010.
- BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes.** Ciência & Saúde Coletiva. 14 (3): 829-839, 2009.
- BARATA, R.; CHIEFFI, A.L. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.** Cad. Saúde Pública. 25 (8): 1839-1849, 2009.
- BARBATO, A.; PARABIAGHI, A.; PANICALI, F.; BATTINO, N.; D'AVANZO, B.; DE GIROLAMO, G.; RUCCI, P.; SANTONE, G.; PROGRES-ACUTE GROUP. **Do patients improve after short psychiatric admission? A cohort study in Italy.** Nord J Psychiatry. 65 (4): 251-258, 2011.
- BARROS, D.M.; SERAFIM, A.P. **Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil.** Rev Psiq Clín. 36 (4): 175-177, 2009.

- BARROS, R.E.M. **Caracterização Clínica-demográfica das Internações Psiquiátricas na Região de Ribeirão Preto-SP entre 1998 e 2004.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. São Paulo, 2008.
- BARROS, R.E.M.; AZEVEDO-MARQUES, J.M.; CARLOTTI, L.P.; ZUARDI, A.W.; DEL-BEM, C.M. **Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution.** Rev Bras Psiquiatr. 32 (2): 145-51, 2010.
- BARROS, R.E.M.; TUNG, T.C.; MARI, J.J. **Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil.** Rev Bras Psiquiatr. Suppl 2: S71-77, 2010.
- BENAZZI, F. **Bipolar II disorder : epidemiology, diagnosis and management.** CNS Drugs. 21 (9): 727-740, 2007.
- BERGEN, J.; HUNT, G.; ARMITAGE, P.; BASHIR, M. **Six-month outcome following a relapse of schizophrenia.** Aust N Z J Psychiatry. 32 (6): 815-822, 1998.
- BERLIM, M.T.; FLECK, M.P.; SHORTER, E. **Notes on antipsychiatry.** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 253 (2): 61-67, 2003.
- BERSANI, G. **The Italian Law "180" thirty years after: from the unmet needs of sick people and families the duty of a critical reflection.** Ann Ist Super Sanita. 45 (1): 27-32, 2009.
- BEZERRA Jr., B. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rev Saude Colet. 17 (2): 243-250, 2007.
- BEZERRA, C.G.; DIMENSTEIN, M. **O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica.** Mental. 9 (16): 303-326, 2011.
- BIANCOSINO, B.; VANNI, A.; MARMAI, L.; ZOTOS, S.; PERON, L.; MARANGONI, C.; MAGRI, V.; GRASSI, L. **Factors related to admission of psychiatric patients to medical wards from the general hospital emergency department: a 3-year study of urgent psychiatric consultations.** Int J Psychiatry Med. 39 (2): 133-146, 2009.
- BINDMAN, J.; TIGHE, J.; THORNICROFT, G.; LEESE, M. **Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 37: 341-345, 2002.

- BLAIS, M.A.; MATTHEWS, J.; LIPKIS-ORLANDO, R.; LECHNER, E.; JACOBO, M.; LINCOLN, R.; GULLIVER, C.; HERMAN, J.B.; GOODMAN, A.F. **Predicting length of stay on an acute care medical psychiatric inpatient service**. *Adm Policy Ment Health*. 31 (1): 15-29, 2003.
- BOBO, W.V.; HOGE, C.W.; MESSINA, M.A.; PAVLOVCIC, F.; LEVANDOWSKI, D.; GRIEGER, T. **Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital**. *Mil Med*. 169 (8): 648-653, 2004.
- BOARDMAN, A.P.; HODGSON, R.E.; LEWIS, M.; ALLEN, K. **Social indicators and the prediction of psychiatric admission in different diagnostic groups**. *Br J Psychiatry*. 171: 457-462, 1997.
- BJÖRKLUND, A.; ERIKSSON, T.; JÄNTTI, M. **Brother correlations in earnings in Denmark, Finland, Norway and Sweden compared to the United States**. *Journal of Population Economics*. 15: 757-772, 2002.
- BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. **The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004**. *Cad. Saúde Pública*. 24 (2): 456-468, 2008.
- BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 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): 91-96, 1997b.
- BOTEGA, N.J. **Psychiatric Units in Brazilian General Hospitals: a growing philanthropic field**. *International Journal of Social Psychiatric*. 48 (2): 97-102, 2002.
- BOTHA, U.A.; KOEN, L.; JOSKA, J.A.; PARKER, J.S.; HORN, N.; HERING, L.M.; OOSTHUIZEN, P.P. **The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45 (4): 461-468, 2010.

- BOYER, C.A.; MCALPINE, D.D.; POTTICK, K.J.; OLFSON, M. **Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care.** Am J Psychiatry. 157 (10): 1592-1598, 2000.
- BOWERSOX, N.W.; SAUNDERS, S.M.; BERGER, B.D. **Predictors of rehospitalization in high-utilizing patients in the VA psychiatric medical system.** Psychiatr Q. 83 (1): 53-64, 2012
- BRASIL, Decreto 508. **Aprova o regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados**, 1890.
- BRASIL, Decreto 896. **Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados**, 1892.
- BRASIL, Decreto 1.132. **Reorganiza a Assistência a Alienados**, 1903.
- BRASIL, Decreto 8.834. **Reorganiza a Assistência a Alienados**, 1911.
- BRASIL, Decreto 2.861. **Aprova as medidas tendentes a impedir os abusos de ópio, da morfina e seus derivados, bem como da cocaína constantes das resoluções aprovadas pela Conferência Internacional do Ópio, realizada em 10 de dezembro de 1911, em Haya**, 1914.
- BRASIL, Decreto 4.294. **Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários**, 1921.
- BRASIL, Decreto 24.559. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**, 1934.
- BRASIL, Decreto 28.096. **Declara de utilidade pública o Instituto Brasileiro de Psicanálise com sede nesta capital**, 1950.
- BRASIL, Decreto n. 49.974-A. **Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a lei 2.132, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde**, 1961.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3657/1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências**. Brasília, 1989.

- BRASIL, **Lei Orgânica do SUS - nº 8.080**. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social, Brasília, 1990.
- BRASIL, **Emenda constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2000.
- BRASIL, Lei n. 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**, 2001.
- BRASIL, **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental do Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.
- BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **A banalização da interdição judicial no Brasil: relatórios**. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações. Brasília, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico**. Brasília: julho de 2011 (acesso em 08/01/2012).
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico**. Brasília: junho de 2010 (acesso em 11/01/2012).
- 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.
- BRITTO, R.C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

- BRUFFAERTS, R.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K. **Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future**. Eur J Emerg Med. 15 (5): 276-278, 2008.
- BURGE, P.; OUELLETTE-KUNTZ, H.; SAEED, H.; MCCREARY, B.; PAQUETTE, D.; SIM, F. **Acute psychiatric inpatient care for people with a dual diagnosis: patient profiles and lengths of stay**. Can J Psychiatry. 47 (3): 243-249, 2002.
- BURTI, L.; BENSON, P.R. **Psychiatric reform in Italy: developments since 1978**. Int J Law Psychiatry. 19 (3-4): 373-390, 1996.
- BYATT, N.; PINALS, D.; ARIKAN, R. **Involuntary hospitalization of medical patients who lack decisional capacity: an unresolved issue**. Psychosomatics. 47 (5): 443-448, 2006.
- BYRNE, S.L.; HOOKE, G.R.; PAGE, A.C. **Readmission: a useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care**. J Affect Disord. 126 (1-2): 206-213, 2010.
- CALDAS DE ALMEIDA, J.M.; HORVITZ-LENNON, M. **Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean**. Psychiatr Serv. 61 (3): 218-221, 2010.
- CALLALY, T.; HYLAND, M.; TRAUER, T.; DODD, S.; BERK, M. **Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk**. Aust Health Rev. 34 (3): 282-285, 2010.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de lei nº 3657-1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Brasília: CD; 1991.
- CAMPOS, D.T.; GIESER, M.T. **The psychiatric emergency/crisis disposition and community networks**. Emerg Health Serv Rev. 3 (1): 117-128, 1985.
- CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

- CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. **Who are the patients who have been discharged from psychiatric hospital care recently?** Acta Paul Enferm. 22 (6): 733-740, 2009.
- CARR-HILL, R.; HARDMAN, G.; MARTIN, S.; PEACOCK, S.; SHELDON, T.; SMITH, P. **A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area use of Hospital Beds** University of York, Centre for Health Economics, York, 1994.
- CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cad. Saúde Pública. 19 (3): 725-733, 2003.
- CASPER, E.S.; FONALDSON, B. **Subgroups in the population of frequent users of inpatient services.** Hospital and Community Psychiatry. 41 (2): 189-191, 1990.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASSORLA, R.M.S. **Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos.** Revista ABP-APAL. 18 (1): 1-8, 1996.
- CATALANO, R.; MCCONNEL, W. **Psychiatric emergencies: the check effect revisited.** Journal of Health and Social Behavior. 40: 79-86, 1999.
- CHANG, G.; WEISS, A.P.; ORAV, E.J.; JONES, J.A.; FINN, C.T.; GITLIN, D.F.; HAIMOVICI, F.; HAZEN, E.; KOSOWSKY, J.M.; SCHECHTER, M.D.; RAUCH, S.L. **Hospital variability in emergency department length of stay for adult patients receiving psychiatric consultation: a prospective study.** Ann Emerg Med. 58 (2): 127-136, 2011.
- CHILCOAT, H.D.; BRESLAU, N.; ANTHONY, J.C. **Potential barriers to parent monitoring: social disadvantage, marital status, and maternal psychiatric disorder** _ J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (12): 1673-1682, 1996.
- CHO, M.J.; LEE, J.Y.; KIM, B.S.; LEE, H.W.; SOHN, J.H. **Prevalence of the major mental disorders among the Korean elderly.** J Korean Med Sci. 26 (1): 1-10, 2011.
- CIQUINI, O. **A hospitalização do doente mental no hospital geral.** Revista Paulista dos Hospitais. 11: 21-26, 1965.
- CLEMENTS, K.M.; MURPHY, J.M.; EISEN, S.V.; NORMAND, S.L. **Comparison of self-report and clinician-rated measures of psychiatric symptoms and functioning in predicting 1-year hospital readmission.** Adm Policy Ment Health. 33 (5): 568-577, 2006.

- COID, J.; KAHTAN, N.; COOK, A.; GAULT, S.; JARMAN, B. **Predicting admission rates to secure forensic psychiatry services.** Psychol Med. 31 (3): 531-539, 2001.
- COMPTON, M.T.; CRAW, J.; RUDISCH, B.E. **Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital.** Psychiatry Q. 77 (2): 173-188, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** Portal médico [citado 25/01/2012]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Psiquiatria: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro/contribuição e pesquisa do IESC/UFRJ.** - Rio de Janeiro: CREMERJ, 2007.
- COOPER, D. **Psychiatry and Anti-Psychiatry.** London, Tavistock Publications, 1967.
- COSTA, J. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- CRAW, J.; COMPTON, M.T. **Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients.** Soc Psychiatr Epidemiol. 41: 981-988, 2006.
- CREED, F.; TOMENSON, B.; ANTHONY, P.; TRAMNER, M. **Predicting length of stay in psychiatry.** Psychol Med. 27 (4): 961-966, 1997.
- CROSSLEY, N. R.D. **Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis.** Soc Sci Med. 47: 877-889, 1998.
- CURRIER, G.W.; ALLEN, M. **Organization and function of academic psychiatric emergency services.** Gen Hosp Psychiatry. 25 (2): 124-129, 2003.
- CURTIS, S.; COPELAND, A.; FAGG, J.; CONGDON, P.; ALMOG, M.; FITZPATRICK, J. **The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City.** Health Place. 12 (1): 19-37, 2006.

- CURTIS, S.; JONES, I.R. **Is there a place for Geography geography in the analysis of health inequality?** *Sociology of Health and Illness*. 20 (5): 645–672, 1998.
- DAIN, N. **Critics and dissenters: Reflection on ‘antipsychiatry’ in the United States.** *J Hist Behav Sci*. 25: 23-25, 1989.
- DAIN, N. **Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry.** *Hosp Community Psychiatry*. 45 (10): 1010-1014, 1994.
- DALGALARRONDO, P. **Duração da internação em uma unidade psiquiátrica de hospital geral: a experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 42 (1): 15-17, 1993.
- 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): 629-634, 2003.
- DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W.F. **A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 27 (3): 147-150, 1992.
- DAVIS, L.; FULGINITI, A.; KRIEGEL, L.; BREKKE, J.S. **Deinstitutionalization? Where have all the people gone?** *Curr Psychiatry Rep*. 14 (3): 259-69, 2012.
- DATASUS. **Informações em Saúde.** [citado em 04/05/2012] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>
- DEAN, J.; DEAN, A.; BURTON, A.; DICKER, R. **Epi Info-computer programs for epidemiology.** Atlanta, Division of Surveillance and Epidemiologic Studies, Epidemiology Program Office, Center for Disease Control, 1990.
- DEKKER, J.; KLUITER, H.; KROON, H.; POLSTRA, L. **Community care arrangements in the Netherlands.** *European Journal of Psychiatry*. 14 (3): 143-152, 2000.
- DE CASTRO, S.A.; FUREGATO, A.R.; SANTOS, J.L. **Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric re-hospitalizations.** *Rev Lat Am Enfermagem*. 18 (4): 800-808, 2010.

- DE FRANCISCO, D.; ANDERSON, D.; PANTANO, R.; KLINE, F. **The relationship between length of hospital stay and rapid readmission rates.** Hosp Community Psychiatry. 31: 196-197, 1980.
- DE GIROLAMO, G.; COZZA, M. **The Italian Psychiatric Reform. A 20-year perspective.** Int J Law Psychiatry. 23 (3-4): 197-214, 2000.
- DEL-BEN, C.M.; MARQUES, J.M.A.; SPONHOLZ, A.Jr.; ZUARDI, A.W. **Mental health policies and changes in emergency service demand.** Rev Saude Publica. 33 (5): 470-476, 1999.
- DESAI, N.G. **Antipsychiatry: Meeting the challenge.** Indian J Psychiatry. 47: 185–187, 2005.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO SEÇÃO I. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – Portaria 224 de 19 de janeiro de 1992.** Brasília, 1992.
- DIEZ-ROUX, A. **Bringing context back into epidemiology variables and fallacies in multilevel analysis** American Journal of Public Health. 88 (2): 216–222, 1998.
- DIMENSTEIN, M.; BRITO, M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.** Saude soc. 18 (1): 63-74, 2009.
- DOHWENREND, B.; LEVAV, I.; SHROUT, P.; SCHWARTZ, S.; NAVEH, G.; LINK, B.; SKODOL, A.; STUEVE, A. **Socioeconomic status and psychiatric disorders the causation-selection issue** Science NS. 255: 946–952, 1992.
- DUNCAN, C.; JONES, K.; MOON, G. **Health-related behaviour in context multilevel modelling approach.** Social Science and Medicine. 42 (6): 817–830, 1996.
- DUNCAN, J.M.; SHORT, A.; LEWIS, J.S.; BARRETT, P.T. **Re-admissions to the State Hospital at Carstairs, 1992-1997.** Health Bull. 60 (1): 70-82, 2002.
- DURBIN, J.; GOERING, P.; PINK, G.; MURRAY, M. **Classifying psychiatric inpatients: seeking better measures.** Med Care. 37 (4): 415-423, 1999.
- DURBIN, J.; GOERING, P.; STREINER, D.L.; PINK, G. **Does systems integration affect continuity of mental health care?** Adm Policy Ment Health. 33 (6): 705-717, 2006.

- DURBIN, J.; LIN, E.; LAYNE, C.; TEED, M. **Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?** J Behav Health Serv Res. 34 (2): 137-150, 2007.
- ELIAS, P.E.; COHN, A. **Health reform in Brazil: lessons to consider.** Am J Public Health. 93 (1): 44-48, 2003.
- ELLISON, J.M.; WHARFF, E.A. **More than a gateway: the role of the emergency psychiatry service in the community mental health network.** Hosp Community Psychiatry. 36 (2): 180-185, 1985.
- ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ pp 385-434, 2008.
- EGHIGIAN, G. **Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry.** Hist Psychiatry. 22 (86): 201-214, 2011.
- ESQUIROL, J. **Des Maladies Mentales Considérés sous les Rapports Médical, Hygiénique ET Médico-Legal.** Paris: Bailliére, 1838.
- FALTRET, J. (1890). **Les Aliénés et les Asiles d'Aliénés.** Paris: Bailliére, 1890.
- FIGUERIDO, J.L.; GUTIÉRREZ, M.; GONZÁLEZ PINTO, A.; BALLESTEROS, J.; PÉREZ DE HEREDIA, J.L.; RAMÍREZ, F.; ELIZAGÁRATE, E.; GONZÁLEZ OLIVEROS, R.; LÓPEZ, P. **Predictors of rehospitalization in schizophrenia.** Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 25 (4): 217-224, 1997.
- FINCHAM, E.; BRADBURY, T. **The psychology of marriage: Conceptual, empirical, and applied perspectives.** New York: Guilford Press, 1990.
- FLAMM, G.D. **The expanding roles of general-hospital psychiatry.** Hosp. Community Psychiatry 30 (3): 191-192, 1979.
- FLANNIGAN, C.B.; GLOVER, G.R.; WING, J.K.; LEWIS, S.W.; BEBBINGTON, P.E.; FEENEY, S.T. **Inner london collaborative audit of admission in two health districts. III: Reasons for acute admission to psychiatric wards** British Journal of Psychiatry, 165: 750–759, 1994.
- FORATTINI, O.P.; GOMES, A.C.; NATAL, D.; SANTOS, J.L.F. **Observations on mosquito activity in primitive rain forests on plains, and epidemiological profiles for several environments in the Ribeira Valley, S.Paulo, Brazil.** Rev. Saúde Pública. 20 (3): 178-203, 1986.

- FORTES, H.M. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2010, 10 (supl.2): 321-330, 2010.
- 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**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 35 (5): 273-278, 1986.
- FORTHOFER, M.S.; KESSLER, R.C.; STORY, A.L.; GOTLIB, I.H. **The effects of psychiatric disorders on the probability and timing of first marriage**. Journal of Health and Social Behavior. 37: 121-132, 1996.
- FORSTER, P.; KING, J. **Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service, Part I**. Hosp Community Psychiatry. 45 (9): 867-869 1994.
- FRAGA, M.N.O.; SOUZA, A.M.A.; BRAGA, V.A.B. **Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir**. Acta paul. enferm. 19 (2): 207-211, 2006.
- FOSTER, E.M. **Do aftercare services reduce inpatient psychiatric readmissions?** Health Serv Res. 34 (3): 715-736, 1999.
- FUSAR-POLI, P.; BRUNO, D.; MACHADO-DE-SOUZA J.P. **Franco Basaglia (1924-1980): three decades (1979-2009) as a bridge between the Italian and Brazilian mental health reform**. Int J Soc Psychiatry. 57 (1): 100-103, 2005.
- GASTAL, F.L.; LEITE, S.S.O.; TREPTOW, E.C.; MARINI, S.S.; NOAL, M.V.; BINZ, A.R.; AMARAL, M.T. **Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 28 (3): 245-254, 2006.
- GASTAL, F.L.; ANDREOLI, S.B.; QUINTANA, M.I.; ALMEIDA GAMEIRO, M.; LEITE, S.O.; MCGRATH, J. **Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses**. Rev Saude Publica. 34 (3): 280-285, 2000.
- GASTAL, F.L.; LEITE, S.O.; FERNANDES, F.N.; BORBA, A.T.; KITAMURA, C.M.; BINZ, M.A.R.; AMARAL, M.T. **Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 29 (1): 1: 119-129, 2007.
- GELLER, J.L. **Treating revolving-door patients who have “hospitalphilia”: Compassion, coercion, and common sense**. Hospital and Community Psychiatry. 4(2): 141-145, 1993.

- GEROLAMO, A.M. **State of the science: Outcomes of acute inpatient psychiatric care.** Arch Psychiatr Nurs. 18: 203-214, 2004.
- GIGGS, J. **The spatial ecology of mental illness, location and Stigma Contemporary Perspectives on Mental Health and Mental Health Care,** Unwin Hyman, London.103–133, 1988.
- GILL, J.M.; MAINOUS, A.G. **The role of provider continuity in preventing hospitalizations.** Arch Fam Med. 7: 352-357, 1998.
- GILL, J.M.; MAINOUS, A.G.; NSEREKO, M. **Does having an outpatient visit after hospital discharge reduce the likelihood of readmission?** Del Med J, 75: 291-298, 2003.
- GILMER, T. **Contracting for outpatient mental health services: effects on services use, quality, and costs.** J Ment Health Policy Econ. 13 (3): 121-126, 2010.
- GIMENO, S.G.A.; SOUZA, J.M.P. **Utilização de estratificação e modelo de regressão logística na análise de dados de estudos caso-controle.** Rev. Saúde Pública. 29 (4): 283-289, 1995.
- GLOVER, G.; ROBIN, E.; EMAMI, J.; ARABSCHEIBANI G.R. **A needs index for mental health care.** Social Psychology and Psych Epidemiology. 33 (2): 89–96, 1998.
- GOLDBERG, J.I. **A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo -Faculdade de Medicina. São Paulo, 1992.
- GOLDMAN, H.H.; MORRISSEY, J.P.; ROSENHECK, R.A.; COCOZZA, J.; BLASINSKY, M.; RANDOLPH, F.; ACCESS NATIONAL EVALUATION TEAM. **Lessons from the evaluation of the ACCESS Program. Access to Community Care and Effective Services.** Psychiatric Services. 53 (8): 967-969, 2002.
- GOMES, M.P.; COUTO, M.C.; PEPE, V.L.; DE ALMEIDA, L.M.; DELGADO, P.G.; COUTINHO EDA, S. **Census of hospitalized patients in a psychiatric institution of Rio de Janeiro State: preliminary data.** Cad Saude Publica. 18 (6): 1803-1807, 2002.
- GOTLIB, I.H.; LEWINSOHN, P.M.; SEELEY, J.R. **Consequences of depression during adolescence: marital status and marital functioning in early adulthood.** J Abnorm Psychol. 107 (4): 686-690, 1998.

- GRASSET, J. **Hystérie**. in **Dictionnaire Encyclopédique des Scieces Médicales**. Paris: Masson. t. XV, 1889.
- GREENHILL, M.H. **Psychiatric units in general hospitals**. Hosp. Community Psychiatry. 30 (3): 169-82, 1979.
- GREEN, J.H. **Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment**. Hosp Community Psychiatry. 39 (9): 963-966, 1988.
- GRISWOLD, K.S.; SERVOSS, T.J.; LEONARD, K.E.; PASTORE, P.A.; SMITH, S.J.; WAGNER, C.; STEPHAN, M.; THRIST, M. **Connections to primary medical care after psychiatric crisis**. J Am Board Fam Pract. 18 (3): 166-172, 2005.
- GUIJARRO, R.; SAN ROMÁN, C.M.; GÓMEZ-HUEL GAS, R.; VILLALOBOS, A.; MARTÍN, M.; GUIL, M.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M.A.; TOLEDO, J.B. **Impacto of dementia on hospitalization**. Neuroepidemiology. 35 (2): 101-118, 2010.
- GUIMARÃES, R.B. **Regiões de saúde e escalas geográficas**. Cad. Saúde Pública. (4): 1017-1025, 2005
- GUTIÉRREZ, J.L.A.; PÉREZ, A.C. **La psiquiatria en el hospital general**. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1976.
- GUZZETTA, F.; MIGLIO, R.; SANTONE, G.; PICARDI, A.; NORCIO, B.; BRACCO, R.; DE GIROLAMO G.; PROGRES-ACUTE GROUP. **First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey**. Psychiatry Res. 176 (1): 62-68, 2010.
- HADDOW, A.J. **Studies on the biting habits of African mosquitoes: an appraisal of methods employed, with special reference to the twenty-four hour catch**. Bull. Entomol. Res. 45: 199-242, 1954.
- HÄFNER, H.; VAN DER HEIDEN, W. **The evaluation of mental health care systems**. Br. J Psychiatry. 155: 12–17, 1989.
- HALLAK, J.E.C. **Adequação diagnóstica e evolução de pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral universitário**. Tese de mestrado. Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. São Paulo, 1998.

- HANSSON, L.; MUUS, S.; SAARENTO, O.; VINDING, H.R.; GÖSTAS, G.; SANDLUND, M.; ZANDRÉN, T.; OIESVOLD T. **The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 34 (2): 99-104, 1999.
- HARRISON, J.; BARROW, S.; CREED, F. **Social deprivation and psychotic admission rates among different diagnostic groups** British Journal of Psychiatry. 167: 456-462, 1995.
- HAYWOOD, T.W.; KRAVITZ, H.M.; GROSSMAN, L.S.; CAVANAUGH, J.L.Jr.; DAVIS, J.M.; LEWIS, D.A. **Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders.** Am J Psychiatry. 152 (6): 856-861, 1995.
- HAWKS, D. **Community care: an analysis of assumptions.** British Journal of Psychiatry. 127: 276-285, 1975.
- HAZLETT, S.B.; MCCARTHY, M.L.; LONDNER, M.S.; ONYIKE, C.U. **Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments.** Acad Emerg Med. 11 (2): 193-195, 2004.
- HEGGESTAD, T. **Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission - effects of high patient turnover.** Acta Psychiatr Scand. 103: 196-202, 2001.
- HENCKES, N. **Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis.** Hist Psychiatry. 22 (86): 164-181, 2011.
- HENDRIX, M.S.; ROHLAND, B.M. **A small area analysis of psychiatric hospitalizations to general hospitals. Effects of community mental health centers.** Gen Hosp Psychiatry. 16 (5): 313-318, 1994.
- HENDRYX, M.S.; RUSSO, J.E.; STEGNER, B.; DYCK, D.G.; RIES, R.K.; ROY-BYRNE, P. **Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases.** J Behav Health Serv Res. 30 (3): 342-51, 2003.
- HERZ, M.I.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R.L. **Brief hospitalization of patients with families: Initial results.** Am J Psychiatry. 132: 413-418, 1975.
- HERZ, M.I.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R.L. **Brief hospitalization: a two-year follow-up.** Am J Psychiatry. 134: 502-507, 1977.

- 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.
- HILDEBRANDT, L.M.; ALENCASTRE, M.B. **The inclusion of psychiatry in general hospitals**. *R. gaúcha Enferm*. 22 (1): 167-186, 2001.
- HILDEBRANDT, L.M.; MIRON, V.L. **Intervenção de enfermagem no sofrimento psíquico em hospital geral**. In: LABATE, R.C. (org.) *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: Editora e Gráfica Escala, 1998.
- HILLARD, J.R. **The past and future of psychiatric emergency services in the U.S.** *Hosp Community Psychiatry*. 45 (6): 541-3, 1994.
- HIRDES, A. **The psychiatric reform in Brazil: a (re)view**. *Cien Saude Colet*. 14 (1): 297-305, 2009.
- HOBSON, J.A.; LEONARD, J.A. **Out of its Mind: Psychiatry in Crisis**. Perseus Publishing, New York, 2001.
- HOGAN, A.J.; BOUKNIGHT, R.R. **The emergency department as a gateway for hospitalization: evidence from the National Medical Expenditure Survey**. *J Health Care Poor Underserved*. 13 (3): 288-297, 2002.
- HOLLOWAY, F. **Need in community psychiatry: a consensus is required**. *Psychiatr Bull*. 18: 321-323, 1994.
- HORS DAL, H.T.; OLESEN, A.V.; GASSE, C.; SØRENSEN, H.T.; GREEN, R.C.; JOHNSEN, S.P. **Use of statins and risk of hospitalization with dementia: a Danish population-based case-control study**. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 23 (1): 18-22, 2009.
- HOSMER, D.M.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York, John Wiley & Sons, 1989.
- HUFF, E.D. **Outpatient utilization patterns and quality outcomes after first acute episode of mental health hospitalization. Is some better than none, and is more service associated with better outcomes?** *Eval Health Prof*. 23 (4): 441-56, 2000.
- 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.

- HUXLEY, P.; KERFOOT, M. **Variation in requests to social services departments for assessment for compulsory psychiatric admission.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 28 (2): 71–76, 1993.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional**, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional**, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional**, 2010.
- IRMITER, C.; MCCARTHY, J.F.; BARRY, K.L.; SOLIMAN, S.; BLOW, F.C. **Reinstitutionalization following psychiatric discharge among VA patients with serious mental illness: a national longitudinal study.** *Psychiatr Q*. 78 (4): 279-86, 2007.
- IVO DE CARVALHO, A.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA LIMA, V.L. **Health promotion in Brazil.** *Promot Educ. Suppl* 1: 7-12, 2007.
- JAKUBASCHK, J.; WALDVOGEL, D.; WURMLE, O. **Differences between long-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 28: 84-90, 1993.
- JARMAN, B.; HIRSCH, S.; WHITE, P.; DRISCOLL, R. **Predicting psychiatric admission rates.** *BMJ*. 304 (6835): 1146-1151, 1992.
- JEFFERIS, B.J.; NAZARETH, I.; MARSTON, L.; MORENO-KUSTNER, B.; BELLÓN, J.A.; SVAB, I.; ROTAR, D.; GEERLINGS, M.I.; XAVIER, M.; GONCALVES-PEREIRA, M.; VICENTE, B.; SALDIVIA, S.; ALUOJA, A.; KALDA, R.; KING, M. **Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort).** *Soc Sci Med*. 73 (11): 1627-1634, 2011.
- JIMÉNEZ, R.E.; LAM, R.M.; MAROT, M.; DELGADO, A. **Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study.** *BMC Health Serv Res*. 4 (1): 4, 2004.
- JONES, R.E. **Issues facing general hospital psychiatry. Introduction: the birth of a new subspecialty.** *Hosp. Community Psychiatry*. 30 (3): 183-184, 1979.

- JUNIOR, B.B. **It is necessary to rethink the horizon of Psychiatric Reform.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (12): 4590-4602, 2011.
- KALLERT, T.W.; GLÖCKNER, M.; SCHÜTZWOHL, M. **Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 258 (4): 195-209, 2008.
- KALUCY, R.; THOMAS, L.; KING D. **Changing demand for mental health services in the emergency department of a public hospital.** *Aust N Z J Psychiatry*. 39 (1-2): 74-80, 2005.
- KAMMERLING, R.M.; O'CONNOR, S. **Unemployment rate as predictor of rate of psychiatric admission.** *BMJ*. 307 (6918): 1536-1539, 1993.
- KATES, N.; EAMAN, S.; SANTONE, J.; DIDEMUS, C.; STEINER, M.; CRAVEN, M. **An integrated regional emergency psychiatric service.** *Gen Hosp Psychiatry*. 18: 251-256, 1996.
- KESSLER, R.C.; TURNER, J.B.; HOARE, J.S. **Unemployment and emotional functioning in a community sample.** *American Sociology Review*. 24: 648-657, 1989.
- KEMALI, D.; PERRIS, C.; MAJ, M.; AMATI, A.; VACCA L. **Application of the Psychiatric Reform Act in the city of Naples. A survey of requests for compulsory admission to the special unit at the University Psychiatric Department.** *Acta Psychiatr Scand*. 316: 127-34, 1985.
- KEOWN, P.; HOLLOWAY, F.; KUIPERS E. **The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 40 (1): 42-49, 2005.
- KIKUCHI, H.; ABO, M.; KUMAKURA, E.; KUBOTA, N.; NAGANO, M. **Efficacy of continuous follow-up for preventing the involuntary readmission of psychiatric patients in Japan: A retrospective cohort study.** *Int J Soc Psychiatry*, 2012 [Epub ahead of print].
- KILSZTAJN, S.; LOPES, E.S.; LIMA, L.Z.; ROCHA, P.A.F.; CARMO, M.S.N. **Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*. 24 (10): 2354-2362, 2008.
- KIRSHNER, L.A.; JOHNSTON, L. **Current status of milieu psychiatry.** *Gen Hosp Psychiatry*. 4 (1): 75-80, 1982.

- KLEINBAUM, D.G. **Survival Analysis: A Self Learning Text**. New York: Springer, 1995.
- KLINKENBERG, W.D.; CALSYN, R.J. **Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review**. Psychiatr Serv. 47 (5): 487-496, 1996.
- 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.
- KOERNER, A. **Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XIX**. Lua Nova. 68: 205-242, 2006.
- KOPPEL, P.M. **Socio-economic factors that predict psychiatric admissions at a local level** Psychological Medicine. 29: 1235-1241, 1999.
- KOSKY, R. **From morality to madness: a reappraisal of the asylum movement in psychiatry 1800-1940**. Aust N Z J Psychiatry. 20 (2): 180-187, 1986.
- KOVES-MASFETY, V.; ALONSO, J.; DE GRAAF, R.; DEMYTTEAERE, K. **A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study**. Can J Psychiatry. 50: 926–936, 2005.
- KPOSOWA, A. J. **Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US national longitudinal mortality study**. Psychol Med. 31:27-3138, 2001.
- KROPP, S.; ANDREIS, C.; TE WILDT, B.; REULBACH, U.; OHLMEIER, M.; AUFFARTH, I.; ZIEGENBEIN, M. **Psychiatric patients turnaround times in the emergency department**. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 13: 1-27, 2005.
- KUH, D.; HARDY, R.; LANGENBERG, C.; RICHARDS, M.; WADSWORTH, M.E. **Mortality in adults aged 26–54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulthood: post war birth cohort study**. BMJ. 325: 1076–1080, 2002.
- LAMB, H.R.; BACHRACH, L.L. **Some perspectives on deinstitutionalization**. Psychiatr Serv. 52 (8): 1039-1045, 2001.
- LAMONT, A.; UKOUMUNNE, O.; TYRER, P.; THORNICROFT, G.; SLAUGHTER, J. **The geographical mobility of severely mentally ill residents in London** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 35 (4): 164-169, 2000.

- LANCETTI, A.; KINOSHITA, R.T. **Sistema de Saúde Mental da Prefeitura de Santos**. In: Kalil MEX, organizador. Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: HUCITEC; pp.232-7, 1992.
- LANG, T.P.; ROHRER, J.E.; RIOUX, P.A. **Multifaceted inpatient psychiatry approach to reducing readmissions: a pilot study**. J Rural Health. 25 (3): 309-313, 2009.
- LARROBLA, C.; BOTEAGA, N.J. **Restructuring mental health: a South American survey**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 36 (5): 256-259, 2001.
- LAUBER.; LAY, B.; ROSSLER, W. **Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression** J. Affect. Disord. 93: 43-51, 2006.
- LAUER, M.; BROWNSTEIN, R. **Replacing revolving door: a collaborative approach to treating individuals in crisis**. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 46 (6): 24-32, 2008.
- LAY, B.; NORDT, C.; RÖSSLER W. **Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 42 (3): 229-236, 2007.
- LEDOUX, Y.; MINNER, P. **Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 41 (2): 115-121, 2006.
- LEE, S.; ROTHBARD, A.B.; NOLL, E.L. **Length of inpatient stay of persons with serious mental illness: effects of hospital and regional characteristics**. Psychiatr Serv, 2012. [Epub ahead of print]
- 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.
- LEHMAN, A.F.; STEINWACHS, D.M. **Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: Lessons from the Patient Outcomes Research Team (PORT) project**. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. 31: 141-154, 2003.
- LERNER, Y.; ZILBER, N. **Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: a national case register study**. Isr J Psychiatry Relat Sci. 47 (4): 304-307, 2010.

- LEWIS, G.; SLOGGETT, A. **Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study**. BMJ. 317: 1283-1286, 1998.
- LIEBERMAN, P.B.; WIITALA, S.A.; ELLIOTT, B.; MCCORMICK, S.; GOYETTE, S.B. **Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization?** Am J Psychiatry. 155 (7):905-909, 1998.
- LIEN, L. **Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized?** Nord J Psychiatry. 56: 23-28, 2002.
- 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. Psiq. 44 (2) : 71-76, 1995.
- LIN, C.H.; CHEN, W.L.; LIN, C.M.; LEE, M.D.; KO, M.C.; LI, C.Y. **Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan**. Clinics. 65 (5): 481-489, 2010.
- LOCH, A.A. **Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system**. Rev. Bras. Psiquiatr. 34 (2): 185-192, 2012.
- LOVISI, G.M.; MANN, A.H.; COUTINHO, E.; MORGADO, A.F. **Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area, Brazil**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 38 (9): 493-498, 2003.
- LOW, L.F.; DRAPER, B. **Hospitalization patterns for psychiatric disorders across the lifespan in Australia from July 1998 to June 2005**. Psychiatr Serv. 60 (1): 113-116, 2009.
- LUZ, M.T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- LYKETSOS, C.G.; DUNN, G.; KAMINSKY, M.J.; BREAKEY, W.R. **Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay**. Psychosomatics. 43 (1): 24-30, 2002.
- LYONS, J.S.; O'MAHONEY, M.T.; MILLER, S.I.; NEME, J.; KABAT, J.; MILLER, F. **Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: Implications for quality indicators**. Am J Psychiatry. 154: 337-40, 1997.

- MAGLIANO, C.; MARASCO, A.; FIORILLO, C.; MALANGONE, M.; GUARNERI, M. MAJ.; **The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 106: 291–298, 2002.
- MAI, F.M.; GOSSELIN, J.Y.; 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 (1): 39-45, 1993.
- MCGONAGLE, K.A.; KESSLER, R.C.; GOTLIB, I.H. **The effects of marital disagreement style, frequency, and outcome on marital disruption.** *Journal of Social and Personal Relationships*. 10: 385-404, 1993.
- MCGRATH, J.J.; SUSSER, E.S. **New directions in the epidemiology of schizophrenia.** *Med J Aust*. 190: (Suppl): 7-9, 2009.
- MARSHALL, M.; CROWTHER, R.; ALMARAZ-SERRANO, A.; CREED, F.; SLEDGE, W.; KLUITER, H.; ROBERTS, C.; HILL, E.; WIERSMA, D.; BOND, G.R.; HUXLEY, P.; TYRER, P. **Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care.** *Ealth Technol Assess*. 5 (21): 1-75, 2001.
- MARI, J.J.; THORNICROFT, G. **Principles that should guide mental health policies in low-and middle-income countries.** *Rev Bras Psiquiatr*. 32 (3): 210-211, 2010.
- MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. **Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo-Brasil.** *Rev. Saúde Pública*. 41 (1): 101-107, 2007.
- MARTIN, J.P. **Hospitals in trouble.** Oxford: Blackwell, 1984.
- MATEUS, M.D.; MARI, J.J.; DELGADO, P.G.; ALMEIDA FILHO, N.; BARRETT, T.; GEROLIN, J.; GOIHMAN, S.; RAZZOUK, D.; RODRIGUEZ, J.; WEBER, R.; ANDREOLI, S.B.; SAXENA, S. **The mental health system in Brazil: Policies and future challenges.** *Int J Ment Health Syst*. 2 (1): 12, 2008.
- MATTIONI, T.; DI LALLO, D.; ROBERTI, R.; MICELI, M.; STEFANI, M.; MACI, C.; PERUCCI, C.A. **Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 34 (8): 425-31, 1999.

- MAYOU, R. **The history of general hospital psychiatry.** Br. J. Psychiatry 155: 764-776, 1989.
- MCCARTY, D.; CASPI, Y.; PANAS, L.; KRAKOW, M.; MULLIGAN, D.H. **Detoxification centers: who's in the revolving door?** J Behav Health Serv Res. 27(3): 245-256, 2000.
- MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L.A.P.; SALDANHA, O.M.F.L. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva. 15 (supl.1): 1521-1531, 2010.
- MOORE, T.H.; ZAMMIT, S.; LINGFORD-HUGHES, A.; BARNES, T.R.; JONES, P.B.; BURKE, M.; LEWIS, G. **Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review.** Lancet. 370: (9584): 319-328, 2007.
- MERIKANGAS, K.R.; MACCLAIR, V.L. **Epidemiology of substance use disorders.** Hum Genet. 131(6): 779-789, 2012.
- 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. pp. 195-98, 1976.
- MESSAS, G.P. **The spirit of the law and the laws of the spirit: the evolution of Brazilian legal thought in the realm of mental health.** Hist Cienc Saude Manguinhos. 15 (1): 65-98, 2008.
- MESSEDER, A.M.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 21 (2): 525-534, 2005.
- MESSIAS, E.L.; CHEN, C.Y.; EATON, W.W. **Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths.** Psychiatr Clin North Am. 30 (3): 323-338, 2007.
- MGUTSHINI, T. **Risk factors for psychiatric re-hospitalization: an exploration.** Int J Ment Health Nurs. 19 (4): 257-267, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIH: movimento de autorização de internação hospitalar – 2004 [CD-ROM].** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- MONTGOMERY, P.; KIRKPATRICK H. **Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations**. Archives of Psychiatric Nursing. 16 (1): 16–24, 2002.
- MORGADO, A.; LIMA, L.A. **Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional**. J Bras Psiquiatr. 43 (1): 19-28, 1994.
- MUNIZZA, C.; FURLAN, P.M.; D'ELIA, A.; D'ONOFRIO, M.R.; LEGGERO, P.; PUNZO, F.; VIDINI, N.; VILLARI, V. **Emergency psychiatry: a review of the literature**. Acta Psychiatr Scand. 374 (suppl): 1-51, 1993.
- MUNK-JØRGENSEN, P. **Has deinstitutionalization gone too far?** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 249 (3): 136-143, 1999.
- NASCIMENTO, A.F.; GALVANESE, A.T.C. **Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP**. Rev Saúde Pública. 43 (suppl 1): 8-15, 2009.
- NERI, M.; SOARES, W. **Desigualdade social e saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública. 18 (suppl): 77-87, 2002.
- NG, X.T.; KELLY, B.D. **Voluntary and involuntary care: Three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit**. Int J Law Psychiatry. 35 (4): 317-326, 2012.
- ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 7 (1): 128-141, 2004.
- ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 12 (3): 983-1010, 2005.
- ODES, H.; KATZ, N.; NOTER, E.; SHAMIR, Y.; WEIZMAN, A.; VALEVSKI, A. **Level of function at discharge as a predictor of readmission among inpatients with schizophrenia**. Am J Occup Ther. (3): 314-319, 2011.
- OIESVOLD, T.; SAARENTO, O.; SYTEMA, S.; VINDING, H.; GÖSTAS G., LÖNNERBERG.; O, MUUS, S.; SANDLUND, M.; HANSSON, L. **Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry**. Acta Psychiatr Scand. 101: 367-373, 2000.

- OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. **Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso.** Rev Psiquiatr Clin. 35 (6): 212-228, 2008.
- OLIVEIRA, P.R.; SCORZAFAVE, L.G.; PAZELLO, E.T. **Desemprego e inatividade nas metrópoles brasileiras: as diferenças entre homens e mulheres.** Nova econ. 19 (2): 291-324, 2009.
- ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Saúde Pública. 22 (5): 1054-1062, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).** Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS, 1990.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação.** OPAS e Instituto Mario Negri, Milão, 1990.
- OSTMAN, M. **Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients** Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing. 11: 608-613, 2004.
- OYEWUMI, L.K.; ODEJIDE, O.; KAZARIAN, S.S. **Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use.** Can J Psychiatry. 37 (2): 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 (suppl I): 106-114, 2003.
- PASCUAL, J.C.; CÓRCOLES, D.; CASTAÑO, J.; GINÉS, J.M.; GURREA, A.; MARTÍN-SANTOS R.; GARCIA-RIBERA, C.; PÉREZ, V.; BULBENA, A. **Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service.** Psychiatr Serv. 58 (9): 1199-1204, 2007.
- PASCUAL, J.C.; MALAGÓN, A.; ARCEGA, J.M.; GINES, J.M.; NAVINÉS, R.; GURREA, A.; GARCIA-RIBERA, C.; BULBENA, A. **Utilization of psychiatric emergency services by homeless persons in Spain.** Gen Hosp Psychiatry. 30 (1): 14-19, 2008.

- PAYNE, R.A.; OLIVER, J.J.; BAIN, M.; ELDERS, A.; BATEMAN, D.N. **Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland.** Public Health. 123 (2): 134-137, 2009.
- 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, pp. 423-440, 1999.
- PEEN, J.; DEKKER, J. **Urbanisation as a risk indicator for psychiatric admission.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. (9): 535-538, 2003.
- PESSOTTI, I. **O Século dos Manicômios.** São Paulo: Ed. 34, 1996.
- PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** Hist. cienc. saude-Manguinhos. 11 (2): 241-258, 2004.
- PAYKEL, E.S. **Life events, social support and depression.** Acta Psychiatr Scand Suppl. 377: 50-58, 1994.
- PEREIRA LIMA, V.L.; ARRUDA, J.M.; BARROSO, M.A.; LOBATO TAVARES, M.F.; RIBEIRO CAMPOS, N.Z.; ZANDONADIL, R.C.; DA ROCHA, R.M.; PARREIRA, C.M.; COHEN, S.C.; KLIGERMAN, D.C.; SPERANDIO, A.M.; CORREA, C.R.; SERRANO, M.M. **Analyzing the outcomes of health promotion practices.** Promot Educ. Suppl 1: 21-6, 2007.
- PEREIRA NETO, A. **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
- PILLAY, A.L.; DU PLESSIS, W.F.; VAWDA, N.B.; POLLOCK, L.R. **Demographic and readmission data in a therapeutic community for black psychiatric patients in South Africa.** Aust N Z J Psychiatry. 28 (4): 684-688, 1994.
- PINEL, Ph. **Traité Médico-Philosophique sur l' Aliénation Mentale.** Paris: J. A. Brosson. 2º ed, 1809.
- PITTA, A.M. **An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies.** Cien Saude Colet. 16 (12): 4579-4589, 2011.
- PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

- PRETI, A.; RUCCI, P.; SANTONE, G.; PICARDI, A.; MIGLIO, R.; BRACCO, R.; NORCIO, B.; DE GIROLAMO, G.; PROGES-ACUTE GROUP. **Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy.** Psychol Med. 39 (3): 485-496, 2009.
- PYCHA, R.; GIUPPONI, G.; SCHWITZER, J.; DUFFY, D.; CONCA, A. **Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010?** Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 261: Suppl 2 135-139, 2011.
- RABINOWITZ, J.; MARK, M.; POPPER, M.; SLYUZBERG, M.; MUNITZ, H. **Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 30 (2): 65-72, 1995.
- RAUPP, L.; ADORNO, R.C.F. **Uso de crack na cidade de São Paulo/Brasil.** Toxicodependências. 2010, 16 (2): 29-37, 2010.
- RAZZOUK, D.; SHARAN, P.; GALLO, C.; GUREJE, O.; LAMBERTE, E.E.; DE JESUS MARI, J.; MAZZOTTI, G.; PATEL, V.; SWARTZ, L.; OLIFSON, S.; LEVAV, I.; DE FRANCISCO, A.; SAXENA, S.; WHO-Global Forum for Health Research Mental Health Research Mapping Project Group. **Scarcity and inequity of mental health research resources in low-and-middle income countries: a global survey.** Health Policy. 94 (3) :211-20, 2010.
- REINALDO, A.M.S. **Mental Health in the Basic Attention as Historical Process of Community Psychiatry Evolution.** Esc Anna Nery Rev Enferm. 12 (1): 173 – 178, 2008.
- 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 (3): 167-179, 2000.
- RISSMILLER, D.J.; RISSMILLER, J.H. **Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism.** Psychiatr Serv. 57 (6): 863-866, 2006.
- ROCCA, P.; MINGRONE, C.; MONGINI, T.; MONTEMAGNI, C.; PULVIRENTI, L.; ROCCA, G.; BOGETTO, F. **Outcome and length of stay in psychiatric hospitalization, the experience of the University Clinic of Turin.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 45 (6): 603-10, 2010.
- RODRIGUES, D.; BACKES, D.S.; FREITAS, H.M.B.; ZAMBERLAN, C.; GELHEN, M.H.; COLOMÉ, J.S. **Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras.** Ciênc. saúde coletiva. 17 (5): 1247-1258, 2012.

- ROICK, C.; HEIDER, D.; KILIAN, R.; MATSCHINGER, H.; TOUMI, M.; ANGERMEYER, M.C. **Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 39 (9): 744-751, 2004.
- 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.
- RUSSELL-WOOD, A. J. R. **Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755.** Brasília: Ed. UnB, 1981.
- SABIN, J.E. **General Hospital Psychiatry and the Ethics of Managed Care.** General Hospital psychiatry. 17(4): 293-298, 1995.
- SADEGHIRAD, B.; HAGHDOOST, A.A.; AMIN-ESMAEILI, M.; ANANLOO, E.S.; GHAEI, P.; RAHIMI-MOVAGHAR, A.; TALEBIAN, E.; POURKHANDANI, A.; NOORBALA, A.A.; BAROOTI, E. **Epidemiology of major depressive disorder in iran: a systematic review and meta-analysis.** Int J Prev Med. 1 (2): 81-91, 2010.
- SAGMAN, D.; LEE, B.; CHANDRESENA, R.; JONES, B.; BRUNNER, E. **A Canadian naturalistic study of a community-based cohort treated for bipolar disorder.** BMC Psychiatry. 10: 24, 2010.
- SALVADOR-CARULLA, L.; COSTA-FONT, J.; CABASES, J.; MCDAID, D.; ALONSO, J. **Evaluating mental health care and policy in Spain.** J Ment Health Policy Econ. 13 (2): 73-86, 2010.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS em seus vinte anos.** Ciênc Saúde Coletiva. 16: 1671-1680, 2011.
- SCHMUTTE, T.; DUNN, C.L.; SLEDGE, W.H. **Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: a matched-control survival analysis.** J Nerv Ment Dis. 198 (12): 860-863, 2010.
- 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-SP, 1997b.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Censo de internações no Hospital Santa Teresa Divisão Regional de Saúde**. Ribeirão Preto (DRS XIII), 2007.
- SEEDAT, S.; SCOTT, K.M.; ANGERMEYER, M.C.; BERGLUND, P.; BROMET, E.J.; BRUGHA, T.S.; DEMYTTENAERE, K.; DE GIROLAMO, G.; HARO, J.M.; JIN, R.; KARAM, E.G.; KOVESS-MASFETY, V.; LEVINSON, D.; MEDINA MORA, M.E.; ONO, Y.; ORMEL, J.; PENNELL, B.E.; POSADA-VILLA, J.; SAMPSON, N.A.; WILLIAMS, D.; KESSLER, R.C. **Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys**. Arch Gen Psychiatry. 66: 785-795, 2009.
- 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 (11): 1144-1148, 1995.
- SEGAL, S.P.; AKUTSU, P.D.; WATSON, M.A. **Involuntary return to psychiatric emergency service within twelve months**. Soc Work Health Care. 35 (1-2): 591-603, 2002.
- SEGAL, S.P.; BURGESS, P.M. **Factors in the selection of patients for conditional release from their first psychiatric hospitalization**. Psychiatric Services. (57) 11: 1614-22, 2006.
- SLEDGE, W.H.; DUNN, C.L.; SCHMUTTE, T. **Surprising predictor of rehospitalization**. Psychiatr Serv. 59: 577, 2008.
- SAMPAIO, A.P. **Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino**. Neurobiologia. 19 (1): 72-82, 1956.
- SANGUINETI, V.R.; SAMUEL, S.E.; SCHWARTZ, S.L.; ROBESON, M.R. **Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions**. Am J Psychiatry. 153 (3): 392-396, 1996.
- SCISLESKI, A.C.C.; MARASCHIN, C. **Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas**. Psicol. estud. 13 (8): 457-465, 2008.

- SCORZAFAVE, L.G.; MENEZES-FILHO, N. **Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro: evolução e determinantes**. Pesquisa e Planejamento Econômico. 31 (3): 441-477, 2001.
- SHORTER, E. **A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac**. John Wiley & Sons, New York, 1997.
- SHUMWAY, M.; ALVIDREZ, J.; LEARY, M.; SHERWOOD, D.; WOODARD, E.; LEE, E.K.; HALL, H.; CATALANO, R.A.; DILLEY, J.W. **Impact of capacity reductions in acute public-sector inpatient psychiatric services**. Psychiatr Serv. 63 (2):135-141, 2012
- SILVA, J.A. **Curso de direito constitucional positivo**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.
- SILVA, N.C.; BASSANI, D.G.; PALAZZO, L.S. **A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions**. Psychiatr Serv. 60 (6): 786-791, 2009.
- SAJATOVIC, M.; LEVIN, J.; FUENTES-CASIANO, E.; CASSIDY, K.A.; TATSUOKA, C.; JENKINS, J.H. **Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication**. Compr Psychiatry. 52 (3): 280-287, 2011.
- SKOOG, I. **Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study--the NAPE lecture 2003**. Acta Psychiatr Scand. 109 (1): 4-18, 2003.
- 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, 1998.
- SMITH, C.; HANHAM, R. **Proximity and the formation of public attitudes towards mental illness**. Environment and Planning A. 13: 147-165, 1981.
- SMITH, B.; HASSETT, A.; HARRIGAN, S.; FORTUNE, T. **A profile of inpatient admissions to an aged psychiatry service in Victoria**. Australas Psychiatry. 18 (2): 146-151, 2010.
- SMITH, P.; SHELDON, T.; MARTIN, S. **An index of need for psychiatric services based on in-patient utilization**. British Journal of Psychiatry. 169 (3): 308-316, 1996.

- SOLON, G.; CORCORAN, M.; GORDON, R.; LAREN, D. A **Longitudinal Analysis of Sibling Correlations in Economic Status**. Journal of Human Resources. 26 (3): 509-534, 1991.
- SONENREICH, C.; ESTEVÃO, G.; SILVA FILHO, L.H.A. **Unidade psiquiátrica no hospital geral do HSPE de São Paulo**. Revista USP: Psiquiatria e Saúde Mental. 43: 32-43, 1999.
- STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York. Oxford University Press, 1992.
- STREJILEVICH, S.; CHAN, M.; TRISKIER, F.; ORGAMBIDES, S. **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.
- SULLIVAN, G.; WELLS, K.; MORGENSTERN, H.; LEAKE, B. **Identifying modifyable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi**. The American Journal of Psychiatry. 152 (12): 1749-1759, 1995.
- SYTEMA, S. **Social indicators and psychiatric admission rates: a case-register study in the Netherlands**. Psychol Med. 21: 177-184, 1991.
- SZASZ, T. **The manufacture of madness**. St Albans: Granada, 1973.
- TAKAHASHI, L.; GABER, S. **Controversial facility siting in the urban environment—resident and planner perceptions in the United States**. Environment and Behaviour. 30 (2): 184-215, 1998.
- TANSELLA, M. **Community-based psychiatric care without back-up from the mental hospital: a long-term experience**. European Psychiatry. 4: 189-192, 1996.
- TANSELLA, G.; BISOFFI, G.; THORNICROFT, G. **Are social deprivation and psychiatric service utilisation associated in neurotic disorders?** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 28: 225-230, 1993.
- TANTAM, D. **The anti-psychiatry movement**. In: Berrios GE, Freeman H (eds) 150 Years of British Psychiatry: 1841-1991. Gaskell, London, pp 321-352, 1991.
- TEIXEIRA, M.O. **Nascimento da psiquiatria no Brasil**. Cadernos IPUB. 8: 42-78, 1997.

- TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** Hist. cienc. saude-Manguinhos. 9 (1): 25-59, 2002.
- THEME-FILHA, M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. **Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003.** Cad Saude Publica. 21 (Supl 1): 43-53, 2005.
- THORNICROFT, G.; ALEM, A.; ANTUNES DOS SANTOS, R.; BARLEY, E.; DRAKE, R.E.; GREGORIO, G.; HANLON, C.; ITO, H.; LATIMER, E.; LAW, A.; MARI, J.; MCGEORGE, P.; PADMAVATI, R.; RAZZOUK, D.; SEMRAU, M.; SETOYA, Y.; THARA, R.; WONDIMAGEGN, D. **WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care.** World Psychiatry. 9 (2): 67-77, 2010.
- THORNICROFT, G.; BISOFFI, D.; DE SALVIA, M.; TANSELLA. **Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric services utilization in schizophrenia and all diagnoses; a case register study in Northern Italy** Psychological Medicine. 23: 487-496, 1993.
- THORNICROFT, G.; GOOCH, C.; DAYSON D. **Readmissions to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community.** Br Med J. 305: 996-998, 1992.
- THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Balancing community-based and hospital-based mental health care.** World Psychiatry. 1 (2): 84-90, 2002.
- TOFOLI, L.F.; FORTES, S. **Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência.** SANARE. 6 (2): 34-42, 2007.
- TRALDI, M.S. **O Que é O Centro de Atenção Psicossocial Hoje? Revendo um conceito e uma prática à luz das transformações estruturais contemporâneas.** Tese de mestrado. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. São Paulo, 2006.
- 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.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. 5: 133-149, 2000.

- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Avaliação das ações de atenção à saúde mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2005.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Avaliação de Programa: Ações de Atenção à Saúde Mental**. Brasília, 2005.
- TULLOCH, A.D.; FEARON, P.; DAVID, A.S. **The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: a case-control study**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 43 (7): 569-574, 2008.
- UNICK, G.J.; KESSELL, E.; WOODARD, E.K.; LEARY, M.; DILLEY, J.W.; SHUMWAY, M. **Factors affecting psychiatric inpatient hospitalization from a psychiatric emergency service**. Gen Hosp Psychiatry. 33 (6): 618-625, 2011.
- USTÜN, T.B. **Cross-national epidemiology of depression and gender**. J Gend Specif Med. 3 (2): 54-58, 2000.
- VAN PRAAG, H.M. **The scientific foundation of anti-psychiatry**. Acta Psychiatr Scand. 58: 113-141, 1978.
- VASUDEVA, S.; NARENDRA KUMAR, M.S.; SEKHAR, K.C. **Duration of first admission and its relation to the readmission rate in a psychiatry hospital**. Indian J Psychiatry. 51(4): 280-284, 2009.
- VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V.L.E.; SCHRAMM, F.R. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Revista de Saúde Coletiva. 20 (1): 77-100, 2010.
- VERHAAK, P.F. **Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners**. Br J Gen Pract. 43 (370): 203-208, 1993.
- VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. Rev. Saúde Pública. 41 (2): 214-222, 2007.
- WALKER, R.; MINOR-SCHORK, D.; BLOCH, R.; ESINHART, J. **High risk factors for rehospitalization within six months**. Psychiatr Q. 67: 235-43, 1996.
- WALLSTEN, T.; KJELLIN, L. **Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment - a comparison before and after changed legislation in Sweden**. Eur Psychiatry. 19(8): 464-468, 2004.

- WANCHEK, T.N.; MCGARVEY, E.L.; LEON-VERDIN, M.; BONNIE, R.J. **The effect of community mental health services on hospitalization rates in Virginia.** Psychiatr Serv. 62 (2): 194-199, 2011.
- WEBER, N.S.; COWAN, D.N.; BEDNO, S.A.; NIEBUHR, D.W. **Descriptive epidemiology of bipolar I disorder among United States military personnel.** Mil Med. 175 (4): 247-251, 2010.
- WERNECK, A.P.; HALLAK, J.C.; NAKANO, E.; ELKIS, H. **Time to rehospitalization in patients with schizophrenia discharged on first generation antipsychotics, non-clozapine second generation antipsychotics, or clozapine.** Psychiatry Res. 188 (3): 315-319, 2011.
- WHEELER, A.; MOYLE, S.; JANSEN, C.; ROBINSON, E.; VANDERPYL, J. **Five-year follow-up of an acute psychiatric admission cohort in Auckland, New Zealand.** N Z Med J. 124 (1336): 30-38, 2011.
- WIDIGER, T.A.; WEISSMAN, M.M. **Epidemiology of borderline personality disorder.** Hosp Community Psychiatry. 42 (10): 1015-1021.
- WIERDSMA, A.I.; MULDER, C.L. **Does mental health service integration affect compulsory admissions?** Int J Integr Care. 9:90, 2009.
- WIERDSMA, A.I.; POODT, H.D.; MULDER, C.L. **Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalization and involuntary admission.** Journal of Epidemiology and Community Health. 61 (7): 613-618, 2007.
- WING, J.K.; BROWN, G.W. **Institutionalism and schizophrenia.** London: Cambridge University Press, 1970.
- WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** R. bras. Est. Pop. 23 (1): 5-26, 2006.
- WOO, B.K.; GOLSHAN, S.; ALLEN, E.C.; DALY, J.W.; JESTE, D.V.; SEWELL, D.D. **Factors associated with frequent admissions to an acute geriatric psychiatric inpatient unit.** J Geriatr Psychiatry Neurol. 19 (4): 226-230, 2006.
- WOO, B.K.; SEVILLA, C.C.; OBROCEA, G.V. **Factors influencing the stability of psychiatric diagnoses in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions.** Gen Hosp Psychiatry. 28 (5): 434-436, 2006.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings technical report series nº 698**. Geneva: World Health Organization, 1984.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Atlas: mental health resources in the world 2001**. Geneva: World Health Organization, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO AIMS Report on mental health system in Brazil. A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO AIMS)**. Brasília DF: World Health Organization (WHO), 2007.
- YAHN, M. **Higiene mental e saúde pública**. São Paulo: Edigraf, 1955.
- YASSUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate. 32 (78/79/80): 27-37, 2008.
- YUSSUF, A.D.; KURANGA, S.A.; BALOGUN, O.R.; AJIBOYE, P.O.; ISSA, B.A.; ADEGUNLOYE, O.; PARAKOYI MT. **Predictors of psychiatric readmissions to the psychiatric unit of a tertiary health facility in a Nigerian city - a 5-year study**. Afr J Psychiatry. 11 (3): 187-190, 2008.
- ZAPPITELLI, M.C.; GOLÇALVES, E.C.; MOSCA, I. **Overview of mental health in the State of São Paulo: psychiatric beds and community-based care**. RAS. 8 (31): 71-78, 2006.
- ZEKRY, D.; HERRMANN, F.R.; GRANDJEAN, R.; VITALE, A.M.; DE PINHO, M.F.; MICHEL, J.P.; GOLD, G.; KRAUSE, K.H. **Does dementia predict adverse hospitalization outcomes? A prospective study in aged inpatients**. Int J Geriatr Psychiatry. 24 (3): 283-291, 2009.